



Medellín, Junio de 2016
Año 16 N° 32
ISSN 1657 - 5415



Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

La salud de las ciudades en la agenda global de desarrollo: Desafíos para Colombia

A pesar del desarrollo económico y social logrado en el mundo, aún persisten enormes desigualdades entre países y entre regiones, así como entre grupos de población al interior de los países. Resulta además paradójico que el desarrollo no solo significa buenas noticias para la población del presente y del futuro, sino que también trae consigo mayores desafíos y costos asociados a fenómenos como el deterioro del medio ambiente y el aumento de muertes atribuidas a enfermedades no transmisibles y a causas externas, como violencia y accidentes de tránsito.

En este contexto de logros y retos, un aspecto crucial especialmente para los países de desarrollo medio o bajo y para regiones como América Latina o África, se refiere a la brecha entre las áreas rurales y las urbanas, que incluso en algunos aspectos pudiera estar creciendo. Es por esto que, a instancias de la Organización de Naciones Unidas (ONU), se ha confeccionado una agenda global de desarrollo para elevar las condiciones de vida en los países de menor desarrollo y para la población más desfavorecida. Inicialmente, con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se dio prelación a temas como pobreza, mortalidad materna e infantil, educación primaria y equidad de género.

Al cumplirse el horizonte de los ODM en 2015, los países se han comprometido con

una agenda más amplia y flexible, que pueda adaptarse a las condiciones de cada país y que responda especialmente a los retos trazados para 2030, en los cuales el medio ambiente ocupa un lugar destacado. Nos encontramos así ante el escenario de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Una de las características de los ODS, que los hace más flexibles y adecuados para la planificación, es la forma como se da lugar a la definición de metas y hasta de indicadores nacionales o regionales. De manera muy directa, los ODS se ocupan del tema urbano, de modo que el Objetivo 11 busca “Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”. Sin embargo, el tema urbano no es exclusivo de este objetivo, así que puede analizarse en forma transversal en el conjunto de los ODS.

El reconocimiento del tema urbano en los ODS permite establecer su articulación con la estrategia de Ciudad Saludable. Es por esto que en esta Observación, que cuenta con la colaboración de expertos del país y del exterior, se adelanta una revisión sobre los alcances de los ODM en Colombia y las perspectivas de los ODS para la salud pública y para las ciudades del país y de América Latina. Como una contribución especial, el GES plantea varios aspectos para poner en marcha una estrategia de Ciudad Saludable, que esté articulada con los ODS.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Organización y colaboradores de la obra**Coordinación general:**

Eliana Martínez Herrera

Coautores del GES:

Eliana Martínez Herrera

Andrea Ruiz Molina

Olga Lucía Zapata Cortés

Jairo Humberto Restrepo Zea

Edición de textos:

Jairo Humberto Restrepo Zea

Eliana Martínez Herrera

Colaboradores externos:

Vera Kiss, MSc.

Vera.KISS@cepal.org

Oficial de Asuntos Económicos. Unidad de Asentamientos Humanos de la CEPAL

Amelia Fernández Juan, MD., PhD.

afernand@javeriana.edu.co

Profesora titular jubilada Pontificia Universidad Javeriana

Álvaro Franco Giraldo, MD, PhD.

alvaro.franco@udea.edu.co

Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública, Profesor titular de la Universidad de Antioquia.

Diplomado Virtual

EVALUACIÓN

Económica en Salud

Con el propósito de contribuir a la formación de masa crítica para el fortalecimiento técnico del sistema de salud y sus organizaciones, y para orientar la toma de decisiones basada en la evidencia y en la racionalidad técnica científica, el GES cuenta con este diplomado dirigido especialmente a profesionales del sector salud, a investigadores y a estudiantes de posgrado del área de la salud.

Luego de cuatro versiones del diplomado, con 120 horas presenciales y 40 horas destinadas a la preparación de un producto académico, a partir de 2017 se ofrecerá una versión virtual que permita ampliar la cobertura y responder a la demanda de varias regiones del país.

El diplomado está organizado en seis módulos y cuenta con la orientación de investigadores y docentes de la economía y de otras disciplinas. Los módulos son: Conceptos básicos de economía de la salud, La evaluación económica en el marco del sistema de salud, Herramientas matemáticas y búsqueda en bases de datos, Análisis de costos, Análisis de efectividad y Técnicas analíticas de la evaluación económica.

Informes e inscripciones:

Unidad de Posgrado y Educación Continua. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.
Teléfono: (57 4) 2195833. Correo electrónico: edupermanenteconomicas@udea.edu.co.

1. Balance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para Colombia

Grupo de Economía de la Salud

En septiembre de 2000, luego de un decenio de conferencias y cumbres mundiales, 189 países miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU), acordaron avanzar en la erradicación de la pobreza, la universalización de la educación primaria, la igualdad entre géneros, la reducción de la mortalidad infantil y materna, la lucha contra el VIH/sida, el sustento del medio ambiente, y el fomento de una asociación mundial para el desarrollo. Son estos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cuyo plazo fue fijado para el año 2015.

La Campaña del Milenio de las Naciones Unidas, se inició en 2002 con un total de 22 metas recogidas en los ocho objetivos y con 58 indicadores para hacer seguimiento a los resultados. A continuación se presentan los resultados trazadores de cada uno de los indicadores, con un énfasis hacia aquellos indicadores más relacionados con la salud y sus determinantes sociales.

Objetivo 1:

Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Colombia superó la meta propuesta en la lucha contra la pobreza. Entre 1991 y 2015, el porcentaje de personas en pobreza se redujo un poco más del 48% para quedar en un 27,8%. En el mismo periodo, la indigencia se redujo en más del 60% y se ubicó en el 7,9% en 2015 (DANE, 2015).

Sin embargo, los resultados marcan diferencias al analizarlos por territorios. Es el caso que el área rural aún muestra una incidencia de la pobreza muy por encima de la meta, lo que evidencia una brecha de desigualdad entre el progreso de las ciudades y el del campo (Gráfica 1.1). En efecto, mientras en 2015 se encontraba en el área rural un 18% de personas

en indigencia y un 40,3% de personas en pobreza, las 13 principales ciudades y áreas metropolitanas del país, reportaron indicadores de 2,7% y 15,4%, respectivamente (DANE, 2015).

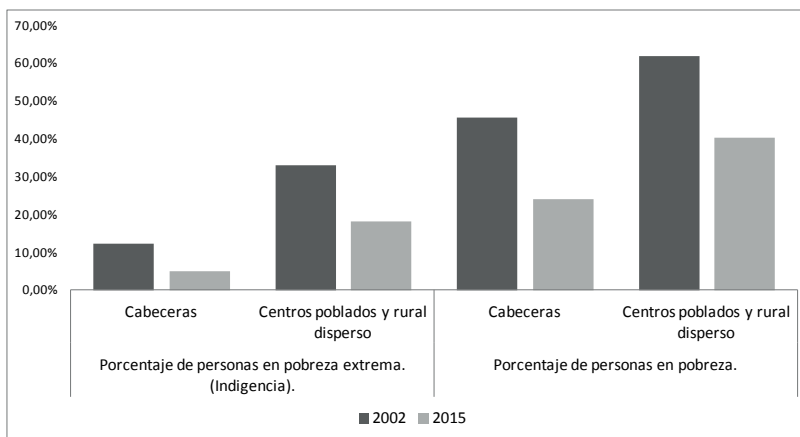
Otro indicador del primer objetivo en el que se logra cumplir las metas es el porcentaje de niños con bajo peso al nacer, que entre 1998 y 2012 pasó de 7,7% a 9,0% cuando la meta era situarse por debajo del 10% (BID y otros, 2015).

A continuación, los indicadores asociados al tema que no cumplieron las metas:

La proporción de población ocupada con ingresos diarios inferiores a US\$ 1,25 (PPA de 2005) y la proporción de la población ocupada con ingresos diarios inferiores a US\$ 2 (PPA de 2005) son los dos indicadores del objetivo uno que menos progreso reflejan. Entre 2002 y 2013, se pasó de 13,4% a 10,1% y de 18,2% a 12,4%, cuando las metas eran 6% y 8,5% respectivamente (BID y otros, 2015).

- Aunque el desempleo mostró una recuperación importante, reduciéndose prácticamente a la mitad, la tasa de informalidad no registró los avances esperados. En las trece Áreas, el empleo informal pasó del 54,5% en 2001 al 48,1% en 2015, mientras que la meta era del 45% (Dane 2015).
- La prevalencia de desnutrición global y crónica en menores de 5 años al último reporte tampoco cumplían la meta respectiva del 2,6% y 8%, y para 2010 reportaban 3,4% y 13,2% (Profamilia y otros 2011).
- El porcentaje de población total en subnutrición pasó de 17% en 1990 a 10,6% en 2011-2013, frente a la meta del 7,5% para 2015 (BID y otros, 2015).

Gráfica 1.1 Colombia: Incidencia de la pobreza monetaria, 2002 y 2015 (% población en pobreza o indigencia; cabeceras y áreas rurales)



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares 2002 y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2015.

Objetivo 2:

Lograr la enseñanza primaria universal

Este objetivo planteaba una meta bastante simple de cumplir para un país como Colombia, señalando como meta "Asegurar que en 2015, la infancia de cualquier parte, niños y niñas por igual, sean capaces de completar un ciclo completo de enseñanza primaria" y para esto reseñaba como indicadores: Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria, Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al último grado de la enseñanza primaria, Tasa de alfabetización de las personas de entre 15 y 24 años, mujeres y hombres.

Desde esta perspectiva, Colombia hace varios años supera el 100% de la cobertura bruta de la educación básica. Por eso su informe incluye otros indicadores asociados entre lo que destacamos: se observa cumplimiento en los tres niveles, exceptuando la cobertura bruta en educación preescolar que con un 94,01% se acerca bastante a la cobertura universal pero sin lograrla aún. Por su parte, la cobertura bruta de educación media tan solo alcanzó el 78.1% en 2013, por debajo de la meta del 100% establecida para 2015 (PNUD, 2015).

Entre otros indicadores se tiene la tasa de analfabetismo para personas entre 15 y 24 años, que pasó del 3,4% al 1,5% entre 1992 y 2014. Aún se reporta por encima de la meta del 1%. El número de años promedio de educación para personas entre 15 y 24 años que tenía como meta 10,6 a 2013 sólo alcanzaba los 9,65 años. Finalmente, en la tasa de repitencia se alcanzó la meta, con 2,1% en 2013 (PNUD, 2015).

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Es contundente el crecimiento en la participación política de las mujeres en Colombia, aunque sigue existiendo inequidad de género en este aspecto. Prueba de ellos es que entre los períodos 1991-1994 y 2014-2018, la proporción de mujeres con escaños ocupados en la Cámara de Representantes se duplicó al pasar de 8,6% a 19,9%, mientras que la proporción de escaños ocupados en el Senado de la República se triplicó, de 7,2% a 22,5%. En general, la proporción de candidatas mujeres respecto al total de candidatos pasó de un 17,1% en 2003 a un 32,3% en 2014. Además, la proporción de mujeres en los niveles superiores de las ramas ejecutiva y judicial pasó del 35% en 2006 al 46% en 2013 (BID y otros, 2015).

En lo que respecta al mercado laboral, las metas sobre reducción de brechas entre géneros no se cumplieron al 100%. Para comenzar, la mayor participación laboral de las mujeres redujo la brecha a 20,9 frente a la de los hombres, muy cercano a la meta de 20 puntos porcentuales. Por su parte, la brecha en la tasa de desempleo fue de 4,9 puntos porcentuales en 2014 respecto a los 3 puntos porcentuales que se tenían como meta en 2015. Finalmente, la brecha en los ingresos laborales mensuales promedio no cede y por el contrario se amplían, pasando de un 23,5% en 1996 a un 23,9 en 2014 (BID y otros, 2015).

Respecto a la seguridad de las mujeres cabe recordar que se había propuesto el Observatorio Nacional de Violencias, con una línea base definida para hacer seguimiento y monitoreo de las violencias de género intrafamiliar y sexual. Aunque mostrar los resultados de los indicadores, ya serían juzgados como logros, no obstante ellos son preocupantes. En 2010 se reportaron un 36,6% de mujeres entre 15 y 49 años que alguna vez experimentó violencia física por parte del esposo o compañero, tan solo 3,4 puntos porcentuales por debajo del resultado que se tenía en el 2000. El 13,5% de las mujeres en este mismo rango de edad, han sido violadas por una persona diferente al cónyuge, cuando en

2000 se reportaba que era un 19,9%, y el 10,6% de las mujeres alguna vez han experimentado situaciones de control por parte de su esposo o compañero (BID y otros, 2015).

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

A 2015, la tasa de mortalidad infantil en menores de un año fue 13,6 por cada mil nacidos vivos, con lo que se supera la meta de reducir un poco más de la mitad respecto a la tasa reportada en 1990, y que equivaldría a hablar de un aproximado de 13.000 vidas de bebés salvadas. La tasa de mortalidad en menores de 5 años alcanza la meta con una tasa de 15,9, que deja con una reducción desde 1990 que supera el 54% (Banco Mundial, 2015).

Sin embargo, como se mostraba para el caso de la pobreza, en la mortalidad de menores de un año se continúan evidenciando grandísimas diferencias entre territorios, en este caso entre los diferentes departamentos del país. Es así que mientras en departamentos como Quindío se alcanzó una tasa de mortalidad infantil de 11,8 en 2014, en Amazonas no solo la tasa alcanzó a ser 49,0 sino que sus resultados desmejoraron respecto a 2005 (ver cuadro 1.1). Esto muestra la necesidad de entender a los territorios como un ente complejo que requiere análisis e intervenciones detalladas y específicas según sus características.

Desde la prevención, se encuentra que la cobertura de vacunación no cumple la meta ni para DPT (Difteria, tosferina y tétano), ni para la triple viral; sin embargo, en ambos casos se experimentó un incremento en la cobertura, de modo que en el primer caso aumentó 3,3 puntos porcentuales y en el segundo de 9,2 puntos, para ubicarse en 90,3% y 91,2% en 2014, respectivamente (Banco Mundial, 2015).

Cuadro 1.1 Departamentos de Colombia: Tasa de mortalidad infantil, 2005 y 2014

(menores de un año fallecidos por cada mil nacidos vivos)

Departamentos	2005	2014	Brecha 2005	Brecha 2014
Amazonas	47,1	49,0	3,1	4,14
Vaupés	46,3	45,1	3,1	3,82
Chocó	49,4	43,4	3,3	3,66
Guainía	40,1	39,5	2,7	3,34
Vichada	41,6	39,3	2,8	3,32
Total Nacional	20,4	17,2	1,4	1,5
N. Santander	15,0	12,8	1,0	1,1
Caldas	16,5	12,3	1,1	1,0
Valle del Cauca	15,1	12,2	1,0	1,0
Bogotá, D. C.	14,3	12,1	1,0	1,0
Quindío	15,0	11,8	1,0	1,0

Fuente: Estadísticas vitales DANE. Datos por cada mil nacidos vivos. Cálculos del GES.

Nota: La brecha es calculada respecto al departamento con mejor resultado, en este caso Quindío

Objetivo 5:**Mejorar la salud materna**

Tal como lo señala el Informe de 2015, sobre los ODM para Colombia, en términos absolutos la mortalidad materna se redujo en casi la mitad entre 1990 y 2015, al pasar de 118 a 64 casos por cada 100.000 nacidos vivos (Banco Mundial, 2015). Sin embargo, el país no logró cumplir la meta de 45.

Aún se mueren aproximadamente 400 mujeres al año por causas derivadas del embarazo y el parto. Esto es especialmente crítico en las zonas rurales de la región Amazónica, la Orinoquía y la Alta Guajira <...> el 18% de muertes maternas se produjo en la población que oscila entre los 10 y los 19 años de edad; el 24% de la mortalidad materna ocurrió en población indígena y afrocolombiana; el 68% de las muertes en gestantes estaban en el régimen de seguridad social subsidiado, y el 30% de los casos se presentó en madres con un nivel de educación igual o inferior a primaria". (PNUD, 2015)

Otros indicadores asociados con el tema muestran lo siguiente:

- La proporción de mujeres embarazadas que ha recibido cuatro o más visitas prenatales se incrementó en 34 puntos porcentuales a 2013 ubicándose en 86%, tan solo a cuatro puntos de la meta definida en 90% para 2015 (PNUD, 2015).
- El porcentaje de atención institucional del parto por personal calificado a 2013 supera la meta y con un 99% está muy cerca de ser universal (PNUD, 2015).
- La prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre las mujeres adolescentes (15 a 19 años) sexualmente activas ha pasado de 38,3% en 1995 a 63,1% en 2010 y con una meta aparentemente muy cercana y posiblemente superada a la fecha de 65% en 2010 (Profamilia y otros 2011).
- La prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en las mujeres sexualmente activas pasó de 59% en 1995 a 73,3% en 2010, e igualmente a 2015 debe haber superado la meta para esa fecha de un 75% (Profamilia y otros 2011).
- La tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino (por 100.000 mujeres), a 2012 había superado la meta y se reportaba en 6,7. Cuando la meta para 2015 era de 6,8 (Profamilia y otros 2011).
- Contrario a lo esperado, un indicador que ha empeorado es el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo. Se esperaba que este indicador fuera de 15% en 2015, pero a 2010 se reportaba el 19,5% (Profamilia y otros 2011).

Objetivo 6:**Combatir el VIH/SIDA, La malaria y otras enfermedades**

Contrario a la expectativa de reducción de la tasa de mortalidad asociada a VIH/SIDA, a dos por cada millón de personas, apenas se redujo en 5,4% entre 2006 y 2013, y en 2015 se reportaron 5,1 muertes por millón, así que no se logra la meta. En este caso, la necesidad de emprender acciones que permitan resultados más contundentes son imperantes, no solo en Colombia sino a nivel global (BID y otros, 2015).

El caso de la mortalidad por dengue no es más alentadora. En 2013 se reportaron 217 casos muy por encima de la meta propuesta de 47 casos a 2015, con una reducción de tan solo 17 respecto a los reportes que se tenían en 1998. No obstante, el caso de la Malaria ha logrado una mejoría notable entre 1998 y 2013 con una reducción de 213 casos e incluso una reducción superior al 50% respecto a la meta propuesta para 2015. Pero es necesario entender que lo poco alentadores de estos resultados en gran parte son producto de los múltiples casos de epidemias que se han presentado a lo largo del territorio en este período de tiempo y que aún no logran moderarse (BID y otros, 2015).

Objetivo 7:**Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente**

En lo que respecta a la sostenibilidad del medio ambiente, se tiene que el consumo de sustancias nocivas para la capa de ozono se redujo en 2013 a 2.223 toneladas de Hidroclorofluorocarburos (ton. HCFC), superando la meta propuesta por poco más de 289 ton. HCFC.

La proporción de la superficie protegida por el Sistema de Parques Nacionales Naturales, también cumple la meta con un incremento de 4,48% en 1999 a 6,88% en 2013. En cambio, las superficies reforestadas reportaron en 2014 un promedio anual de 21.384,75 hectáreas Teniendo en cuenta que la meta es de 23 mil hectáreas por año y comparado con el reporte de 2003 de 23.000 hectáreas, podríamos decir que están por debajo de lo que se traía.

Otro indicador problemático se encuentra en la proporción de hogares que habitan en asentamientos precarios, con un indicador de 13,2%. La proporción de áreas protegidas que cuentan con planes de manejo formulados o actualizados que se esperaban fuesen del 100% a 2015 para 2013 alcanzaban el 82,75% (BID y otros, 2015).

El acceso a agua potable y alcantarillado esconde enormes diferencias en las zonas urbanas y rurales. «Por un lado, la proporción de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados (conexión a acueducto) en la zona urbana en 2014 es cercana al 97% en todo el país. Pese a ello, este indicador exhibe importantes brechas territoriales que merecen atención prioritaria, máxime si se tiene en cuenta que se trata de una necesidad vital básica. Es especialmente crítico el caso de Chocó, donde uno de cada dos hogares no cuenta con acceso a agua potable en zonas urbanas, cifra que empeora en zonas rurales, donde dos de cada tres hogares no cuenta con conexión adecuada ni soluciones alternativas a este servicio» (PNUD, 2015).

Objetivo 8:**Lograr el acceso universal a las tecnologías de la información y las comunicaciones TIC'S**

Este objetivo presenta resultados muy positivos. Los indicadores que permiten el seguimiento así:

- Los abonados a móviles por cada 100 habitantes pasaron de 11,13 en 2002 a 109,5 en 2014-2 (BID y otros, 2015).
- Los usuarios de internet por cada 100 habitantes paso de 4,84 en 2002 a 78,93 en 2014-2 (BID y otros, 2015).
- La proporción de hogares que tienen computadores para uso del hogar se reporta en un 37,1% en 2014, pero con diferencias entre lo urbano y lo rural, pues mientras en el primero es del 45,1%, en el segundo tan solo llega al 8,7% (BID y otros, 2015).

En conclusión

Al culminar el período para la consecución de las metas propuestas, en diciembre 2015, el balance para Colombia en términos generales es positivo. El país cumplió las metas sobre reducción de la pobreza, con una tasa de pobreza de 27,8% y de pobreza extrema o indigencia de 7,9% en 2015, aún más abajo de las metas que se habían fijado. De manera similar, los niveles de cobertura escolar superaron la meta. La participación de la mujer en los ámbitos político y laboral ha revelado importantes avances respecto a una década atrás. La mortalidad en menores de un año

se redujo a un poco menos de la mitad entre 1990 y 2012, al tiempo que las muertes por causa del VIH/SIDA se redujeron.

Sin embargo, el país no logró cumplir algunas metas y en muchos de los logros se aprecian serias diferencias entre regiones y entre zonas urbanas y rurales. El informe elaborado para el país en 2015 revela por ejemplo que mientras a nivel urbano uno de cada cuatro colombianos es afectado por la pobreza, en la zona rural esta proporción es de uno de cada dos. Por otra parte, la pobreza se concentra en las regiones Pacífico y Caribe, en donde departamentos como Chocó, Cauca y Guajira, con una alta participación de población afrodescendiente e indígena, tienen tasas de pobreza superiores al 50%, cinco veces la que se observa en Bogotá. Como si fuera poco, la tasa de pobreza entre la población desplazada es tres veces más alta que la tasa nacional (PNUD, 2015).

En el cuadro 1.2 se muestra en forma resumida un panorama de los avances y retos que el país tiene en los indicadores propuestos para evaluar el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, partiendo de una selección de aquellos indicadores y metas que mayor relación tiene con los determinantes sociales de la salud y Ciudad Saludable.

Cuadro 1.2. Colombia: Balance de los ODM asociados a salud

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre (1)					
Indicador	Línea Base 1991	Estado actual 2015	Meta 2015	% Logro Avance	
Porcentaje de personas en pobreza extrema (Indigencia)	20,4%	7,9%	8,8%	107,8%	
Porcentaje de personas en pobreza	53,8%	27,8%	28,5%	102,8%	
Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal (2)					
Indicador	Línea Base 1992	Estado actual 2013	Meta 2015	% Avance	
Tasa de cobertura bruta en educación básica	83,90%	105,40%	100%	133,5%	
Tasa de cobertura bruta en educación preescolar	44,90%	94,01%	100%	89,1%	
Tasa de cobertura bruta en educación básica primaria	114,60%	110,2%	100%	100%	
Tasa de cobertura bruta en educación básica secundaria	75,50%	102,32%	100%	100%	
Tasa de cobertura bruta en educación media	42,93%	78,2%	93%	70,5%	
Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil (3, 4)					
Indicador	Línea Base 1990	Estado actual		Meta 2015	% Avance
		Indica.	Año		
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1.000) ³	35,1	15,9	2015	17,73	110,5%
Tasa de mortalidad en bebés (por cada 1.000 nacidos vivos) ³	28,9	13,6	2015	17,46	133,7%
Cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 año ⁴	87%	90,3%	2014	95%	41,3%
Cobertura de vacunación con triple viral (niños y niñas de 1 año) ⁴	82%	91,2%	2014	95%	70,8%
Objetivo 5. Mejorar la salud materna (3)					
Indicador	Línea Base 1990	Estado actual 2015	Meta 2015	% Avance	
Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	118	64	45	74%	
Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades (5)					
Indicador	Línea Base		Estado actual 2013	Meta 2015	% Avance
	Indica.	Año			
Tasa de mortalidad asociada a VIH/SIDA	5,39	2006	5,1	2	8,6%
Mortalidad por malaria	227	1998	14	34	110,4%
Mortalidad por dengue	234	1998	217	47	9,1%

Fuente: (1) DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH. (2) PNUD, Diálogos regionales para el desarrollo sostenible, de los ODM A los ODS. (3) Banco Mundial <http://datos.bancomundial.org/indicador?tab=all>. (4) PNUD de información SISPRO. (5) PNUD de información DANE estadísticas vitales.

2. La salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible: perspectiva urbana

Alternativas de la Salud Pública en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Álvaro Franco-Giraldo

Introducción

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y dentro de éstos las Metas del Milenio, constituyeron hasta el año 2015 un plan operativo para la consecución de logros básicos dirigidos al alcance de la salud, la erradicación de la pobreza y el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales. Sus ámbitos de acción representarían un punto de entrada histórico para una eventual política social a escala mundial, donde la intervención intersectorial era imprescindible para la eficacia de dicha política. A pesar de la oportunidad de este acuerdo internacional, se ha profundizado poco acerca de las dificultades, fundamentalmente políticas, que se tuvieron para su no consecución.

La Cumbre del Milenio de Naciones Unidas, celebrada en el año 2000, fue una alianza que surgió tras décadas de fracasos por alcanzar el progreso y el desarrollo sostenible para todos los pueblos (Sheridan y otros, 2014). Los ODM fueron fruto

de este, sin que hubieran logrado su cometido, por lo que ahora se replantean y en 2015 se dio lugar a los ODS.

De otro lado, una de las discusiones más intensas en los sistemas de salud actualmente, es el debate que ha circundado la tendencia de la “Cobertura universal en salud”, contradictoria en su concepción y derivada de un marco no menos importante, el de la “Agenda post 2015”, esto es los ODS (ver Cuadro 2.1). Una preocupación expresada en varios estudios (Kickbush y Buss, 2014) (Sheridan y otros, 2014) (Ruano, Friedman y Hill 2014) (se relaciona con la falta de participación de las comunidades, de los marginados, de los jóvenes, en este debate internacional. Es por ello que, convencidos que si bien los ODS pueden ser muy plausibles, sus metas deben orientarse a las particularidades y necesidades de esas poblaciones y de los grupos especiales, como corresponde a una concepción de salud global.

Cuadro 2.1 Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible

1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades.
4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos.
5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos.
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.
10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.
11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles.
13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos.
15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra y frenar la pérdida de diversidad biológica
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles
17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible

Fuente: Naciones Unidas

La salud en los ODS

El ideal de la “cobertura universal” que hoy se ha convertido en eslogan y política de organismos multilaterales y deseo de actores nacionales y de la población misma, ha sido incluido en los ODS como tema central de salud. Pero así como existe unicidad en el término “cobertura universal” también es el más polémico de todos por la polisemia que entraña múltiples perspectivas, siendo amplio el debate sobre cómo lograrlo y sobre todo, el resultado final. No hay acuerdo sobre a cuál cobertura se refieren unos y otros. ¿Será cobertura de aseguramiento, de afiliación, legal o será cobertura efectiva?

El avance de la Agenda Post 2015 (ODS)

En septiembre de 2012, la Organización de Naciones Unidas (ONU) inició un proceso con miras a darle continuidad y fortalecer las metas de desarrollo del milenio propuesto para 2015, integrándolas en una nueva visión de desarrollo sostenible más allá del 2015 (United Nations, 2014a). A partir de allí se han constituido grupos de trabajo y consulta a expertos. Entre estos el Go4 Health, consorcio de investigación “Goals and governance for global health”, con el auspicio de la comisión Europea, en un amplio debate sobre el proceso de desarrollo económico y social.

El reporte del panel de alto nivel “High level panel of eminent persons” sobre la agenda de desarrollo post 2015, plantea las metas y los objetivos de desarrollo sostenible. Los propósitos de esta consulta fueron presentados a la Asamblea General de la ONU por el grupo de trabajo “UN Open Working Group” (United Nations, 2014a), cuyas metas de desarrollo, incluidas metas de salud, fueron aprobadas en la reciente asamblea (Sheridan y otros, 2014).

De otro lado, este es el resultado de un proceso que viene dándose desde la conferencias de Naciones Unidas sobre desarrollo sostenible “Rio + 20”, cuyo referente se ha retomado en esta ocasión. El informe contiene 17 objetivos de desarrollo sostenible, que incluye una variada temática: erradicación del hambre y la extrema pobreza, industrialización, energía sostenible, protección del ambiente, educación y otros aspectos económicos y ambientales, también establecidos en “The future we want” (United Nations, 2014b), referente emanado de “Rio +20”.

Han sido varios los críticos y las advertencias sobre los ODS, por las limitaciones sobre todo en lo referente a salud. De acuerdo con Kickbush y Buss (2014) se incluyen en la “agenda post 2015”, trece metas de salud, pero con estrechez de enfoque al centrarse en el individuo y en elementos curativos y del cuidado de la salud, solo “enfrentado enfermedades” pero no en la vía de “asegurar la salud y promover el bienestar”. Así, no incluye vigilancia sanitaria, ambiental y epidemiológica, ni la promoción de la salud direccionada por los determinantes sociales de la salud. O sea que se echa de menos la consigna de “RIO +20”: “Asegurar vidas saludables y promocionar el bienestar para todos en todas las edades” (United Nations, 2014b).

El nuevo milenio se acompaña de varios desafíos y retos que hoy deben ser tema central en la mayoría de las agendas políticas de actores tanto nacionales como supranacionales. Pero la gran preocupación debe ser cómo superar la desigualdad y las inequidades de género y de clase social fundamentalmente, enraizadas en el capitalismo global, las cuales azotan al mundo actual, unas veces entre países y otras dentro de los mismos. Se espera que la política global que son los ODS se convierta en la alternativa. Pero si se requieren soluciones reales será necesario un cambio de las relaciones de poder en el mundo y entre países, así mismo una transformación sin antecedentes en la apropiación del excedente social y en la redistribución de los activos de la humanidad

Agenda de desarrollo global. ODS 2015-2030



Fuente: ONU México. <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible/>

De los ODM a los ODS: Ciudades con desarrollo sostenible 2030

Amelia Fernández Juan

Las ciudades son comunidades que reúnen unidades de lo diverso, son contextos de relaciones. Ellas mantienen la integración y el carácter de un país, sus principales funciones son políticas, económicas, sociales y ecológicas (Carrizosa, 2010), y se configuran como un ambiente urbano, un espacio en donde se resuelven los problemas del desarrollo y, por tanto, un entorno en el que todos participamos (Fernando, 2013). Es en la ciudad en la que adquiere relevancia el diseño y la implementación integrada de un modelo particular de desarrollo, que organice e incorpore en su totalidad los propósitos y las metas formuladas en la iniciativa mundial sobre Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 2030).

Las trayectorias que han seguido los fenómenos de transición demográfica y epidemiológica, al igual que los impactos de la globalización y de otras circunstancias sociales en las ciudades colombianas de más de 100.000 habitantes —en las que reside más del 70% de la población— (Censo, 2005), han transformado esos entornos y están generando desafíos y retos de poder, interacción, comunicación, tecnología y articulación entre actores, sectores, recursos y acciones del desarrollo. Graves fracasos en la gobernabilidad de las ciudades han resultado en grandes inequidades en términos de la salud y de la calidad de vida de los habitantes (Kjellstrom et al, 2007 citado por OPS 2008).

La configuración de una agenda 2030 como los ODS (PNUD, 2014a), pensada, implementada y monitoreada desde lo local, en un marco de acuerdos internacionales, facilita nuevas relaciones de gobernanza. El entramado de redes de comunicación, interacción, gestión y evaluación de acciones que han de construirse para alcanzar el desarrollo sostenible programado, establece y consolida un trabajo armónico y articulado con la participación de los sectores, las instancias, los recursos, las capacidades y los talentos más influyentes y preparados para una ambiciosa propuesta de desarrollo a largo plazo.

¡Un millón de voces: el mundo que queremos. Un futuro sostenible con dignidad para todos y todas! (PNUD, 2014b), como se denominó el informe que sintetizó los resultados de la consulta mundial liderada por Naciones Unidas para construir la agenda posterior a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015 (ODM), se constituyeron en una prueba de ello. Sus voces evidenciaron que se lograron cambios en 2015, pero también señalaron que se mantenían muchas de las condiciones de indignidad relacionadas con la pobreza, las jerarquías sociales imperantes, las desigualdades y la profunda desarticulación de las acciones ante los modelos económicos y políticos discriminatorios e injustos, imperantes en muchas latitudes.

Obtener resultados de desarrollo sostenible y significativo, requiere algo más que un simple plan genérico de actividades, productos y efectos. No interesa tanto el qué se va a hacer para alcanzar un desarrollo sostenible y lograr una ciudad cuyo desarrollo sea sostenible. Compete divulgar cómo se hacen las acciones para garantizar bienestar, salud, equidad y sostenibilidad en los procesos, en los resultados y en los impactos tanto con las personas como en las ciudades. Estructurar un marco y una gestión que se basen en resultados, de modo que se articule la planificación, la implementación, el seguimiento y la evaluación, apropiando localmente las propuestas acordadas en la agenda mundial, esta es la acción genuina en el camino a cumplir los ODS a 2030.

Las ciudades deben reaccionar y explotar sus sistemas informáticos; emplear a fondo las tecnologías de la comunicación, triangular las lecciones aprendidas, generar procesos continuos de acciones intersectoriales e interinstitucionales y apropiarse de la agenda en una apuesta por la participación, la equidad, la calidad y la sostenibilidad. No se trata únicamente de mejorar coberturas, accesos o disponibilidades para cumplir como país y reportar a la región el estado del arte de los indicadores propuestos para el seguimiento de metas y el cumplimiento de objetivos. Tampoco se trata de generar en forma coyuntural o anecdótica, experiencias de ciudad o de comunidad sostenible que no se continúan debido a cambios de gobierno.

Las interacciones para cumplir con los 17 ODS (PNUD, 2014c) podrían constituirse en una bitácora en clave de desarrollo para las ciudades. Sus efectos se entremezclan, se nutren, se potencian y, por tanto, deben ser planificados, implementados, y evaluados en conjunto, a largo plazo, sin ningún de fragmentación —sectorial, institucional o personales—. La agenda ha sido ampliada con los aprendizajes de quince años de trabajo en ODM, en consonancia con el enfoque de derechos, y exige modificar patrones de planificación, seguimiento, convivencia, producción, consumo y comercialización.

Es necesario vigorizar el uso de activos de forma eficiente y equitativa; emplear los recursos de las ciudades en aquellas intervenciones que han demostrado fehacientemente que mejoran los servicios y la calidad de vida de los habitantes en condiciones justas de sostenibilidad. Estas circunstancias implican, entre otros aspectos, documentar de manera amplia y transparente cómo se logran los resultados y cómo perciben las personas, su ciudad. Saber cómo se logró que se constituyeran en actuaciones generadoras de oportunidades, de trabajo decente, con servicios sociales y sanitarios de alta calidad. Compartir aquellas experiencias que evidencian resultados en bajas emisiones de carbón, energías limpias y

renovables, sistemas de transporte urbano articulados y unidades habitacionales con infraestructuras mucho más eco-eficientes o eco-inteligentes. Comunicar las experiencias donde se recupera y se destaca el valor de las personas, de la vida y de la convivencia.

Se trata de emprender una tarea desde diversos puntos de arranque, pero en convergencia articulada para lograr la complejidad de los resultados trazados. Si está previsto que en el año 2050 pasaremos a un mundo urbano en un 70%, es urgente abrir el debate sobre las megalópolis, la planeación urbana y más aún, sobre cómo se logran resultados y cómo participan las personas en esas experiencias. Queremos controlar el hambre, garantizar derechos, menos vulnerabilidad, más seguridad; menos discriminación, más transparencia; acceder a servicios y tecnologías y a la vez, velar por la equidad, la eficiencia, la justicia y la preservación del patrimonio cultural y natural del mundo.

Los ODM abarcaron algunas de las causas y manifestaciones más fundamentales de la pobreza extrema: muertes materno-

infantiles evitables; el fracaso en no tener a todos los niños en las escuelas, hambre y desnutrición, desigualdad de género en todas las áreas de la vida, bajos ingresos y degradación ambiental (PNUD, 2014d). Los ODS se proponen como una crítica abierta al modelo de desarrollo basado en el crecimiento y una mayor conciencia por un modelo basado en derechos y en el desarrollo sostenible.

Muchos objetivos, muchas metas, muchas preguntas. ¿Cómo se logra el desarrollo sostenible en la ciudad? Las ciudades habrán de fortalecer los espacios de planificación intersectorial y generar sistemas de implementación y seguimiento conjunto para apropiarse de los ODS. Una gestión transparente con un monitoreo continuo de los recursos empleados y resultados alcanzados. Los ciudadanos deben apropiarse de la agenda y exigir la garantía de sus derechos en tiempos y momentos previamente definidos. La invitación está abierta para todos: Resultados visibles, Ciudades sostenibles, Ciudadanos cumpliendo sus deberes y ejerciendo sus derechos.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las Ciudades en América Latina y el Caribe

Vera Kiss

1. Proceso regional de seguimiento urbano de las agendas globales de desarrollo sostenible

En el contexto del acuerdo global de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, la comunidad internacional se comprometió a abordar desafíos globales de forma integral, enfatizando la igualdad y dignidad de las personas en el centro, llamando a cambiar el estilo de desarrollo y respetando el medio ambiente, así como promover la mitigación y adaptación al cambio climático. Esta nueva agenda se diferencia del proceso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al confirmar su relevancia para todos los países, independientemente de su nivel de ingreso y al abarcar una mayor diversidad de temas, entre ellos la urbanización, y manifestando una aproximación ambiental más rigurosa. Es en este sentido que las 17 metas, conocidos como Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecen un marco para los países, para estructurar y monitorear sus compromisos hacia el desarrollo sostenible.

Definir medios de implementación flexibles es necesario para un proceso que incluye muchos países con prioridades y necesidades diversas. Por otra parte, como argumenta Jan Vandermoortele (2014), uno de los “arquitectos” de los ODM, los objetivos globales no deben ser vistos como herramientas técnicas, y reducir el proceso para el logro del desarrollo

sostenible a algunas intervenciones técnicas estandarizadas y apolíticas; por el contrario, los ODS se constituyen en un impulso para expandir y profundizar el universo de políticas nacionales o subnacionales.

Para abordar una diversidad tan importante de temas, resulta necesario contar con marcos conceptuales y metodológicos, que reconocen los vínculos entre las diversas metas y las dinámicas económicas, sociales y ambientales que los condicionan. Para tal objetivo, en su documento Horizontes 2030 la CEPAL ha propuesto la igualdad multidimensional como objetivo de los procesos de desarrollo y de los procesos de implementación de los ODS (CEPAL 2016). Esta se constituye en hilo conductor de importancia para el desarrollo urbano de la región, al reconocer que aunque la pobreza urbana haya disminuido en forma relativa en las últimas décadas, las ciudades de aún son espacios y lugares caracterizados por altas desigualdades y segregación (CEPAL & ONU Hábitat 2016).

Con la inclusión del Objetivo 11: “Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles,” la Agenda 2030 reconoce que la urbanización y la gestión urbana están en el centro del desarrollo sostenible. Este Objetivo abarca diversas dimensiones clave del desarrollo urbano, tales como el acceso

a vivienda adecuada, movilidad sostenible, espacios públicos, seguridad, además de la resiliencia a desastres naturales, la contaminación y la inclusión.

A su vez, en América Latina y el Caribe, la región en desarrollo más urbanizada del mundo, con una urbanización consolidada, muchos de los temas de desarrollo nacional tienen una dimensión urbana específica y las ciudades sostenibles determinan el desarrollo sostenible de los países. El principal desafío en este caso ya no es tanto resolver los problemas de la rápida transición rural-urbana, sino mejorar la calidad de vida y el funcionamiento de la economía urbana, para “cerrar” las brechas de la desigualdad, y lograr la sostenibilidad urbana.

Otras metas de carácter económico, social y ambiental son relevantes y adquieren una dimensión urbana indiscutida. El logro de un empleo decente y crecimiento económico (Meta 8), la reducción de las desigualdades (Meta 10) o adaptarse a los impactos del cambio climático (Meta 13), por destacar algunos ODS, se articulan positivamente con la gestión y desarrollo urbano. Para el logro de los ODS son relevantes los procesos de gestión sostenible de las ciudades latinoamericanas; no solo para el logro del objetivo 11, sino también de otros.

A su vez, la reflexión sobre el desarrollo urbano sostenible en el marco de la Agenda 2030 no puede desprenderse de otros procesos globales. Además de los Acuerdos de París sobre el cambio climático, es importante destacar Hábitat III y la articulación de una Nueva Agenda Urbana. Entre los objetivos principales de esta última, se destaca el logro de una urbanización de calidad e inclusiva como tema clave en las políticas nacionales de desarrollo, al reconocer el rol positivo que la urbanización tiene para las economías nacionales. Llama la atención sobre la significancia e impacto de un mejor financiamiento de una urbanización sostenible e inclusiva sobre el desarrollo de ALC. En este sentido se sostiene la necesidad de articular a escala regional un Plan de Acción, para la implementación de la Nueva Agenda urbana, sustentado en acuerdos regionales de múltiples actores, considerando las sinergias con los ODS y los acuerdos de París

Para la implementación de la Agenda 2030 desde un punto de vista urbano, es necesario resaltar tres dimensiones clave. En primer lugar, para el seguimiento de los ODS resulta esencial contar con mecanismos de monitoreo de los indicadores. Para el objetivo 11 de los ODS y para el monitoreo en las ciudades de los otros objetivos, es importante contar con capacidades para recopilar, analizar y sistematizar datos. Muchas ciudades grandes en particular, cuentan con datos en cantidad y calidad y las capacidades de procesarlos. Sin embargo, persisten asimetrías importantes al considerar ciudades intermedias y menores.

Fortalecer el manejo y el procesamiento de datos y estadísticas urbanas aparece como un desafío central en ALC.

En segundo lugar, la recopilación y el manejo de datos no es simplemente un ejercicio académico y de escala nacional. La mejor disponibilidad de información y su uso es una herramienta importante ya que moviliza políticas, programas y proyectos urbanos calidad de vida de los ciudadanos y el desempeño económico de las ciudades. Es importante enfatizar la transparencia y accesibilidad de los datos e información a escala urbana. En este contexto, es necesario valorar los esfuerzos de los países de la región, en cooperación con la División de Desarrollo Sostenible y Asentamientos Humanos de la CEPAL, como Secretaría Técnica, en el desarrollo de un Acuerdo Regional sobre el acceso a la información, la participación y justicia en asuntos ambientales, como seguimiento del Principio 10 de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Uno de los beneficios de tener objetivos de desarrollo sostenible es justamente la posibilidad por parte de un conjunto amplio de actores, de promover políticas sostenibles y su priorización en las políticas y presupuestos nacionales y subnacionales. Objetivos dedicados específicamente a ciudades abre un mayor y mejor espacio para a estos procesos a nivel urbano.

En tercer lugar, es necesario reconocer que para el cumplimiento de los objetivos de la Agenda 2030 y la Nueva Agenda Urbana es clave contar con mecanismos de financiamiento. En América Latina y el Caribe, con un historial de baja recaudación fiscal e insuficiente inversión en infraestructura pública a nivel nacional y subnacional, el financiamiento emerge como tema clave en la reflexión sobre medios de implementación de estas agendas globales. Para la implementación urbana, resulta inevitable considerar el fortalecimiento de las capacidades urbanas de financiamiento, sea con recursos nacionales y de las ciudades (como la captura de plusvalías y otras rentas del desarrollo urbano) o recursos internacionales como acceso a fondos de desarrollo, incluyendo los fondos climáticos.

El fortalecimiento de capacidades institucionales y de gestión surge como otro desafío importante para la cooperación regional. El recién creado Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible aparece como un mecanismo eficiente para dar seguimiento regional de los ODS, la Nueva Agenda Urbana. El Foro, dirigido por los Estados será participativo para todos los actores y bajo los auspicios de la CEPAL se llevará a cabo anualmente, empezando en el primer semestre de 2017. El Foro entrega un marco institucional y político para el desarrollo urbano sostenible articulado en un Plan de Acción Regional Post-Hábitat III.

3. La Salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible: perspectivas y retos de ciudad

Grupo de Economía de la Salud

Contexto mundial

En las últimas cuatro décadas se ha hecho muy notoria la preocupación por lograr mejores indicadores de salud y ciudades sanas, tal como lo expresan diversas declaraciones y conferencias mundiales que instan a los gobiernos a comprometerse con metas que reflejen el mejoramiento de las condiciones de vida y la salud de las personas, especialmente la salud urbana por aquello del incremento de la población que habita las ciudades. El documento de la OMS *50 hechos: Situación global de la salud y sus tendencias 1955-2025*, señala el destacado aumento de la población desde la segunda mitad del siglo XX, pasando de 2.800 millones de personas en 1955 a más de 7.000 millones en la actualidad. Además, se destaca una mayor urbanización, de modo que mientras en 1958 el 32% de la población vivía en las ciudades, para 2025 se estima que esta proporción será de 59%. En el mismo documento se refiere la consolidación de la transición demográfica, con una mayor participación de la población mayor de 65 años en 2025, que ascenderá en ese año a unos 800 millones de personas. Estos cambios en Latinoamérica y en Asia serán mucho mayores, con un crecimiento de las personas mayores de 65 años de un 300% al año 2025 (OMS, 2013).

Otro fenómeno destacado en el documento de OMS se refiere a los perfiles de morbilidad y mortalidad, particularmente el ascenso del grupo de Enfermedades no Transmisibles (ENT) como uno de los principales problemas de salud. El número de casos asociados a estas enfermedades ha aumentado en los últimos años hasta representar el 45% de la morbilidad mundial. Se estima que en 2020, estas enfermedades aportarán el 60% de la morbilidad y el 73% de las muertes en el mundo. Por su parte, OPS revela que en Las Américas se presenta una de las tasas más elevadas de mortalidad por estas causas, alcanzando un 44% del total de defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años (OPS, 2010). En suma, las ENT ocasionan más de 36 millones de muertes cada año, y entre ellas las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones (17,3 millones cada año), seguidas del cáncer (7,6 millones), las enfermedades respiratorias (4,2 millones), y la diabetes (1,3 millones).

Según la Red Global de Investigación sobre Equidad en Salud Urbana (GRNUHE, por su sigla en inglés), es crucial mejorar la equidad en la salud urbana mediante la acción sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud. Como sucede en América Latina, un tercio de la población urbana vive en asentamientos informales o tugurios (OMS

y UN Hábitat, 2010), lo que en sí mismo es un reflejo de los problemas relativos a la pobreza y a la desigualdad, así como de inequidad en salud, que han sido característicos de la región. Esta problemática requiere de un desarrollo urbano que ponga en el centro de sus políticas la equidad en salud. Ello significa intervenir los entornos urbanos buscando impactar determinantes de la salud urbana y la inequidad, entre ellos: vivienda digna, seguridad alimentaria, actividad física, medio ambiente, exclusión social, participación social y gobernanza, redes y acción intersectorial. La GRNUHE propone unos lineamientos sobre la urbanización para la equidad en la salud en el siglo XXI, de cara a la importancia de las ciudades para “abordar los factores estructurales y las condiciones de vida diaria que afectan las desigualdades en salud” (GRNUHE, 2010: 51). Es así como se plantean objetivos de salud para los urbanistas (GRNUHE, 2010: 54):

1. Ejercicio saludable
2. Cohesión social
3. Calidad de la vivienda
4. Acceso a las oportunidades de empleo
5. Accesibilidad a las instalaciones sociales y de mercado
6. Producción y distribución local de alimentos
7. Seguridad comunitaria y vial
8. Equidad y reducción de la pobreza
9. Buena calidad del aire y protección contra ruidos
10. Buena calidad del agua y saneamiento
11. Conservación y descontaminación de la tierra
12. Estabilidad climática

Ante este panorama, el llamado de organismos internacionales como la OMS/OPS es por retomar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el marco de la filosofía de Salud en Todas las políticas (STP) como perspectiva que permita la implementación y fortalecimiento de estrategias, como Ciudades Saludables, que aporten al mejoramiento de la salud urbana y a la reducción de las inequidades en salud de toda la población.

Ya desde la Carta de Ottawa (1986) se pedía a los gobiernos comprometerse con mejorar la salud de los pueblos para alcanzar mayores niveles de bienestar, y se destacaban como

requisitos para la salud el logro de la paz, la justicia social y la equidad, así como la educación, la vivienda digna, la alimentación, el ingreso justo y un ecosistema saludable, mediante el compromiso de todos los actores responsables: el Estado, la comunidad organizada, los movimientos sociales y el individuo mismo. A partir de la Carta de Ottawa, otras declaraciones y conferencias insistieron en estos mismos objetivos y sugirieron políticas públicas formuladas para tal fin. Al mismo tiempo, se fueron agregando otras metas e intervenciones que aportaban a la salud, como, ecosistemas sostenibles, entornos saludables, salud en todas las políticas, estilos de vida saludable, urbanismo saludable, equidad en salud.

Fue así como luego de la revisión del cumplimiento de los ODM, el mundo acogió los ODS, con los que se espera mejorar la calidad de vida. Los ODS pueden ser abordados desde una perspectiva urbana, en consonancia con otras iniciativas que desde la década de 1990 han clamado por un desarrollo sostenible basado en la protección del ambiente, el desarrollo humano y la erradicación de la pobreza y la inequidad.

Los ODS le apuestan a ciudades inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles, atributos recogidos por las cartas o declaraciones de promoción de la salud, que por más de 30 años vienen reconociendo en los movimientos mundiales colectivos, la importancia de ir más allá de la asistencia sanitaria e insistir sobre las intervenciones en los determinantes de la salud, la gobernanza y las acciones intersectoriales, en correspondencia con las recomendaciones que la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS hizo a los gobiernos nacionales y locales sobre las medidas a tomar para alcanzar la equidad en salud: La mayoría de esas recomendaciones se han focalizado en las poblaciones más pobres, quienes sufren las mayores inequidades en salud y planeación urbana, además de ser los que menos participan, por lo que según Hancock (2013) se hace urgente que las nociones de planificación urbana saludable y gobernanza urbana tengan en común la participación. Esta participación no es solo en cuanto a infraestructura física, sino en infraestructura blanda: cultura, educación, democracia y todos los factores que contribuyen a la vida social de una manera sana.

ODS y Ciudades Saludables

La apuesta de los ODS por lo urbano se pone de manifiesto en su objetivo 11 “Ciudades y comunidades sostenibles”, aunque en definitiva lo urbano atraviesa o es comprendido en todos los demás objetivos. Esto confirma lo nodal de la apuesta por las ciudades saludables. Si el fenómeno urbano es preocupante en tanto se prevén diversos problemas y fenómenos que afectan la vida de las personas en la ciudad desde el punto de vista de la salud, las relaciones, lo ambiental, lo político, entre otros, es lógico entonces formular estrategias integrales que permitan aunar esfuerzos para lograr mejores condiciones de vida y

bienestar. En ese sentido, se reconocen los esfuerzos por cerca de tres décadas del movimiento de ciudades saludables.

En la búsqueda de mejores niveles de bienestar, gobiernos y comunidades encuentran en estrategias como la de Ciudades Saludables una opción viable políticamente, fácil de incorporar socialmente y con grandes posibilidades de interacción, en tanto llama a la acción intersectorial e interinstitucional. El gran propósito: lograr Ciudades Saludables, lo cual significa no solo mejorar las condiciones de salud de la población en sentido amplio sino también, ampliar la mirada de la salud y de lo saludable en perspectiva de sus determinantes y del aporte que todos los sectores y distintos agentes del desarrollo pueden hacer.

Para la OMS, una Ciudad Saludable es la que “está continuamente desarrollando las políticas públicas y la creación de los entornos físicos y sociales que permiten a su gente apoyarse mutuamente en la realización de todas las funciones de la vida y alcanzar su potencial completo” (OMS, 1997). Así, el compromiso político explícito, el establecimiento de nuevas estructuras organizativas para la gestión del cambio, el compromiso con el desarrollo de una visión compartida de la ciudad, la inversión en redes y la cooperación formal e informal son los pilares de la apuesta por una ciudad saludable que claramente pueden traducirse y articularse con cada uno de los ODS. Estos encuentran en la estrategia de Ciudades Saludables una plataforma para lograr políticas encaminadas a erradicar problemas como el hambre, las desigualdades de género, la pobreza, la baja calidad y el poco acceso a la educación, la contaminación ambiental, la poca responsabilidad y conciencia que hay en cuanto al consumo de los recursos, entre otros problemas percibidos y de carácter urbano del panorama mundial.

La estrategia de Ciudades Saludables ha mostrado ser una referencia de las más exitosas del mundo, en tanto ha permanecido en la agenda mundial por cerca de 30 años. Asimismo, ha resultado ser una de las acciones más aceptadas por la población, en tanto establece una meta conjunta alrededor del mejoramiento del bienestar y la salud de las personas, con lo cual se convierte en una estrategia política para fortalecer la relación Estado-sociedad en cualquier contexto.

Enmarcar los ODS en la plataforma de Ciudad Saludable permite profundizar en la transformación de la planeación de las ciudades hasta lograr el anhelado urbanismo saludable. Algunos académicos conectan esta estrategia con la planeación y el urbanismo mediante la preocupación por la urbanización y la relación entre equidad en salud y el urbanismo saludable, señalando que en el contexto de una rápida urbanización, en la que se espera que en 2030 más del 60% de la población viva en las zonas urbanas, América Latina ya vive una urbanización sobredimensionada con el 80% de su población en las zonas urbanas, y el 30% vivirá en las denominadas ciudades “ocultas”, es decir, en las áreas marginadas (Hancock, 2013). Esto genera un verdadero reto

en cuanto a las políticas de intervención de las ciudades, en la que la planeación urbana esté enfocada a las personas, más que a la infraestructura.

Con la planificación urbana y la salud pública se puede ayudar en la eliminación de enfermedades infecciosas, teniendo en cuenta que las enfermedades infecciosas son comunes en los asentamientos o entornos insalubres y poco saludables (Hancock, 2013). Al respecto, un buen gobierno es fundamental para poner en marcha la infraestructura que mejore esta situación. También es importante intervenir las enfermedades no transmisibles, así como las lesiones de tránsito, el acceso de drogas, la delincuencia y el impacto de los desastres ecológicos. Todo estos, son asuntos que debe considerar la salud urbana (Campbell y Campbell, 2007). Por ejemplo, la prevalencia de la hipertensión arterial es cada vez mayor en los países de bajos y medianos ingresos, a medida que adoptan conductas de los países ricos, y los índices de ataques al corazón son más altos en las zonas urbanas que en los entornos rurales). En Accra, Ghana, la tasa de enfermedades del aparato circulatorio varió de un 7,0 por 10.000 personas en las zonas menos desfavorecidas a una tasa de 16,4 en las zonas más desfavorecidas; es decir, el doble de enfermedad del sistema circulatorio en esas zonas desfavorecidas (Stephens et al., 1997). Ello como consecuencia de una urbanización desigual que cambia los patrones de la enfermedad y de desigualdad.

En el recuadro se resume la interacción entre la planificación urbana y su papel en la reducción de las inequidades en salud.

Por ejemplo, el acceso a la vivienda es fundamental para una buena salud, en tanto se espera que esta sea de buena calidad, segura, limpia, con espacio y ventilación adecuados. Así, la vivienda se configura en el primer escenario, físico y social, para la promoción de la salud. Lo mismo ocurre con las escuelas, los lugares de trabajo, los barrios y la ciudad. Inclusive, a nivel de seguridad, la planificación puede incidir en que la gente pueda movilizarse y en prevenir y reducir la violencia.

El ejercicio de la planificación urbana y su contribución a la equidad en salud pasan necesariamente por un buen gobierno, el cual debe asegurar la participación ciudadana y la gobernanza. Ello significa proponer espacios y escenarios accesibles, incluyentes, a los cuales puedan acceder sin restricciones (económicas, físicas) todas las personas. La participación hace parte del capital social y la oportunidad de construir redes de colaboración. «Cuando la desigualdad es demasiado grande, la idea de comunidad se hace imposible (...) cuando hay una enorme brecha entre ricos y pobres, y cuando que la exclusión es muy fuerte, entonces tú no estás en comunidad» (Hancock, 2013).

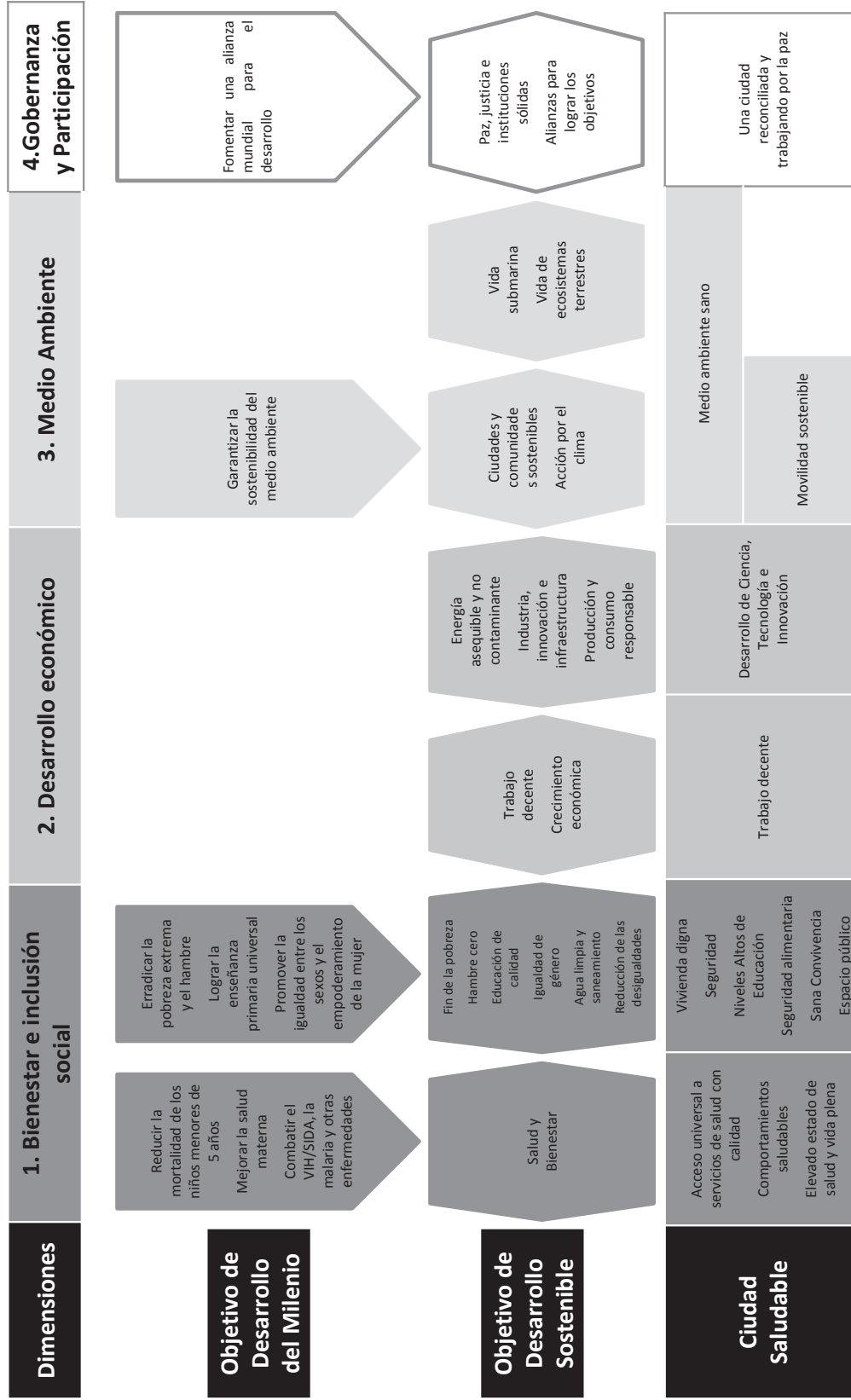
Ahora bien, en los ODS se mantienen las metas relacionadas con la erradicación del hambre, la pobreza y la desigualdad, incrementar el acceso a la educación y la salud, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y, se agregaron metas relacionadas con lo urbano, como por ejemplo las metas sobre energía asequible y no contaminante, industria, innovación e infraestructura, producción y consumo responsable y ciudades y comunidades sostenibles. Para el caso específico de las características definidas para una

Recuadro. La planificación urbana y la inequidad en salud

¿Qué tanto puede influir la planificación urbana en la equidad en salud y la salud? ¿De qué manera una buena planificación y un buen ambiente físico urbano contribuyen a la equidad en salud? Un buen diseño de planificación puede incidir en:

- Una buena salud mental.
- El acceso a la vivienda y los servicios básicos: menos barrios periféricos, más inclusión a la vida cotidiana de la ciudad, por ejemplo
- El acceso al trabajo y a las comodidades: mejores condiciones de trabajo digno y posibilidades de crecimiento familiar en lo relacionado a la prosperidad urbana, esto es, menor precarización laboral y más cohesión social, por ejemplo
- La actividad física: menos problemáticas de salud mental y más salud cardiovascular, por ejemplo
- La seguridad alimentaria: menos deserción escolar, por ejemplo
- Los entornos seguros de vida (es decir, con bajo riesgo de lesiones)
- Un entorno natural y saludable: mejores indicadores de convivencia ciudadana, por ejemplo
- La movilidad para personas con discapacidad, niños y ancianos.
- Una atención eficaz de salud.

Esquema 3.1. Relación entre ODS, ODM y características de Ciudad Saludable (caso Medellín)



Fuente: elaboración propia (GES), año 2016.

Ciudad Saludable, como se propuso para el caso de Medellín (GES, 2013), se puede identificar que tanto los ODM en su momento, como los actuales ODS, mantienen una relación con las características de Ciudad Saludable (Esquema 1). Una primera relación está enmarcada en la preocupación por la inclusión y el desarrollo sostenible, que se observa en la importancia dada a la creación de entornos que permitan un adecuado desarrollo de las personas, pero manteniendo el compromiso por la protección del medio ambiente.

Además, tanto los ODS como la estrategia de Ciudades Saludable enfrentan tres grandes desafíos en el Siglo XXI: *la equidad, la sostenibilidad y la gobernanza*. Estos tres desafíos no son sencillos de resolver, requieren un compromiso político de gran alcance. Los cambios que sufren las ciudades y sus entornos ecológicos son profundos, y tienen un efecto sobre la salud de las personas. Las intervenciones deben hacerse en función de alcanzar la sostenibilidad ecológica de las ciudades, con un decidido compromiso político y liderazgo por la salud de la ciudad. Ese compromiso deberá traducirse en políticas públicas para la salud y lo saludable. “Hay que recordar que la principal razón de los gobiernos es mejorar la salud y el bienestar, y la calidad de vida, el nivel de desarrollo humano, el potencial humano de cada uno de los ciudadanos en su área de gobierno” (Hancock, 2013).

ODS y Ciudades Saludables en Colombia

Desde 1992, Colombia ha realizado esfuerzos para poner en marcha estrategias de Ciudad Saludable (GES). A pesar del fracaso o de la falta de continuidad, se mantienen intentos por lograr Ciudades Saludables, como Bucaramanga con su Red Protectora de Parques, Bogotá y su sistema de transporte masivo Transmilenio y el programa de ciclovías, y Medellín con su plan Medellín Ciudad Saludable para la vida.

Recientemente, el Ministerio de Salud y Protección Social, la OPS y el Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia realizaron un diagnóstico con miras proponer lineamientos técnicos territoriales sobre Ciudad Saludable como estrategia para la promoción de la salud y la prevención de ENT en Colombia. La especial atención de las ENT se sustenta desde el cambio del perfil epidemiológico del país, que cada vez genera más muertes prematuras, así como incrementos de los costos de salud para los más pobres. En este sentido, el país mantiene la tendencia mundial respecto del ascenso del grupo de ENT. Teniendo en cuenta los factores de riesgo, desde la perspectiva urbana de las principales ENT, se pueden determinar estrategias de control que no solo están acordes con lo planteado por la estrategia de Ciudades Saludables sino por los ODS, específicamente por los Objetivos 3. Salud y bienestar, 5. Educación de calidad, 10. Reducción de las desigualdades, 11. Ciudades y comunidades sostenibles, y 16. Paz, justicia e instituciones sólidas (ver cuadro 3.1).

A pesar de la existencia, en ciudades y municipios colombianos, de números programas y proyectos que se inscriben en la estrategia de Ciudad Saludable, y que estos podrían articularse y coordinarse con las metas e indicadores de los ODS, hace falta voluntad política y capacidad técnica para materializar dicha articulación, no solo al interior de los programas de los gobiernos locales sino con otros actores y sectores. Fue por ello que los lineamientos propuestos se concentraron en: incrementar la voluntad política, mejorar la coordinación de instrumentos de planeación, fomentar la participación ciudadana y de otros actores, promover la intersectorialidad y la red de ciudades saludables en el país, establecer una agenda política y académica de largo plazo relacionada con el tema y proponer un sistema de seguimiento y evaluación (GES, 2016).

¿Cómo poner en marcha la estrategia de Ciudad Saludable en Colombia?

La preocupación de OMS y OPS por las consecuencias que el urbanismo desproporcionado tiene en la salud presiona por la formulación de estrategias que mejoren la salud urbana y, en general, el bienestar de las personas. Entender la carga de lo urbano en la salud de las ciudades, pasa no solo por ampliar la comprensión de los determinantes de la salud, sino que la solución empieza por la corresponsabilidad de todos los sectores. “Los problemas de la salud urbana no pueden ser resueltos por el sector de la salud pública por sí solo. Estos problemas son una consecuencia de la interacción de muchos otros factores, como el transporte y la vivienda (OPS, 2011, 32).

En ese sentido, estrategias como Ciudades Saludables son pertinentes porque pueden ayudar al logro de las metas de los ODS, al tiempo que permiten la implementación de políticas de largo plazo sobre aspectos urbanos de gran interés, como por ejemplo, la infraestructura y el equipamiento, comportamientos saludables y convivencia, acceso a los servicios de salud, entre otros. Aunque no hay recetas únicas, la OMS (1995) propuso una guía de pasos básicos para la implementación de proyecto de Ciudad Saludable que inician por la decisión de formular el proyecto, es decir, por el liderazgo.

Los 20 pasos propuestos por OMS se agrupan en tres fases. La primera fase —puesta en marcha— inicia con la toma de decisión política que refleje el compromiso por la salud de la ciudad y que implica acciones en función de definir las metas, definir grupos de trabajo, estrategias para la movilización de actores (incluye estrategias de comunicación), designación de comité gestor que lidere el proceso y lo mantenga activo, designación de un gerente o coordinador encargado de la gestión de recursos y necesidades del proyecto, así como la definición de la financiación y articulación de planes e instrumentos, la definición capacidades institucionales a través de un diagnóstico inicial y la definición de acciones

Cuadro 3.1 Factores de riesgo en salud y estrategias de política desde la perspectiva urbana

Enfermedades o eventos	Factor de riesgo	Estrategias de política	Intersectorialidad	Reducción del riesgo por actividad física
ECV Diabetes tipo 2 Cáncer de seno Cáncer de colon ODS: 1, 2 y 3	Baja actividad física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transporte alternativo ▪ Programas deportivos y recreativos ▪ Programas educativos desde la infancia ▪ Alimentación saludable ▪ Mejorar la seguridad para el libre esparcimiento ▪ Infraestructura peatonal 	Movilidad Policía Deporte y Recreación Planeación Educación Salud	ECV = 20-35% Diabetes tipo 2 = 35-50% Cáncer de seno = 20% Cáncer de colon = 35-50%
Accidentes físicos Depresión Traumas psicológicos Muertes por causas externas ODS: 1, 2, 3, 4, 11, 13 y 16	Accidentes de Tránsito	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación y seguridad vial ▪ Uso racional de automóvil ▪ Uso de espacios públicos ▪ Señalización vial ▪ Transporte alternativo ▪ Infraestructura peatonal 	Sistema de transporte Movilidad Espacio público Infraestructura Educación Salud Planeación Policía vial Participación comunitaria	Accidentes físicos = 36-68% Depresión = 20-30% Traumas psicológicos = 20-30% Mortalidad causas externas = 20-35%
ECV Enfermedades respiratorias Cáncer de pulmón Presión arterial Stress ODS: 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14 y 16	Calidad del aire y ruido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regular y vigilar actividades que produzcan contaminación ▪ Protección del medio ambiente urbano ▪ Manejo adecuado de desechos sólidos y orgánicos ▪ Innovación de instrumentos para mejorar la calidad del aire ▪ Transporte alternativo. 	Medio ambiente Planeación Infraestructura Movilidad Acueducto y alcantarillado Obras públicas Educación Salud Desarrollo social	ECV = 20-25% Enf. Resp. = 40-50% Cáncer pulmón = 30-35% Presión arterial = 20-30% Stress = 25-40%

Fuente: Elaboración propia (GES, 2014).

a emprender, las cuales previamente requieren de una planeación y organización.

La segunda fase —proceso de organización— implica diagnosticar las necesidades en materia de capacidades y planear el desarrollo de la estrategia. Esta fase concentra la gestión de conocimiento, que permite apoyar acciones como: la definición del concepto y priorización de las características de Ciudad Saludable a desarrollar, definir el perfil de salud de la ciudad, diseño y desarrollo del observatorio de salud y de otros instrumentos para el seguimiento y evaluación de las metas e indicadores de ciudad saludable, la consolidación de una agenda de investigación, análisis del contexto de ciudad, entre otros.

En esta fase es fundamental la armonización instrumental, de tal manera que las diferentes acciones gubernamentales y sociales, desde la armonización instrumental e intersectorial

y la coordinación multinivel, garanticen la consolidación de la estrategia y sus objetivos mediante la promoción de la participación ciudadana, la movilización de diferentes actores (gubernamentales, empresariales, sociales y académicos) y el establecimiento de alianzas estratégicas en el marco de las ventanas de oportunidad que ofrecían los diferentes instrumentos de planeación. Para el caso colombiano, se trata de aprovechar momentos como la formulación de los planes de desarrollo, planes locales y la revisión de los planes de ordenamiento territorial, así como demás instrumentos de planeación local.

La tercera fase —actuación— enfatiza en el desarrollo de capacidades y la puesta en marcha de la acción intersectorial, la participación y las redes de colaboración. Es un aspecto clave del desarrollo de proyectos de Ciudad Saludable en tanto es la encargada de lograr que los diferentes actores de la

Cuadro 3.2. Ruta para la implementación de estrategias o proyectos de Ciudad Saludable en Colombia

Acción	Objetivo
1. Incluir el tema en la agenda ciudadana y de gobierno	Sensibilizar a tomadores de decisión, funcionarios y ciudadanía, sobre los beneficios de la estrategia de Ciudad Saludable.
2. Factibilidad de la estrategia	Verificar que la estrategia pueda ser implementada, que cuente con sustento normativo, administrativo y presupuestal.
3. Planeación de la intervención	Establecer el propósito superior, metas y acciones a desplegar, los responsables y las necesidades de capacidades y de información y conocimiento.
4. Conformación de equipos de trabajo	Conformar los equipos de trabajo intersectorial según las metas definidas y activar el trabajo en red y la corresponsabilidad.
5. Búsqueda de ventanas de oportunidad	Conocer el contexto de la ciudad, las coyunturas políticas locales y nacionales, para activar alertas que permitan observar ventanas de oportunidad para ingresar o mantener la estrategia en la agenda política. Las elecciones presidenciales y regionales permiten un ajuste de la agenda; igual, la formulación de planes locales de desarrollo y de ordenamiento territorial.
6. Armonización de instrumentos y procesos de planeación	Los instrumentos más potentes suelen ser los planes de desarrollo y los planes de ordenamiento territorial (POT), por lo que se espera que estos conversen alrededor de temas centrales para la estrategia, como: vivienda, transporte alternativo, espacios verdes, convivencia ciudadana, comportamientos saludables y salud, entre otros.
7. Implementación	Formular la estrategia implica comprometerse con la salud de la ciudad desde una perspectiva amplia, así que no solo recae en el sector salud la gestión de la estrategia y el cumplimiento de las metas. Todos los sectores se comprometen a aportar desde sus actuaciones a la salud y al bienestar de la población. La ciudadanía también está llamada a tener un papel activo y protagónico en la búsqueda de una Ciudad Saludable.
8. Monitoreo y evaluación	Conocer los aprendizajes que se derivan del proceso es fundamental para corregir asuntos puntuales de la estrategia y para observar su evolución. Así que se hace necesario monitorear la estrategia a partir de la información, del perfil de la ciudad y de una batería de indicadores.

Fuente: Elaboración propia (GES, 2014).

ciudad se empoderen y movilicen alrededor de las metas que en materia de salud y lo saludable se propuso la ciudad. Ello empieza por articular los planes sectoriales e instrumentos de planeación con los propósitos de ciudad saludable, pero también con crear alianza con actores estratégicos, alianzas entre la academia-la empresa-el Estado-sociedad civil, conformar equipos interinstitucionales y promover fuertemente la participación social y la gobernanza.

Referencias bibliográficas

- AGUT Martínez, M^a del Pilar. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS, 2015-2030) y agenda de desarrollo post 2015 a partir de los objetivos de desarrollo del milenio (2000-2015).
- ASHTON, John (ed.) (1992). *Healthy cities*. Philadelphia: Open University Press.
- Banco Interamericano de Desarrollo - BID- y otros (2016). *Memorias Diálogos Regionales de Desarrollo Sostenible: de los ODM a los ODS*. Archivos XLS.
- Campbell, T. y A. Campbell (2007). Emerging disease burden and the poor in cities of the developing world. *Journal of Urban Health*, 84 (1): 454-464.
- CEPAL & ONU Habitat (2016) *Habitat III Informe Regional América Latina y el Caribe -Ciudades sostenibles con igualdad* (en proceso de edición)
- CEPAL (2016) *Horizontes 2030 –La Igualdad en el centro del desarrollo sostenible*
- Centro de Pensamiento Independiente CEPEI (2015). Colombia como país pionero en la adopción nacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles. Decreto 280 de la Presidencia de la República.
- Carrizosa Umaña., J (2010). Ciudades nuevas sostenibles en las regiones del Caribe y Orinoquía. *Revista de Ingeniería*, (30), 81-89. Citado agosto 10, 2016.
- DANE (2015). *Estadísticas Pobreza y Condiciones de Vida*.
- DANE (2015). *Estadísticas Mercado Laboral*.
- De Ottawa (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Health Promotion, vol. 1, no 4.
- Fernando L (2013). *Conceptualización de los términos ciudad, diseño, urbanismo y arquitectura desde la perspectiva ecoambiental*. Trilogía

- (serial on the Internet). (2013, junio), (citado julio 18, 2016); 25(35): 11-27. Disponible en: Academic Search Complete.
- GRNUHE (2010). Global Research Network on Urban Health Equity Recuperado de: www.ucl.ac.uk/gheg/GRNUHE
- Grupo de Economía de la Salud - GES (2013). La salud en las políticas urbanas: La estrategia de Ciudad Saludable para Medellín. Observatorio de la Seguridad Social No 27. Medellín, Colombia.
- Grupo de Economía de la Salud -GES- (2014). Ciudad Saludable como estrategia para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades no transmisibles en Colombia. Informe técnico OPS - Ministerio de Salud y Protección Social.
- Grupo de Economía de la Salud -GES- (2016). Lineamientos técnicos de la Estrategia Medellín, Ciudad Saludable. Informe técnico final. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia y Alcaldía de Medellín.
- Hancock, Trevor. M. B (2015). Population health promotion 2.0: An eco-social approach to public health in the Anthropocene. *Canadian Journal of Public Health*, 2015, vol. 106, no 4, p. E252.
- Kickbush I, Buss PM (2014) Health in the post 2015 agenda: perspectives midway through. *Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)*; 30(10): 2035-2037.
- Kjellstrom et al (2007); Citado en la Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la Organización Panamericana de la Salud 2008.
- Múnera López, María C (2007). Resignificar el desarrollo.
- Naciones Unidas (2005). Objetivos de desarrollo del Milenio: Informe de 2005. United Nations Publications.
- PNUD (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015. Colombia. Nuevas Ediciones S.A.
- OMS y UN Hábitat (2010). Hidden Cities <http://www.hiddencities.org/> y UNICEF (2012) Children in an Urban World: The State of the World's Children 2012 http://www.unicef.org/sowc2012/pdfs/SOWC-2012-Main-Report_EN_21Dec2011.pdf
- Organización Mundial De La Salud (OMS) (2010). "URBAN HEART. Instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad en salud en los medios urbanos: Manual de uso". Desarrollo Sanitario, I.H.D. Centre Building, 9th Floor, 5-1, 1-chome, Wakinhama Kaigandori, Chuo-ku, Kobe City
- Organización Mundial de la Salud (1997). Salud Para Todos en el Año 2000. Declaración de Alma Ata.
- OMS, 2013. "The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013 The Helsinki Statement on Health in All Policies".
- OMS (1995). Veinte pasos para desarrollar un proyecto de ciudades saludables. 2ª Edición.
- Organización Panamericana de la Salud -OPS- . (2010). Grupo de Trabajo: Enfermedades No Transmisibles Mercosur y Países Asociados.
- Organización Panamericana de la Salud -OPS- . (2011). Integración de los documentos de referencia para la estrategia y plan de acción sobre la salud urbana en las Américas.
- Programa de las Naciones Unidas Para El Desarrollo (2014a). Folleto sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Presentando la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- Programa de las Naciones Unidas Para El Desarrollo (2014b). Un Millón de voces: el mundo que queremos.
- Programa de las Naciones Unidas Para El Desarrollo (2014c). Implementación de la agenda para el desarrollo post-2015.
- Programa de las Naciones Unidas Para El Desarrollo (2014d). Post-2015: Inicia la conversación global.
- Profamilia, Ministerio de la Protección Social de Colombia, Bienestar Familiar Y USAID (2011). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá Colombia. Printex Impresores Ltda.
- Rice, Marilyn; HANCOCK, Trevor (2016). Equity, sustainability and governance in urban settings. *Global healthpromotion.*, vol. 23, no 1 suppl, p. 94-97.
- Riechmann, Jorge, et al (1995). Desarrollo sostenible: la lucha por la interpretación. De la economía a la ecología, p. 11-35
- Ruano AL, Friedman EA, Hill PS (2014). Health, equity and the post-2015 agenda: raising the voices of marginalized communities (Editorial). *International Journal for Equity in Health* 2014, 13:82.
- Sanahuja, José Antonio (2014). De los Objetivos del Milenio al desarrollo sostenible: Naciones Unidas y las metas globales post-2015. Anuario Ceipaz. 2014-2015. Focos de tensión, cambio geopolítico y agenda global, p. 49-83.
- Secretariado Habitat III. The New Urban Agenda <https://www.habitat3.org/the-new-urban-agenda>
- Sheridan SA, Brolan CE, FITZGERALD L, Tasserei J, MALEB MF, Rory JJ, HILL PS (2014). Facilitating health and wellbeing is "everybody's role": youth perspectives from Vanuatu on health and the post-2015 sustainable development goal agenda. *International Journal for Equity in Health* 2014, 13:80.
- Stephens, Carolyn, et al. Urban equity and urban health: using existing data to understand inequalities in health and environment in Accra, Ghana and Sao Paulo, Brazil. *Environment and Urbanization*, 1997, vol. 9, no 1, p. 181-202
- United Nations (2014a). Open Working Group on Sustainable Development. Outcome document. <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>. [consultado, 9, noviembre de 2014].
- United Nations (2014b) . The future we want. <http://sustainabledevelopment.un.org/futurewewant.html>. [consultado, 9, noviembre de 2014].
- Vandermoortele, J. (2014) Post-2015 agenda: mission impossible? *Development Studies Research* Vol. 1, No. 1, p. 223-232
- Wolfe, E., Smith EV Jr. (2007). Instrument development tools and activities for measure validation using Rasch models: part I - instrument development tools. *J Appl Meas*;8(1):97-123

Observación estadística:

Índice de Condiciones de Ciudad Saludable de Medellín

Diego Rojas Gualdrón - Grupo de Economía de la Salud

El índice de condiciones de ciudad saludable es una medida sintética propuesta para el monitoreo de la estrategia de Medellín Saludable. Las características principales de esta medida son: que esté orientada al diagnóstico y al análisis de desigualdades sociales en salud y que dé información útil sobre el comportamiento de los territorios y de los indicadores o características de Ciudad Saludable, que sea homologable a metodologías internacionales de medición, y que sea de fácil obtención y cálculo periódico.

El Índice es una adaptación de la herramienta Urban HEART de la OMS (2010), que retoma información sobre cinco áreas de política: Ambiente físico e infraestructura, Desarrollo social y humano, Oportunidad económica, Gobernanza y compromiso cívico, y Salud de la población. Para el cálculo del índice se empleó información de la Encuesta de Calidad de Vida –ECV– de Medellín, un instrumento local con buenas características para proveer análisis en los cambios de la calidad de vida y un monitoreo adecuado y proporcionado por el rigor estadístico en cuanto a la población incluida.

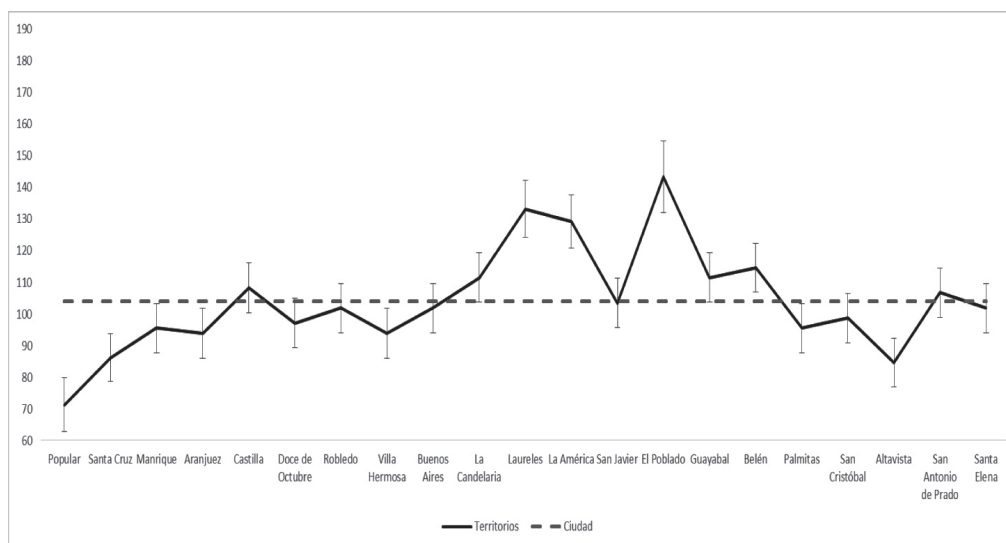
En la construcción del índice se clasifican las características de Ciudad Saludable dentro de las cinco dimensiones del Urban HEARTH. Las características Elevado estado de salud y vida plena y Comportamientos saludables se tomaron como la dimensión de salud de la población. Conceptualmente, todas las características encuentran relación con las dimensiones del Urban. No obstante, Desarrollo de ciencia, tecnología e innovación, Buen gobierno,

Seguridad alimentaria y Sociedad que se reconcilia, no quedan representadas por deficiencias en los indicadores asociados. Se deben considerar nuevas fuentes de información para generar indicadores para estas dimensiones.

Para el cálculo, los indicadores de base se tomaron mediante reprocesamientos a las variables de la Encuesta de Calidad de Vida considerando las relaciones entre el modelo de Ciudad Saludable y el modelo de la encuesta, y siguiendo los criterios del modelo Rasch adaptado por los autores en 2013 a partir Wolfe y Smith, 2007. La unidad de análisis de la encuesta son los hogares y las personas. Para la construcción de los indicadores se tomó como unidad de análisis a las comunas y corregimientos.

La gráfica muestra las estimaciones del nivel de condición de Ciudad Saludable de cada territorio en 2014 y el promedio de todos los territorios de la ciudad. Las comunas El Poblado, Laureles, La América y Belén sostienen condiciones de ciudad saludable mayores que el promedio. La Candelaria y Castilla pasan de condiciones mayores al promedio en 2013 a condiciones similares al promedio en 2014. Por debajo del promedio de todos los territorios se mantienen durante 2014 Altavista, Popular, Santa Cruz y Aranjuez. Villa hermosa baja desde condiciones similares al promedio en 2013 hasta condiciones menores que el promedio en 2014. Los territorios de Manrique, Doce de Octubre, San Javier, Palmitas y Santa Elena suben sus condiciones al promedio de la ciudad en 2014.

Grafica. Índice de condiciones de ciudad saludable por territorios año 2014



Fuente: Construcción propia a partir de Encuesta de Calidad de Vida de Medellín, 2011-2014

Observación Académica:

Medellín y el sueño de Ciudad Saludable: Una ciudad para vivir más y mejor



En este libro se presentan los resultados de la investigación Planteamiento teórico y aproximaciones empíricas sobre el concepto de Ciudad Saludable al caso de Medellín, adelantada por el Grupo de Economía de la Salud mediante convenio de cooperación con la Secretaría de Salud de Medellín, entre mayo de 2013 y agosto de 2014. El libro incluye una breve reseña sobre los avances y las actividades realizadas entre 2014 y comienzos de 2016. Los resultados constituyen una base fundamental para consolidar la estrategia de Ciudad Saludable, tanto en lo que se refiere al trabajo técnico que ello demanda como al conjunto de acciones tendientes a vincular a los actores locales para el avance y el éxito de dicha estrategia. El libro está estructurado en cinco capítulos. En el primero se presenta un resumen del trabajo adelantado, el cual puede ser empleado para realizar una difusión de la investigación a público general. En el segundo se ofrecen los resultados de la revisión teórica y de experiencias internacionales, como referente fundamental para orientar la discusión nacional y local. En el tercero, se documenta el proceso investigativo, basado en información primaria y en varias actividades con participación de públicos de la ciudad. En el cuarto, se presenta el componente técnico de la investigación, centrado en la lectura de los planes de desarrollo y de las políticas de Medellín, y en la propuesta para la conformación de un sistema de monitoreo y evaluación sobre la estrategia de Ciudad Saludable. Finalmente, en el quinto capítulo se recogen las conclusiones y las recomendaciones para dar continuidad al trabajo. ISBN: 978-958-8947-47-1

Autores:

Jairo Humberto Restrepo Zea. Economista y magíster en gobierno y asuntos públicos. Profesor titular y coordinador del Grupo de Economía de la Salud, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia.

Eliana Martínez Herrera. Odontóloga-Salubrista; magíster y doctora en Epidemiología. Especialista en Gestión y Planificación de la Cooperación Internacional al Desarrollo. Profesora del Departamento de Ciencias Básicas e investigadora del Grupo de Epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Olga Zapata Cortés. Economista, magíster en ciencia política y estudiante de Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales. Profesora de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Antioquia.

Andrea Ruiz Molina. Economista y contadora. Integrante del Grupo de Economía de la Salud, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia.



15 años del Observatorio de la Seguridad Social

Entre las características que distinguen al GES, como parte del Sistema Universitario de Investigación y del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, se encuentran su vocación por la formación de investigadores, la búsqueda de nuevo conocimiento en torno al desempeño de los sistemas de salud, el trabajo interdisciplinario y el compromiso con la difusión y la apropiación social del conocimiento. Así que los esfuerzos del GES se ven materializados en publicaciones académicas, en la asesoría a estudiantes, en la interacción con colegas de diversas disciplinas e instituciones, y en distintas formas de proyección hacia la sociedad, en particular al sector público, a la empresa y a organizaciones sociales.

En el marco de la proyección social del GES y de la convicción de contribuir al debate informado y a la generación de análisis sobre los avances y retos del sistema de salud y de la economía de la salud, desde junio de 2001 se publica el Observatorio de la Seguridad Social como un medio de divulgación de los trabajos y los análisis del Grupo. Además de presentar los avances o los resultados de sus investigaciones y de trabajos de estudiantes de pregrado y posgrado, en varias ocasiones se han publicado números especiales en los cuales se cuenta con la colaboración de colegas del país y del exterior.

En la propuesta original del Observatorio se buscaba contar con un sistema de información que permitiera dar cuenta de

los avances de la reforma colombiana, así que se suscribió un convenio con la Superintendencia Nacional de Salud y se estructuraron los principales temas que serían objeto de análisis. Se destaca, a lo largo de estos años, el seguimiento sobre la cobertura del seguro de salud, el acceso a los servicios de salud, y el financiamiento y la regulación del sistema de salud. En estos casos, se ha buscado dar cuenta de unos indicadores relevantes, inicialmente como parte de los retos que tenía el país para implementar la reforma y luego como ejercicio permanente de monitoreo y evaluación.

A estos temas se agregan otros en los que se realizan revisiones teóricas y comparaciones internacionales, ofreciendo material de estudio e insumos para la discusión pública y la formulación de agenda de investigación en el campo de economía de la salud y la seguridad social. Es el caso de la organización industrial, el uso racional de medicamentos, las perspectivas del sistema pensional, el tema de ciudades saludable, priorización en salud, y la economía de enfermedades no transmisibles, entre otros temas. Además, en cada número se ofrece la reseña de publicaciones, denominada "Observación Académica" y el análisis de algún tema de coyuntura reflejado en una "Observación Estadística".



El Observatorio ha sido un referente obligado para los analistas del sector y para los tomadores de decisiones de política pública. Con creces ha cumplido con su objetivo de hacer más sistemático el estudio sobre la evolución del sector, abordando permanentemente y con estricto rigor académico distintos temas de gran impacto social, económico y financiero.

CARMEN EUGENIA DÁVILA. Viceministra de Protección Social

El Observatorio ha aportado al país reflexiones pertinentes sobre la evolución del sistema de salud colombiano. Es un referente para los interesados en los temas de la seguridad social.

OLGA LUCÍA ACOSTA. CEPAL Colombia



"El Observatorio ha contribuido a mi formación, no sólo desde la academia sino desde la cotidianidad de mi quehacer profesional, convirtiéndose en un compendio de consulta permanente".

MISAEI CADAVID. Gerente de Municipios, Gobernación de Antioquia

"El Observatorio ha sido una contribución muy útil que sirve de referente en los temas del sector, llevando sus mensajes con un lenguaje apropiado para la academia y el público en general. Felicidades".

CARLOS MEDINA. Gerente Banco de la República, Sucursal Medellín





El Observatorio se ha convertido en un espacio de análisis y reflexión que nos ha permitido ver, a través del prisma juicioso de la academia, las realidades positivas y negativas de nuestro sistema de salud. El trabajo constante y dedicado del GES es un gran aporte a las discusiones de fondo que debe dar la política sanitaria.

RAMON ABEL CASTAÑO, Consultor

“Cuando se escriba la historia de la Economía de la Salud en Colombia, el GES merecerá un capítulo fundamental. Los que hemos trasegado en este campo hemos seguido de cerca sus pasos, nos hemos enterado de sus iniciativas, y hemos aprendido de sus análisis a través del Observatorio. Esperamos que sean muchos años más”.

DIEGO ROSSELLI. Profesor, Universidad Javeriana



Observatorio de la seguridad social 2001-2016

1. Cobertura del seguro de salud en Colombia	17. Monitoreo de la seguridad social en salud en Medellín, 2004-2007
2. Oferta del seguro público de salud en Colombia	18. Limitaciones y derechos sobre la atención en salud de los colombianos
3. Condiciones de acceso a los servicios de salud	19. Evolución y perspectivas del régimen subsidiado de salud, 1996-2008
4. Financiamiento del seguro de salud en Colombia	20. Crisis económica, reformas y salud
5. Alternativas para financiar el sistema de salud en Colombia	21. Monitoreo de la Seguridad Social en Salud en Medellín, 2008-2009
6. La regulación en el sistema de salud colombiano	22. La reforma pensional en Colombia
7. Resultados económicos de la reforma a la salud en Colombia	23. Evolución de la Seguridad Social en Salud en Colombia: avances, limitaciones y retos
8. Monitoreo de la seguridad social en salud en Antioquia	24. Economía de las enfermedades crónicas no transmisibles: Implicaciones para Colombia
9. Seguridad alimentaria y nutricional en Antioquia	25. Implicaciones económicas y fiscales de la cobertura universal en salud
10. Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia	26. Aspectos económicos de la Reforma a la Salud en Colombia
11. Macroeconomía y Salud en Colombia	27. La salud en las políticas públicas urbanas: la estrategia de Ciudades Saludables para Medellín
12. La salud en ciudades de Colombia	28. Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano, medición y perspectiva de actores en Medellín.
13. Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996-2005	29. Acceso y uso racional de los medicamentos: experiencias internacionales y panorama colombiano
14. Evaluación económica en salud: tópicos teóricos y aplicaciones en Colombia	30. Transición del sistema de salud colombiano
15. Reforma a la seguridad social en Colombia, 1993-2007	31. El gasto y la prioridad de la salud en Colombia
16. Reforma a la regulación en salud en Colombia: del Consejo Nacional a la Comisión de Regulación	32. La salud de las ciudades en la agenda global de desarrollo: Desafíos para Colombia

Actualidades del GES

Publicaciones recientes:

Restrepo, JH. y Rojas, K. (2016). “La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963)”. Lecturas de Economía, No. 84 (enero – junio), pp. 209-242.

Investigaciones y estudios:

El GES inició el estudio “Oferta y demanda de consulta preconcepcional en Colombia”, el cual se enmarca en Carta Acuerdo entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Universidad de Antioquia (Grupo NACER), para brindar asesoría y asistencia técnica al Ministerio de Salud y Protección Social.

Participación en eventos:

El profesor Jairo Humberto Restrepo participó en el 23º. Foro Farmacéutico de la Asociación Nacional de Empresarios (ANDI), realizado en Cartagena entre el 8 y el 10 de junio, con la conferencia: “El gasto y la prioridad de la salud en Colombia”.

Las facultades de Ciencias Económicas y de Derecho y Ciencias Políticas, en apoyo a una iniciativa del GES y profesores de esas facultades, realizaron el 27 de abril un seminario sobre actualidad y perspectivas del sistema pensional colombiano. Jairo Humberto Restrepo y María Alejandra Henao prepararon la conferencia “Financiación y cobertura de la seguridad social en Colombia y el mundo”.

Monografía de grado (economía):

Implicaciones de la Ley Estatutaria de Salud a la luz de la consagración de límites justos en los servicios de salud en Colombia. Yennifer Celin e Isabel Valencia. Asesor: Jairo Humberto Restrepo.

Otras actividades e información de interés:

Laura Sánchez, vinculada al GES en los últimos años como estudiante de maestría, obtuvo su graduación con el trabajo de investigación: “Los costos de transacción, la especialización y la regulación de la oferta de servicios de atención médica”. En el primer semestre académico de 2016 se vincula como docente ocasional al Departamento de Economía de la Universidad de Antioquia.

Esteban Orozco inicia la Maestría en Economía de la Universidad EAFIT, primer semestre de 2016.

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:
Mauricio Alviar Ramírez

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:
Ramón Javier Mesa Callejas

Jefe, Departamento de Economía
Danny García Callejas

Director, Centro de Investigaciones y Consultorías:
Juan Darío García Londoño

Coordinador del GES
Jairo Humberto Restrepo Zea

Otros profesores:
Eliana Martínez Herrera
Olga Zapata Cortés
Laura Sánchez Higuaita

Profesionales y estudiantes de maestría:
Andrea Ruíz Molina
Paula Castro García
Esteban Orozco Ramírez
Juan José Espinal Piedrahita

Jóvenes investigadores CODI:
Cindy Lorena Chamorro V.
Jesús Fernando Flórez Herrera
Estefanía Rúa Ledesma
Laura Ramírez Gómez

Estudiantes en formación:
María Alejandra Henao Bedoya

Coordinación editorial:
Eliana Martínez Herrera

Diseño:
Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:
Imprenta Universidad de Antioquia

Correspondencia:
jairo.restrepo@udea.edu.co

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.

