

GLOBAL REPORT
on

URBAN

equitable, healthier cities for sustainable development

HEALTH

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN

Entre 2016 y 2030, la atención de la comunidad mundial se centrará en el logro de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que recientemente han acordado 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas (ONU) (1). El Objetivo 3 de los ODS –el “objetivo relativo a la salud”– comprende 13 metas orientadas a garantizar una vida sana y a promover el bienestar de todos a todas las edades. Este objetivo amplía enormemente las ambiciones de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), al incluir metas sobre la salud maternoinfantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles, la cobertura sanitaria universal y la salud medioambiental. El Objetivo 11 –el “objetivo relativo a las ciudades”– comprende 10 metas orientadas a lograr que las ciudades sean inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles. Estas metas abordan diversas cuestiones fundamentales, como la vivienda, el transporte, la economía y el medio ambiente, que fortalecen el tejido físico y social de una ciudad.

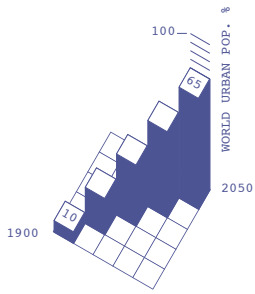
Cabe destacar que esta es la primera vez que se da prioridad a las ciudades en la agenda mundial para el desarrollo. Este aumento del interés por las ciudades obedece principalmente a dos razones. La primera es que desde 2008 la mayor parte de la población mundial vive ya en ciudades. Es probable que esta proporción siga aumentando y se prevé que en 2050 lo hagan dos de cada tres personas (2). El impacto económico, social y medioambiental de las ciudades determinará la calidad de vida a escala mundial en el futuro. La segunda es que las ciudades ostentan cada vez más el liderazgo en la resolución de los problemas que plantea el desarrollo a nivel mundial, como el cambio climático, la salud pública y la seguridad alimentaria. Las autoridades munic-

pales y locales tienen capacidad para actuar de forma rápida y adecuada en relación con estos problemas, y ejercen colectivamente una notable influencia tanto a nivel nacional como mundial. En 2014, por ejemplo, alcaldes de todo el mundo firmaron en Francia la Declaración de París, en la que se comprometían a alcanzar los objetivos marcados por las Naciones Unidas para poner fin a la epidemia del SIDA en 2020, diez años antes de lo previsto a escala nacional (3).

No es por tanto ninguna sorpresa que los ODS 3 y 11 estén estrechamente interrelacionados entre sí. Ambos objetivos se proponen expresamente mejorar la seguridad vial y la calidad del aire. La meta 5 relativa a las ciudades, reducir el número de muertes causadas por los desastres, guarda una relación directa con la salud. Además, todas las metas del Objetivo 11 encaminadas a mejorar las condiciones de vida y de trabajo de las personas que viven en ciudades contribuirán a su vez al logro del objetivo relativo a la salud.

El primer informe mundial sobre la salud urbana, titulado *Hidden cities – unmasking and overcoming health inequities in urban settings* (4), sostenía que uno de los obstáculos para el logro de los ODM era la escasa atención dedicada a la equidad sanitaria en las ciudades. A diferencia de los ODM, los ODS han incorporado la equidad como un valor fundamental para el logro de sus metas. El informe ofrece una base de referencia para comprender los logros alcanzados hasta el momento en relación con la salud urbana, describe los principales obstáculos para seguir avanzando y destaca algunas soluciones innovadoras adoptadas por partes interesadas a escala local, nacional e internacional para contribuir a poner en práctica los ODS.

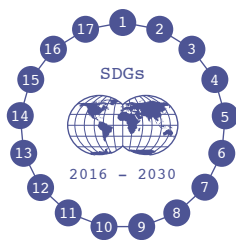
Introduction



Start of the 20th century the world was only 10% urbanized.

6.3B
9.6B

By 2050, 6.3B people, or 65% of the world population will live in urban areas.

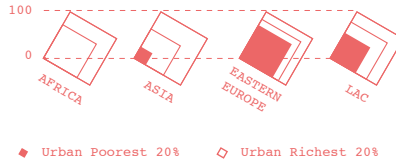


All 17 of the Sustainable Development Goals converge in urban environments, where the success of each is interdependent with one another and with achievements in health.

1 Reduce Health Inequity for Sustainable Development

Health equity remains a persistent problem for residents of all cities

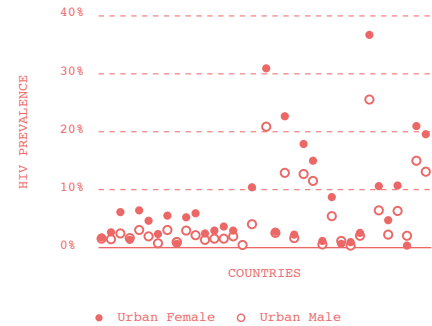
Even with the Millennium Development Goals vulnerable populations in urban areas were left behind.



Common patterns of the urban advantage and intra-urban health inequity, access to piped water is used as an example

3 Leverage the urban advantage to tackle communicable diseases

Cities must play a leadership role in the fight against communicable diseases.



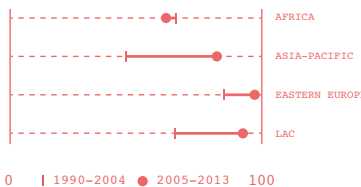
HIV prevalence among general population, by sex and country

Section I Cities free of preventable diseases

2 Advance universal health coverage in cities

Cities will play a major role in demonstrating the feasibility and value of UHC.

The world has experienced some successes in increasing coverage of health services (figure below), but this ultimately masks the exclusion of large numbers of people without the rights or the means to access them.



Antenatal care coverage, by region across two time periods

4 Non-communicable diseases: overcome the new urban epidemic

38 mln

people die every year from NCDs

Non-communicable diseases are emerging as the new urban epidemic. Non-communicable diseases have typically been thought of as diseases of affluence, but they are now killing more people in the developing world than anywhere else, even as they continue to be a growing problem in the developed world.

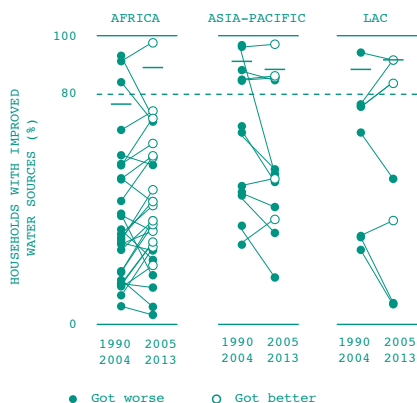
5 Tackle 21st century malnutrition

Cities increasingly face the unprecedented dual challenge of undernutrition and overnutrition.

OVER
UNDER
NUTRITION

6 Provide safe water and sanitation for all

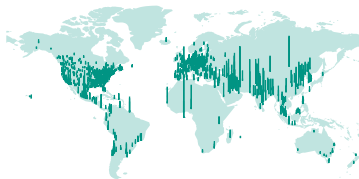
Despite significant global progress, lack of access to safe and sustainable water and sanitation continues to pose an urgent challenge for cities.



► Trends in country level urban prevalence of access to improved water sources, comparing 1990–2004 to 2005–2013

8 Transform urban mobility

Urban transport can be transformed to be healthier, safer and more sustainable.



► Global map of air pollution in cities

12% ONLY

of city populations monitored by WHO are compliant with WHO air quality guidelines.

10 Ensure safety in the city

526.000

people lose their lives to violence every year, 90% of which occurs in countries officially at peace.

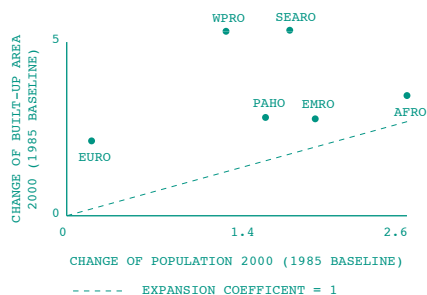
VIOLENCE PEACE

Much of this violence has become concentrated in urban areas.

Section II Cities planned for people

7 Design healthier, more sustainable cities

Cities can be designed and managed in ways that enable healthier behaviour and achieve better health outcomes.



► Urban spatial expansion and population growth

9 Improve health in the home

Targeted housing interventions, greater use of clean energy and improved affordability can help tackle the global challenge of healthy and sustainable urban housing.



By 2025, about one third of the world's urban population will occupy substandard housing or will be so financially stretched by housing costs that they forgo other basic needs.

Section III A renewed focus on urban governance: bringing it all together for health equity

- 1 Participatory decision making.
- 2 Public-private partnership.
- 3 Coordinated policies and actions across multiple sectors to achieve desired outcomes for health equity.

SECCIÓN 1

UNA VISIÓN DE FUTURO PARA UNAS CIUDADES MÁS SANAS

CAPÍTULO 1

Reducir la inequidad sanitaria en pro del desarrollo sostenible

EN LAS CIUDADES DE TODO EL MUNDO,
LA POSIBILIDAD DE REALIZAR AVANCES
SIGNIFICATIVOS EN LA ESFERA DE LA SALUD
DEPENDE DE QUE SE REDUZCA
LA INEQUIDAD SANITARIA

La equidad es un imperativo ético y un principio esencial tanto de los ODS como de la nueva agenda sanitaria mundial en materia de cobertura sanitaria universal. El corpus de datos nuevos que se han analizado para elaborar este informe revela

que la equidad sanitaria sigue siendo un problema para los residentes de todas las ciudades. Ello tiene implicaciones importantes. Los datos examinados en el marco de la reflexión colectiva sobre la era de los ODM indican que las poblaciones vulnerables de las ciudades quedaron atrás y lastraron los progresos en el desarrollo mundial. De no hallar solución, la inequidad en la salud urbana seguirá siendo un freno para el avance hacia los nuevos objetivos de desarrollo, a escala tanto nacional como mundial, a medida que las ciudades sigan creciendo.

El estudio más reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizado sobre 79 países de ingresos medianos bajos (PIMB), mostró que los niños del 20% más pobre de los hogares urbanos tienen, de media, el doble de probabilidades de morir antes de cumplir cinco años que los niños del 20% más rico (5). Incluso en entornos de mayores ingresos, un estudio realizado sobre 16 ciudades europeas encontró pruebas de inequidad sanitaria en todas ellas, estrechamente relacionada con carencias socioeconómicas (6). Estas inequidades sanitarias son el resultado de la interacción de muchos factores, entre ellos el género, la edad, el lugar de residencia y la condición de migrante

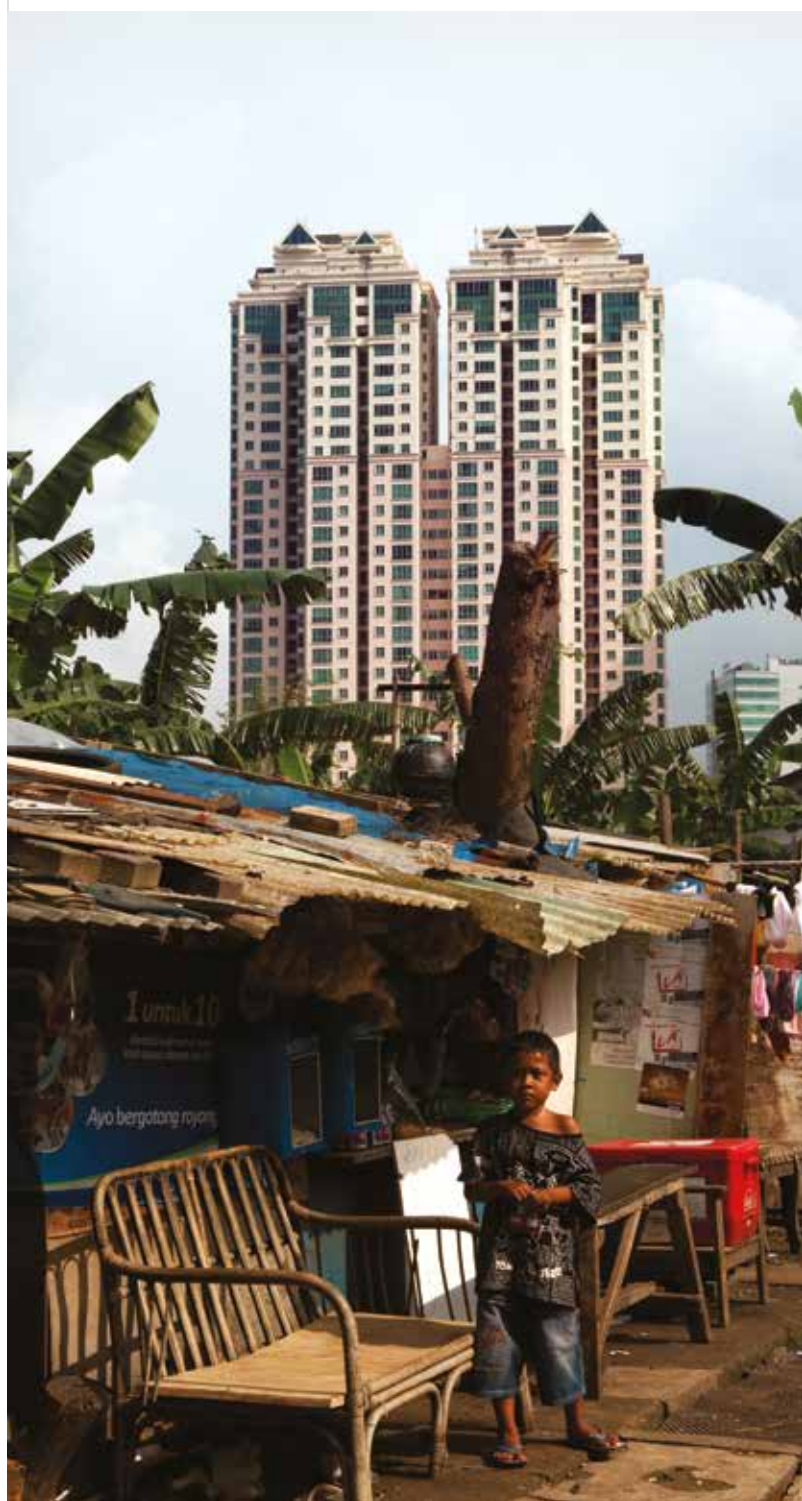
de una persona, aunque la pobreza es el principal factor de vulnerabilidad. La equidad sanitaria en los centros urbanos es un problema complejo, pero resoluble, como han demostrado muchas ciudades y países que figuran en el informe.

Algunos países han logrado recortar la diferencia en la supervivencia urbana propiciando un progreso más rápido entre las poblaciones más pobres. Entre 2000 y 2011, Etiopía redujo más de un 40% la tasa de mortalidad infantil en el 20% más pobre de los niños del medio urbano, mientras que en el 20% más rico el cambio fue escaso o inexistente. Varias de las ciudades que figuran en el informe de Save the Children *State of the world's mothers: the urban disadvantage* (7) también mostraban notables progresos en equidad sanitaria infantil, incluso bajo la presión de un fuerte crecimiento de la población.

Un obstáculo añadido para resolver el problema de la equidad sanitaria en las ciudades es la falta de datos adecuados a escala urbana en relación con la salud y sus determinantes. No obstante, cada vez hay más demanda de una revolución en los datos urbanos para superar los retos que plantean la invisibilidad y la desigualdad, en el marco de los esfuerzos de los países por alcanzar el desarrollo sostenible. Actualmente hay en marcha varias iniciativas de escala local para superar la sistemática falta de datos relativos a las poblaciones urbanas, sobre todo las más marginadas. En ellas se aplican enfoques innovadores para examinar con más precisión no solo las zonas urbanas en general, sino más específicamente aquellas personas y áreas que a menudo quedan excluidas de los estudios oficiales. La posibilidad de disponer de datos adecuados a escala subnacional es crucial para alcanzar la equidad sanitaria, así como los objetivos más amplios de la democratización y la descentralización. Actualmente existen nuevas iniciativas de financiación que pueden fomentar la inversión de las ciudades en una recopilación más exhaustiva de datos para guiar las actuaciones a escala local (8).

Source: WHO/Anna Kari

Ya sea para generar datos o para adoptar decisiones y políticas, la equidad sanitaria en los centros urbanos es un reto que exige la implicación del conjunto de la sociedad. Romper las barreras entre compartimentos organizacionales, así como entre las autoridades y las personas, puede contribuir a que se aborden las causas de la inequidad sanitaria y a que las políticas y los programas pertinentes sean socialmente sostenibles.



Promover la cobertura sanitaria universal en las ciudades

PARA AVANZAR HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL ES ESENCIAL PRESTAR MAYOR ATENCIÓN A LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LA POBLACIÓN URBANA POBRE

La salud es un derecho humano. El acceso a una asistencia sanitaria asequible puede contribuir a la buena salud de todos. La cobertura sanitaria universal es un avance importante en la reducción de las inequidades en el acceso a la atención sanitaria. El objetivo de la cobertura sanitaria universal es garantizar que todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan sin que ello les suponga un quebranto financiero.

Tal vez la mayor dificultad que encuentran las ciudades para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal es el crecimiento y la heterogeneidad de las poblaciones urbanas, sus diferentes circunstancias y antecedentes sociales, culturales y económicos, así como la existencia de subpoblaciones específicas en situación desfavorecida, como las que viven en los barrios marginales. La cobertura de los sistemas de salud, incluidos los planes de seguros, forma parte en general del mandato de los gobiernos nacionales, por lo que el presente informe examina qué es lo que pueden hacer las autoridades y las comunidades locales para hacer realidad la cobertura sanitaria universal. Afortunadamente, es mucho lo que puede hacerse a escala local. Por ejemplo, las autoridades municipales de Guangzhou, en China, extendieron en 2009 la cobertura de sus servicios básicos de salud, de carácter gratuito, a los inmigrantes registrados que



Cambodia: Improving hospitals and healthcare helps save lives
Source: Cambodia: Improving hospitals and healthcare helps save lives by Chhor Sokunthea/World Bank is licensed under CC By 2.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>

no dispusieran de *Hukou* en la ciudad (el *Hukou* es una inscripción en un registro de familias que da derecho a sus titulares a acceder a los servicios públicos de su área). En 2013 el número de personas cubiertas por estos servicios se acercaba a los 13 millones, y entre 2009 y 2015 las autoridades locales duplicaron su aportación financiera al programa, de US\$ 4 a US\$ 8 por persona y año (9).

Las ONG locales e internacionales pueden desempeñar también un papel importante. En Lima (Perú), una organización sin fines lucrativos llamada Socios En Salud puso en marcha un conjunto de servicios de salud que abarcaban la tuberculosis, el VIH, la salud mental y el desarrollo infantil, centrados en las comunidades de los barrios marginales de Lima, donde el acceso a la atención de salud era limitado. Los grupos de apoyo mutuo obtuvieron resultados especialmente buenos con los pacientes de tuberculosis multi-resistente (TB-MR) y VIH. Más de 10.500 personas con TB-MR han recibido tratamiento en los barrios marginales de Perú a un coste por caso muy bajo y con la tasa de curación más elevada del mundo, rompiendo con la idea preconcebida de que el tratamiento de la TB-MR es demasiado

caro y complicado para tener éxito en comunidades pobres (10).

Las ciudades serán muy importantes para demostrar la viabilidad y el valor de la cobertura sanitaria universal. No obstante, los éxitos alcanzados a lo largo de la última década en el aumento de la cobertura de los servicios médicos en zonas urbanas han hecho que se prestara menos atención a la exclusión que padecen un gran número de personas que no tienen los derechos o los medios necesarios para acceder a ellos. En consecuencia, las ciudades deberán tomar medidas en el futuro para garantizar que las aspiraciones económicas y de bienestar de los miles de millones de personas que viven en zonas urbanas no se vean recortadas por la limitación de las oportunidades de acceder a una atención sanitaria de calidad.

CAPÍTULO 3

Aprovechar las ventajas del medio urbano para hacer frente a las enfermedades transmisibles

LAS CIUDADES DEBEN LIDERAR LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Las ciudades están en condiciones de liderar un cambio en la evolución de algunas de las enfermedades transmisibles más devastadoras de nuestra época. En términos comparativos, las

ciudades están bien provistas de trabajadores sanitarios, recursos financieros e instalaciones. La relativa densidad de población de las ciudades facilita la movilidad y un acceso adecuado a los prestadores y los centros de atención de salud, las medicinas, etc.

Las ciudades requieren una atención especial en el control de las enfermedades transmisibles, pues algunas de sus características las vuelven también especialmente vulnerables. La elevada densidad de población tiende a acercar el riesgo a las personas. Si el agua es insalubre o el saneamiento deficiente, una sola persona puede transmitir la enfermedad a una comunidad entera. La elevada densidad humana de las ciudades también incrementa el riesgo de exposición a enfermedades transmitidas por el aire, como la gripe o la tuberculosis.

Un proceso acelerado de urbanización que supere la capacidad de las autoridades locales crea nuevas comunidades vulnerables en la periferia urbana. Estas surgen a menudo como asentamientos informales donde la transmisión de las enfermedades se ve facilitada por una combinación de factores como las malas condiciones de vida, la desconexión de las infraestructuras y los servicios públicos, y la inadecuada cobertura de los servicios de salud. La inequidad en las ciudades puede propiciar la transmisión de enfermedades, incluso en ciudades de ingresos altos que apenas experimentan ningún crecimiento. Las ciudades se caracterizan por su heterogeneidad, y albergan a muchas personas

Mother comforts baby

Source: Mother comforts baby by Dominic Chavez/World Bank is licensed under CC By 2.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>



vulnerables. La tragedia es que las enfermedades infecciosas en el medio urbano son altamente controlables y tratables, y que las ciudades poseen una gran capacidad de adoptar medidas para reducir su incidencia y en último término erradicarlas.

Por estas y otras razones, las ciudades se encuentran hoy en el centro de las aspiraciones mundiales de poner fin a las epidemias de VIH/sida y tuberculosis. La epidemia mundial podría haber alcanzado su máxima intensidad a principios de la década de 2000, pero más recientemente el VIH se ha concentrado en las ciudades. Estudios realizados por UNAIDS en 200 ciudades con alta prevalencia mostraron que estas albergan al 25% de las personas con VIH, aun cuando representen únicamente el 10% de la población mundial (3).

La tuberculosis también ha encontrado el modo de proliferar en algunas zonas urbanas de gran tamaño, sobre todo en comunidades pobres y densamente pobladas. En algunas ciudades de países con baja carga e ingresos elevados, la incidencia de la tuberculosis puede estar varios múltiplos por encima de la media nacional (11). La tuberculosis sigue estando más extendida en las grandes ciudades del mundo en desarrollo, donde fenómenos como la urbanización acelerada, la pobreza y las condiciones de vida inadecuadas se dan a escala mucho mayor, sin que exista un sistema de salud dotado de una capacidad proporcional para hacerle frente.

No cabe duda de que hacer retroceder estas enfermedades plantea grandes dificultades, pero las ciudades y sus socios, la OMS entre ellos, no dejan de aportar nuevas iniciativas dirigidas a mejorar considerablemente su control y tratamiento. Todavía queda mucho por hacer. Poner fin a epidemias mortales como el VIH y la tuberculosis dependerá de la capacidad de las ciudades para controlar su transmisión y garantizar que quienes ya las padecen puedan acceder de forma asequible al tratamiento y que lo sigan correctamente. Ello dependerá a su vez de que se cree la capacidad necesaria para determinar quién está en situación de riesgo y quién padece ya alguna de estas enfermedades. También requerirá ampliar el alcance del tratamiento y la prevención para que lleguen a todos, en especial a las personas y las comunidades vul-

nerables. Es importante además que las ciudades afronten los determinantes sociales y medioambientales que contribuyen a la persistencia y la propagación de las enfermedades transmisibles.

CAPÍTULO 4

Las enfermedades no transmisibles: superar la nueva epidemia urbana

LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES NO SOLO SON UNA AMENAZA PARA LA SALUD HUMANA, SINO QUE TAMBIÉN TIENEN GRAVES IMPLICACIONES ECONÓMICAS PARA LAS CIUDADES

Las enfermedades no transmisibles se están convirtiendo en la nueva epidemia urbana. Aunque no son exclusivas de las ciudades, el medio urbano promueve estilos de vida y comportamientos que contribuyen a su difusión. Por ejemplo, las malas políticas de ordenación urbana, los largos desplazamientos cotidianos y el abuso del transporte motorizado pueden llevar a la inactividad física y dificultar las elecciones alimentarias saludables. Tendencias demográficas como el envejecimiento de la población también incrementan la carga de enfermedades no transmisibles en las ciudades.

Tradicionalmente se ha considerado que las enfermedades no transmisibles eran propias de sociedades ricas, aunque actualmente están matando a más personas en el mundo en desarrollo que en ningún otro lugar, sin dejar de ser por ello un problema cada vez más grave en el mundo desarrolla-

do. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son hoy las dos principales causas de defunción en las zonas urbanas de la India (12). Las poblaciones pobres del medio urbano también sufren las consecuencias de este nuevo castigo asociado a la vida urbana, hasta el punto de que la incidencia de la diabetes y la hipertensión entre los habitantes de los barrios marginales de la India es muy superior a la media nacional. También en Kenya, las defunciones causadas por enfermedades cardiovasculares y traumatismos en las poblaciones pobres de Nairobi han experimentado un incremento considerable entre 2003 y 2012, mientras que la mortalidad por VIH/sida ha descendido (13). Además de suponer una amenaza para la salud humana en las ciudades, las enfermedades no transmisibles tienen también graves implicaciones económicas, sobre todo en las economías en proceso de urbanización. El coste de las enfermedades cardiovasculares, las afecciones mentales, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes durante el periodo 2012-2030 se ha estimado en US\$ 27,8 billones en el caso de China, y en US\$ 6,2 billones en el caso de la India (14).

En un contexto de baja sensibilización, demora en la consulta médica y escasa preparación de los servicios de salud, la lucha contra las enfermedades no transmisibles pasa necesariamente por actuar al nivel de la atención primaria, sobre todo en los PIMB. Será esencial disponer de sistemas de asistencia sanitaria, tanto a escala nacional como local, que presten servicios integrados de prevención, detección precoz, tratamiento y gestión de las enfermedades no transmisibles, además de las transmisibles. Muchas de las causas y los factores de riesgo principales de las enfermedades no transmisibles se hallan estrechamente relacionados con diversos aspectos de la vida y el entorno urbano. En consecuencia, varios capítulos de este informe establecen vínculos explícitos con las enfermedades no transmisibles. El entorno alimentario urbano, la ordenación espacial de la ciudad, los sistemas de transporte, las condiciones de las viviendas y los vecindarios, la seguridad: todo ello influye en la carga de enfermedades no transmisibles de las zonas urbanas, al igual que otros determinantes sociales como la educación, el empleo y la renta.

En consecuencia, el sector de la salud por sí solo es insuficiente para hacer frente a las enfermedades no transmisibles. Es esencial contar con la colaboración de un amplio abanico de sectores. La OMS y su asociados han definido un conjunto de intervenciones idóneas desde el punto de vista de la costoeficacia contra este tipo de enfermedades, entre ellas medidas fiscales, restricciones a la publicidad y campañas de información pública, todas ellas orientadas a factores de riesgo y enfermedades conexas (15). Los gobiernos locales a menudo controlan las políticas y la legislación relativa a muchas de estas estrategias, como por ejemplo la legislación para promover los entornos sin tabaco y el establecimiento de impuestos sobre el alcohol. Las ciudades también tienen autoridad para mejorar el entorno físico --las viviendas, las aceras, los parques, las calles-- con el fin de hacerlo más seguro y más sano para todos. Por tanto, las ciudades están en situación de aprovechar al máximo las ventajas del medio urbano para reducir los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. El fomento de la participación activa de diversas partes interesadas, y de modo especial la de las propias comunidades, formará parte necesariamente de cualquier solución eficaz y sostenible.

Source: WHO/Anna Kari



Hacer frente a la malnutrición del siglo XXI

LAS CIUDADES SE ENFRENTAN CADA VEZ MÁS AL DESAFÍO DOBLE Y SIN PRECEDENTES DE LA DESNUTRICIÓN Y LA SOBREALIMENTACIÓN

La nutrición influye sobre la salud y el bienestar individual a lo largo de todo el ciclo de vida, al igual que muchos otros determinantes de la salud, como la educación y el empleo. Los entornos urbanos contribuyen a definir qué y cómo comemos: la calidad y la cantidad de comida, su disponibilidad, su accesibilidad y las modalidades de consumo. Por un lado, esto ha llevado a una preocupante tendencia a la sobrealimentación, con los riesgos que ello conlleva en relación con las enfermedades no transmisibles. Por otro lado, la desnutrición sigue siendo un problema grave para quienes viven en las ciudades en condiciones de pobreza. Varias iniciativas urbanas prometedoras ejemplifican la clase de medidas que pueden adoptarse a escala local para mejorar eficazmente el entorno alimentario urbano y los resultados nutricionales.

Un estudio reciente realizado por la OMS revela la existencia de tasas crecientes de sobrepeso y obesidad entre las mujeres que viven en las zonas urbanas de los PIMB (5). La prevalencia media es mayor en la región de c donde aproximadamente la mitad de las mujeres urbanas padecen sobrepeso. Otros estudios muestran que la creciente carga de sobrepeso en las zonas urbanas es mucho mayor en las poblaciones pobres y menos instruidas (16). Al mismo tiempo, la desnutrición sigue siendo común en las zonas urbanas de muchos PIMB. Por ejemplo, a lo largo de las últimas décadas ha disminuido en general la incidencia del retraso del



Rooftop farm/greenpoint

Source: Rooftop farm/greenpoint by Lila Dobbs is licensed under CC BY 2.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>

crecimiento infantil en las zonas urbanas, pero la inequidad de su distribución entre los niños de las familias urbanas más pobres y las más ricas se ha mantenido prácticamente inalterada (5). Ambas tendencias han convergido en las zonas urbanas, con el resultado de un desconcertante incremento simultáneo de la sobrealimentación y la desnutrición (17).

Ante este reto, las ciudades disponen de muchas vías para abordar las causas de la malnutrición. A pesar de la importancia que poseen sin duda las intervenciones específicas en el ámbito de los alimentos y la nutrición que se llevan a cabo a través del sistema de atención de salud, el presente informe dirige su atención más allá del sector sanitario. Servicios urbanos básicos como el agua, el saneamiento y la higiene pueden tener un gran impacto sobre la nutrición, al reducir los episodios de enfermedades infecciosas (18). La planificación, los servicios y las estructuras de la ciudad pueden diseñarse con el fin de promover la actividad física y el acceso a alimentos sanos. La agricultura urbana puede incrementar la seguridad alimentaria, mientras que la educación y la regulación pueden servir para alentar comportamientos alimentarios saludables. La coherencia y la integración de las políticas puede potenciar la eficacia y la eficiencia de las diversas intervenciones. También debe --y puede-- existir un firme compromiso político, como han demostrado los líderes urbanos de todo el mundo que se han comprometido recientemente a crear sistemas alimentarios urbanos sostenibles para reforzar la seguridad alimentaria en sus ciudades (19,20).

SECCIÓN 2

PLANIFICAR LAS CIUDADES PARA LAS PERSONAS

CAPÍTULO 6

Proporcionar agua salubre y saneamiento para todos

MA PESAR DE LOS IMPORTANTES AVANCES REALIZADOS A ESCALA MUNDIAL, LA FALTA DE ACCESO A AGUA SALUBRE Y SOSTENIBLE Y AL SANEAMIENTO SIGUE SIENDO UN RETO URGENTE PARA LAS CIUDADES.

El agua potable y el saneamiento son esenciales para la realización de todos los derechos humanos (21). Son uno de los servicios urbanos más

importantes en relación con la mitigación de la pobreza y el desarrollo sostenible. No obstante, resulta enormemente difícil ofrecer un servicio equitativo en las zonas urbanas, a causa del volumen, la diversidad y la inestabilidad de la población. Los riesgos que conlleva no garantizar este servicio son muy elevados, pues la densidad de población de las ciudades aumenta las probabilidades de que una sola fuente de contaminación afecte a un gran número de personas.

En general, a lo largo de las últimas décadas se han realizado avances importantes en el acceso al agua potable y al saneamiento, tanto a escala nacional como urbana (22). Según el último estudio de la OMS, el acceso urbano a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua ha superado el 80% fijado como meta de la cobertura sanitaria universal en los PIMB de África, Asia y el Pacífico, y LAC (5). No obstante, subsisten grandes inequidades tanto en el acceso al agua como en la calidad del agua, ya sea dentro un mismo país o entre países de diferentes niveles de desarrollo. Asimismo, la cobertura de saneamiento de los residentes urba-

nos en los países menos desarrollados del mundo se mantiene por debajo del 50% (22), y en varios países sigue habiendo tasas elevadas de defecación al aire libre en las poblaciones pobres del medio urbano (5). La gestión de los residuos sólidos, incluida la evacuación de excretas humanas, es un eslabón esencial dentro de la cadena de los servicios urbanos de saneamiento, al que debe prestarse mayor atención.

Existen diferentes soluciones posibles, a diferentes niveles. Una revisión sistemática reciente determinó que la intervención más eficaz relacionada con el agua potable para reducir las enfermedades diarreicas en los PIMB es, a nivel doméstico, una combinación de filtros en el punto de suministro



y almacenamiento seguro, y, a nivel comunitario, de agua corriente de calidad e intervenciones en el alcantarillado (23). Un nuevo programa social lanzado en Tánger (Marruecos), para conectar los hogares al sistema de abastecimiento de agua de la ciudad mostró que las familias de ingresos bajos están dispuestas a invertir en tales conexiones. La asistencia técnica en el proceso de solicitud, los préstamos sin intereses y las redes sociales (por ejemplo, la influencia de los vecinos) contribuyeron positivamente a la aceptación del programa (24).

Dado el carácter sistémico de los servicios de agua y saneamiento, se requieren soluciones bien coordinadas que abarquen al conjunto del sistema para garantizar la eficiencia y la eficacia a gran escala. Entre 2000 y 2012, ministerios, organismos de desarrollo y sociedad civil colaboraron entre sí para mejorar el saneamiento en los barrios marginales de Kenya, y su éxito se refleja en las cifras. La proporción de hogares en los barrios marginales de Nairobi que compraban agua de vendedores bajó del 74,8% al 11,4%; en cambio, la proporción de hogares que accedían al agua a través de grifos públicos subió del 2,7% al 59,3%. La proporción de hogares que disponían de inodoros con tanque de agua se multiplicó por seis, mientras que los que usaban letrinas de pozo se redujeron prácticamente a la mitad. Estas mejoras fueron acompañadas de disminuciones en el número de defunciones por enfermedades diarreicas y en la mortalidad de menores de cinco años (13,25,26). Esta clase de soluciones que requieren una acción coordinada a muchos niveles pueden plantear dificultades, pero son viables y sostenibles, incluso en zonas con recursos limitados.

Omnibus Infrastructure Development- Federated States of Micronesia

Source: Omnibus Infrastructure Development - Federated States of Micronesia by Asian Development Bank is licensed under CC By 2.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>

Diseñar ciudades más saludables y más sostenibles

LAS CIUDADES SE PUEDEN DISEÑAR Y GESTIONAR DE FORMA QUE PROMUEVAN COMPORTAMIENTOS MÁS SALUDABLES Y PRODUZCAN MEJORES RESULTADOS SANITARIOS

El crecimiento de las poblaciones urbanas a lo largo del último siglo ha obligado a urbanistas y líderes urbanos de todo el mundo a buscar el modo de acoger a un gran número de nuevos residentes. Algunas ciudades no han sabido adaptarse a este crecimiento, lo que se ha traducido en el surgimiento de asentamientos informales en la periferia, desprovistos de servicios e infraestructuras. En la mayoría de los casos, el modo de absorber a los nuevos residentes ha consistido en ampliar los límites de la ciudad. La cubierta terrestre que ocupan estas ciudades es cada vez mayor, pues crecen a base de extenderse y dispersarse. El problema que esto plantea para los planificadores es que muchas ciudades se expanden a un ritmo que supera su capacidad para asimilar el creciente volumen de población. Datos tomados en 120 ciudades de todo el mundo entre 1990 y 2000 muestran que su extensión geográfica crecía más del doble de rápido que su población (27).

El crecimiento desordenado de estas ciudades vuelve más difícil para muchos de sus residentes cubrir las necesidades cotidianas. En un contexto de baja densidad, algunas comunidades pueden encontrarse con un transporte público escaso o inexistente. Los hospitales, las escuelas, los negocios, los parques urbanos, los espacios públicos planificados: todos ellos son más sostenibles cuando hay densidad de población. Las instituciones e infraestructuras que constituyen la esencia misma de la ventaja urbana se vuelven insostenibles a medida que baja



Los Angeles in a Good Light

Source: Los Angeles in a Good Light by Ron Reiring is licensed under CC BY 2.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>

la densidad. En estos casos, los espacios urbanos se convierten muchas veces en espacios de un solo uso: lugares para vivir o lugares para trabajar, divertirse y cubrir las necesidades cotidianas, pero no ambas cosas. Está bien documentada la correlación que existe entre el crecimiento desordenado y la falta de salud. Por ejemplo, la actualización de 2014 de un estudio de referencia sobre las metrópolis en expansión confirmó la existencia de una correlación negativa entre la dispersión urbana, la salud y las oportunidades económicas en 221 ciudades y 994 condados de los Estados Unidos de América (28).

Las ciudades pueden planificarse en beneficio de la salud de sus residentes. Por ejemplo, se puede promover la actividad física mediante una planificación urbana más compacta y de mayor densidad. En las ciudades compactas, las distancias tienden a ser más cortas: las cosas que las personas necesitan y los lugares a los que deben ir están cerca. Eso reduce el tiempo que se pasa dentro de un vehículo y los costes de transporte. Esto último puede ser una ayuda importante para las familias de ingresos bajos y medianos. Además de sus beneficios económicos, la reducción del tiempo dedicado a desplazamientos también tiene un efecto muy positivo sobre la salud mental.

Las ciudades deben estudiar en detalle la cuestión de *cómo* explotar las ventajas de una planificación más compacta. El efecto positivo --o no-- sobre la salud de un entorno de alta densidad puede depender de la composición de los espacios urbanos. El uso mixto del suelo, combinado con una alta

densidad, está correlacionado con unos mayores niveles de actividad física (29). Las zonas verdes y recreativas son cruciales dentro de este uso mixto de la tierra, pues dan a los residentes urbanos la oportunidad de llevar una vida activa a nivel físico y promueven su salud mental. A la inversa, de no gestionarse adecuadamente las ciudades compactas pueden causar una limitación en la oferta de vivienda y un aumento de su precio; en el extremo, pueden llevar a un hacinamiento insalubre.

Es posible adaptar la configuración actual de las ciudades y construirlas pensando en promover un estilo de vida más sano en las poblaciones urbanas futuras. Unos diseños urbanos más saludables pueden lograr que sus residentes se muevan más, se mantengan activos y coman mejor. Pueden facilitar que estos pasen menos tiempo en sus vehículos y más tiempo siendo productivos o mejorando la calidad de sus vidas. Las ciudades pueden adaptarse para que sus residentes envejezcan bien en el seno de sus comunidades. Pueden adaptarse al cambio climático. Todos esos cambios son viables, sin poner en riesgo el dinamismo económico y el progreso de las ciudades.

CAPÍTULO 8

Transformar la movilidad urbana

ES POSIBLE TRANSFORMAR EL TRANSPORTE URBANO PARA QUE SEA MÁS SANO, MÁS SEGURO Y MÁS SOSTENIBLE

La promesa de las ciudades consiste en acercar a las personas a las cosas que necesitan para vivir, en ofrecer acceso y movilidad en relación con los empleos, los alimentos, los proveedores de salud: con todo lo que necesitan las personas, lo que incluye también otras personas. La movilidad y el

acceso son dos de las vías a través de las cuales las ciudades pueden tener un efecto beneficioso sobre la salud y la prosperidad de sus residentes. El transporte motorizado privado se impone cada vez más en las ciudades de todo el mundo. Es posible que esta tendencia proporcione mayor movilidad y acceso a muchas personas que los necesitan, pero también conlleva graves riesgos potenciales para la salud. El uso creciente del transporte motorizado y la dispersión urbana van asociados habitualmente a un comportamiento más sedentario, el cual se halla a su vez estrechamente asociado al aumento de las enfermedades no transmisibles en las ciudades.

El uso de vehículos personales de motor en las ciudades contribuye de forma importante a la contaminación del aire urbano. Tras realizar un seguimiento de la calidad del aire en 1.600 ciudades de 91 países en 2014, la OMS determinó que solo el 12% de las poblaciones supervisadas vivían en ciudades que cumplían con las directrices establecidas sobre la calidad del aire (30). La vida urbana expone a unos niveles comparativamente superiores de contaminación, por proximidad a su fuente. Estimaciones recientes han señalado que 3,3 millones de personas mueren prematuramente cada año por exposición a partículas finas (31), el tipo de contaminación del aire más estrechamente asociada a los gases producidos por los vehículos de motor y otras formas de combustión. Son cifras que van en aumento: las defunciones atribuibles a la contaminación del aire, buena parte de la cual procede de los vehículos de motor, han crecido un 11% (32).

Una de las consecuencias más trágicas de la motorización del transporte urbano ha sido el incremento de los accidentes de tránsito. A lo largo de los últimos 20 años, el número de muertes atribuibles a los accidentes de tránsito ha experimentado un incremento del 46%, hasta convertirse en la octava causa de mortalidad en el mundo (32). Si no se adoptan medidas, la OMS prevé que la carga mundial supere la cifra de 1,9 millones de defunciones y se convierta en la séptima causa de mortalidad en 2030 (33).

Todo el mundo tiene derecho a trasladarse de forma segura y adecuada a los lugares a los que debe ir para cubrir sus necesidades cotidianas. Corresponde a la ciudad garantizar que sus ciudadanos puedan

hacerlo con la debida eficiencia y seguridad. Ello dependerá de su capacidad para reducir el número de vehículos en circulación y las distancias que cubren, mediante la promoción de opciones alternativas de transporte colectivo y activo, que deberán ser atractivas y prácticas para sus usuarios. Cuando las personas pueden acceder a todo cuanto necesitan a pie o en bicicleta, o bien mediante un transporte colectivo rápido y cómodo, conducir un vehículo de motor se convierte en una opción menos atractiva. Lo ideal es planificar un desarrollo orientado al transporte, que cuente con espacios multiusos y viviendas agrupadas en torno a medios de transporte colectivo y espacios transitables a pie. Existen medidas de escaso coste y probada eficacia para reducir la dependencia de los coches, rebajar la congestión en las calles y crear un entorno que facilite un estilo de vida más sano, tanto para las ciudades que están en proceso de planificación de cambios urbanísticos, como para las que no pretendan alterar su ordenación actual.

La mejora del impacto sobre la salud de los sistemas de transporte urbanos depende también de que las ciudades consigan que los vehículos y las vías públicas sean más seguros para todos. El diseño de las calles puede limitar de forma notable la velocidad a la que circulan los vehículos y reducir las tasas de traumatismos. Hay un sinfín de medidas orientadas a la pacificación del tráfico que han demostrado su eficacia para moderar la velocidad de los vehículos, y que, integradas en planes más exhaustivos de seguridad vial que incluyan medidas de aplicación de las leyes que regulan la seguridad de los vehículos, se ha demostrado que reducen drásticamente el número de defunciones y traumatismos causados por el tránsito.

Daily Commute

Source: Daily Commute by Alex Berger is licensed under CC BY 2.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/legalcode>



CAPÍTULO 9

Mejorar la salud en el hogar

LOGRAR UNA VIVIENDA URBANA SALUDABLE Y SOSTENIBLE ES UN DESAFÍO MUNDIAL QUE PUEDE ABORDARSE CON INTERVENCIONES ESPECÍFICAS EN MATERIA DE VIVIENDA, UN INCREMENTO DEL USO DE LAS ENERGÍAS LIMPIAS Y UNA MAYOR ASEQUIBILIDAD

El desafío mundial de la vivienda urbana no deja de crecer: se prevé que para el año 2025 harán falta 1.000 millones de viviendas nuevas para acomodar a los 50 millones de residentes que se incorporarán anualmente a las zonas urbanas (34). El problema de la falta de viviendas de calidad resulta especialmente apremiante allí donde no existen políticas para garantizar un alojamiento adecuado, o donde la falta de planificación del crecimiento urbano ha llevado a la proliferación desordenada de viviendas de calidad subestándar.

La precariedad de la vivienda, incluido el acceso insuficiente a servicios como el agua salubre, el saneamiento, la electricidad o la seguridad, supone una enorme carga para la salud. Los barrios marginales de las ciudades son un escaparate de algunas de las formas más degradadas de vivienda urbana, cuyo impacto sobre la salud queda ilustrado en el conjunto de este informe. Incluso en las partes más ricas del mundo, como por ejemplo en la Región de Europa de la OMS, estimaciones recientes de la Organización indican que las carencias en materia de vivienda son responsables de más de 100.000 muertes al año (35). Por el contrario, la vivienda de calidad conlleva importantes beneficios sanitarios y sociales (36).

Es preciso construir viviendas nuevas de acuerdo con criterios adecuados de calidad, pero el impacto potencial de introducir mejoras en las ya existentes es aún mayor, pues estas constituyen el grueso del



Source: WHO/Anna Kari

parque de viviendas total. Las mejoras en los hogares pueden traducirse eficazmente en mejoras en la calefacción y la eficiencia energética, así como en la salud y la calidad de vida de los residentes, sobre todo cuando estas intervenciones se orientan hacia poblaciones desfavorecidas, que son las más propensas a ocupar viviendas de calidad subestándar (37–41). También se han logrado resultados con intervenciones a mayor escala, como por ejemplo con proyectos de renovación urbana, aunque debe considerarse detenidamente el impacto que pueden tener en cada caso sobre la inmigración y la emigración selectivas (no necesariamente voluntarias).

El uso de combustibles fósiles es uno de los principales factores de riesgo para la salud relacionados con la vivienda, además de un contaminante medioambiental. En 2012, la contaminación del aire en los hogares causó 4,3 millones de defunciones, con lo que se convirtió en el principal factor ambiental de mala salud (42). Aunque se estima que el 94% de los hogares urbanos del mundo disponen de electricidad (43), estudios recientes de la OMS en el ámbito de los PIMB indican que sigue habiendo países donde la mayoría de las familias urbanas pobres usan combustibles sólidos para cocinar (5). La mejor forma de abordar este problema es incrementar la disponibilidad, la asequibilidad, la sostenibilidad y la conveniencia de otros combustibles más limpios, y alentar su uso exclusivo dentro del hogar y en sus alrededores. Entretanto, seguirá siendo muy importante el mejoramiento de las cocinas de combustibles sólidos.

Además de la estructura física del hogar y de su ambiente interior y exterior, la asequibilidad es otro aspecto esencial de la cuestión de la vivienda en las zonas urbanas, y un determinante importante de la

salud. De mantenerse las tendencias actuales, en el año 2025 cerca de un tercio de la población urbana del mundo residirá en viviendas de calidad subestándar o bien deberá renunciar a otras necesidades básicas para hacer frente financieramente a los costes de la vivienda (34). Se puede contribuir a la asequibilidad de la vivienda urbana con una mayor coordinación de las políticas relacionadas con la vivienda, el transporte, el uso del suelo y la propiedad. También existen estrategias con un coste adicional bajo o nulo para integrar el fomento de la salud en el diseño y los servicios de viviendas asequibles de nueva construcción, las cuales pueden ayudar a reducir las inequidades de salud asociadas con la vivienda urbana (44).

CAPÍTULO 10

Garantizar la seguridad en la ciudad

LA FALTA DE SEGURIDAD Y LA VIOLENCIA EN LAS CIUDADES TIENEN UN ELEVADO COSTE PARA LA SALUD DE LOS RESIDENTES URBANOS Y PARA LAS SOCIEDADES EN LAS QUE VIVEN

Cerca de 526.000 personas pierden la vida de forma violenta cada año (45), un 90% de ellas en países que se encuentran oficialmente en situación de paz. Buena parte de esta violencia se halla concentrada en las zonas urbanas, incluso en países donde la población urbana no es predominante (46). En las ciudades del mundo en desarrollo, se estima que en torno al 60% de los residentes urbanos han sido víctimas de la delincuencia (47).

Los niveles de violencia urbana varían mucho de una ciudad a otra y dentro de una misma ciudad, ya sean grandes o pequeñas, ricas o pobres. Los

datos de que se dispone indican que la exclusión social, la pobreza, los malos resultados educativos y la desigualdad son los principales factores determinantes de la violencia en las zonas urbanas (48). Los entornos urbanos pueden ser escenarios de una profunda desigualdad, donde todos estos factores de riesgo se acumulan y concentran en un reducido espacio (49). Una rápida urbanización puede acentuar aún más las desigualdades, al exceder la capacidad del gobierno de prestar servicios básicos de protección frente a la violencia y la delincuencia.

En las ciudades, a menudo son los pobres los que más sufren la delincuencia y la violencia. Algunas comunidades urbanas son víctimas de una combinación de factores de riesgo, entre ellos la pobreza y carencias comparativas en educación, infraestructuras y otros servicios urbanos esenciales. Esta situación es especialmente grave en los asentamientos informales y en los barrios marginales, que a menudo se encuentran fuera del alcance de los servicios urbanos oficiales.

La OMS estima que las tasas de homicidios han disminuido globalmente un 16% desde el año 2000 (50). Para consolidar esas mejoras y reducir el impacto de la violencia en las ciudades, es preciso que estas se esfuercen en comprender las causas de la violencia en sus comunidades. Con este fin, las ciudades deben mejorar su capacidad de recoger y analizar datos relativos a incidentes violentos. Se estima que el 60% de los países no disponen de datos útiles sobre homicidios procedentes de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales (50). Allí donde estos datos existen, a menudo no van acompañados de datos complementarios de gran importancia acerca de las víctimas, los autores y otras circunstancias. Además, hay muchos actos violentos que no se denuncian, en especial los que se cometen contra las mujeres, los niños y las personas mayores, lo que convierte en esenciales los datos obtenidos a partir de encuestas para comprender la naturaleza de la violencia. Se trata de capacidades importantes a nivel nacional y aún más a nivel local, que es donde se siente el impacto de la violencia, donde pueden observarse sus causas y donde debe implementarse la respuesta.

Una vez que las ciudades han adquirido la capacidad analítica necesaria para comprender la

violencia presente en su medio, pueden diseñar sus intervenciones en base a los datos recogidos localmente, garantizando así que las medidas adoptadas sean localmente pertinentes, oportunas y adaptadas a la auténtica naturaleza del problema. Las intervenciones deben ser preventivas y no dirigirse únicamente contra las causas próximas, como el abuso del alcohol o el acceso a armas de fuego, sino también contra factores de riesgo que a menudo arraigan en determinadas comunidades y ciudades, y que pueden llegar a transmitirse de generación en generación. Los malos resultados educativos, la desigualdad económica, el desempleo y la exclusión física y social son algunos de los muchos factores que pueden concurrir en las comunidades y poner en riesgo a las personas. En la medida en que los determinantes de la violencia son de naturaleza intersectorial, también deberá serlo la respuesta.

Se pueden aplicar estrategias comunitarias en “zonas críticas” para reducir los niveles generales de violencia, pero dentro de estas zonas hay personas más susceptibles que otras de cometer o padecer actos de violencia por causa de su entorno y experiencia vital. Las pruebas de que se dispone indican que existen formas de intervenir en relación con personas y situaciones especialmente vulnerables con el fin de prevenir la violencia, sin necesidad de recurrir al encarcelamiento (51). Además de ofrecer mejores oportunidades a las personas para que puedan elegir mejores opciones de vida, también se las puede ayudar a tomar mejores decisiones ante una situación peligrosa. Las personas pueden aprender a suavizar las situaciones de conflicto y a gestionar los impulsos violentos.

Reducir la violencia y mejorar la seguridad en las zonas urbanas es una prioridad que abarca diversas problemáticas y compartimentos. Es un desafío que afecta a todo el tejido social de la ciudad, a su vitalidad económica y a su capacidad de seguir funcionando y prestar servicio a sus ciudadanos. La violencia y la falta de seguridad conllevan una carga extraordinariamente elevada de mala salud y mortalidad para las ciudades y el mundo, que es posible mitigar y prevenir. Los líderes locales tienen mucho que aportar, pero al igual que ocurre con muchas otras cuestiones relacionadas con la salud en las ciudades, los retos y las soluciones requieren una respuesta coordinada a nivel multisectorial.

SECCIÓN 3

LA GOBERNANZA URBANA: PONERLO TODO AL SERVICIO DE LA EQUIDAD SANITARIA

El principal objetivo de este informe es esclarecer cuáles son los diversos factores que influyen en la salud y la equidad sanitaria en las ciudades, como el urbanismo, el medio ambiente, la seguridad, la vivienda, la contaminación y el acceso a los servicios de salud, entre otros factores, y qué es lo que puede hacerse para remediar las influencias negativas sobre la salud y maximizar las positivas. Las autoridades municipales son a menudo las responsables de atender muchas necesidades locales. Para que las intervenciones sean eficaces, se requiere un enfoque integral en el que participe una amplia variedad de partes interesadas. Los miembros de la sociedad civil, el sector privado y el gobierno también contribuyen de forma decisiva a definir el futuro de la sanidad pública en las ciudades. Hay tres mecanismos fundamentales para aprovechar las capacidades de todos ellos.

El primero es el poder de los procesos participativos de toma de decisiones. La participación de los ciudadanos contribuye a garantizar que se abordan las cuestiones pertinentes, facilita la implicación local y está en la base de la sostenibilidad de las intervenciones. También contribuye al programa más amplio de capacitación y desarrollo de las comunidades.

El segundo es aprovechar los recursos de la ciudad a través de alianzas público-privadas. Los principales modos de participación del sector privado son tres: (i) mediante una alianza con el sector público para la construcción de infraestructuras y la prestación de servicios relacionados con la salud; (ii) mediante la aportación de sus ventajas comparativas en ámbitos como la comercialización para contribuir a la proliferación de productos relacionados con la salud; y (iii) como donante o filántropo que apoya iniciativas de

salud pública. Aun reconociendo los problemas que plantean las alianzas público-privadas en relación con la productividad y la equidad de los resultados, es momento de potenciar esta relación (52).

En tercer lugar, tal como muestra buena parte de este informe, es necesario que haya políticas y actuaciones coordinadas entre múltiples sectores para alcanzar los resultados deseados de equidad sanitaria. La Salud en todas las Políticas (HiAP) es un enfoque de los procesos de toma de decisiones que parte del reconocimiento de que la mayoría de políticas públicas pueden ejercer una influencia positiva o negativa sobre la salud y la equidad sanitaria (53). La plena integración de la equidad sanitaria en las políticas y los procesos de toma de decisiones en todos los departamentos del gobierno de las ciudades requerirá la institucionalización de la HiAP. Para ello se necesitarán estructuras, procesos y recursos formales y sostenibles que hagan posible un análisis oportuno de las consecuencias de cada decisión para la salud (54).

La equidad sanitaria es la justicia social en la esfera de la salud. El compromiso político mundial con los ODS ofrece una plataforma para que todos podamos contribuir a la equidad sanitaria en las ciudades. Según la estimación de las Naciones Unidas, el déficit de inversión anual para alcanzar los ODS en los países en desarrollo asciende a 2,5 billones de dólares de los Estados Unidos (52). Ello refuerza aún más el imperativo de atender a las interrelaciones entre los diferentes objetivos y abordarlos de forma holística. Ahora que las ciudades asumen los desafíos que plantea el siglo XXI y se comprometen a mejorar la salud y el bienestar de sus poblaciones, es esencial que el valor básico de su estrategia sea la *equidad*.

MDG Scorecard Summary

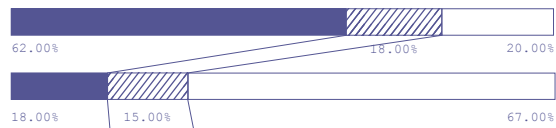
As the Millennium Development Goals [MDGs] have now been replaced by the Sustainable Development Goals [SDGs], we take a look back at how people in urban areas fared with respect to the MDG targets. What follows is a summary of analysis in the Global Report, showing how urban areas performed on the MDGs, as well as the results for the urban poor.

Target 1C

Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people who suffer from hunger

Indicator 1.8

Prevalence of underweight children under five years of age

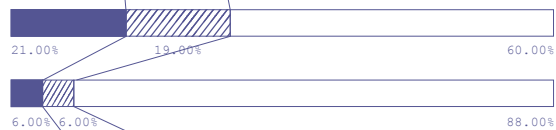


Target 4A

Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate

Indicator 4.1

Under-five mortality rate

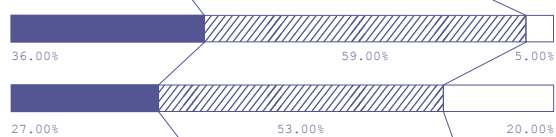


Target 4A

Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate

Indicator 4.3

Proportion of 1 year-old children immunised against measles

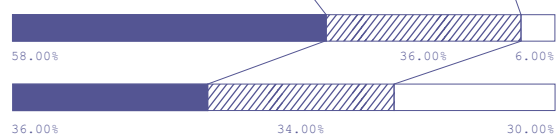


Target 5A

Reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio

Indicator 5.2

Proportion of births attended by skilled health personnel

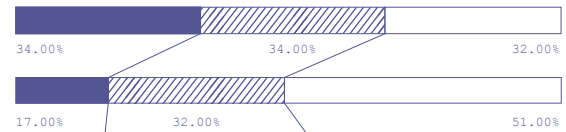


Target 5B

Achieve, by 2015, universal access to reproductive health

Indicator 5.5

Antenatal care coverage (at least four visits)

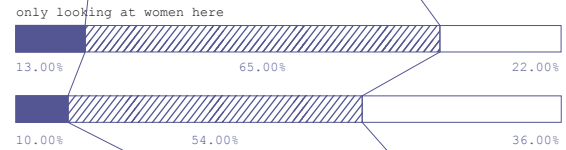


Target 6A

Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS

Indicator 6.3

Proportion of population aged 15-24 years with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS

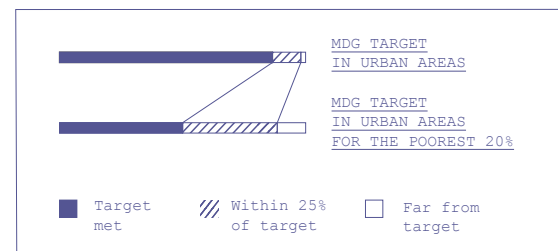
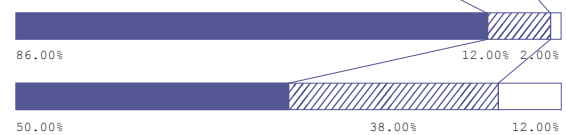


Target 7C

Halve, by 2015, the proportion of people without sustainable access to safe drinking water and basic sanitation

Indicator 7.8

Proportion of population using an improved drinking water source



REFERENCIAS

1. Sustainable Development Goals. In: United Nations Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>, accessed 1 December 2015).
2. World urbanization prospects, the 2014 revision. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2014.
3. Ending the AIDS epidemic: the advantage of cities. Nairobi: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Human Settlements Programme; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150918_Ending_urban_AIDS_epidemic_en.pdf, accessed 15 December 2015).
4. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/kobe_centre/publications/hiddencities_media/who_un_habitat_hidden_cities_web.pdf, accessed 5 December 2015).
5. Global health observatory, urban health. [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/gho/urban_health/en/, accessed 5 December 2015).
6. Borrell C, Mari-Dell'olmo M, Palència L, Gotsens M, Burström BO, Domínguez-Berjón F, et al. Socioeconomic inequalities in mortality in 16 European cities. *Scand J Public Health*. 2014;42:245–54. doi:10.1177/1403494814522556.
7. State of the world's mothers: the urban disadvantage. London: Save the Children; 2015 (http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGlpI4E/b.8585863/k.9F31/State_of_the_Worlds_Mothers.htm?msource=wenlpstw0515, accessed 5 December 2015).
8. What works cities. [website]. New York: Bloomberg Philanthropies; 2015 (<http://whatworkscities.bloomberg.org/>, accessed 7 December 2015).
9. Foreign Affairs Office of Guangzhou Municipal Government. Guangzhou: Guangzhou Municipal Government; 2015.
10. The Peru connection [website]. Lebanon: The Dartmouth Center for Health Care Delivery Science; 2012 (<http://tdchcds.dartmouth.edu/stories/launch-issue/peru-experiment>, accessed 19 January 2016).
11. Lönnroth K, Zignol M, Uplekar M. Controlling tuberculosis in large metropolitan settings. In: Ravignone MC, editor. *Reichman and Hershfield's tuberculosis: a comprehensive, international approach*. 3rd edition, part A. CRC Press; 2006 1005–27.
12. Report on causes of death in India. New Delhi: Office of the Registrar General, India, Ministry of Home Affairs (http://www.cghr.org/wordpress/wp-content/uploads/Causes_of_death_2001-03.pdf, accessed 20 December 2015).
13. Mberu B, Wamukoya M, Oti S, Kyobutungi C. Trends in causes of adult deaths among the urban poor: evidence from Nairobi Urban Health and Demographic Surveillance System, 2003. *J Urban Heal*. 2015;92:422–45. doi:10.1007/s11524-015-9943-6.
14. Bloom DE, Cafiero ET, McGovern ME, Prettner K, Stanciole A, Weiss J, et al. The economic impact of non-communicable disease in China and India: estimates, projections and comparisons. Boston: Harvard School of Public Health; 2013 (http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2013/PGDA_WP_107.pdf, accessed 8 December 2015).
15. From burden to 'best buys': reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Cologny/Geneva: World Economic Forum and World Health Organization; 2011 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18804en/s18804en.pdf>, accessed 15 October 2015).
16. Ziraba AK, Fotso JC, Ochako R. Overweight and obesity in urban Africa: a problem of the rich or the poor? *BMC Public Health*. 2009;9:465. doi:10.1186/1471-2458-9-465.

17. Kimani-Murage EW, Muthuri SK, Oti SO, Mutua MK, van de Vijver S, Kyobutungi C. Evidence of a double burden of malnutrition in urban poor settings in Nairobi, Kenya. *PLoS One*. 2015;10:e0129943. doi:10.1371/journal.pone.0129943.
18. Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene: practical solutions for policy and programmes. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund and United States Agency for International Development; 2015 (<http://www.who.int/nutrition/publications/nutritionandwash/en/>, accessed 8 December 2015).
19. 100 Mayors adopt Seoul Declaration for sustainable cities [website]. Seoul: ICLEI Local Governments for Sustainability; 2015 (<http://www.iclei.org/details/article/96-mayors-adopt-seoul-declaration-for-sustainable-cities.html>, accessed 9 December 2015).
20. Milan urban food policy pact. [website]. Milan: Milano Food Policy; 2015 (<http://www.foodpolicymilano.org/en/mufpp-un-secretary-general/>, accessed 9 December 2015).
21. Resolution A/RES/64/292. The human right to water and sanitation. In: Sixty-fourth General Assembly of the United Nations, New York, 16 July 2010. New York: United Nations; 2010 (<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/64/292&lang=E>, accessed 5 October 2015).
22. Progress on sanitation and drinking water: 2015 update and MDG assessment. Geneva: United Nations Children's Fund and World Health Organization; 2015 (http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-Update-report-2015_English.pdf, accessed 5 October 2015).
23. Wolf J, Prüss-Ustün A, Cumming O. Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low-and middle-income settings: systematic review and meta-regression. *Trop Med Int Heal*. 2014;19:928–42.
24. J-PAL Policy Briefcase: Happiness on Tap. Cambridge: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL); 2013 (<http://www.povertyactionlab.org/publication/happiness-tap>, accessed 10 December 2015).
25. Mberu BU, Elungata P. The fading fad of 'flying toilets': slum upgrading program seeks to improve health in urban slums. *APHRC News*. 2013;11:8–9.
26. Population and health dynamics in Nairobi's informal settlements: report of the Nairobi Cross-sectional Slums Survey (NCSS) 2012. Nairobi: African Population and Health Research Center; 2014 (<http://aphrc.org/wp-content/uploads/2014/08/NCSS2-FINAL-Report.pdf>, accessed 10 December 2015).
27. Angel S, Parent J, Civco DL, Blei AM. Making room for a planet of cities. Cambridge: Lincoln Institute of Land Policy; 2011 (https://www.citiesalliance.org/sites/citiesalliance.org/files/CA_Images/Making_Room_for_a_Planet_of_Cities.pdf, accessed 5 October 2015).
28. Measuring sprawl 2014. Washington DC: Smart Growth America; 2014 (<http://www.smartgrowthamerica.org/documents/measuring-sprawl-2014.pdf>, accessed 5 October 2015).
29. Durand CP, Andalib M, Dunton GF, Wolch J, Pentz MA. A systematic review of built environment factors related to physical activity and obesity risk: implications for smart growth urban planning. *Obes Rev*. 2011;12:e173–e182. doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00826.x.
30. Air quality deteriorating in many of the world's cities. [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://bit.ly/1nnM5Pb>, accessed 10 December 2015).
31. Lelieveld J, Evans JS, Fnais M, Giannadaki D, Pozzer A. The contribution of outdoor air pollution sources to premature mortality on a global scale. *Nature*. 2015;525:367–71. doi:10.1038/nature15371.
32. Bhalla K, Shotten M, Cohen A, Brauer M, Shahraz S, Burnett R, et al. Transport for health: the global burden of disease from motorized road transport. Seattle/Washington DC: Global Road Safe Facility, World Bank and Institute of Health Metrics and Evaluation; 2014 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/01/19308007/transport-health-global-burden-disease-motorized-road-transport>, accessed 10 December 2015).
33. Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030: global summary projections - top 20 causes. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GHE_DthGlobal_Proj_2015_2030.xls, accessed 18 January 2016).
34. Woetzel J, Ram S, Mischke J, Garemo N, Sankhe S. A blueprint for addressing the global affordable housing challenge. Seoul: McKinsey Global Institute; 2014 (http://globalhousingindicators.org/sites/globalhousingindicators.org/files/McKinsey_Global_Institute_Full_Report.pdf, accessed 22 September 2015).
35. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D, editors. Environmental burden of disease associated with inadequate housing. A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region. Summary report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2011/environmental-burden-of-disease-associated-with-inadequate-housing.-summary-report>, accessed 22 September 2015).
36. The challenge of slums: global report on human settlements 2003. [website]. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme; 2003 (<http://www.unhabitat.org/jo/pdf/GRHS.2003.pdf>, accessed 9 December 2015).
37. Cattaneo MD, Galiano S, Gertler PJ, Martinez S, Titiunik R. Housing, health and happiness. Policy research working paper series no. 4214. Washington DC: World Bank; 2007 (<https://ideas.repec.org/p/wbk/wbrwps/4214.html>, accessed 9 December 2015).

38. Thomson H, Thomas S. Developing empirically supported theories of change for housing investment and health. *Soc Sci Med*. 2015;124:205–14. doi:10.1016/j.socscimed.2014.11.043.
39. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane database Syst Rev*. 2013;2:CD008657. doi:10.1002/14651858.CD008657.pub2.
40. Watson I, Hatcher P. Tackling health inequalities: Liverpool Healthy Homes Programme. In: Stewart J, editor. *Effective strategies and interventions: environmental health and the private housing sector*. London: Chartered Institute of Environmental Health; 2013 71–75 (http://gala.gre.ac.uk/9937/1/ITEM_9937_STEWART_-_CIEH_effective_strategies_2013.pdf, accessed 9 December 2015).
41. Galiani S, Gertler PJ, Cooper R, Martinez S, Ross A, Undurraga R. Shelter from the storm: upgrading housing infrastructure in Latin American slums. Washington DC: Inter-American Development Bank; 2014 (<https://www.poverty-action.org/sites/default/files/publications/IDB-WP-528-martinez-paper-shelter-from-the-storm.pdf>, accessed 8 December 2015).
42. Smith KR, Bruce N, Balakrishnan K, Adair-Rohani H, Balmes J, Chafe Z, et al. Millions dead: how do we know and what does it mean? Methods used in the comparative risk assessment of household air pollution. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:185–206. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182356.
43. World energy outlook. Paris: International Energy Agency; 2014 (<http://www.worldenergyoutlook.org/weo2014/>, accessed 9 December 2015).
44. OCAD University, Georgia Institute of Technology, New York City Department of Health and Mental Hygiene. *Active design supplement: affordable designs for affordable housing*. New York: Center for Active Design; 2013 (<http://centerforactivedesign.org/affordablehousingcosts>, accessed 10 December 2015).
45. Global burden of armed violence 2011: lethal encounters. Geneva: Geneva Declaration Secretariat; 2011 (<http://www.genevadeclaration.org/measurability/global-burden-of-armed-violence/global-burden-of-armed-violence-2011.html>, accessed 15 October 2015).
46. Violence in the city: understanding and supporting community responses to urban violence. Washington DC: World Bank; 2011 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/04/14831166/violence-city-understanding-supporting-community-responses-urban-violence>, accessed 10 November 2015).
47. Enhancing urban safety and security: global report on human settlements, 2007. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme; 2007 (<http://unhabitat.org/books/global-report-on-human-settlements-2007-enhancing-urban-safety-and-security/>, accessed 8 December 2015).
48. Willett S. Insecurity, conflict and the new global disorder. *IDS Bull*. 2001;32:35–47. doi:10.1111/j.1759-5436.2001.mp32002004.x.
49. Muggah R. *Researching the urban dilemma: urbanization, poverty and violence*. Ottawa: International Development Research Centre; 2012 (<http://www.idrc.ca/EN/PublishingImages/Researching-the-Urban-Dilemma-Baseline-study.pdf>, accessed 15 November 2015).
50. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization, United Nations Development Programme and United Nations Office on Drugs and Crime; 2014 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/, accessed 7 December 2015).
51. Blattman C. *Reducing crime and violence: experimental evidence on adult noncognitive investments in Liberia*. NBER working paper No. 21204. Cambridge: The National Bureau of Economic Research; 2015 (<http://www.nber.org/papers/w21204>, accessed 7 December 2015).
52. World investment report 2014. Investing in the SDGs: an action plan. Geneva: United Nations Conference on Trade and Development; 2014 (http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/wir2014_en.pdf, accessed 11 December 2015).
53. Leppo K, Ollila E, Peñna S, Wismar M, Cook S (eds). *Health in All Policies: seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Finland; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-in-all-policies-seizing-opportunities,-implementing-policies>, accessed 16 December 2015).
54. Rudolph L, Caplan J, Mitchell C, Ben-Moshe K, Dillon L. *Health in All Policies: improving health through intersectoral collaboration* [website]. Washington DC: Institute of Medicine of the National Academies; 2013 (<https://www.phi.org/uploads/application/files/q79jnmqx5krx9qiu5j6gzdnl6g9s41l65co2ir1kz0lvmx67to.pdf>, accessed 11 December 2015).

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Global report on urban health: equitable, healthier cities for sustainable development.

1.Urban Health. 2.Urbanization. 3.Cities.
4.Conservation of Natural Resources I.World Health Organization. II.UN-Habitat.

Reference number: WHO/HIS/WKC/16.1

Cover photos:

“Full of Life” by Agelshaxe is licensed under CC BY 2.0

“Apartment Building” by olly301 is licensed under CC BY 2.0

“Hong Kong - Apartments” by Himbeerdoni is licensed under CC BY 2.0

WHO/Anna Kari

“Slums in Costa Rica” by David Amsler is licensed under CC BY 2.0

WHO/Anna Kari

WHO/Anna Kari

“Karnataka Urban Development and Coastal Environment Project” by Asian Development Bank is licensed under CC BY 2.0

“Child Drinking Clean Water” by Living Water International is licensed under CC BY 2.0

“Samoa: water and sanitation” by Asian Development Bank is licensed under CC BY 2.0

WHO/Anna Kari

“Raahgiri Day 15” by EMBARQ Sustainable Urban Mobility is licensed under CC BY 2.0

© World Health Organization 2016

All rights reserved. Publications of the World Health Organization are available on the WHO website (<http://www.who.int>) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int).

Requests for permission to reproduce or translate WHO publications –whether for sale or for non-commercial distribution– should be addressed to WHO Press through the WHO website (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/index.html).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

GLOBAL REPORT
on

URBAN

equitable, healthier cities for sustainable development

HEALTH

The Sustainable Development Goals, 2016-2030 (SDGs), inclusive of its goals and targets for health and for urban settings, provides an unprecedented opportunity to improve the lives, health, productivity, and wellbeing of all people living in an increasingly urbanized world.

The WHO-UN Habitat Global Report on Urban Health: equitable, healthier cities for sustainable development presents new information and evidence-based multi-sectoral practical solutions to enable cities, countries, and the global health community reduce health inequities, achieve the Sustainable Development Goals (SDGs), and realize universal health coverage (UHC) and the New Urban Agenda. The report reveals the impact of health inequities on achieving health outcomes and outlines options for strengthening health systems and reshaping urban environments, capitalizing on synergy of actions across sectors and co-benefits.



**World Health
Organization**

World Health Organization
Centre for Health Development (WHO Kobe Centre)
Kobe, Japan
http://www.who.int/kobe_centre/en/
wkc@who.int



United Nations Human Settlements Programme
(UN-Habitat)
Nairobi, Kenya
<http://www.unhabitat.org>
infohabitat@unhabitat.org