RESUMEN DE LAS FASES DEL PROCESO

FASE 1 **Crear un equipo integrador**	• El objetivo es lograr el necesario compromiso político en favor de la aplicación de un programa de equidad de salud en su ciudad. La creación de un equipo integrador puede ser la fase que más tiempo requiera dentro del proceso de aplicación del instrumento Urban HEART, aunque a menudo es también la más importante. Las actividades principales se centran en la creación de alianzas, la educación y la promoción. • Fomentar la plena adhesión de promotores influyentes. • Sensibilizar a otros sectores sobre la importancia y pertinencia de Urban HEART. • Formar un equipo central integrado por personas que dedicarán parte de su tiempo a la aplicación de Urban HEART. Promover la utilización sostenible de este instrumento integrándolo dentro de las estructuras y responsabilidades ya existentes.
FASE 2 **Definir un conjunto de indicadores locales, con los correspondientes parámetros**	• Al disponer de un conjunto de indicadores de equidad de salud el equipo podrá recoger de un modo eficaz y eficiente información sobre los principales problemas de salud que afectan a la ciudad. • Adoptar los indicadores fundamentales de Urban HEART, que tras ser sometidos a un detenido análisis han sido aceptados como indicadores válidos y fiables de equidad de salud. También se pueden escoger otros indicadores para abordar cuestiones específicas de cada ciudad. Es importante tomar las decisiones pertinentes en consulta con los interesados directos. • Identificar las variables de desagregación más idóneas para evaluar las desigualdades. • Determinar los oportunos parámetros y objetivos oportunos para evaluar los resultados obtenidos en relación con los distintos indicadores. • Encontrar una fuente de datos para cada indicador. Se precisarán datos de diversos sectores de políticas.
FASE 3 **Obtener datos pertinentes y de validez comprobada**	• Dentro de la iniciativa Urban HEART debe recurrirse en la medida de lo posible al empleo de sistemas de datos ya disponibles, sin que sea preciso realizar nuevas recopilaciones o encuestas de amplio alcance. El intercambio de datos puede ser un asunto delicado desde el punto de vista político. Es conveniente recurrir dentro del equipo intersectorial a contactos para lograr que apoyen este proceso. • Evaluar la calidad y validez de los conjuntos de datos disponibles, en consulta con los expertos en la materia y las comunidades. • Asegurarse por que se seleccionen los datos de mejor calidad y que se solucionen los problemas relacionados con la calidad de los datos. • Negociar acuerdos formales de intercambio de datos con las custodias pertinentes y crear un depósito o servidor para agrupar las bases de datos recopiladas. Puede ser necesario pedir asesoramiento jurídico e informático. Los datos se deben preparar para su análisis.
FASE 4 **Generar datos probatorios**	• Sirviéndose del conjunto de indicadores seleccionado para su ciudad, de los datos acopiados y de una serie de sencillos programas informáticos para la creación de gráficos y diagramas, el equipo estará en condiciones de preparar representaciones visuales de fácil interpretación (MATRIZ y MONITOR) que ilustren las inequidades de salud imperantes en la ciudad. • Empezar por preparar la herramienta MATRIZ, con miras a utilizarla para la identificación de los indicadores prioritarios, que también deberán ser revisados por medio de la herramienta MONITOR. • Asegurar que se registren resultados numéricos para cada indicador, además de emplear códigos de colores. De ese modo, los interesados directos podrán hacerse una idea de la urgencia relativa de los distintos problemas.
FASE 5 **Evaluar las deficiencias y los gradientes de equidad de salud y establecer un orden de prioridad**	• Se trata de una fase crucial en la que todos los interesados participan en la identificación de las cuestiones prioritarias a través de una evaluación de los datos probatorios obtenidos en el marco de la iniciativa Urban HEART. • Las herramientas MATRIZ y MONITOR permiten obtener resultados cuantitativos, pero esta fase debería incluir igualmente una evaluación cualitativa. • Asegurar que todos los interesados estén en condiciones de interpretar los gráficos. Hay que centrar la atención en los resultados numéricos, así como en los códigos de colores. • Facilitar un proceso de debates pormenorizado y deliberativo. Existen varias estrategias para examinar los gráficos, dependiendo de los intereses de las partes. Debe prestarse especial atención a las tendencias y a los focos de inequidad más preocupantes, tratando de comprender las causas y consecuencias de las inequidades (mediante el empleo de métodos cualitativos). • Asignar un orden de prioridad a los principales problemas de equidad.
FASE 6 **Identificar la respuesta más idónea**	• Una vez identificadas las cuestiones de equidad que requieren atención, la medida siguiente consistirá en determinar cuál es la respuesta apropiada. Esa decisión debe ser fruto de un proceso eminentemente consultivo en el que participen los sectores de políticas y las comunidades pertinentes. La finalidad es elaborar un plan de acción de base científica que resulte convincente para las instancias decisorias y que pueda ser adoptado y aplicado sin problemas. • Utilizar como fuente de inspiración el cuadro de medidas estratégicas e intervenciones de Urban HEART, aprovechando el hecho de que su eficacia ya se ha demostrado en otras ciudades. • Establecer las ventajas relativas de las posibles intervenciones. Debe examinarse una amplia variedad de factores, como las posibles repercusiones en la equidad, las preferencias de las comunidades afectadas, los recursos disponibles y la concordancia con las prioridades anteriormente establecidas por las autoridades gubernamentales. • Finalizar el plan de respuesta. El proceso de Urban HEART contribuirá a asegurar que ese plan se base en pruebas científicas, sea pertinente y cuente con un amplio apoyo.

FASE 1: CREAR UN EQUIPO INTEGRADOR

¿QUÉ OBJETIVO SE PERSIGUE?

El enfoque Urban HEART requiere (y fomenta) una estrecha coordinación entre diversos sectores de políticas, niveles de gobierno y comunidades para detener las inequidades en salud. Aunque es posible que el primero en interesarse por el empleo de Urban HEART sea un organismo especializado en la salud (que puede acabar convirtiéndose en coordinador de todo el proceso), es primordial crear cuanto antes lazos de asociación con otros actores.

Acometer la tarea de creación de un equipo integrador en la etapa de evaluación previa es indicio de la adopción de un enfoque práctico a la vez que estratégico. Desde el punto de vista práctico, se precisarán datos de una amplia variedad de sectores y niveles de gobierno para analizar las inequidades de salud que prevalecen en cada ciudad. En términos estratégicos, la adopción de un enfoque integrador propicia la consolidación de un compromiso político. Es más probable que los organismos y las comunidades interesados asuman como propia la tarea de dar una respuesta a los problemas si han participado en todas las fases del proceso y si desempeñan un papel decisivo en la identificación de los mismos. La constitución de un equipo integrador puede ser la fase que más tiempo requiera dentro del proceso de aplicación de Urban HEART, aunque probablemente también sea la más importante. Con la creación de un equipo integrador, se sientan las bases para una eficaz puesta en práctica de la iniciativa.

¿QUÉ MEDIDAS DEBEN ADOPTARSE?

Diseñar un mapa de redes. Dar los primeros pasos e identificar a los futuros colaboradores puede ser una ardua tarea. A veces es necesario realizar un estudio previo del entorno o un análisis de los interesados directos, con miras a determinar qué personas deberían formar parte del equipo. En la ciudad de Parañaque (Filipinas), el grupo inicial celebró varias sesiones de prospección para identificar a los interesados potenciales. Con base a ello se elaboró un mapa que ilustraba la red de los numerosos organismos, departamentos y comunidades para los que la iniciativa Urban HEART podía ser de interés, y se diseñó un plan para contactar a los grupos en cuestión.

Movilizar a promotores influyentes. Comunicarse, y reunirse todas las veces que sea necesario, con las instancias decisorias (y con los «guardianes» de los intereses comunitarios) más influyentes a fin de granjearse su apoyo y proporcionarles la preparación requerida para interpretar ulteriormente los resultados de los análisis de datos. Cuando los dirigentes nacionales y locales (por ejemplo, alcaldes, funcionarios municipales, jefes de consejos de distrito u otro tipo de cargos públicos) se convierten en defensores de la causa de Urban HEART, pueden alentar o encomendar a sus respectivos organismos que participen en esta iniciativa. En varias ciudades piloto, la adopción de Urban HEART por el consejo municipal, además de constituir un hito importante, ha propiciado también una mayor actividad. Se recomienda utilizar la reseña sobre políticas de Urban HEART (anexo I) y otros recursos educativos disponibles en: http://www.who.or.jp/urbanheart.

Educar. Muchos grupos desconocerán algunos conceptos, como los de «determinantes sociales de la salud» o «equidad de salud». La primera medida de cara a la consolidación de un equipo y de un conjunto de promotores adecuados consiste en esforzarse por que los potenciales interesados comprendan las cuestiones que se pretenden abordar. Debe hacerse énfasis en las oportunidades de colaboración. Es importante no apartar del proceso a ningún grupo cuya participación pueda ser fundamental. Hay material educativo disponible en el sitio web de Urban HEART. Ese material puede adaptarse a los distintos grupos y servir de base para la organización de talleres de aprendizaje y reuniones consultivas.

Buscar sinergias para promover la sostenibilidad. La conciliación de diferentes responsabilidades es una de las mayores dificultades que plantea la puesta en marcha y el mantenimiento de la estrategia Urban HEART. Las ciudades piloto recomiendan integrarla dentro de programas, agendas políticas, calendarios, lugares de trabajo y descripciones de funciones ya existentes. Hay que explicar a todos los potenciales interesados que Urban HEART es un instrumento de planificación que puede ser adoptado por organizaciones ya existentes y en el marco de programas en curso, y que el objetivo no es introducir un programa nuevo que vaya a exigir una gran cantidad de recursos adicionales.

Aprovechar las redes informales. Además de seguir los cauces oficiales, los encargados de la creación de equipos en las ciudades piloto utilizaron sus contactos personales para identificar a posibles participantes en Urban HEART. En algunas ciudades, ha sido posible acceder a los conjuntos de datos pertinentes gracias a la intermediación de organismos ajenos al proyecto u oficinas de estadística centralizadas, a falta de un contacto más idóneo.

Elaborar el mandato del equipo. La redacción conjunta de este documento puede contribuir significativamente a reforzar el compromiso y los conocimientos del equipo encargado. Otra ventaja es que ayudará a identificar posibles sinergias con funciones y responsabilidades ya existentes. Se debe ofrecer una descripción clara del plan Urban HEART; asimismo es fundamental establecer parámetros de medición de los resultados, plazos y funciones concretos e indicar los objetivos que motivan la colaboración propuesta. Hay que asegurarse de que las tareas que corresponden a las comunidades objetivo figuren expresamente en el mandato, incluidas las estrategias que se pretende aplicar para velar por que su participación sea significativa.

Asegurar una organización eficaz del equipo. Se puede optar por establecer pequeños subequipos encargados de cuestiones o esferas de política específicas. La adopción de este enfoque puede acelerar las actividades programáticas y propiciar un aprovechamiento más eficiente de los conocimientos especializados de los miembros del equipo. Puede crearse un comité que se encargue de coordinar las actividades de los subequipos.

Documentar el proceso. Esta información puede resultar de utilidad para las tareas de evaluación y seguimiento y para ofrecer orientación sobre las fases iniciales a las ciudades que en el futuro decidan participar en la iniciativa Urban HEART.

¿QUIÉN DEBE PARTICIPAR?

Agentes sociales, económicos y sanitarios facultados para divulgar los datos. Además de recurrir a entidades centralizadas con acceso a diversos conjuntos de datos, conviene lograr la participación de organismos encargados de la educación, la seguridad y la aplicación de la ley, el saneamiento y la eliminación de desechos, la ordenación vial y del tráfico, la vivienda y las finanzas. Si se prevé que se van a precisar fondos adicionales para las estrategias de respuesta, es fundamental hacer participar a los departamentos de finanzas desde las primeras etapas.

Todos los niveles pertinentes de planificación gubernamental, por ejemplo autoridades nacionales, provinciales, municipales y locales de distrito.
Dirigentes comunitarios, por ejemplo cargos electos o representantes de organizaciones de base y organizaciones no gubernamentales (ONG) (en particular, representantes de grupos cívicos, organizaciones de mujeres, organizaciones medioambientales, agrupaciones de alfabetización o educativas y asociaciones de defensa de las poblaciones urbanas marginadas o vulnerables, además de grupos de promoción de la salud). Es importante reclutar a participantes capaces de promover el empoderamiento comunitario.

Personas con experiencia en el análisis de conjuntos de datos de gran magnitud (por ejemplo, personas pertenecientes a organismos o universidades que participan en el proyecto).

¿QUÉ RECURSOS SE PRECISAN?

Un presupuesto realista, que incluya los costos relacionados con los locales de reunión, los desplazamientos, el servicio de comidas, las dietas, el material y el personal. Ha de procurarse integrar el grueso de los costos relacionados con la iniciativa Urban HEART dentro de programas ya existentes. Puede darse el caso de que la necesidad de realizar nuevas tareas de análisis de datos ocasione gastos adicionales. Para sufragarlos, conviene acudir a los organismos gubernamentales, ONG y fundaciones pertinentes.

Documentos de información y material educativo. En el anexo I figura una reseña sobre políticas, para su adaptación y traducción según corresponda. También se puede utilizar como modelo el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.1

Acceso a los interesados directos.

Un documento en el que se establezca el mandato de los grupos especiales. En el anexo II se incluye un modelo.

Tiempo para reunirse con diversas personas y agrupaciones para explicarles en qué consiste Urban HEART y animarlas a participar.
En el caso de algunas ciudades se ha tardado entre seis y doce meses en crear un equipo. También es importante reconocer que la consolidación del equipo es un proceso continuo que hay que sostener y apoyar. Las orientaciones prácticas incluidas en esta sección pueden resultar de utilidad en ese sentido. Es importante examinar regularmente el mandato y actualizarlo según proceda. También hay que revisar la composición del equipo. Cuando se produzcan bajas, habrá que proceder con cautela al seleccionar a los nuevos integrantes, de modo que el equipo mantenga su pertinencia y eficiencia.

[1] *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/index.html).*

¿QUÉ CONOCIMIENTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS SE NECESITAN?

Conocimientos sobre los problemas de equidad de salud susceptibles de afectar a los habitantes de la ciudad.

Un profundo conocimiento en cuanto a la aplicación práctica de Urban HEART. Para saber más sobre esta iniciativa, se recomienda leer detenidamente el documento en el que se describe el instrumento propiamente dicho, así como el manual del usuario; consultar con la oficina de la OMS en el país; y entablar contacto con personas que hayan dirigido el proceso de Urban HEART en otras ciudades. Sírvase visitar el sitio web de Urban HEART para más información: http://www.who.or.jp/urbanheart.

Habilidades para presentar el producto. Se deberá contar con la debida habilidad para explicar en qué consiste el proceso de Urban HEART y cuál es su pertinencia para los posibles interesados.

Capacidad de comunicación estratégica, a fin de poder mostrar qué vínculos existen entre Urban HEART y las prioridades actuales de los interesados directos.

Capacidad de liderazgo, facilitación y organización comunitaria. Estas habilidades permitirán coordinar grupos muy diversos y promover una visión común entre grupos con prioridades distintas o con una relación poco fructuosa en el pasado.

Conocimientos en materia de documentación, necesarios para registrar los avances del proceso y elaborar el mandato del equipo.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS PREVISTOS?

Una red de instituciones y particulares debidamente informados y dispuestos a participar en Urban HEART (desempeñando distintas funciones).

El compromiso, al menos por parte de algunos de los grupos de interesados, organismos y representantes comunitarios más importantes, de compartir los datos disponibles, acompañado de las oportunas autorizaciones.

La concertación de acuerdos sobre posibles fórmulas de uso compartido de los recursos o de asignación de recursos.

La adhesión a la iniciativa Urban HEART por parte de uno o varios de los promotores más influyentes.

La elaboración de un mandato o documento similar.

Un nuevo impulso para seguir adelante.

CONSEJOS PRÁCTICOS

Trate de encontrar sinergias. Es posible que ya exista un equipo intersectorial adecuado capaz de adoptar el proceso de Urban HEART. En Ulaanbaatar (Mongolia) éste fue puesto en marcha por el comité de la OMS encargado del proyecto Urban HEART, lo que contribuyó a dar mayor relieve a Urban HEART e impulsó la participación del Gobierno central.

Conviene estar preparados para eventuales reticencias. Las causas de la inequidad sanitaria en las ciudades son complejas. Para las organizaciones sin un mandato directamente relacionado con la atención de salud --por ejemplo las centradas en el trabajo, los servicios públicos o las fuerzas del orden-- puede resultar difícil imaginarse desempeñando un papel dentro del proceso de Urban HEART. Lograr la participación de agrupaciones que no perciben la pertinencia de la equidad sanitaria para el desempeño de su propio cometido puede requerir más tiempo que ninguna de las otras fases del proceso, pero se trata de un elemento crucial.

Es esencial proyectar una imagen de credibilidad. Al acudir a reuniones con altas instancias decisorias, conviene ir acompañados de oficiales destacados de la oficina regional de la OMS o de otros promotores influyentes capaces de transmitir la importancia y credibilidad de la iniciativa Urban HEART.

Hay que traducir y adaptar el material informativo en función de las necesidades de los interesados directos.

Se debe reflexionar sobre qué tamaño debería tener el equipo. El tamaño y la composición exactos del equipo dependerán del contexto único de cada caso, por lo que no pueden establecerse de antemano. Por regla general, el equipo debe ser lo suficientemente grande para lograr los objetivos previstos, aunque sin llegar a perder pertinencia ni volverse difícil de coordinar. Lo ideal es contar con un equipo estrechamente conectado con una amplia variedad de interesados directos. En algunos casos, puede resultar apropiado que un organismo comparta los datos de que dispone pero no participe activamente en el equipo. Conviene intentar crear un equipo formado por entre 10 y 20 integrantes.

Es importante impulsar la demanda. Urban HEART resulta especialmente eficaz cuando los representantes de las comunidades afectadas y los sectores interesados apuestan por este proceso y creen que es necesario aplicarlo. Esa demanda puede promoverse en las etapas iniciales explicando los determinantes sociales de la salud a los interesados directos. Más adelante, se pueden utilizar los análisis de datos realizados en el contexto de Urban HEART para demostrar qué inequidades de salud afectan a determinadas comunidades y dotar a estas de los medios necesarios para promover un cambio.

Conviene estar preparados para eventuales renovaciones del equipo. Con el paso del tiempo, es posible que algunos participantes o promotores abandonen el equipo (por ejemplo, por debido a una rotación del personal o a la celebración de elecciones). Es importante tratar de integrar Urban HEART en las estructuras organizativas y en las descripciones de funciones, de modo que los cambios de personal tengan el mínimo efecto posible. Conviene estar preparado para seguir promoviendo el enfoque Urban HEART entre los responsables políticos. La demanda impulsada entre otros participantes, a nivel de comunidades y en los medios de comunicación puede influir en los nuevos cargos y alentarlos a apoyar esta iniciativa.

Hay que recordar que la consolidación del equipo es un proceso continuo. El equipo no tiene que estar íntegramente formado para poder iniciar su andadura. En algunos sitios piloto, como la ciudad de Ho Chi Minh (Viet Nam) y Nakuru (Kenya), se captó la atención de nuevos participantes mediante la difusión de resultados provisionales del proyecto Urban HEART.

Se debe mantener informados a los interesados directos. El equipo estará integrado, en la medida de lo posible, por representantes de todos los grupos de interesados directos. Esos contactos deben aprovecharse para informar a los interesados directos con regularidad sobre las actividades realizadas a lo largo de todo el proceso de Urban HEART. Así se evitará que los interesados se olviden de él, al tiempo que se les facilitará la preparación necesaria para participar en las fases 5 y 6, centradas en la evaluación y la respuesta a la luz de los resultados, respectivamente.

LISTA DE COMPROBACIÓN

- ¿Cuenta la iniciativa con un promotor o con varios promotores influyentes?
- ¿Se han celebrado consultas con los interesados pertinentes y se les ha informado a fondo sobre el enfoque Urban HEART?
- ¿Se ha conseguido captar a participantes de distintos sectores de políticas, niveles de gobierno y comunidades locales?
- ¿Cumple la composición del equipo el principio de paridad entre los géneros? ¿Están las mujeres en condiciones de contribuir de forma equitativa?
- ¿Se ha elaborado el mandato del equipo?
- ¿Se han tomado disposiciones para garantizar la sostenibilidad y la renovación del equipo cuando proceda?
- ¿Se ha documentado el proceso de creación del equipo?

¿QUIÉNES INTEGRAN EL EQUIPO?

Las ciudades piloto recomiendan en relación con la composición de los equipos que se dé prioridad a tres tipos de inclusión:

Inclusión intersectorial. El instrumento Urban HEART otorga especial importancia a los determinantes sociales de la salud. Muchas de las esferas de política abarcadas por Urban HEARTS (por ejemplo, el desarrollo social y humano, las cuestiones económicas y la infraestructura física) no son responsabilidad directa de los organismos dedicados a la salud. Para asegurar el éxito de una iniciativa Urban HEART es necesario hacer participar también a sectores distintos de salud, de modo que se puedan comprender las cuestiones que causan preocupación y planificar respuestas eficaces.

Inclusión intergubernamental. Urban HEART se centra en las inequidades de salud a nivel de municipios y distritos. Sin embargo, muchas de esas inequidades son fruto de políticas y programas gestionados en niveles de gobierno más altos. Si también se hace participar en el proceso a las instancias decisorias de los gobiernos nacionales o provinciales, se podrá acceder más fácilmente a los datos pertinentes y será más sencillo promover respuestas eficaces. Las ciudades participantes del Brasil, Kenya, Mongolia y Filipinas se han beneficiado sin excepción del apoyo de sus respectivos Gobiernos centrales en favor de Urban HEART.

Inclusión comunitaria. Los principios básicos de Urban HEART son subsanar los efectos negativos de la exclusión social y dar a las comunidades locales los medios para reclamar su derecho a una buena salud. Cada una de las fases del proceso requiere la participación activa de las comunidades afectadas. Debe asegurarse que el equipo del proyecto esté estrechamente conectado con las agrupaciones cívicas y de otra índole que representan a poblaciones urbanas vulnerables, formadas por ejemplo por mujeres, por habitantes de asentamientos precarios o barrios de chabolas, trabajadores migrantes y personas sin hogar.

Debe evitarse toda inclusión de carácter meramente simbólico. La participación comunitaria dentro de la iniciativa Urban HEART debe ser efectiva y significativa. Es importante dar a los grupos comunitarios los medios necesarios para participar, en particular proporcionándoles los conocimientos especializados y los recursos pertinentes. Los principios y las estrategias referidos al fomento de la participación comunitaria deben plasmarse expresamente en el mandato.

CONVIENE SACAR EL MÁXIMO PROVECHO DE LOS TALLERES DE APRENDIZAJE

He aquí algunos consejos prácticos facilitados por ciudades piloto de la iniciativa Urban HEART:

Es importante hacer participar a los dirigentes de las comunidades y las instancias decisorias locales en la labor de facilitación de estos talleres. Hay que explicar en qué consisten los determinantes sociales de la salud y hacer hincapié en que las inequidades de salud son sistemáticas e injustas. Conviene utilizar material educativo, adaptado al público destinatario y al contexto local.
Debe explicarse en qué consisten el enfoque integrador y las metas del proceso de Urban HEART.

Es fundamental analizar por qué se precisa la participación de los interesados directos y cómo Urban HEART puede ayudar a estos a alcanzar sus propios objetivos. Esto es particularmente importante a la hora de colaborar con sectores ajenos al de salud.

El lugar de celebración de los talleres puede ser importante. Lo ideal es acercar el taller a los participantes. La adopción de un enfoque de proximidad contribuirá a demostrar a los interesados que Urban HEART está diseñado para ellos.

Se recomienda sufragar los gastos de transporte y comidas de los participantes.

Conviene tener especialmente en cuenta cualquier circunstancia social, cultural o económica que pueda condicionar la plena participación de determinados grupos, como las mujeres o los trabajadores migrantes. Debe prestarse especial atención a que se difunda su punto de vista. En ese sentido, se puede optar, por ejemplo, por celebrar reuniones especiales destinadas únicamente a las mujeres.

FASE 2:
DEFINIR UN CONJUNTO DE INDICADORES LOCALES, CON LOS CORRESPONDIENTES PARÁMETROS

¿QUÉ OBJETIVO SE PERSIGUE?

En la fase 2, el equipo decide qué cuestiones de equidad de salud deben examinarse en relación con la ciudad de que se trate y define el conjunto de indicadores locales más idóneos para evaluarlas.

Un indicador es una medición básica capaz de ilustrar lo que está ocurriendo en un entorno complejo. La valía de un buen indicador estriba en su eficiencia: nos permite medir los elementos más importantes, sin necesidad de evaluarlos todos. Urban HEART ofrece un conjunto de indicadores de equidad de salud, subdivididos por esferas de política y por factores sanitarios. Estos indicadores han sido validados por un grupo asesor de la OMS tras haber sido utilizados en ensayos piloto en varias ciudades. Se deben adoptar TODOS los indicadores fundamentales de Urban HEART (12 en total), sin descartar la posibilidad de emplear indicadores adicionales para abordar cuestiones específicas de cada ciudad.

¿QUÉ MEDIDAS DEBEN ADOPTARSE?

Analizar cómo los indicadores sanitarios, sociales y económicos pueden revelar inequidades de salud. Hay que asegurarse de que los miembros del equipo comprendan cabalmente los determinantes sociales de la salud y la finalidad de la desagregación de datos para determinar si los resultados y oportunidades relacionados con la salud presentan una distribución equilibrada entre los diferentes grupos poblacionales y regiones del municipio. A veces es conveniente consultar a expertos u organizar otro taller de aprendizaje.

Celebrar amplias consultas para identificar las cuestiones de salud que causan preocupación en la ciudad objeto de la iniciativa. Es importante celebrar consultas con los miembros del equipo, así como con las comunidades afectadas y las instancias decisorias, para comprender mejor las cuestiones que les preocupan en materia de equidad de salud.

Seleccionar indicadores representativos de las cuestiones que preocupan a los interesados directos en materia de salud. Antes de proceder a esta selección, conviene analizar la lista completa de indicadores de Urban HEART, que figura en el anexo III. Lo ideal es incluir los 12 indicadores en el conjunto final, para así asegurar la obtención de resultados exhaustivos (es decir, referidos a todas las esferas de política importantes) que puedan compararse con los correspondientes a otros sitios. Deben utilizarse los indicadores sustitutivos disponibles si no es posible emplear los indicadores fundamentales. Ha de darse preferencia a los indicadores que puedan medirse fácilmente utilizando los datos disponibles. También es posible incorporar indicadores adicionales de especial pertinencia para cada contexto.

Seleccionar variables de desagregación apropiadas para los indicadores, en función de las consultas celebradas con los interesados directos y a la luz de las recomendaciones incluidas en la lista de indicadores (véase el apartado «Desagregación de datos», más abajo).

Identificar las fuentes de datos disponibles para los indicadores. Conviene aprovechar las redes de los miembros integrantes del equipo para elaborar una lista de fuentes de datos pertinentes. Puede resultar muy útil celebrar una sesión exploratoria para identificar esas fuentes de datos. Para cada una de las fuentes, debe tomarse nota de las variables de desagregación (por ejemplo, edad, sexo, nivel de ingresos, nivel de estudios, ubicación geográfica) que también están contenidas en los datos. Es importante identificar los indicadores que requerirían la recolección de nuevos datos a través de encuestas.

Identificar los parámetros y los objetivos de rendimiento pertinentes para cada uno de los indicadores. Durante la fase de evaluación, los resultados obtenidos a nivel local se compararán con los objetivos de rendimiento seleccionados. Es posible utilizar a tal fin los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) o los parámetros previamente fijados por el Gobierno nacional o local.

¿QUIÉN DEBE PARTICIPAR?

Miembros del equipo con experiencia en el campo de la salud y en las otras cuatro esferas de política (entorno e infraestructura físicos, desarrollo social y humano, economía y gobernanza).

Los interesados directos de las comunidades y organizaciones locales.

Los organismos pertinentes con funciones de registro de datos.

¿QUÉ RECURSOS SE PRECISAN?

Lista de indicadores de Urban HEART (véase el anexo III).

¿QUÉ DURACIÓN TIENE ESTA FASE?

Conviene prever entre dos y cuatro reuniones de equipo para finalizar el conjunto de indicadores.

¿QUÉ CONOCIMIENTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS SE NECESITAN?

- Conocimientos sobre los indicadores centrados en la salud de la población, así como sobre las cuatro esferas de política y los indicadores conexos.
- Conocimientos sobre los sistemas administrativos de recopilación de datos pertinentes y sobre otras fuentes de datos disponibles.
- Conocimientos sobre las iniciativas Urban HEART organizadas en otros lugares. Puede resultar útil armonizar el conjunto de indicadores con el utilizado por otras ciudades, con miras a facilitar las comparaciones entre unas y otras.
- Excelentes aptitudes de liderazgo, para guiar al equipo hacia un consenso sobre un conjunto de indicadores viable y pertinente.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS PREVISTOS?

Un conjunto de indicadores centrado en las prioridades locales y también en los objetivos nacionales e internacionales en materia de desarrollo sanitario y social.

Un conjunto de indicadores compatible con los sistemas de información ya en funcionamiento.

Al término de esta fase, el equipo de Urban HEART está listo para empezar a recabar los datos pertinentes.

CONSEJOS PRÁCTICOS

Se recomienda alinear los indicadores con las prioridades establecidas y los programas en curso. Esto, además de potenciar la pertinencia del instrumento Urban HEART para el proceso de toma de decisiones, puede propiciar la expansión de la iniciativa. En Filipinas, por ejemplo, muchas ciudades están ajustando en estos momentos su conjunto de indicadores de Urban HEART a los sistemas presupuestarios vigentes a nivel municipal. En México, D.F., el equipo seleccionó indicadores que reflejan las prioridades de salud nacionales, como la detección de la obesidad infantil, la diabetes y el control del tabaco.

Los indicadores habrán de adaptarse al contexto si es necesario. Es posible adaptar los indicadores para que faciliten la adopción de medidas o se ajusten mejor a las prioridades locales. Por ejemplo en el caso de la ciudad de Ho Chi Minh (Viet Nam), se añadieron varias enfermedades al indicador fundamental centrado en la cobertura de vacunación infantil, ya que los programas de atención preventiva para esas afecciones constituían una prioridad nacional.. El equipo sabía que las instancias decisorias probablemente intervendrían en relación con esos indicadores en caso de revelarse inequidades. En Teherán (República Islámica del Irán), el equipo añadió una serie de indicadores relacionados con la nutrición, la salud mental y el capital social, a la luz de las prioridades locales.

Se deben aprovechar los conocimientos especializados de los integrantes del equipo. En Ulaanbaatar (Mongolia) el equipo se dividió en subcomités para seleccionar los indicadores. Las decisiones referidas a la idoneidad de los indicadores y conjuntos de datos fueron adoptadas por expertos en cada una de las esferas políticas. Esto incrementó el ritmo de trabajo, maximizó el valor de los conocimientos de los participantes y contribuyó a mantener el compromiso de las personas interesadas.

Es importante asegurar que el tamaño del conjunto de indicadores se mantenga dentro de lo manejable. Los conjuntos de indicadores suelen variar en lo que a tamaño y alcance se refiere. En Filipinas, el Gobierno nacional exigirá en breve que todas las ciudades empleen 26 indicadores para sus mediciones. En este caso, el conjunto de indicadores es muy amplio, pero está previsto utilizar todos los datos para actividades nacionales de seguimiento y planificación. Para una ciudad que esté aplicando el instrumento Urban HEART por sí sola, el empleo de un conjunto de indicadores tan ambicioso seguramente no se justificaría. En otras ciudades, en cambio, los análisis se han limitado a unos 15 indicadores.

Conviene adoptar un enfoque creativo en relación con las posibles fuentes de datos de salud. En México, D.F., por ejemplo, los datos de salud se combinaron con datos fiscales para generar más información.

LISTA DE COMPROBACIÓN: SEIS CRITERIOS PARA EVALUAR EL CONJUNTO DE INDICADORES

- **Pertinencia e inclusividad:**
¿Abarcan los indicadores cuestiones de interés para las instancias decisorias y las comunidades locales?

- **Viabilidad:**
¿Ya hay datos disponibles para medir el indicador, o será necesario llevar a cabo nuevas encuestas? Siempre que sea posible, se deben seleccionar indicadores que se puedan medir con datos ya disponibles.

- **Comparabilidad con otras ciudades u objetivos:**
¿Hacen los indicadores referencia a parámetros u objetivos nacionales o regionales? ¿Están los indicadores alineados con iniciativas Urban HEART en ciudades comparables?

- **Comparabilidad en el tiempo:**
¿Se han seleccionado indicadores que se midan periódicamente y que permitan realizar comparaciones en el tiempo?

- **Eficiencia:**
¿Se centra cada indicador en un único aspecto de la actuación de las instancias municipales en materia de equidad de salud o hay redundancias (por ejemplo, varios indicadores referidos a una misma cuestión)?

SELECCIÓN DE PARÁMETROS Y OBJETIVOS

La selección de unos parámetros y objetivos adecuados es la decisión más importante que debe adoptar el equipo, puesto que se trata de los valores de referencia y las metas con respecto a las cuales se medirá el desempeño de las ciudades y los barrios. Puede ocurrir que haya varios objetivos o parámetros de desempeño disponibles para un determinado indicador. Así por ejemplo, las tasas locales de mortalidad infantil pueden cotejarse con la media correspondiente al municipio, con el promedio nacional, con un objetivo nacional o con los ODM. Algunos parámetros pueden resultar más pertinentes que otros (por ejemplo, promedios municipales, en lugar de promedios nacionales que incluyen datos referidos al medio rural). Debe seleccionarse el parámetro más pertinente para la población objeto de análisis y con mayor resonancia política. Las comparaciones que más concuerdan son las que más captan la atención de las autoridades gubernamentales, los medios de comunicación y las comunidades locales.

DESAGREGACIÓN DE DATOS

Los datos agregados muestran el resultado medio para el conjunto de la población. En cambio, los datos desagregados reflejan los resultados medios para grupos de personas o factores de riesgo específicos (por ejemplo, grupos diferenciados en función del sexo, el nivel de ingresos, el origen étnico o el barrio al que pertenecen). Este método se emplea para examinar posibles desigualdades. Se puede optar, por ejemplo, por analizar si los resultados educativos son diferentes para los hombres y las mujeres, si el acceso al agua potable varía según el barrio o si las tasas de tuberculosis están vinculadas al nivel de ingresos. En muchas ciudades, la desagregación zonal (por ejemplo, para comparar los resultados correspondientes a diferentes barrios o distritos) será viable gracias a que los sistemas de datos administrativos recogen a menudo información de tipo geográfico. Sin embargo, puede ocurrir también que otras características importantes (como el sexo, la edad, el nivel educativo o el nivel de ingresos) no estén disponibles; además, las estadísticas administrativas oficiales a menudo no ofrecen información sobre las poblaciones más pobres (como las personas sin hogar y los trabajadores migrantes). Es primordial que este tipo de características de índole poblacional queden recogidas en cualquier encuesta nueva que se realice en el contexto de esta iniciativa. Los equipos de Urban HEART pueden promover la idea de que es necesario que los administradores recopilen datos más exhaustivos.

FASE 3: RECABAR DATOS PERTINENTES Y DE VALIDEZ COMPROBADA

¿QUÉ OBJETIVO SE PERSIGUE?

La aplicación de la iniciativa Urban HEART debe basarse en la medida de lo posible en el empleo de sistemas de datos ya existentes y disponibles a nivel municipal en relación con diferentes sectores de políticas. La recopilación de nuevos datos exhaustivos a menudo es una tarea que requiere mucho tiempo, impone una importante carga financiera y resulta poco sostenible. Los equipos resaltan además el riesgo de que las nuevas actividades encuestales pierdan impulso antes de alcanzar las fases de evaluación y respuesta, especialmente importantes. En cambio, el uso compartido de datos puede fomentar la responsabilidad intersectorial en la esfera de la salud y promover una actuación colectiva ulterior.

¿QUÉ MEDIDAS DEBEN ADOPTARSE?

Evaluar la calidad y validez de las fuentes de datos. Es importante consultar a expertos de datos y a las comunidades interesadas para evaluar la calidad y validez de las fuentes de datos. El equipo debería esforzarse por utilizar los mejores datos disponibles para el instrumento Urban HEART, sin perder de vista que todos los conjuntos de datos presentarán algún problema de calidad. A veces los problemas o anomalías relacionados con los datos no se detectan hasta que se procede al análisis de la información disponible en la fase 4. Si los problemas son importantes, habrá que averiguar si hay otras fuentes de datos disponibles.

Negociar acuerdos formales de intercambio de datos. Siempre que sea posible, se utilizarán los documentos modelo comúnmente empleados al efecto. Puede exigirse una revisión jurídica de los acuerdos.

Crear un archivo de datos compartidos. Ese archivo puede utilizarse para el almacenamiento y el análisis de los conjuntos de datos que se vayan a emplear en relación con el instrumento Urban HEART. Una buena opción es crear un sitio web protegido con contraseña, o utilizar el servidor de alguna de las organizaciones participantes.

Asegurar la gestión general de la base de datos. Esto incluye la depuración e introducción de datos y la eliminación de claves de acceso con objeto de facilitar las tareas de vinculación y cotejo de información. Esta labor debería ser realizada por un profesional especializado en gestión de datos, preferentemente de una de las organizaciones participantes.

Llevar a cabo o encargar nuevas encuestas, cuando sea necesario. La realización de nuevas encuestas es contraria a uno de los principios básicos de la iniciativa Urban HEART. Sin embargo, en el caso de ciudades sobre las que no se disponga de datos pertinentes, ésta puede ser la única solución a corto plazo. En el caso de algunas ciudades piloto, se llegó a la conclusión de que los datos relativos a determinados aspectos de desarrollo social y humano (por ejemplo, el nivel educativo o el consumo de tabaco) eran insuficientes y que era necesario realizar nuevas encuestas. Es fundamental colaborar con investigadores experimentados con el fin de asegurar que los métodos de encuesta son fiables y garantizan la inclusión de poblaciones marginales. Hay que promover la futura inclusión de estos nuevos elementos de información en los datos administrativos que son objeto de acopio sistemático.

¿QUIÉN DEBE PARTICIPAR?

Personas capaces de asumir un papel de liderazgo en relación con la evaluación de la calidad y validez de la información, la gestión de datos y el empleo de métodos epidemiológicos.

Custodios de datos de organizaciones pertinentes autorizados para difundir información.

Expertos en investigaciones basadas en encuestas, si se prevé llevar a cabo nuevas encuestas.

¿QUÉ RECURSOS SE PRECISAN?

Financiación o apoyo en especie para establecer y mantener una infraestructura de intercambio de datos o un archivo central.

Acceso a bases de datos de organismos centrales o de diversos sectores de políticas.

Financiación para investigaciones basadas en encuestas, cuando sea necesario.

¿QUÉ CONOCIMIENTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS SE NECESITAN?

- Un buen conocimiento sobre los sistemas de datos pertinentes ya existentes.
- Conocimientos en materia de gestión de grandes bases de datos (evaluación de la calidad de la información, depuración de datos, procesos de vinculación, etc.). Esos conocimientos pueden estar disponibles dentro de organismos con funciones de registro de datos, así como en los institutos universitarios de investigación de salud.
- Asistencia jurídica para la revisión de los acuerdos de intercambio de datos.
- Experiencia en investigaciones basadas en encuestas. Se recomienda consultar a los académicos locales.

¿QUÉ DURACIÓN TIENE ESTA FASE?

Los acuerdos iniciales de intercambio de datos pueden prepararse de forma rápida e informal, sobre todo si se basan en una relación preexistente. La creación de una estructura de intercambio de datos debe considerarse un proceso continuo y basado en la colaboración. Se puede tardar entre tres y cinco meses en validar y procesar la información pertinente, dependiendo del número y del tamaño de conjuntos de datos y de su grado de procesamiento previo. Las encuestas basadas en entrevistas personales, por correo o telefónicas pueden tardar un año en finalizarse. Conviene tener presente que en algunas poblaciones estas tareas pueden verse obstaculizadas por el analfabetismo o la ausencia de teléfonos. Es primordial asegurar que los métodos de hacer las encuestas se ajusten a la población objetivo. La realización de una encuesta incluye actividades de diseño, ejecución sobre el terreno e introducción y análisis de datos.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS PREVISTOS?

La creación de vínculos para el intercambio de información entre diversos sectores y comunidades.

Una infraestructura inicial para el intercambio de datos.

La adopción de una serie de criterios para la depuración y validación de datos.

La obtención de datos depurados y validados sobre la base del conjunto de indicadores previamente establecido al efecto.

Llegado a este punto, el equipo está en condiciones de evaluar las inequidades de salud locales.

CONSEJOS PRÁCTICOS

Conviene empezar cuanto antes... y hacerlo a pequeña escala. No es necesario esperar a que finalice la recopilación de todos los conjuntos de datos para pasar a la siguiente etapa. Se recomienda seleccionar, mientras aún está en curso la fase 3, un conjunto de datos fácilmente accesibles y proceder ya a la labor de análisis (fase 4). Los resultados iniciales así obtenidos deberán transmitirse a los asociados, tanto efectivos como potenciales, para que revisen los datos y puedan hacerse una idea del tipo de datos sólidos probatorios que es capaz de generar el instrumento Urban HEART. En Nakuru (Kenya), el equipo compartió esos datos iniciales en el marco de un examen técnico interpares. Las consultas conexas permitieron al equipo identificar lagunas de información e introducir las oportunas correcciones. Es posible que al conocer esos resultados iniciales algunas organizaciones antes indecisas se animen a participar en la iniciativa Urban HEART y den acceso a sus registros de datos.

Las comunidades deben participar en la comprobación de los datos. En la ciudad de Davao (Filipinas), las comunidades locales observaron que los datos estadísticos resumidos relativos a la calidad del agua no reflejaban la situación real de los recursos hídricos en algunos barangayes (subdistritos municipales).

El intercambio de datos puede ser un asunto delicado desde el punto de vista político. Algunos proveedores de servicios no están autorizados para compartir sus registros de datos directamente con otras entidades. Un posible método, que ha dado buen resultado en relación con algunas ciudades, consiste en establecer un observatorio de datos de salud cuyo mantenimiento corra a cargo de un tercero (por ejemplo, una universidad) o de uno de los miembros del equipo dentro de un marco de colaboración transparente. Describir ejemplos de este tipo de métodos y celebrar consultas con ciudades de la iniciativa Urban HEART (por ejemplo, Teherán) que hayan establecido observatorios de salud puede, contribuir a animar a posibles depositarios de datos a participar en el proyecto.

Se recomienda celebrar con los custodios de datos sesiones de exploración sobre temas como el intercambio de información, la vinculación de datos y el empleo de unidades de desagregación aceptables y comunes. Sus conocimientos y experiencias serán muy valiosos; se podrán identificar conjuntamente formas innovadoras de colaboración. La adopción de un enfoque abierto e integrador en relación con la solución de problemas relativos a los datos, también promoverá un sentimiento compartido de identificación con el proceso de Urban HEART.

Puede ser conveniente agregar los datos en el nivel de secciones censales. Cada organismo con funciones de registro de datos recopilará la información en diferentes niveles de agregación. Los datos pueden recabarse, por ejemplo, a nivel individual (utilización de los servicios de salud, etc.), por lugar de residencia (utilización de servicios públicos, etc.), por cuadras o bloques de manzanas (acceso a agua potable, etc.) o por secciones censales (nivel de ingresos, etc.). En algunas ciudades la agregación en el nivel de las secciones censales es la mejor opción, por cuanto puede facilitar la realización de análisis reveladores de las desigualdades y no infringe ninguna ley de protección de datos personales.

Debe adoptarse un enfoque integrador. Es posible que con el tiempo otros depositarios de datos también muestren interés por compartir su información. La adopción de un enfoque integrador, abierto a la aceptación de nuevos conjuntos de datos (incluso si estos no encajan del todo en las prioridades de evaluación que el equipo tenga en ese momento), contribuirá a generar datos sólidos sobre salud de la población a nivel municipal y hará que se multipliquen las oportunidades para la introducción de respuestas innovadoras. Asimismo, redundará en apoyo de la colaboración intersectorial y la participación comunitaria.

Asegurar que el intercambio de datos sea objeto de una planificación a largo plazo. El intercambio, almacenamiento y análisis de conjuntos de datos en el contexto de Urban HEART debe entenderse como un compromiso a largo plazo antes que un proyecto aislado.

Las circunstancias de cada sistema de datos son únicas. Algunas ciudades, como Ho Chi Minh (Vietnam), cuentan con un buen sistema local de administración de datos. Otras, como Yakarta (Indonesia), tienen acceso a encuestas nacionales y registros centrales de información de excelente calidad. En ambos casos, los equipos han podido recopilar los datos de un modo rápido y relativamente fácil. Sin embargo, también puede ocurrir que los sistemas de datos sean más débiles. En México D.F., por ejemplo, se recopilan regularmente datos de alta calidad, pero las fuentes de información están dispersas entre los distintos departamentos estatales, por lo que el equipo necesitó más tiempo de lo normal para localizar y consolidar los datos pertinentes.

Es primordial solicitar la participación de las comunidades en la recopilación de datos. Si es necesario llevar a cabo una encuesta, habrá que tratar de recurrir a enfoques participativos que propicien la colaboración directa de miembros de las comunidades interesadas en la formulación de las preguntas de la encuesta, la selección de los entrevistados y la recopilación de los datos. Esta forma de proceder contribuirá muy probablemente a mejorar las tasas de respuesta a los cuestionarios y la calidad de las respuestas. En Teherán (República Islámica del Irán), el equipo de Urban HEART realizó una nueva encuesta domiciliaria de amplio alcance, con énfasis en los indicadores sanitarios y de desarrollo social. Esto propició muchas oportunidades nuevas en relación con el análisis de datos.

LISTA DE COMPROBACIÓN:

- ¿Se han examinado los obstáculos que podrían dificultar el intercambio de datos, así como las oportunas soluciones?
- ¿Permiten los conjuntos de bases seleccionados una desagregación por grupos socioeconómicos o por barrios, etc.?
- Se han elaborado criterios para la normalización de los datos y unidades comunes de desagregación?
- ¿Se han sometido los datos a los oportunos controles de calidad y validez?
- ¿Se ha llevado a cabo un proyecto de demostración preliminar con un número reducido de conjuntos de datos de fácil acceso, y se han compartido los resultados iniciales de ese proyecto con los posibles interesados y comunidades participantes? Se recomienda aprovechar las reuniones con estos últimos para comprobar la validez aparente de los datos y promover el intercambio de información a mayor escala.
- ¿Cuenta la iniciativa con un servidor o un sitio web para el almacenamiento seguro de los conjuntos de datos aportados por los asociados?

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE LOS DATOS

Los problemas relacionados con la calidad de los datos pueden requerir especial atención:

Cuando no hay datos disponibles para indicadores importantes. Algunos de los indicadores de Urban HEART se centran en temas que están a caen dentro de diferentes ámbitos de responsabilidad jurisdiccional. Cabe citar aquí como ejemplos la violencia doméstica, el consumo de tabaco entre los jóvenes o el control de la mujer sobre sus ingresos salariales. En ocasiones, estos indicadores pueden ser extremadamente difíciles de medir, ya que los datos pertinentes no son recabados de forma regular por los administradores. Dependiendo de la importancia de esos indicadores para la ciudad participante, habrá que decidir si es necesario realizar una nueva encuesta que incluya los elementos requeridos.

Cuando no hay variables de desagregación. Muchos equipos se encontrarán con que los datos de acopio sistemático no contienen variables de desagregación (como el sexo, el nivel educativo o el nivel de ingresos). La solución consiste en llevar a cabo nuevas encuestas, combinar los conjuntos de datos disponibles (vinculación de datos) o utilizar variables sustitutivas para recuperar la información que falte. Antes de emprender nuevas encuestas, hay que cerciorarse de que la información que se necesita no puede obtenerse mediante la vinculación de datos o el empleo de indicadores sustitutivos. Estas soluciones podrían resultar más eficientes que la realización de nuevas encuestas. Nota: Muchos equipos se habrán encontrado con que la información disponible no incluía una desagregación zonal para el indicador «esperanza de vida al nacer», por recopilarse esos datos únicamente a nivel nacional.

Cuando hay problemas de subnotificación. El equipo puede encontrase con diferencias sistemáticas en la calidad de los datos o el nivel de cobertura en relación con determinados grupos de población o distritos municipales (en particular, asentamientos precarios o barrios de chabolas). Se trata de un fenómeno conocido como «subnotificación». La subnotificación constituye en sí misma un grave problema de equidad, sobre el que el proceso de Urban HEART quizás pueda arrojar algo de luz. Dado que la iniciativa se centra en las inequidades de salud, es crucial disponer de información sobre estos barrios y grupos desfavorecidos. Si el equipo tropieza con problemas de subnotificación, tiene que escoger entre distintas alternativas. Las opciones son ampliar los datos cuantitativos con información cualitativa, realizar nuevas encuestas o utilizar variables sustitutivas para generar la información requerida. Los analistas de datos o investigadores especializados en estas cuestiones pueden proporcionar orientaciones sobre las estrategias más apropiadas. Por otro lado, hay que aprovechar esta oportunidad para promover mejoras en la recopilación de datos a nivel municipal.

Cuando se dispone de varias fuentes de datos para un mismo indicador. Hay que averiguar el máximo posible sobre las distintas fuentes antes de escoger una de ellas. ¿Qué conjunto de datos ofrece la mejor calidad y cobertura? ¿Cuál es el que está más actualizado? ¿Tienden a preferir los investigadores un conjunto de datos frente a otro? ¿Por qué? Puede ser conveniente realizar una serie de análisis sencillos utilizando diferentes conjuntos de datos para comparar los resultados. ¿Llevan los diferentes conjuntos de datos a extraer diferentes conclusiones en relación con un mismo indicador? Si es así, habrá que verificar cuál de ellos ofrece mayor exactitud. Es importante consultar a un experto para determinar qué técnicas son más apropiadas y evaluar la validez aparente de las fuentes de datos con la comunidad local.

Cuando los datos se recogen a intervalos distintos. A veces no es posible vincular los datos obtenidos de organismos distintos por no haberse recogido la información en el mismo momento. Habrá que recurrir a un analista de datos o a un investigador especializado en estas cuestiones (por ejemplo, un epidemiólogo) para encontrar una solución al problema.

FASE 4: GENERAR DATOS PROBATORIOS

¿QUÉ OBJETIVO SE PERSIGUE?

El instrumento Urban HEART permite a los interesados directos obtener datos probatorios sobre las inequidades de salud que afectan a las ciudades y utilizarlos para planificar una respuesta. La finalidad de la fase 4 es generar esos datos. Aquí es donde empieza la etapa de evaluación del proceso de Urban HEART. Sirviéndose del conjunto de indicadores establecido para la iniciativa, los datos recopilados y unos sencillos programas de creación de gráficos y diagramas, el equipo puede producir figuras de fácil interpretación (herramientas MATRIZ y MONITOR) que representen las inequidades de salud en cada ciudad. Las figuras pondrán de manifiesto los problemas de equidad de salud que mayor (y menor) gravedad presentan a nivel municipal. El gráfico MONITOR también puede mostrar la evolución temporal de las tendencias en esta materia.

¿QUÉ MEDIDAS DEBEN ADOPTARSE?

Escoger herramientas informáticas sencillas para la creación de gráficos y diagramas. Un programa adecuado puede ser Microsoft Excel.

Comenzar por la creación del diagrama MATRIZ. Es importante seguir las instrucciones para la introducción de los datos (incluidos los parámetros). En el anexo IV de este manual, se incluyen las indicaciones técnicas pertinentes.

Producir múltiples versiones de prueba al crear el diagrama MATRIZ, para seguidamente poder analizar las tendencias y patrones empleando diferentes variables. Debe crearse un diagrama MATRIZ que ofrezca un cotejo de todos los barrios o secciones censales de la ciudad (por columnas) y todos los indicadores fundamentales (por filas).

Facilitar resultados numéricos para cada indicador, además de códigos de colores. Esto ayudará a los interesados directos a comprender la urgencia de los problemas («¿Cómo de rojo es el rojo? », etc.). El método ayudará a identificar áreas o grupos de riesgo («¿Es el indicador amarillo casi verde o se acerca más al rojo?», etc.).

Comprobar la exactitud de los resultados. Si se observan anomalías evidentes, habrá que someter la fuente de datos a un examen de calidad. Puede que sea necesario corregir algunos datos o utilizar una fuente de datos diferente. Habrá otras ocasiones de validar los datos en la fase 5, cuando se revisen los resultados con los interesados directos.

Preparar el gráfico MONITOR. Seguidamente, conviene introducir los datos (incluidos los parámetros) en el gráfico MONITOR. El anexo V incluye indicaciones técnicas para su elaboración.

¿QUIÉN DEBE PARTICIPAR?

Personal técnico encargado de la elaboración de los diagramas.

Otros miembros del equipo para revisar los diagramas y detectar posibles anomalías.

¿QUÉ RECURSOS SE PRECISAN?

- Programas para crear gráficos y diagramas (por ejemplo, Microsoft Excel).
- Datos locales en relación con una selección de indicadores y variables de desagregación. Esos datos se necesitarán para su consignación en los gráficos MATRIZ y MONITOR.
- Datos paramétricos que se precisarán para la aplicación de códigos de colores dentro de los gráficos MATRIZ y MONITOR.
- Instrucciones técnicas para la creación de los gráficos MATRIZ y MONITOR (véanse los anexos IV y V).
- Personal técnico para la creación de los gráficos MATRIZ y MONITOR.

¿QUÉ DURACIÓN TIENE ESTA FASE?

Una vez finalizada la recopilación de datos, la aplicación de las herramientas MATRIZ y MONITOR no debería requerir mucho tiempo, si esta tarea se encomienda a un técnico experimentado: aproximadamente una semana. Una persona menos familiarizada con el empleo de programas de creación de gráficos puede tardar un poco más.

¿QUÉ CONOCIMIENTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS SE NECESITAN?

Conocimientos técnicos. Cualquier persona con un poco de experiencia en el manejo de hojas de cálculo o programas de creación de gráficos para la gestión de operaciones sencillas puede encargarse de crear los gráficos MATRIZ y MONITOR. Aun así, contar con personas con formación en el campo de la estadística y la epidemiología supone obviamente una ventaja para cualquier equipo.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS PREVISTOS?

Una vez completado, el diagrama MATRIZ se puede presentar a las instancias decisorias y las comunidades pertinentes para que comprendan mejor las deficiencias prioritarias que presenta la ciudad en materia de equidad (o las diferencias existentes en esta esfera entre distintas ciudades).

El gráfico MONITOR debidamente completado puede ayudar a los responsables de la planificación a asegurar el seguimiento de los indicadores en el curso del tiempo.

El equipo habrá generado un valioso conjunto de datos probatorios sobre los problemas de equidad de salud, que los interesados directos podrán comprender y utilizar fácilmente.

CONSEJOS PRÁCTICOS

Es importante elaborar diagramas para todas las zonas de la ciudad. Los análisis no deben limitarse a las zonas más ricas o más pobres. De ese modo, se podrán generar datos sólidos sobre la situación gneral de salud, los gradientes de equidad de salud y los problemas en esfera. Puede ocurrir que se detecten inequidades de las que antes no se tenía conocimiento.

Se recomienda difundir primero los resultados del diagrama MATRIZ. A veces es preferible aplazar la consignación de datos en el gráfico MONITOR hasta que se hayan difundido los resultados del diagrama MATRIZ (fase 5). Los interesados directos pueden ayudar al equipo a seleccionar los indicadores prioritarios para revisar los datos a la luz de los parámetros pertinentes. A continuación, se puede regresar a la fase 4 para crear el gráfico MONITOR.

Hay que indicar la gravedad de la situación en términos cuantitativos. En el diagrama MATRIZ habrá que indicar, además de códigos de colores, los valores numéricos pertinentes. Esto ayudará a quienes examinen los instrumentos en cuestión a comprender la magnitud de las inequidades.

LISTA DE COMPROBACIÓN:

- ¿Se han repasado las instrucciones técnicas para crear unos gráficos MATRIZ y MONITOR suficientemente precisos?
- ¿Se ha reevaluado, en su caso, la calidad de los datos para los que se han observado resultados inesperados en los gráficos MATRIZ o MONITOR?
- ¿Se han utilizado los resultados de la herramienta MATRIZ para facilitar la planificación de la herramienta MONITOR?

LAS HERRAMIENTAS MATRIZ Y MONITOR

El instrumento Urban HEART ofrece dos tipos de herramientas visuales para comprender los datos referidos a la equidad.

La herramienta MATRIX consiste en un diagrama que muestra el modo en que diferentes zonas o grupos de una misma ciudad se comportan en relación con cada uno de los indicadores, dentro de las distintas esferas de política, en un momento dado. También se puede utilizar este instrumento para hacer comparaciones entre diferentes ciudades; sin embargo, no permite hacer un seguimiento de los cambios que se van registrando con el tiempo. La herramienta MATRIZ utiliza un código de colores para ilustrar el nivel de desempeño correspondiente a cada indicador, en relación con un parámetro previamente fijado: el rojo indica que los resultados son deficientes; el amarillo, que se está en situación de riesgo; y el verde, que son satisfactorios. Se trata de un valiosísimo instrumento de promoción y movilización social para las comunidades y las instancias decisorias. Gracias a esta herramienta, los interesados directos pueden percibir rápidamente la magnitud y urgencia relativas a los problemas de equidad social que afectan a la ciudad. Su empleo también permite fomentar el diálogo sobre las causas de las desigualdades y sobre las estrategias de respuesta más adecuadas. Es importante que cada equipo elabore un diagrama MATRIZ para revelar las inequidades específicas de salud de la ciudad.

La herramienta MONITOR consiste en un gráfico que permite hacer un seguimiento de las deficiencias en materia de equidad de salud en el curso del tiempo. Se trata de un instrumento muy útil para averiguar si las diferencias en esta esfera se están acentuando o mitigando a nivel municipal (o en el plano regional o nacional). La herramienta puede ser utilizada por los responsables de planificación para ayudar a orientar el establecimiento de prioridades; también es muy valiosa para los evaluadores encargados de medir las repercusiones de los programas y políticas en la equidad de salud. En lo referente al establecimiento de prioridades, la herramienta MONITOR ayuda a evaluar si las diferencias referidas a una determinada cuestión de equidad van en aumento y requieren una respuesta o si, por el contrario, la situación está mejorando con el nivel de recursos vigente en ese momento. En cuanto a la evaluación de las repercusiones en la equidad de salud, esta herramienta permite examinar si determinadas diferencias se han ampliado o reducido tras la introducción de nuevos programas o políticas. Asimismo, puede ser de gran ayuda para medir el impacto de programas o políticas introducidos en el pasado. De cara a las perspectivas futuras, permite medir el impacto de estrategias de respuesta puestas en marcha en el contexto de la iniciativa Urban HEART.

En aras de la eficiencia, los equipos deberán tratar de preparar primero el gráfico MATRIZ y difundir los resultados conexos (fase 5). Hay que tomar la decisión, en consulta con los interesados directos, de si proseguir con la herramienta MONITOR o examinar primero indicadores determinados más en profundidad.

FASE 5: EVALUAR LAS DEFICIENCIAS Y LOS GRADIENTES DE EQUIDAD DE SALUD Y ESTABLECER UN ORDEN DE PRIORIDAD

¿QUÉ OBJETIVO SE PERSIGUE?

Llegado a este punto, el equipo ha logrado generar un sólido conjunto de datos probatorios para mostrar las inequidades persistentes de salud en la ciudad objeto del estudio. Las metas de la fase 5 son mejorar la sensibilización sobre las deficiencias en materia de equidad que afectan a la ciudad y establecer un orden de prioridad de los problemas que requieren la adopción de medidas. En la fase 6, la finalidad es ayudar a los interesados directos a recomendar las políticas y medidas prioritarias que mejor respondan a esos problemas. Evidentemente, las fases 5 y 6 están estrechamente relacionadas. En ambas se hace hincapié en los principios de inclusión social y cooperación intersectorial por los que se rige la iniciativa Urban HEART. La fase 5 se centra eminentemente en asignar, en consulta con los interesados, un orden de prioridad a los problemas, en tanto que el objetivo de la fase 6 es hacer lo propio con las soluciones.

¿QUÉ MEDIDAS DEBEN ADOPTARSE?

Convocar talleres y reuniones de establecimiento de prioridades con las partes interesadas. La finalidad es lograr que las comunidades y las instancias decisorias participen de forma directa en la evaluación de los resultados de las herramientas MATRIZ y MONITOR, y asignar un orden de prioridad a los problemas que requieran atención. Hay que aprovechar la red de contactos del equipo para promover la asistencia a las reuniones, proceso dentro del cual es importante que participen todas las personas y organizaciones con las que se haya entablado contacto en la fase 1. El formato de las reuniones variará en función de los participantes.

Enseñar a los participantes a interpretar los gráficos MATRIZ y MONITOR. Existen dos métodos básicos de revisión de los gráficos con fines de identificación de prioridades (véase el anexo VI para información más detallada y ejemplos):

- Los revisores pueden empezar por seleccionar un determinado indicador (o una esfera de política o un barrio) de interés y seguidamente examinar el gráfico MATRIZ o MONITOR en busca de posibles problemas de equidad asociados al mismo.
- La otra opción es que estudien ligeramente el gráfico MATRIZ para averiguar qué elementos presentan problemas (los cuadrados de color rojo y amarillo), para luego establecer qué indicadores, esferas o barrios concretos requieren atención.

Fomentar el debate en torno a tres cuestiones fundamentales:

a) la detección de tendencias o focos de inequidades de salud;
b) la comprensión de las causas y efectos de esas inequidades;
c) la asignación de un orden de prioridad a los problemas o distritos que requieren una intervención.

Investigar los problemas en profundidad. En los gráficos se utiliza el rojo, el amarillo y el verde para indicar de un modo sencillo y visual las esferas en las que los problemas de equidad son más pronunciados a nivel municipal. Se debe preguntar a los interesados directos si los resultados les parecen correctos (es decir, se evalúa su «validez aparente»). A veces se detectan errores o casos de subnotificación. Hay que definir claramente la magnitud de los problemas. Es esencial revisar los resultados numéricos para establecer la importancia de cada problema y entrevistarse con los habitantes del lugar, los proveedores de servicios y otros interesados para recabar anécdotas personales y explicaciones sobre las probables causas y consecuencias de las desigualdades. Esa información cualitativa será muy valiosa a la hora de planificar estrategias de respuesta, en la fase 6.

Clasificar por orden de importancia las prioridades de los interesados directos en materia de equidad. Hay que elaborar una lista de los problemas prioritarios identificados por los interesados directos. Es importante que el equipo se centre en las cuestiones que mayor preocupación suscitan en el conjunto de los grupos. A veces la lista de prioridades acaba siendo bastante larga. Para abordar todas esas prioridades, hay que pasar a la fase 6. En algunos casos, puede ser necesario preparar una lista breve con las cuestiones más importantes que requieren la adopción de medidas urgentes, provisionales y a largo plazo. Algunos equipos han concebido un sistema de puntuación para clasificar los problemas por orden de prioridad. Los criterios propuestos a esos efectos incluyen la alineación con las prioridades de los programas o políticas en vigor, la demanda de adopción de medidas por parte de la comunidad, la magnitud de las desigualdades, las necesidades o desventajas relativas, y la viabilidad de las respuestas consideradas como apropiadas (véase la fase 6).

¿QUIÉN DEBE PARTICIPAR?

Todos los miembros del equipo e interesados directos consultados en la fase 1, junto con otros grupos que se hayan adherido a la iniciativa Urban HEART (o hayan manifestado su interés en la misma). Si los resultados obtenidos revelan que las comunidades afectadas no han participado desde el inicio del proceso, hay que procurar que lo hagan en esta etapa.

¿QUÉ RECURSOS SE PRECISAN?

Gráficos MATRIZ y MONITOR de Urban HEART, debidamente completados, para su distribución y presentación. Se puede utilizar un cartel o copias impresas o también un proyector LCD junto con una computadora portátil.

Un informe resumido sobre los progresos del proceso de Urban HEART hasta la fecha, incluida información sobre las fuentes de información y sobre los controles de calidad aplicados a los datos.

Instrumentos para registrar las recomendaciones de los interesados directos (por ejemplo, rotafolios, grabadoras de audio o proyectores).

Locales de reunión y recursos para sufragar los gastos de participación (viajes, comidas, servicios de guardería, etc.).

¿QUÉ CONOCIMIENTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS SE NECESITAN?

- Un elevado grado de familiarización con los gráficos MATRIZ y MONITOR y con la evolución del proceso de Urban HEART hasta la fecha.

- Un elevado grado de familiarización con las prioridades y metas de los interesados directos.
  Excelentes habilidades de facilitación. La capacidad de un facilitador puede variar en función del grupo de interesados directos de que se trate.

- Habilidades para presentar el producto. Se deberá contar con las capacidades oportunas para dar a conocer el instrumento Urban HEART entre las altas instancias decisorias y posibles promotores influyentes de la iniciativa.

- Conocimientos en documentación para preparar informes y presentaciones.

- Conocimientos en documentación para tomar nota de los resultados de las reuniones y elaborar una lista de prioridades en materia de equidad.

¿QUÉ DURACIÓN TIENE ESTA FASE?

Esta fase puede requerir bastante tiempo. Deben preverse múltiples reuniones, para promover un debate abierto entre los diversos grupos de interesados directos. Se precisará tiempo para planificar las reuniones, así como para registrar y compilar los resultados. Hay que prever entre uno y dos meses.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS PREVISTOS?

- Los interesados directos habrán informado sobre las deficiencias de equidad de salud que afectan a la ciudad y contribuido a priorizar los problemas más importantes.

Los interesados directos estarán convencidos de lo valioso que es el intercambio de datos para evaluar los determinantes sociales de la salud y las inequidades en salud de su ciudad.

El equipo habrá recabado información complementaria y contextual para explicar las causas y consecuencias de los problemas prioritarios de equidad, información que contribuirá a orientar la selección de respuestas adecuadas.

Se habrán definido las prioridades de la ciudad en materia de equidad en salud.

CONSEJOS PRÁCTICOS

Se recomienda planificar cuidadosamente la difusión de los datos probatorios relacionados con el proceso de Urban HEART en cada ciudad. No existe un modelo único. En algunas ciudades, puede ser conveniente reunirse primero con las comunidades afectadas y dar a las autoridades públicas los medios necesarios para presentar los resultados de las herramientas MATRIZ y MONITOR. En otros lugares, en cambio, puede ser más apropiado acudir primero a las instancias decisorias. Es fundamental aprovechar la experiencia y los conocimientos del equipo para planificar el modo de proceder.

Es importante dar prioridad a las reuniones con las comunidades afectadas. Hay que dar a conocer los resultados del instrumento Urban HEART a las comunidades afectadas para que puedan analizarlos. Se trata de una medida esencial que fomentará el empoderamiento comunitario y la inclusión social. Muchas comunidades han quedado decepcionadas anteriormente al ver que los investigadores extraían información de la zona, pero no se molestaban en comunicarles los resultados, o al comprobar que los estudios no tenían efectos tangibles. En Guarulhos (Brasil) el equipo coordinó una serie de talleres participativos de diagnóstico con las comunidades locales para evaluar los resultados y recomendar estrategias de respuesta.

Las reuniones deben adaptarse en función de cada grupo de interesados directos. Hay que asegurar para cada una de las reuniones la idoneidad del material de presentación (atendiendo a criterios como el nivel de alfabetización, el idioma y el grado de formalidad). Según el contexto pueden ser más apropiados unos facilitadores u otros. El idioma utilizado debe ser el de las comunidades destinatarias, y debe darse enfasis a los temas que revistan especial importancia para ellas.

Es conveniente crear un ambiente propicio para debatir sin reservas los determinantes sociales de la salud. En algunas comunidades, por ejemplo, puede ser apropiado reunirse por separado con las mujeres y con los hombres. Esto puede contribuir a dar una voz más fuerte a la población femenina y a que se debatan abiertamente las cuestiones que las afectan especialmente, como la seguridad y protección de la mujer o la violencia de género.

Hay que prever tiempo suficiente para los debates. Es importante reservar en cada reunión tiempo suficiente para analizar el enfoque de determinantes sociales de la salud y los objetivos de Urban HEART. Hay que explicar a los participantes cómo interpretar los gráficos MATRIZ y MONITOR. Debe haber margen para la formulación de preguntas y respuestas sobre el modo en que se elaboran esos gráficos (por ejemplo, preguntas sobre los datos). Ante todo, debe haber margen suficiente para celebrar un debate con los participantes.

Se debe prestar atención no solo a los cuadrados rojos sino también a los de color amarillo y verde. Los cuadrados rojos, que indican la existencia de urgentes cuestiones prioritarias, deben ser atendidos cuanto antes. Sin embargo, también hay que animar a los participantes a reflexionar detenidamente sobre los indicadores codificados en amarillo, que pueden hacer referencia a comunidades en situación de riesgo que precisan una intervención. En ocasiones, el análisis de los indicadores verdes revela programas exitosos que se podrían adaptar a los distritos vecinos.

Conviene evitar sorpresas. Es fundamental mantener al día a los interesados directos a lo largo de todo el proceso de Urban HEART. El descubrimiento de datos inesperados sobre las inequidades en salud puede resultar poco grato y menoscabar los objetivos de colaboración fijados para la fase 6.

Hay que evitar extenderse demasiado. No conviene añadir material adicional a la presentación informativa de la iniciativa Urban HEART. Una de las virtudes de la herramienta MATRIZ es su sencillez. Es un instrumento que tiene buena acogida entre las instancias decisorias porque es fácil de entender y porque las lecturas preparatorias pueden limitarse al mínimo indispensable. El código de colores permite señalar a la atención de los interesados los asuntos más problemáticos, y la estructuración por esferas de política agiliza la delegación de funciones. En la fase 1 se preparó a las instancias decisorias para comprender el concepto de Urban HEART. Llegados a este punto, es posible facilitar un informe conciso, que será del agrado de los funcionarios competentes.

LISTA DE COMPROBACIÓN:

- ¿Se ha adaptado el orden del día de las reuniones y el material de presentación a los interesados directos?
- ¿Se han analizado tanto los valores numéricos como los colores de los gráficos para evaluar la magnitud de los problemas de equidad?
- ¿Se ha verificado la exactitud de los resultados?
- ¿Se ha recabado información complementaria de carácter cualitativo para comprender mejor el contexto, las causas y las consecuencias de los problemas de equidad que afectan a la ciudad?

FASE 6: IDENTIFICAR LA RESPUESTA MÁS IDÓNEA

¿QUÉ OBJETIVO SE PERSIGUE?

La finalidad de la fase 6 es elaborar una serie de recomendaciones claras y firmes sobre las medidas que deben adoptar los gobiernos y las comunidades para reducir las inequidades en salud detectadas en el marco de la iniciativa. Las recomendaciones formuladas dentro del proceso de Urban HEART presentarán tres ventajas importantes:

- Se pueden presentar datos que demuestran la necesidad de intervenir.
- Se puede mostrar la pertinencia, eficacia y viabilidad de la intervención propuesta.
- La propuesta está respaldada y avalada por los sectores, las comunidades y los promotores del instrumento.

¿QUÉ MEDIDAS DEBEN ADOPTARSE?

Vincular la evaluación a la respuesta. Una vez identificadas las cuestiones prioritarias de equidad en salud, la siguiente medida consiste en identificar la o las respuestas más adecuadas. En ese sentido, la fase 6 es la continuación lógica de la 5. La fase 6 implica el mismo grado de consultas y deliberaciones intensivas con los interesados directos. Una medida eficaz en este sentido es incorporar la planificación de la respuesta dentro de los talleres programados en la fase 5, para establecer un orden de prioridad. Al evaluar la viabilidad de las diferentes respuestas, hay que recordar que puede ser conveniente revisar la lista de prioridades, para centrar los esfuerzos en aquello que resulte factible.

Organizar sesiones de exploratorias para elaborar posibles respuestas. El instrumento Urban HEART ofrece una amplia variedad de intervenciones programáticas y de política para la reducción de las inequidades de salud (véase el anexo VII). Esas intervenciones han sido revisadas por expertos y muchas de ellas han sido objeto de ensayos en otras ciudades. Conviene aprovechar este recurso para celebrar con los interesados directos una sesión de exploratoria sobre las posibles respuestas. Las comunidades afectadas deben desempeñar un papel protagonista en este proceso. Está en juego su salud; ellos son los que mejor saben qué medidas es necesario adoptar.

Utilizar criterios claros para seleccionar la respuesta más adecuada. Para ello se puede proceder de forma sistemática (por ejemplo, utilizando un sistema de puntuación para medir el valor de diferentes criterios) o de forma más improvisada. No existe un método único. Lo importante es adoptar un enfoque global y evaluar las posibles intervenciones en detalle (véase el recuadro infra para más información sobre los criterios de selección recomendados). Ante todo, hay que asegurar que las intervenciones a las que se decida dar prioridad estén encaminadas a lograr una mayor equidad. Esto puede traducirse en que una intervención se centre exclusivamente en grupos vulnerables o se adapte atendiendo a criterios de pertinencia cultural o en que se realice una amplia labor de extensión. Es fundamental aprovechar los conocimientos especializados del equipo y consultar también a otros expertos (por ejemplo, investigadores, instancias decisorias y representantes de las comunidades afectadas) con el fin de asesorarse debidamente y poder seleccionar la mejor respuesta o el mejor conjunto de respuestas.

Redactar una propuesta de intervención. Es primordial explicar los motivos que fundamentan la respuesta, por ejemplo con ayuda de los datos recabados sobre el problema de equidad de salud en cuestión y sobre las causas y consecuencias conexas. La propuesta debe incluir, asimismo, una descripción de los objetivos de la intervención y los criterios empleados para su selección e indicar cómo se prevé aplicar en la práctica, quién debe participar en ella, qué costo supondría y en qué medida se ajusta a las prioridades del gobierno. Debe aprovecharse a esos efectos la información recopilada durante las diferentes consultas celebradas dentro de la iniciativa Urban HEART. Es primordial describir la evolución del proceso de Urban HEART hasta la fecha e incluir gráficos MATRIZ o MONITOR que pongan de manifiesto los problemas prioritarios que afectan a la ciudad en materia de equidad.

Elaborar un plan de promoción. Hay que movilizar a los promotores de la iniciativa y a las comunidades afectadas. Todos ellos pueden ser portavoces ideales para presentar la intervención propuesta a las instancias decisorias y promover su adopción dentro de nuevos ciclos de planificación y presupuestación.

¿QUIÉN DEBE PARTICIPAR?

- Todos los miembros del equipo, promotores e interesados directos afectados por los problemas prioritarios de equidad identificados en la fase 5 o con un interés directo en los mismos.
- Otros expertos que puedan ofrecer orientación sobre la eficacia de las intervenciones y proponer estrategias eficaces para lograr la adhesión a las recomendaciones del equipo.

¿QUÉ RECURSOS SE PRECISAN?

- Lista de intervenciones de respuesta del instrumento Urban HEART. Véase el Anexo VII. Puede ser útil hacer copias para su distribución durante las reuniones consultivas.
- Informes de investigación, estudios de casos y otros instrumentos que demuestren la eficacia de la intervención. Muchos de esos recursos, recopilados para uso de los equipos de Urban HEART, se pueden descargar en el sitio http://www.who.or.jp/urbanheart.
- Recursos adicionales en apoyo de los talleres y las reuniones consultivas descritos en relación con la fase 5.

¿QUÉ CONOCIMIENTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS SE NECESITAN?

- Un buen conocimiento de los programas y políticas en vigor.
- Un buen conocimiento de la eficacia de los programas potenciales.
- Capacidad para valorar los datos científicos relativos a las intervenciones.
- Buen conocimiento de las prioridades y preferencias de las comunidades.
- Excelentes habilidades de facilitación y negociación, para propiciar un debate abierto y transparente sobre las posibles intervenciones y sus respectivas ventajas.
- Habilidades para promover la participación comunitaria.
- Un buen conocimiento de los ciclos de planificación y presupuestación del gobierno y una buena visión estratégica para promover la adopción del plan de respuesta.
- Aptitudes para la redacción de propuestas.

¿QUÉ DURACIÓN TIENE ESTA FASE?

- El proceso de planificación de la respuesta lleva generalmente de tres a seis meses.
- La organización de sesiones de exploratorias para concretar estrategias de respuesta puede coincidir en el tiempo con la fase 5. Se precisará un margen de tiempo adicional para evaluar las respuestas que hayan superado la primera etapa y proceder a la selección definitiva. Hay que prever entre dos y tres meses para estas tareas.
- La elaboración de la propuesta también requerirá bastante tiempo. Aunque se utilizará la información recabada a lo largo del proceso de Urban HEART, a veces es necesario celebrar consultas adicionales. Hay que prever entre uno y dos meses para esta actividad.
- Preparar el plan de promoción y facilitar a los interesados directos los medios necesarios para esta tarea que puede requerir de uno a dos meses.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS PREVISTOS?

El equipo de Urban HEART habrá elaborado un plan respaldado por datos probatorios, de viabilidad comprobada y basado en la colaboración para dar respuesta a las inequidades prioritarias en salud que afectan a la ciudad.

Se habrá preparado un plan de promoción para lograr la adhesión de las instancias de salud a la respuesta concebida en el contexto de la iniciativa Urban HEART.

El equipo habrá completado las etapas de evaluación y respuesta del proceso de Urban HEART. Ya se pueden acometer las etapas siguientes. ¡Enhorabuena!

CONSEJOS PRÁCTICOS

Conviene utilizar un sistema de puntuación para la selección de la respuesta más adecuada. Muchas ciudades piloto recomiendan emplear un sistema de ponderación para clasificar los problemas de equidad por orden de prioridad y seleccionar la respuesta más adecuada. De esa forma se utiliza un método sistemático para cotejar y seleccionar las respuestas que hayan pasado la primera selección. Esta estrategia se utilizó en la ciudad de Parañaque (Filipinas), donde ayudó al equipo a establecer tres prioridades: la mejora del acceso al agua potable en los barangayes (subdistritos municipales) pobres, el aumento de la tasa de partos en centros de salud y la reducción de los niveles de delincuencia.

Es importante definir objetivos concretos en relación con la intervención propuesta. Hay que establecer claramente qué resultados se pretenden obtener a través de la intervención o las intervenciones propuestas. Los objetivos deben ajustarse a lo que se ha dado en llamar el enfoque SMART, por sus siglas en inglés (es decir, deben ser específicos, mensurables, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo). Un objetivo ideal se caracteriza por, además de ser cuantificable, estar vinculado a uno de los indicadores relativos a los problemas previamente identificados, así como a los valores numéricos consignados en el gráfico MATRIZ o MONITOR. De ese modo, se establece una correlación directa entre el plan de respuesta elaborado dentro de la iniciativa Urban HEART y la etapa de evaluación. En Ulaanbaatar (Mongolia), se formularon objetivos empleando este sistema para evaluar los resultados de la respuesta.

El proyecto debe incluir un sólido componente de seguimiento y de evaluación de programas. Es importante prever la evaluación de la respuesta durante la fase de ejecución práctica. Los datos obtenidos de ese ejercicio pueden contribuir a mejorar la calidad de la respuesta y servir de orientación para intervenciones programadas en otros lugares. La evaluación no solo ha de centrarse en determinar en qué medida un programa puede propiciar una reducción de las inequidades en salud, sino que también debe permitir determinar cómo, por qué, cuándo y para quién es eficaz (o ineficaz). Se recomienda trabajar con investigadores experimentados para diseñar el instrumento de evaluación.

Proponer cambios legislativos para mejorar la equidad en salud. La mayoría de las intervenciones puestas en marcha a raíz de la iniciativa Urban HEART han estado vinculadas a cambios legislativos en las ciudades participantes.

Aprovechar programas ya en marcha. Tanto desde un punto de vista legislativo como logístico, es más fácil ampliar un programa vigente que implantar instrumentos nuevos partiendo de cero. Conviene averiguar antes que nada si hay algún programa en marcha que pueda dar cabida a la intervención propuesta o al menos obrar en su apoyo. Esto permite reducir los costos al mínimo y evita la duplicación de tareas, lo que hará que la propuesta sea más fácilmente aceptable para las instancias decisorias. Por ejemplo, en Nakuru (Kenya) el equipo está tratando de vincular los problemas de calidad del agua al plan nacional sobre el cambio climático. En México, D.F. el equipo está alineando sus recomendaciones con la nueva legislación estatal de salud. En Yakarta (Indonesia) las recomendaciones del equipo se ajustan a la estrategia local del proyecto «ciudades sanas» promovido por la OMS.

Debe tratarse de ayudar a las instancias decisorias a «hacer suyos» los problemas detectados. Lograr la adhesión de las instancias de salud al plan de respuesta de Urban HEART es fundamental, ya que son ellas quienes lo promoverán en el parlamento o en el consejo municipal. Es importante hacerlas participar en las actividades (o informarlas con regularidad sobre las mismas). Hay que asegurarse de que comprendan claramente el problema de equidad en cuestión, así como los motivos que fundamentan la respuesta recomendada. Las instancias decisorias pueden facilitar orientaciones estratégicas sobre el momento y el modo de presentar la propuesta a quien corresponda.

Se recomienda organizar consultas sobre la definición del marco temporal y adoptar medidas de promoción para lograr la mayor armonización posible con los ciclos de planificación y presupuestación. Esto aumentará las posibilidades de que las instancias decisorias incorporen la propuesta de intervención en los planes del gobierno.

Es fundamental participar en actividades de promoción, tanto formales como informales. Para fomentar la aceptación de la iniciativa Urban HEART en toda Kenya, el equipo organizó presentaciones formales para las autoridades nacionales, al tiempo que trabajaba entre bastidores para promover tambieén la iniciativa entre municipios hermanos.

Tratándose de políticas de salud en entornos objeto de una rápida urbanización, es imposible aplicar el mismo formato a todos los casos. Algunas poblaciones y algunos distritos tendrán que hacer frente a problemas más graves que otros. En el marco del instrumento Urban HEART, el equipo puede defender, sobre la base de datos probatorios, políticas y programas centrados en zonas relativamente pequeñas, o en distritos específicos dentro de una misma ciudad.

LISTA DE COMPROBACIÓN:

- ¿Se han analizado los puntos fuertes, las deficiencias, las oportunidades y las amenazas asociadas a las posibles respuestas?
- ¿Se ha comprobado que el plan de propuesta seleccionado atenderá las prioridades definidas en materia de equidad en salud?
- ¿Se ha tenido la certeza de que la intervención propuesta no acarreará un empeoramiento de la situación?
- ¿Ha colaborado la comunidad afectada en el diseño del plan de respuesta?
- ¿Se ha determinado cuáles son el momento, el formato y el público idóneos para presentar la propuesta?

FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES COMUNITARIAS: EJEMPLO DE UNA EXPERIENCIA POSITIVA

La iniciativa Urban HEART genera datos probatorios que pueden dar a las comunidades los medios necesarios para defender su propia causa. En el caso de Davao (Filipinas), por ejemplo, los habitantes del barangay de Sasa comprobaron a través de este instrumento que su barrio era el único marcado de rojo en lo que a potabilidad del agua se refiere. Con estos datos en mano, la comunidad se sintió suficientemente avalada para dirigirse al alcalde y organizó una exitosa campaña en favor del acceso al agua potable. La educación de la población sobre los determinantes sociales de la salud, los procedimientos administrativos y los derechos humanos, así como la formación para un uso provechoso de los medios de comunicación, puede reforzar las capacidades de las comunidades para promover la equidad en salud.

Es posible que también se requieran otros recursos - por ejemplo, servicios de transporte, guardería y traducción - para hacer posible la plena participación de los habitantes afectados.

CÓMO UTILIZAR EL CUADRO DE RESPUESTAS DEL INSTRUMENTO URBAN HEART

1) Revise el instrumento MATRIZ para confirmar la esfera política a la que pertenece el indicador de problemas empleado.

2) Consulte la sección pertinente del cuadro que figura en el anexo VII (organizado por esferas políticas).

3) Analice los cinco instrumentos estratégicos previstos para la esfera política que corresponda. Escoja el instrumento que mayor pertinencia guarde con el problema de equidad que se pretende abordar.

4) Examine la lista de intervenciones propuestas dentro del instrumento estratégico.

5) Escoja la respuesta más idónea sobre la base claros de selección como la viabilidad, la costoeficacia y la aceptabilidad. Véase el cuadro que figura a continuación para una lista completa de criterios de selección.

6) Escoja la intervención que más se ajuste al contexto de su proyecto.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA RESPUESTA MÁS IDÓNEA	
CONTRIBUYE A REDUCIR LAS INEQUIDADES EN SALUD	• ¿Contribuirá la intervención a corregir la diferencias observadas en cuanto a los determinantes de la salud y los resultados de salud? • ¿Redundará la intervención en favor de la meta descrita en los resultados previstos del objetivo estratégico? • ¿Acarreará la intervención algún efecto adverso no deseado?
SE BASA EN RECURSOS LOCALES YA DISPONIBLES	• ¿Se han comprometido otros sectores o interesados directos a apoyar la iniciativa en lo que a recursos se refiere? • ¿Exige la intervención más recursos de los obtenidos hasta la fecha? • ¿Se han establecido normas de rendición de cuentas para cada una de las partes en el proyecto?
RESULTA ACEPTABLE PARA LAS COMUNIDADES AFECTADAS/OTROS ACTORES CLAVE	• ¿Se tiene en cuenta el contexto cultural en la intervención? • ¿Han expresado los miembros de las comunidades su opinión sobre la prioridad de las necesidades y las intervenciones apropiadas?
ES VIABLE DENTRO DE LOS PLAZOS PREVISTOS	• Habida cuenta de los recursos (financieros, humanos y organizativos) disponibles, ¿podrá la intervención ejecutarse dentro de un marco temporal aceptable desde el punto de vista social, político y económico?
PUEDE RESULTAR EFICAZ Y EFICIENTE	• ¿Existen pruebas que demuestren que la intervención tendrá en las inequidades en salud un efecto máximo al mínimo costo posible? • ¿Se ha demostrado la costoeficacia de la intervención o se han realizado estudios de evaluación de los resultados que hayan arrojado pruebas o indicios de su eficacia?
SE AJUSTA A LAS PRIORIDADES LOCALES/ NACIONALES	• ¿Se ajusta la meta de la intervención a la agenda política local o nacional? • ¿Cuenta la intervención con el apoyo político del gobierno local?

EL PASO SIGUIENTE: INTEGRAR EL INSTRUMENTO URBAN HEART EN EL CICLO DE FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

¿QUÉ OBJETIVO SE PERSIGUE?

El equipo ha elaborado en la fase 6 un plan de respuesta a las inequidades en salud basado en datos probatorios. ¡Enhorabuena! Ya se han completado las etapas de evaluación de respuesta, en las que se centra el presente manual del usuario.

Ahora le esperan nuevas metas y nuevas tareas. El primer objetivo es lograr que las autoridades gubernamentales adopten, financien y pongan en práctica la propuesta de intervención.

Se trata, en términos generales, de conseguir que el proceso de Urban HEART se integre dentro de los ciclos de planificación del Gobierno local. Esto implica, en primer lugar, que los gobiernos tendrán que adoptar una perspectiva de equidad en salud al planificar la asignación de recursos. En segundo lugar, significa que los gobiernos deberán adoptar un enfoque continuo y basado en pruebas científicas para asegurar el seguimiento de la equidad en salud que incluirá, entre otras cosas, tareas sistemáticas de análisis previo, establecimiento de prioridades, planificación, actuación y evaluación. En tercer lugar, significa, asimismo, que los gobiernos deberán dar prioridad, dentro de sus programas de salud de la población, al enfoque basado en los determinantes de la salud y promover la cooperación intersectorial y la participación comunitaria.

¿QUÉ RECURSOS Y CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS SE NECESITARÁN?

Para lograr estas nuevas metas habrá que llevar a cabo nuevas actividades. También es posible que sea preciso incorporar nuevas personas al equipo o que hagan falta nuevos especialistas y contactos. Será necesario, por ejemplo, establecer contacto con personas con sólidos conocimientos técnicos en materia de procedimientos administrativos, promoción, negociación y formulación de políticas y programas. Al centrar la atención en la ejecución, se precisarán conocimientos adicionales, que variarán en función de la naturaleza de cada intervención. También se requerirán excelentes conocimientos en evaluación de programas, como ya se ha señalado en el contexto de la fase 6. Además, habrá que documentar todo el proceso, con miras a extraer enseñanzas que puedan aprovecharse en el siguiente ciclo de Urban HEART.

UNA APUESTA POR LA SOSTENIBILIDAD

Es importante promover la integración de los siguientes principios de Urban HEART dentro de los ciclos de planificación de los gobiernos:

- reconocimiento de los determinantes sociales de la salud;
- empleo de una perspectiva de equidad en los procesos de toma de decisiones;
- participación comunitaria;
- acción intersectorial en pro de la salud;
- cooperación intergubernamental; y,
- empleo de datos probatorios para promover un cambio en las políticas y programas.

Es fundamental compartir experiencias, orientaciones y recursos en el camino hacia la consolidación de una red mundial de equipos de Urban HEART. Para más información, véase el sitio http://www.who.or.jp/urbanheart.

Aunque los procesos de formulación de políticas pueden variar en función del contexto del país o incluso de la ciudad de que se trate, todos ellos tienen una serie de aspectos básicos en común. Explicado de forma sucinta, el proceso de formulación es un sistema (mecanismos y normas) que, por un lado, permite idear políticas (qué se puede hacer) y, por otro, posibilita su ejecución (cómo asegurar la eficacia de las medidas). Los resultados de este sistema dependen de la intervención de actores pertenecientes a diferentes grupos (comunidades, agrupaciones que defienden determinados intereses, etc.), que participan e intervienen en las políticas y tienen influencia y repercusión sobre las mismas. La figura 1 muestra la naturaleza cíclica que caracteriza la administración del proceso de Urban HEART. Se trata de un instrumento que asegura la conformidad con los procesos de gobernanza locales, permite integrar los resultados de las evaluaciones en los debates políticos locales, propicia la creación de vínculos con otros sectores, mejora las posibilidades de influir en la asignación de recursos presupuestarios y, lo que es más importante, sitúa los problemas de equidad en salud en el centro de los procesos locales de formulación de políticas. Es probable que en las ciudades en que se prevea aplicar el instrumento ya existan evaluaciones y ya haya en marcha intervenciones. El instrumento Urban HEART puede complementar las iniciativas sociales y de salud en curso, ofreciendo una perspectiva de equidad.

Integración del instrumento Urban HEART en el ciclo de planificación local

ANEXO I: LOGRAR LA EQUIDAD EN SALUD EN LOS CENTROS URBANOS – RESEÑA SOBRE POLÍTICAS

La presente reseña sobre políticas describe los fundamentos lógicos que deben inspirar a las autoridades locales y nacionales a adoptar medidas orientadas a asegurar que todos los residentes de los centros urbanos tengan oportunidades equitativas de desarrollar una vida sana. La mayor parte de la población mundial vive en zonas urbanas y afronta desigualdades injustas la falta de equidad en lo que concierne a las oportunidades y los resultados de salud. La dinámica social causante de la inequidad en salud en las zonas urbanas se puede modificar a promover la equidad y mejorar las condiciones generales de salud en esas zonas. Se insta a las autoridades locales y nacionales a que evalúen regularmente el grado de equidad en salud en los centros urbanos y creen condiciones de salud más equitativas en esos centros mediante procesos intersectoriales y sociales integradores.

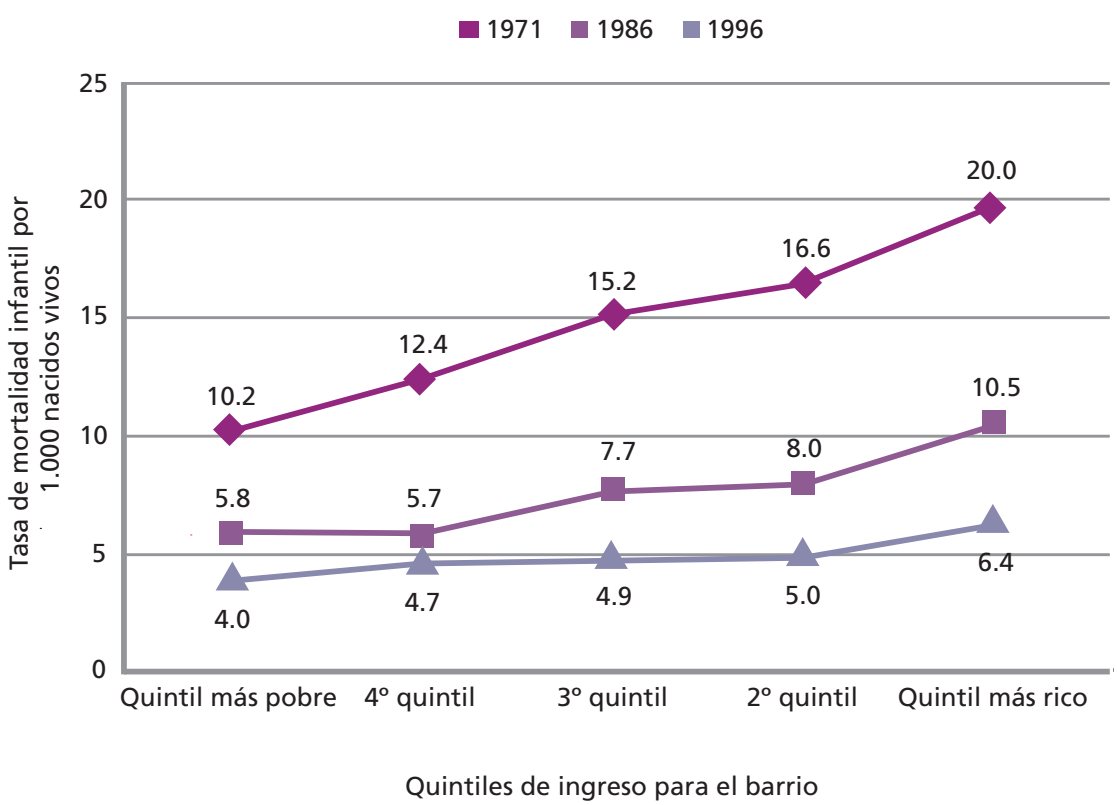
¿POR QUÉ LOS GOBIERNOS MUNICIPALES DEBERÍAN CORREGIR LAS DESIGUALDADES EN MATERIA DE SALUD?

En todo el mundo se ha registrado un desplazamiento masivo de personas de las zonas rurales a las ciudades, atraídas por los beneficios de la vida urbana, a saber, más oportunidades de empleo, educación, transporte y atención de salud, así como el pulso de la vida ciudadana (1). En muchos casos, los recursos y la infraestructura de las ciudades se ven sometidos a una demanda excesiva que limita el acceso de los grupos vulnerables de población a la nutrición adecuada, los servicios de salud, los entornos seguros y otros factores que propician la buena salud y el bienestar (2, 3). Esto da lugar a la inequidad en salud, una desigualdad en materia de salud que es sistemática, generada socialmente e injusta (4, 6). En respuesta a esta situación, los dirigentes de todo el mundo están adoptando medidas destinadas a mejorar la salud y la equidad en salud en las zonas urbanas, como una cuestión de derechos humanos y justicia y, al mismo tiempo, asegurar el dinamismo social, cultural y económico de sus ciudades.

¿CÓMO INFLUYE LA ESTRATIFICACIÓN SOCIAL EN LA EQUIDAD EN SALUD?

La superación de las dinámicas sociales clave que menoscaban la equidad puede promover la equidad y generar efectos multiplicadores beneficiosos para la salud de la ciudad en su conjunto (4, 6, 7, 8). Considerar la enfermedad desde un punto de vista puramente biológico supone muchas limitaciones; hay indicios abrumadores de que la estratificación social es un determinante clave de la enfermedad, y que los resultados sanitarios injustos tienen su raíz en las diferencias de etnia, sexo, edad, ingresos, educación, localidad y tipo de ocupación. Por ejemplo, en las zonas urbanas del Canadá las tasas de mortalidad infantil son claramente más elevadas en los barrios de menores ingresos. No obstante, el advenimiento de las reformas sociales y de salud ha conllevado progresos extraordinarios, no sólo hacia la reducción de la tasa de mortalidad infantil en general, sino también en lo que atañe a la disminución de la disparidad socioeconómica relacionada con la mortalidad infantil (Figura 1).

Figura 1. Tasa de mortalidad infantil desglosada por quintiles de ingresos de los barrios de zonas urbanas del Canadá, 1971-1996



Fuente: Wilkins, Berthelot y Ng (9).

¿DE QUÉ MANERA LOS ENTORNOS URBANOS PLANTEAN DESAFÍOS SINGULARES EN MATERIA DE EQUIDAD DE SALUD?

En los centros urbanos, los dirigentes locales afrontan el enorme desafío que supone gestionar recursos limitados para satisfacer demandas en rápido aumento. Por ejemplo, se determinó que en Shanghai las diferencias entre las tasas comparativas de mortalidad por edad se relacionaban con desigualdades entre los barrios, en aspectos tales como el entorno físico y económico, a saber, el acceso a espacios verdes y abiertos; la superficie de las viviendas; el empleo en el sector del comercio minorista; y el acceso a la atención de salud (10).

Una gran proporción de la carga derivada de la inequidad en salud recae sobre un tercio de la población urbana mundial, que vive en barriadas de tugurios (6). La vida en zonas de concentración de la pobreza puede provocar un aislamiento social de tal magnitud que impida a los residentes integrarse plenamente en la sociedad civil.

Las diferencias entre los resultados de salud de zonas pequeñas ponen de relieve los efectos de las políticas, los recursos y las oportunidades locales sobre la equidad en salud y sugieren que es posible introducir reformas. En períodos de crecimiento y cambio social se requieren políticas destinadas a evitar que los entornos urbanos y sus estructuras sociales generen mayores desigualdades sociales en lo concerniente a las oportunidades de acceso a la salud y los resultados de salud.

¿POR QUÉ ADOPTAR UN ENFOQUE CENTRADO EN LOS DETERMINANTES SOCIALES PARA REDUCIR LA INEQUIDAD EN SALUD?

Con el fin de reducir la inequidad en salud algunas ciudades adoptan un enfoque social y ambiental orientado a la justicia social, y sostienen que un gradiente sanitario relacionado con factores tales como el nivel social, los privilegios y el sexo, es injusto (2, 4, 8). Sin embargo, se trata también de un enfoque práctico. Un enfoque de salud pública exclusivamente biomédico y de comportamiento no permitirá evolucionar al ritmo de la demanda ni satisfacer las diversas necesidades de las poblaciones urbanas (3). Además, dado que los determinantes sociales son la base de la mayor parte de los comportamientos, riesgos y resultados relacionados con la salud, las políticas en las zonas urbanas pueden efectuar en esa esfera la máxima contribución a la promoción de la salud.

¿Qué tipo de enfoque se requiere? En resumen, el enfoque más apropiado:

- se basa en la población
- es preventivo
- se centra en el gradiente social (con el fin de mejorar la equidad en salud)
- se centra en los determinantes sociales (para aprovechar los efectos multiplicadores)
- incorpora la participación comunitaria.

SOLUCIONES: DE QUÉ MANERA LAS POLÍTICAS LOCALES PUEDEN ABORDAR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN MATERIA DE SALUD

La vida en los centros urbanos presenta ventajas particulares tales como las sólidas estructuras administrativas, los sistemas de educación y salud bien organizados y las oportunidades de empleo. Sobre la base de esas ventajas, las autoridades y las comunidades de los centros urbanos pueden participar en actividades normativas intersectoriales que den respuesta a la estratificación social mediante la lucha contra los factores estructurales que la generan o la refuerzan (Cuadro 1) (11).

Por otra parte, las políticas de salud que abordan los factores intermedios, tales como la calidad y la cantidad de personal sanitario, la disponibilidad de servicios de atención primaria y terciaria, y las campañas de salud pública (por ejemplo, sobre vacunas y hábitos relacionados con la salud) pueden mediar entre los factores estructurales y los resultados de salud directos y, por lo tanto, son aspectos esenciales para mejorar la equidad en salud.

Cuadro 1. Ejemplo de enfoques estructurales para reducir la estratificación social y las desigualdades en materia de salud en las zonas urbanas

Desarrollar estrategias eficientes de crecimiento económico Promover el desarrollo humano, especialmente mediante medidas que reduzcan la pobreza y las desigualdades de ingresos, que mejoren las condiciones de vida de los grupos desfavorecidos y que amplíen el acceso a servicios de de buena calidad y asequibles de educación y salud.
Promover la salud como un medio para superar la pobreza Intensificar los esfuerzos de promoción y prevención en la esfera de la salud, en particular entre los grupos vulnerables expuestos a los mayores riesgos de salud y a sus consecuencias sociales y económicas.
Mejorar el acceso equitativo a la educación Reducir las barreras sociales y económicas que obstaculizan el acceso a la educación y la capacitación, apoyar a las escuelas y familias desfavorecidas y prevenir la deserción escolar temprana.
Mejorar el acceso equitativo a la atención de salud Promover una perspectiva multisectorial del desarrollo de salud, reducir la carga que suponen los pagos y vigilar las desigualdades en el ámbito del sistema de salud.
Promover la inclusión social y comunitaria Crear infraestructura en los barrios a fin de facilitar la interacción social horizontal, desarrollar iniciativas orientadas a fortalecer el proceso democrático y asegurar la participación de grupos desprotegidos.

Fuente: Dahlgren y Whitehead (11)

La labor realizada en Sobral-Ceara (Brasil) (Recuadro 1) es un ejemplo de iniciativa fructífera en materia de salud urbana, en cuyo marco se abordaron los determinantes sociales de la salud y, por consiguiente, se logró reducir extraordinariamente el gradiente social.

Recuadro 1. Mejoramiento de la equidad sanitaria en las zonas urbanas: ejemplo de Sobral-Ceara (Brasil)

En menos de 10 años (1997 a 2003) se realizaron importantes progresos en las esferas de salud y equidad en las zonas urbanas de Sobral-Ceara gracias al aumento del porcentaje de hogares con acceso al agua potable; del número de kilómetros de ciclovías (se usa ahora?) para bicicletas; de la superficie de espacios verdes en la ciudad; del número de niños que asisten a la escuela primaria; del acceso a la atención primaria de salud; del porcentaje de hogares con servicio regular de recolección de residuos; y de la cobertura de las redes de alcantarillado. La tasa de mortalidad infantil se redujo de 64 a 19 por 1.000 nacidos vivos.

Estos logros se alcanzaron gracias a la cooperación y el compromiso intersectoriales orientados a mejorar el estado general de salud en la ciudad y reducir las desigualdades en salud en el ámbito local, así como a una planificación estratégica rigurosa.

Fuente: Andrade et al. (12).

RECOMENDACIONES

La incorporación efectiva de la equidad en salud como componente de la planificación urbana en un contexto de rápido crecimiento y desarrollo exige la aplicación de las estrategias siguientes:

- Acopio de datos. Obtener datos apropiados para evaluar con precisión los determinantes y los resultados de salud diferenciales en una zona seleccionada.
- Utilización de los datos. Utilizar los datos obtenidos para planificar intervenciones que permitan abordar las desigualdades identificadas.
- Evaluar los resultados de salud en función de los factores sociales de riesgo. Esos factores incluyen la edad, el sexo, los niveles de ingreso, el grado de instrucción y la zona de residencia.
- Establecer métodos eficientes de seguimiento. Estos métodos son necesarios para el seguimiento de los progresos sanitarios y la identificación de problemas durante la ejecución de programas destinados a reducir las desigualdades en materia de salud.
- Promover el empleo y la educación. Abordar los principales factores sociales de riesgo de morbilidad y mortalidad evitable mediante el fomento de oportunidades económicas y la educación obligatoria de niños y niñas.
- Incorporar la eficacia desde una perspectiva cultural. A fin de asegurar su eficacia en el contexto cultural, los programas y políticas dirigidos a los grupos de población vulnerables deberán prever la participación de miembros de esos grupos.
- Desarrollar la colaboración intersectorial. La colaboración interdisciplinaria e interdepartamental, incluso entre los grupos comunitarios y las dependencias competentes del gobierno local en las esferas de salud y seguridad, educación, vivienda, transporte y parques y esparcimiento, promueve el interés y el compromiso colectivos.

En el recuadro 2 se proporciona un ejemplo del desarrollo práctico de esos procesos.

Recuadro 2. Procesos fructíferos para mejorar la salud en los centros urbanos: ejemplo de Noarlunga (Australia)

Una red de ciudades sanas, establecida inicialmente con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, se convirtió en una organización no gubernamental cuyo mandato prevé que el comité de gestión esté integrado en su mayoría por miembros de la comunidad, a fin de que se tengan en cuenta los intereses y las necesidades de las partes interesadas locales. La organización fomentó la colaboración intersectorial mediante el establecimiento de relaciones con una universidad local, con el servicio nacional de salud y con el departamento de salud local. Además, centró su labor en tres iniciativas diferentes (violencia doméstica, drogas y seguridad comunitaria) con miras a concentrar la asignación de recursos. El éxito en el plano local, definido como una movilización constante de la comunidad y el gobierno local en torno a temas relativos a la salud en zonas urbanas, se puede atribuir a la firme perspectiva social de la salud, el liderazgo y la utilización de un modelo adaptable a las condiciones locales.

Fuente: Baum et al. (13).

Referencias

1. ONU-Hábitat, 2008, Estado de las ciudades del mundo 2008-2009: Ciudades armoniosas.

2. Kjellström T. et al. Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings. Informe presentado a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS por la Knowledge Network on Urban Settings. Kobe, Organización Mundial de la Salud, Centro de Kobe, 2007.

3. Kjellström T. et al. Urban environmental health hazards and health equity. Journal of Urban Health, 2007, 84(1):i86–i97.

4. Whitehead M., Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up, part 1. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2006.

5. Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/index.html, consultado (en inglés) el 30 de enero del 2010).

6. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2007.

7. Laflamme L. et al. Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://www.who.int/pmnch/topics/economics/2009_whoeuro/en/index.html, consultado el 30 de enero del 2010).

8. Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.

9. Wilkins R., Berthelot J., Ng E. Trends in mortality by neighborhood income in urban Canada from 1971 to 1996. Ontario, Statistics Canada, 2002. (http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2002001/pdf/82-003-s2002007-eng.pdf, consultado el 14 de diciembre de 2009).

10. Takano T. et al. Age-adjusted mortality and its association to variations in urban conditions in Shanghai. Health Policy, 2002, 61:239–253.

11. Dahlgren G., Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up, part 2. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2006.

12. Andrade L.O. et al. Public health policies as guides for local public policies: the experience of Sobral-Ceara, Brazil. Promotion et Education, 2005, 3:28–31.

13. Baum F. et al. What makes for sustainable Healthy Cities initiatives? A review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18 years. Health Promotion International, 2006, 21(4):259–265.

ANEXO II: MODELO DE MANDATO PARA EL EQUIPO DE URBAN HEART

[Fuente: Traducción oficial del mongol al inglés]

(Sello)
Aprobado por: Enkhbayar D., Director de la División de Desarrollo Social, Ayuntamiento de la Ciudad

Mandato para las actividades de evaluación y respuesta en materia de equidad en salud

Justificación: el programa de actividades de evaluación y respuesta relativas a la equidad en salud, así como su presupuesto estimado, se presentarán al Ministerio de Salud y al Alcalde de la ciudad de Ulaanbaatar.

Objetivo: evaluar la equidad en salud y elaborar medidas de respuesta entre la población de ulaanbaatar mediante la utilización del Instrumento de Evaluación y Respuesta en Materia de Equidad en Salud en los Medios Urbanos (Urban HEART) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud.

Composición: un grupo de trabajo técnico establecido por el Alcalde de Ulaanbaatar en virtud de la Resolución Nº 201, 2009.

Duración: del 10 de julio al 1 de septiembre del 2009.

Ámbito de la evaluación: nueve distritos de Ulaanbaatar. La evaluación abarcará cuatro esferas normativas, tales como: entorno físico e infraestructura, desarrollo social y humano, economía y gobernanza.

Lista de actividades:
- A partir del 2008, evaluación de los indicadores concernientes a las cuatro esferas de políticas, tales como: entorno físico e infraestructura, desarrollo social y humano, economía y gobernanza;
- A partir de 2008, evaluación de indicadores de los resultados de salud de cada distrito;
- Identificación de cuestiones problemáticas, mediante la comparación de los resultados de cada distrito, sobre la base de una herramienta de evaluación de la equidad en salud;
- Informes sobre el examen de la aplicación de medidas de políticas;
- Acopio de información y datos por medio de conversaciones y entrevistas;
- Análisis de documentos normativos;
- Análisis de la colaboración intersectorial;
- Propuestas de recomendaciones basadas en el resultado de la evaluación;
- Desarrollo de un plan de acción compatible con las estrategias del Instrumento de Evaluación y respuesta;
- Estimación del presupuesto necesario para ejecutar el plan de acción;
- Elaboración de un informe de evaluación junto con el plan de acción propuesto y su presupuesto.

Resultado previsto: Se habrá evaluado la equidad de salud entre la población de Ulaanbaatar y se habrá elaborado un plan de acción y su presupuesto estimado.

ANEXO III: INDICADORES DE URBAN HEART

1. Para comenzar: ¿qué necesita saber usted sobre el uso de los indicadores de salud y de los determinantes de la salud, para evaluar las desigualdades en materia de equidad en salud?

La efectividad de Urban HEART es doble. En primer lugar, posibilita que los equipos identifiquen las diferencias significativas entre los resultados de salud y las posibilidades que se ofrecen a los diversos grupos de población de una ciudad, o efectuar comparaciones entre ciudades. En segundo lugar, permite a los equipos seleccionar intervenciones sociales y políticas dirigidas a corregir importantes desigualdades en materia de salud. Para avanzar en esos dos procesos, es fundamental definir un conjunto de indicadores de equidad de salud sólido, idóneo y razonable para su ciudad.

¿QUÉ ES UN INDICADOR?

Un indicador ayuda a entender dónde estamos, hacia dónde vamos y qué tan lejos estamos de nuestra meta. Se asemeja a una pequeña antorcha que proyecta su luz en una gran habitación oscura. Es una pequeña porción de información (por ejemplo, un porcentaje) que puede resumir un gran número de datos sobre lo que está ocurriendo en un sistema complejo o en un programa complejo. El valor de un buen indicador es su eficiencia: nos permite medir lo que es importante sin tener que medir todo lo demás.

Urban HEART ofrece a los equipos un menú de indicadores del que pueden escoger un conjunto que les permita representar fielmente el grado de eficiencia con que el sistema de salud y las esferas normativas promueven la salud de los diferentes grupos de población de una ciudad, o efectuar comparaciones entre ciudades. Cada uno de los indicadores propuestos en Urban HEART se ha probado rigurosamente a fin de asegurar su idoneidad para diagnosticar el desempeño de un sistema más amplio o de un conjunto de programas. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es un indicador que revela algo más que la tasa de defunciones de niños en una zona determinada. Según se ha visto, es un signo inequívoco de la eficiencia del sistema de salud para prevenir las defunciones de madres y niños en general. Además, puede representar la medida en que las políticas sociales y de desarrollo humano (por ejemplo, el grado de instrucción y el nivel de ingresos de las mujeres) y la infraestructura física (por ejemplo, las maternidades) promueven la salud de las embarazadas y los recién nacidos, así como de otros grupos vulnerables de la población.

DESGLOSE DE LOS INDICADORES PARA EVALUAR LAS DESIGUALDADES

El desglose de cada indicador por grupo de población o zona geográfica permite a los equipos identificar dónde y en qué medida existen desigualdades. Dependiendo del indicador, los datos se pueden desglosar por grupo de población (por sexo, edad, etc.), zona o "situación" geográfica, o por grupo socioeconómico (en función del nivel de instrucción o de ingresos). El desglose por situación, por ejemplo, es principalmente una comprobación que permite identificar las diferentes condiciones de vida y de trabajo relacionadas con una amplia gama de carencias (personas sin hogar, vagabundos, ocupantes ilegales, personas que viven en tiendas). En otras palabras, "situación" suele aludir a un grupo de población, más que a un lugar específico.

INDICADORES BÁSICOS Y OTROS INDICADORES

El instrumento Urban HEART incluye 12 indicadores que cada ciudad debería incorporar en su conjunto de indicadores. Se los llama "indicadores básicos". Su incorporación se recomienda por tres motivos. En primer lugar, se ha comprobado que conciernen a la salud en los entornos urbanos de todo el mundo, en particular en lo que respecta a la equidad. En segundo lugar, suelen estar disponibles en los datos que se obtienen habitualmente. Por último, permiten realizar fácilmente las comparaciones entre ciudades y entre países.

Además de los indicadores básicos, el instrumento Urban HEART incluye una serie de otros indicadores. Éstos también se han revelado apropiados para evaluar la salud en las zonas urbanas; sin embargo, tal vez sean menos precisos en lo que respecta a la equidad, y pueden no ser adecuados para todas las ciudades. Se los incluye con el fin de proporcionar a los equipos medios adicionales para adaptar su conjunto de indicadores Urban HEART a las condiciones particulares de su ciudad.

En la presente sección se enumeran los indicadores básicos, los indicadores vivamente recomendados y los indicadores opcionales del instrumento Urban HEART. Para cada conjunto se proporciona la definición, el numerador y el denominador, las variables de desglose recomendadas, las posibles fuentes de datos, y notas importantes sobre, por ejemplo, la manera en que el indicador se relaciona con los indicadores de los ODM, o cualquier salvedad relativa al indicador. No obstante, las descripciones facilitadas de cada uno de esos aspectos no pretenden ser exhaustivas ni aplicables en todos los contextos. Por ejemplo, en algunos casos podría existir una fuente de datos a partir de los cuales un determinado indicador se podría evaluar mejor que utilizando los datos sugeridos en la lista. Asimismo, en el caso de las variables de desglose recomendadas, podría haber otras variables, tales como la etnia y la condición de refugiado, que fueran muy pertinentes en ciertas ciudades o contextos, pero no en otros. Por consiguiente, la información aquí presentada tiene el carácter de directrices generales y, por lo tanto, se anima a los usuarios a adaptarlas a su contexto local con el fin de asegurar que sean pertinentes y apropiadas.

FUENTES DE LAS DEFINICIONES

Las principales fuentes de las definiciones de los indicadores son las siguientes (en el texto se mencionan otras fuentes o referencias, cuando procede).

1. Indicator definitions and metadata, 2008. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/en/, consultado el 15 de abril del 2010).

2. Indicators for monitoring the Millennium Development Goals. Nueva York, Naciones Unidas, 2003 (http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookEnglish.pdf, consultado el 15 de abril del 2010).

INDICADORES BÁSICOS

A. Resultados de la atención de salud: indicador analítico

1. Mortalidad infantil

Definición	La probabilidad (expresada como una tasa por cada 1.000 nacidos vivos) de un niño nacido en un año dado, de morir antes de cumplir un año si está sujeto a la tasa actualizada de mortalidad por edad.
Numerador	Número estimado de defunciones infantiles (antes de cumplir un año) en el año indicado.
Denominador	Número de nacidos vivos en el año indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 1.000*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, nivel de ingresos, grado de instrucción de la madre, zona de residencia (idealmente, el lugar de residencia habitual de la madre, no el lugar de nacimiento del niño).
Posibles fuentes de datos	Registro civil, censos y encuestas.
Comentarios	• Este indicador corresponde al indicador 14 (tasa de mortalidad infantil) de los ODM. • Desde una perspectiva epidemiológica, las defunciones infantiles son hechos relativamente poco comunes, y se requiere un gran número de muestras, o denominadores, para poder realizar estimaciones directas de los niveles de mortalidad.

B. Resultados de salud: indicadores específicos para cada enfermedad

2. Diabetes

Definición (A)	**Prevalencia de la diabetes** (normalizada según la edad) expresada como el número de casos de diabetes por cada 100.000 personas (prevalencia momentánea)
Numerador (A)	Número de personas con diabetes en un momento dado.
Denominador (A)	Población total en el momento dado.
Cálculo (A)	*(Numerador/Denominador) x 100.000* Nota: Cuando proceda, se ajustarán las diferencias en la distribución etárea de la población mediante la aplicación de las tasas específicas por edad observadas, respecto de la población estándar mundial de la OMS (o sea, normalización etárea directa; véanse los comentarios y referencias que figuran más abajo).
Definición (B)	**Mortalidad por diabetes** (normalizada por edad) expresada como el número de defunciones por diabetes por cada 100.000 personas.
Numerador (B)	Número de defunciones atribuibles a la diabetes en un período dado.
Denominador (B)	Número total de personas en riesgo durante el período indicado.
Cálculo (B)	*(Numerador/Denominador) x 100.000* Nota: Normalizada por edad, cuando proceda (véanse los comentarios y referencias que figuran más abajo).
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.

continúa en la página siguiente

Posibles fuentes de datos	Notificaciones de casos (de los servicios de salud), encuestas, registro civil y censos.
Comentarios	• Dado que el riesgo de diabetes varía considerablemente entre los diferentes grupos etáreos, se recomienda la normalización o el desglose por grupo etáreo. No obstante, obsérvese que para aplicar la normalización etárea directa mediante el estándar mundial de la OMS, la población estudiada debe ser suficientemente grande, de modo que las tasas específicas de cada grupo etáreo de la población sean estables. Véase la referencia, más abajo. • Se debe hacer una distinción entre las tasas de notificación o detección (basadas en el número de casos notificados o comunicados, por ejemplo, por los servicios de salud) y las tasas reales de morbilidad y mortalidad (basadas en el número de casos que efectivamente se producen, bien sean detectados, o no). Las tasas de notificación de enfermedades que no se comunican regularmente pueden dar lugar a una subestimación excesiva de las tasas reales de morbilidad y mortalidad.
Referencia	Ahmad O., Boschi-Pinto C., López A.D., Murray C.J.L., Lozano R., Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf, consultado el 28 del mayo de 2010).

3. Tuberculosis (TB)

Definición (A)	Tasa de detección de la tuberculosis expresada como la proporción de nuevos casos bacilíferos de tuberculosis diagnosticados y comunicados a la OMS por los programas de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) en un año dado.
Numerador (A)	Número de nuevos casos bacilíferos de tuberculosis notificados a la OMS por los programas DOTS en un año dado.
Denominador (A)	Número total estimado de nuevos casos bacilíferos de tuberculosis en el año indicado.
Cálculo (A)	*(Numerador/Denominador) x 100*
Definición (B)	**Tasa de curación de la tuberculosis** expresada como la proporción de nuevos casos bacilíferos de tuberculosis registrados para DOTS en un año dado, que hayan completado satisfactoriamente el tratamiento, con pruebas bacteriológicas de éxito.
Numerador (B)	Número de nuevos casos bacilíferos de tuberculosis curados mediante DOTS en un año dado.
Denominador (B)	Número de nuevos casos bacilíferos de tuberculosis registrados para DOTS en el año indicado.
Cálculo (B)	*(Numerador/Denominador) x 100*
Definición (C)	**Prevalencia de la tuberculosis** expresada como el número de casos por cada 100.000 personas en un momento dado (prevalencia momentánea).
Numerador (C)	Número de personas con todas las formas de tuberculosis en un momento dado (prevalencia momentánea).
Denominador (C)	Población total en el momento indicado (prevalencia momentánea).
Cálculo (C)	*(Numerador/Denominador) x 100.000*
Definición (D)	**Mortalidad por tuberculosis** expresada como el número de defunciones por tuberculosis por cada 100.000 personas en un período dado (tasa de mortalidad).
Numerador (D)	Número de defunciones atribuibles a todas las formas de tuberculosis en un período dado.
Denominador (D)	Población total en riesgo durante el período indicado.
Cálculo (D)	*(Numerador/Denominador) x 100.000*

Comentarios	Estos indicadores corresponden a los indicadores 23 (Tasas de prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis) y 24 (Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el DOTS) de los ODM.

4. Traumatismos causados por el tránsito

Definición	**Tasa de defunciones causadas por el tránsito** expresada como el número de casos por cada 100.000 personas.
Numerador	Número de traumatismos mortales causados por el tránsito en un período dado.
Denominador	Población total en riesgo durante el período indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100.000*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Notificaciones de casos (de órganos encargados de hacer cumplir la ley, servicios médicos de urgencia y centros de salud) encuestas, registro civil y censos.
Comentarios	Es preciso diferenciar entre las tasas de detección o notificación (basadas en el número de casos notificados o comunicados, por ejemplo, por los organismos encargados de hacer cumplir la ley) y las tasas reales de morbilidad y mortalidad (basadas en el número de casos que efectivamente se producen, bien sean detectados, o no). Las tasas de notificación de enfermedades que no se comunican regularmente pueden dar lugar a una subestimación excesiva de las tasas reales de morbilidad y mortalidad.
Referencia	Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf, consultado (en inglés) el 15 de abril del 2010.

C. Determinantes sociales de la salud: entorno físico e infraestructura

5. Acceso al agua segura

Definición	Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de personas (o familias) que, en un momento determinado, utilizan agua corriente, grifos públicos, pozos o bombas de mano, pozos cubiertos, manantiales protegidos o aguas pluviales.
Denominador	Población total (o familias) en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Datos administrativos (proporcionados por organismos públicos o privados encargados del abastecimiento de agua), encuestas y censos.

continúa en la página siguiente

Comentarios	• Este indicador corresponde al indicador 29 (proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua) de los ODM. • La expresión "mejores fuentes de abastecimiento de agua" no incluye el agua proporcionada por vendedores, el agua embotellada y los camiones cisterna, ni los pozos y manantiales desprotegidos. • Los datos facilitados por organismos administrativos se refieren generalmente a fuentes existentes, ya sea que se utilicen o no. A pesar de las definiciones oficiales de la OMS, el criterio para determinar si una fuente de agua es segura suele ser subjetivo. Además, la existencia de un sistema de abastecimiento de agua no significa necesariamente que el agua sea segura ni que las personas del lugar la utilicen. Por ese y otros motivos, los datos de las encuestas domiciliarias son, por lo general, mejores que los datos de organismos administrativos, dado que los primeros se basan en el uso real de las fuentes por parte de la población encuestada, y no en la mera existencia de las fuentes.

6. Acceso a servicios de saneamiento mejorados

Definición	Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de personas (o familias), calculado en un momento dado, que disponen de acceso a servicios que higiénicamente separan las excretas humanas e impiden su contacto con personas, animales e insectos, incluidos los sumideros o fosas sépticas, las letrinas de sifón y las letrinas de pozo mejoradas y ventiladas, a condición de que no sean de uso público.
Denominador	Total de población (o familias) en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Datos administrativos (proporcionados por organismos públicos o privados encargados de los servicios de saneamiento), encuestas y censos.
Comentarios	• Este indicador corresponde al indicador 30 (proporción de la población con acceso a mejores servicios de saneamiento) de los ODM. • Los datos facilitados por organismos administrativos se refieren generalmente a los servicios de saneamiento existentes, ya sea que se utilicen o no. Por ese y otros motivos, los datos de las encuestas domiciliarias son, por lo general, mejores que los datos de organismos administrativos, dado que los primeros se basan en el uso real de los servicios por parte de la población encuestada, y no en la mera existencia de esos servicios.

D. Determinantes sociales de la salud: desarrollo social y humano

7. Terminación de la enseñanza primaria

Definición	Tasa bruta de escolarización hasta el último grado de enseñanza primaria.
Numerador	Número total de nuevas matriculaciones para el último grado de la enseñanza primaria, independientemente de la edad, en un año lectivo dado.
Denominador	Total de personas en edad de ingreso teórico al último grado de enseñanza primaria, en el año lectivo indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador)*
Variables de desglose recomendadas	Sexo de los niños, nivel de ingresos y grado de instrucción de los padres, y zona de residencia.

Posibles fuentes de datos	Datos administrativos (suministrados por el ministerio o departamento de educación), encuestas y censos.
Comentarios	Este indicador se relaciona con el indicador 7a (tasa de terminación de la enseñanza primaria) de los ODM.
Referencia	*International Standard Classification of Education, versión 1997 (ISCED- 97). París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1997 (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_A.pdf , consultado el 15 de abril del 2010).*

8. Asistencia calificada durante el parto

Definición	Proporción de partos asistidos por personal de salud calificado, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de nacidos vivos asistidos por personal de salud calificado, incluidos médicos, enfermeras y parteras capacitadas, en un período dado.
Denominador	Número total de nacidos vivos durante el período indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Nivel de ingresos familiares, grado de instrucción de la madre, zona de residencia (idealmente, el lugar de residencia habitual de la madre y no el lugar de nacimiento del niño).
Posibles fuentes de datos	Estadísticas de los servicios de salud, encuestas y censos.
Comentarios	• Este indicador corresponde al indicador 17 (porcentaje de partos con asistencia de personal de salud especializado) de los ODM. • Las parteras tradicionales (a diferencia de las parteras profesionales) no se consideran personal de salud calificado.

9. Niños totalmente inmunizados

Definición	Proporción de niños de hasta un año de edad totalmente inmunizados, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de niños de hasta un año de edad totalmente inmunizados, contabilizado en un momento o en un período dado.
Denominador	Número total de niños que han cumplido un año en el momento o período indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo del niño, nivel de ingresos familiares, grado de instrucción de la madre y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Estadísticas de los servicios de salud (por ejemplo, centros de salud de distrito, equipos de vacunación y médicos), encuestas y censos.
Comentarios	• Este indicador se relaciona con el indicador 15 (porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión). • Por lo general, un niño totalmente inmunizado es aquel que ha recibido dosis válidas de los "ocho antígenos habituales", o sea BCG, DTP (tres dosis), poliomielitis (tres dosis) y vacuna contra el sarampión, en el primer año de vida. En países expuestos al riesgo de la fiebre amarilla se debería incluir esa vacuna. Generalmente, las nuevas vacunas (hepatitis B y Haemophilus influenza de tipo B) no se incluyen en esta definición; en algunos países la BCG se excluye de esta definición. El concepto de "niño totalmente inmunizado" utilizado en un estudio debería ser objeto de una definición que podrá variar en función de las políticas nacionales de inmunización.

10. Prevalencia del consumo de tabaco

Definición	Proporción de la población que actualmente fuma cigarrillos y otros productos del tabaco, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de personas que actualmente fuma tabaco, contabilizado en un momento dado.
Denominador	Población total en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Encuestas.
Comentarios	La prevalencia actual incluye tanto el consumo diario como el consumo no cotidiano u ocasional.

E. Determinantes sociales de la salud: economía

11. Desempleo

Definición	Proporción de la población actualmente desempleada, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de personas actualmente desempleadas, contabilizado en un momento dado.
Denominador	Número total de personas habilitadas para acceder a un empleo en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Registros públicos, estadísticas del trabajo y encuestas.
Comentarios	• Este indicador corresponde al indicador 31 del marco de indicadores de las Naciones Unidas para la evaluación común de los países (tasa de desempleo) y se relaciona con el indicador 45 de los ODM (tasa de desempleo entre los jóvenes). • Por "desempleado" se entenderá toda persona mayor de una edad especificada que durante el período de referencia haya estado a) "sin trabajo", o sea, sin empleo remunerado ni trabajando por cuenta propia; b) "disponible para trabajar", bien sea en un empleo remunerado o por cuenta propia; y c) "buscando trabajo", o sea, que haya tomado medidas específicas para conseguir un empleo remunerado o trabajar por cuenta propia.
Referencia	Hussmanns R., Measurement of employment, unemployment and underemployment: current international standards and issues in their application. Organización Internacional del Trabajo, Oficina de Estadísticas (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/---stat/documents/publication/wcms_088394.pdf, consultado el 19 de enero del 2010).

F. Determinantes sociales de la salud: gobernanza

12. Gasto público en salud

Definición	Total el gasto público en salud, expresado como porcentaje del gasto público total en un ejercicio económico dado.
Numerador	Gasto público para mantenimiento, rehabilitación o mejoramiento del sistema de salud en un ejercicio económico dado.
Denominador	Total del gasto público en el ejercicio económico indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Informes sobre las cuentas nacionales de salud, informes sobre el gasto público y estadísticas económicas mundiales.

INDICADORES ALTAMENTE RECOMENDADOS

G. Resultados de salud: indicadores analíticos

13. Mortalidad de niños menores de 5 años

Definición	La probabilidad (expresada como una tasa por cada 1.000 nacidos vivos) de que un niño nacido en un año dado muera antes de cumplir cinco años si está sujeto a las actuales tasas de mortalidad por edad.
Numerador	El número estimado de niños nacidos en un año dado, que mueren antes de cumplir los cinco años.
Denominador	El número total de nacidos vivos en el año indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 1.000*
Variables de desglose recomendadas	Sexo del niño, nivel de ingresos familiares, grado de instrucción de la madre, zona de residencia (idealmente, el lugar de residencia habitual de la madre, no el lugar de nacimiento del niño).
Posibles fuentes de datos	Registro civil, censos y encuestas.
Comentarios	Este indicador corresponde al indicador 13 (Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años) de los ODM.

14. Mortalidad materna

Definición	El número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos en un período dado, generalmente un año.
Numerador	Número de defunciones maternas en un período dado.
Denominador	Número total de nacidos vivos en el período indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100.000*
Variables de desglose recomendadas	Zona de residencia (idealmente, el lugar de residencia habitual de la madre, no el lugar de nacimiento del niño).
Posibles fuentes de datos	Registro civil, encuestas, censos y registros de los servicios de salud.
Comentarios	• Este indicador corresponde al indicador 16 (Tasa de mortalidad materna) de los ODM. • La defunción materna se define como la defunción de una mujer durante el embarazo o hasta 42 días después del final del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el propio embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o circunstanciales. Desde una perspectiva epidemiológica, las defunciones maternas son un hecho relativamente poco común y, por lo tanto, se requiere un gran número de muestras, o denominadores, para poder realizar estimaciones directas de los niveles de mortalidad.

15. Esperanza de vida al nacer

Definición	El número de años que un recién nacido viviría si las tendencias predominantes de las tasas de mortalidad específicas por edad, en el momento del nacimiento, se mantuvieran iguales durante toda su vida.
Numerador	No disponible.
Denominador	No disponible.
Variables de desglose recomendadas	Sexo del niño, nivel de ingresos familiares, grado de instrucción de la madre y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Registro civil, censos y encuestas.
Comentarios	La esperanza de vida al nacer se estima como el resultado de una tabla de vida. Una tabla de vida ofrece un conjunto de tabulaciones que describen la probabilidad de defunción, la tasa de mortalidad y el número de supervivientes de cada edad o grupo etáreo. La OMS ha desarrollado una tabla de vida modelo basada en unas 1.800 tablas de vida de registros civiles consideradas de buena calidad.
Referencia	*Life tables for WHO Member States. Ginebra, Organización Mundial de la Salud* (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_life_tables/en/, consultado el 31 del mayo del 2010).

H. Resultados de salud: indicadores específicos por enfermedad

16. Morbilidad y mortalidad por:
- **a. todos los tipos de cáncer**
- **b. enfermedades cardiovasculares**
- **c. enfermedades respiratorias**
- **d. VIH/SIDA**
- **e. homicidio**
- **f. enfermedad mental**

Definición (A)	**Morbilidad por una causa específica,** expresada como el número de casos de una enfermedad dada por cada 100.000 personas.
Numerador (A)	Número de personas con una enfermedad dada, contabilizado en un momento determinado (prevalencia momentánea).
Denominador (A)	Población total en el momento indicado (prevalencia momentánea).
Cálculo (A)	*(Numerador/Denominador) x 100.000* *Nota: Normalizados por edad, según proceda (véase la referencia más abajo).*
Definición (B)	**Mortalidad por causa,** expresada como el número de casos por cada 100.000 personas.
Numerador (B)	Número de defunciones atribuibles a una causa específica durante un período dado.
Denominador (B)	Población total en riesgo durante el período indicado.
Cálculo (B)	*(Numerador/Denominador) x 100.000* Nota: Normalizados por edad, según proceda (véase la referencia más abajo).
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Notificaciones de casos (de los servicios de salud, los organismos encargados de hacer cumplir la ley), encuestas, registro civil y censos.
Comentarios	• Los indicadores para el VIH/SIDA se relacionan con el indicador 18 (Tasa de morbilidad por el VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años) de los ODM; los indicadores para homicidios se relacionan con el indicador 43 del marco de indicadores de las Naciones Unidas para la evaluación común de los países (número de homicidios dolosos por cada 100.000 habitantes). • Es preciso diferenciar entre las tasas de notificación (basadas en el número de casos notificados o comunicados, por ejemplo, por los servicios de salud) y las tasas reales de morbilidad y mortalidad (basadas en el número de casos que efectivamente se producen, bien sean comunicados, o no). Las tasas de notificación de enfermedades que no se comunican regularmente pueden dar lugar a una subestimación excesiva de las tasas reales de morbilidad y mortalidad. • En determinados contextos, algunos de los trastornos especificados (por ejemplo el VIH/SIDA o las defunciones atribuibles a enfermedad mental) pueden ser, desde una perspectiva epidemiológica, hechos relativamente poco comunes que requieren un gran número de muestras, o denominadores, para poder realizar estimaciones directas de los niveles de mortalidad. • En lo que respecta a dolencias o trastornos cuyo riesgo de enfermedad o defunción varía considerablemente entre los diferentes grupos etáreos, se recomienda la normalización etárea o el desglose por grupos de edad. No obstante, obsérvese que para aplicar la normalización etárea directa, mediante el estándar mundial de la OMS, la población estudiada debe ser suficientemente grande, de modo que las tasas específicas de cada grupo etáreo de la población sean estables.
Referencia	Ahmad O., Boschi-Pinto C., López A.D., Murray C.J.L., Lozano R., Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf, consultado el 28 de mayo del 2010).

I. Determinantes sociales de la salud: entorno físico e infraestructura

17. Hogares con servicios municipales de gestión de desechos sólidos

Definición	Proporción de la población con servicios municipales de gestión de desechos sólidos, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de personas (o de hogares) con servicios municipales de gestión de desechos sólidos, contabilizado en un momento dado.
Denominador	Total de población (o de hogares) en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Datos administrativos (de organismos públicos y privados encargados de la gestión de desechos sólidos), encuestas y censos.

18. Uso de combustibles sólidos

Definición	Proporción de la población dependiente de la biomasa (leña, carbón vegetal, residuos de cosechas, bosta y carbón) y del carbón como la principal fuente de energía en los hogares para cocinar y calentar, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de personas (o de familias) que utilizan uno o más combustibles sólidos no procesados (leña, carbón vegetal, residuos de cosechas, bosta o carbón) como principal fuente de energía para cocinar y calentar, contabilizado en un momento dado.
Denominador	Total de población (o familias) en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Encuestas y censos.
Comentarios	Este indicador corresponde al indicador 29 (Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos) de los ODM.

19. Traumatismos relacionados con el trabajo

Definición (A)	**Tasa de incidencia de traumatismos (mortales y no mortales) debidos a una exposición al trabajo,** expresada como el número de casos por cada 100.000 trabajadores.
Numerador (A)	Número de personas con un traumatismo (mortal o no mortal) calculado en un momento dado (prevalencia momentánea).
Denominador (A)	Población activa total en el momento indicado.
Cálculo (A)	*(Numerador/Denominador) x 100.000*
Definición (B)	**Mortalidad por traumatismos (tasa de incidencia de traumatismos mortales) debidos a una exposición al trabajo,** expresada como el número de casos por cada 100.000 personas de la población activa.
Numerador (B)	Número de defunciones atribuibles a traumatismos como consecuencia de una exposición al trabajo en un período dado.
Denominador (B)	Total de la población activa expuesta a riesgos durante el período indicado.
Cálculo (B)	*(Numerador/Denominador) x 100.000*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, nivel de ingresos, grado de instrucción, tipo de ocupación y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Bases de datos sobre indemnizaciones laborales, registros de enfermedades profesionales, datos de los juzgados de instrucción, estadísticas del trabajo y encuestas.
Comentarios	• Entre otras salvedades concernientes a las fuentes de datos habituales sobre traumatismos/defunciones relacionados con el trabajo, se debe observar que, por lo general, sólo incluyen a los empleados; además, pueden excluir a determinados sectores explícitamente (por ejemplo, al personal militar) o implícitamente (por ejemplo, a un gran número de trabajadores agrícolas y por cuenta propia); aplican criterios de inclusión incoherentes (por ejemplo, homicidios, suicidios, defunciones en los desplazamientos hacia y desde el lugar de trabajo) y, lo más importante, cubren las enfermedades muy limitadamente, porque la relación entre la exposición profesional y la enfermedad es sumamente difícil de determinar en un único nivel, debido al carácter multifactorial de las enfermedades. • Los datos sobre la población expuesta a riesgos se obtienen generalmente de fuentes laborales oficiales. Con frecuencia, esos datos no incluyen a los trabajadores del sector no estructurado ni a los niños trabajadores.
Referencia	Driscoll T. et al. Review of estimates of the global burden of injury and illness due to occupational exposures. American Journal of Industrial Medicine, 2005, 48:491–502.

J. Determinantes sociales de la salud: desarrollo social y humano

20. Alfabetismo

Definición	Proporción de la población alfabetizada, de 15 o más años, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de personas alfabetizadas, de 15 o más años (que pueden leer y escribir y comprender una formulación breve y sencilla sobre la vida cotidiana), calculado en un momento dado. Una práctica común consiste en considerar analfabetas a las personas no escolarizadas, y alfabetizadas a las que han completado el 5º grado de enseñanza primaria.
Denominador	Total de población de 15 o más años en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, nivel de ingresos y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Censos, encuestas y estadísticas sobre matriculación escolar y finalización de los estudios.
Comentarios	• Este indicador se relaciona con el indicador 8 (tasa de alfabetización de los jóvenes). • La definición de alfabetización incluye a veces la aritmética básica y otras aptitudes para la vida.

21. Niños con peso inferior al normal

Definición	Porcentaje de niños menores de cinco años cuyo peso para la edad es inferior a -2 desviaciones típicas respecto de la media de la población de referencia internacional, en edades comprendidas entre 0 y 59 meses.
Numerador	Número de niños menores de cinco años cuyo peso para la edad es inferior a -2 desviaciones típicas respecto de la media de la población de referencia internacional, en edades comprendidas entre 0 y 59 meses, calculado en un momento dado.
Denominador	Número total de niños menores de cinco años de edad en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo y edad del niño, nivel de ingresos familiares, grado de instrucción de la madre y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Censos y encuestas.
Comentarios	• Este indicador corresponde al indicador 4 (prevalencia de niños menores de 5 años con peso inferior al normal). • La definición de "peso inferior al normal" incluye tanto los casos moderados (definidos como de 2 a 3 desviaciones típicas por debajo de la media del peso para la edad de la población de referencia) como los casos graves (definidos como más de 3 desviaciones por debajo de la media). • Siempre que sea posible, se deberían analizar y presentar los tres indicadores de desnutrición infantil, por cuanto miden y reflejan diferentes aspectos de ese trastorno, tales como: bajo peso para la edad (o sea, peso inferior al normal); estatura baja para la edad (o sea, retraso del crecimiento) definida como -2 desviaciones típicas respecto de la estatura media para la edad de la población de referencia; y bajo peso para la estatura (o sea, emaciación) definido como menos de -2 desviaciones típicas respecto de la media de peso para la estatura en la población de referencia.

22. Sobrepeso y obesidad

Definición	Proporción de la población adulta considerada con sobrepeso u obesidad, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de adultos considerados con sobrepeso (definido éste como el índice de masa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m2) u obesidad (definida como el índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m2), calculado en un momento dado.
Denominador	Población adulta total en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Encuestas, censos y registros de los servicios de salud.

23. Lactancia natural

Definición	Proporción de lactantes menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de lactantes menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna, calculado en un momento dado.
Denominador	Número total de lactantes menores de seis meses en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo del niño, nivel de ingresos familiares, grado de instrucción de la madre y zona de residencia (idealmente, el lugar de residencia habitual de la madre, no el lugar de nacimiento del niño).
Posibles fuentes de datos	Encuestas y registros del servicio de salud.
Comentarios	Por "lactancia natural exclusiva" se entiende la alimentación que durante seis meses de vida prescinde de cualquier otro alimento o bebida, incluso del agua, que no sea la leche materna (incluida la leche extraída de la madre o de una nodriza), si bien prevé que el lactante pueda recibir solución de rehidratación oral, gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).
Referencia	*The WHO global data bank on infant and young child feeding, data* sources and inclusion criteria. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/data_source_inclusion_criteria/en/index.html, consultado el 15 abril del 2010).

24. Embarazo en la adolescencia

Definición	Prevalencia de embarazos en la adolescencia, expresada como una proporción por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años.
Numerador	Número de embarazos (terminados en nacidos vivos, nacidos muertos y abortos terapéuticos) por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, ocurridos en un período dado.
Denominador	Número total de mujeres de 15 a 19 años en el período indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 1.000*
Variables de desglose recomendadas	Nivel de ingresos familiares, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Registros del servicio de salud, encuestas y censos.
Referencias	• Adolescent pregnancy fact sheet. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf, consultado el 14 de abril del 2010). • Initial report on public health. Ontario, Ministerio de Salud y Atención de Salud a Largo Plazo, 2009 (http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/pubhealth/init_report/tp.html, consultado el 14 de abril del 2010).

25. Actividad física

Definición	Prevalencia de actividad física insuficiente, expresada como porcentaje de adultos físicamente inactivos.
Numerador	Número de adultos que no satisfacen alguno de los criterios siguientes, calculado en un momento dado: • tres o más días de actividad física intensa, por lo menos 20 minutos cada día; o • cinco o más días de actividad física moderada, o caminatas, por lo menos 30 minutos por día; o • cinco o más días de cualquier combinación de caminatas, actividades físicas moderadas o intensas, que totalicen un mínimo de 600 MET por semana.
Denominador	Número total de adultos en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Encuestas y censos.
Comentarios	• El equivalente metabólico (MET) de una persona es la razón entre su tasa metabólica durante la actividad física y la tasa metabólica en reposo. Un MET se define como el gasto energético de estar sentado en reposo, y equivale a un consumo calórico de 1 kcal/kg/h. • Por actividad física moderada se entiende toda actividad que suponga un esfuerzo físico moderado y que, en cierta medida, haga que la persona respire con mayor dificultad de lo normal. Por ejemplo, las tareas de limpieza, pasar la aspiradora, pasar la lustradora, jardinería, andar en bicicleta a un ritmo regular, o cabalgar. Las actividades físicas moderadas requieren un gasto energético de aproximadamente 3 a 6 MET. Por actividad física intensa se entiende toda actividad que requiera un gran esfuerzo físico y dificulte la respiración mucho más de lo normal. Por ejemplo, mover muebles, cavar, jugar fútbol o tenis, o nadar rápido. La actividad física intensa supone un gasto energético superior a 6 MET.
Referencia	*STEPwise approach to surveillance (STEPS): user manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008* (*http://www.who.int/chp/steps/manual/en/index.html, consultado el 14 de abril del 2010*).

K. Determinantes sociales de la salud: economía

26. Pobreza

Definición	Porcentaje de la población nacional cuyos ingresos son inferiores al umbral o umbrales oficiales establecidos por el gobierno nacional, llamado también índice de recuento de la pobreza.
Numerador	Número de personas por debajo del umbral de pobreza calculado en un momento dado. Este cálculo se efectúa estimando el número de familias que viven por debajo del umbral de pobreza y sumando a esa estimación el número de personas de esas familias.
Denominador	Población total en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad y grado de instrucción del jefe de familia y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Encuestas, censos y datos administrativos.
Comentarios	• Este indicador corresponde al indicador 1A (índice de recuento de la pobreza) de los ODM. • Por lo general, los umbrales nacionales de pobreza se fijan para familias de diversas características, con el fin de poder tener en cuenta a familias de diferentes tamaños. Para los países en los que no existe un umbral de pobreza oficial, éste se puede definir como el nivel de ingresos necesarios para disponer sólo de alimentos suficientes, o de alimentos más otros artículos necesarios para la subsistencia.

27. Mujeres en la fuerza de trabajo

Definición	Participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de mujeres con empleo remunerado, en un período de referencia dado.
Denominador	Número total de personas con empleo remunerado, en el período indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Edad, nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Censos de población, encuestas sobre la fuerza laboral, censos y encuestas en las empresas, y registros administrativos de los sistemas de seguridad social.
Comentarios	• Este indicador se relaciona con el indicador 11 (Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola) de los ODM. Sin embargo, generalmente no se considera necesario desglosar ese indicador por sector, en vista de la pequeña contribución de la agricultura a la producción económica de una zona urbana. • Las diversas fuentes de datos pueden utilizar definiciones diferentes para la situación laboral (por ejemplo, trabajadora a tiempo parcial, estudiantes, miembros de las fuerzas armadas y personas que trabajan en el hogar o en un negocio familiar) y el ámbito de la información también puede ser diferente (por ejemplo, sólo los grandes empleadores de los sectores privado y público).

28. Seguridad en la tenencia de tierras

Definición	Proporción de familias con acceso a la seguridad en la tenencia de tierras, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de familias (de zonas urbanas) que han comprado o están comprando sus viviendas, o alquilan en el mercado privado, o viven en viviendas sociales o subarriendan, calculado en un momento dado. (Este indicador también se puede calcular como 1 menos el porcentaje de población urbana que vive en barriadas de tugurios).
Denominador	Número total de familias (de zonas urbanas) en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad y grado de instrucción del jefe de familia, ingresos familiares y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Encuestas, registros administrativos y censos.
Comentarios	• Este indicador corresponde al indicador 32 (Proporción de familias con acceso a la seguridad en la tenencia de tierras) de los ODM. • Las familias sin seguridad en la tenencia de tierras se definen como ocupantes ilegales (independientemente de que paguen, o no, alquiler), personas sin hogar y familias sin acuerdo formal. • El Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat) define una familia habitante de los tugurios como un grupo de personas que viven bajo el mismo techo y carecen de una o más (en algunas ciudades, dos o más) de las siguientes condiciones: seguridad en la tenencia de tierras, calidad y durabilidad estructural de la vivienda, acceso al agua segura, acceso a sistemas de saneamiento y superficie de vivienda suficiente.

L. Determinantes sociales de la salud: gobernanza

29. Participación de los votantes

Definición	Proporción de votantes habilitados que votaron en las elecciones locales/nacionales más recientes, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de votantes habilitados que votaron en las elecciones locales/nacionales más recientes.
Denominador	Número total de votantes habilitados para votar en las elecciones locales/nacionales más recientes.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Registros administrativos y censos.
Referencia	*Urban Governance Index: methodology guidelines. Nairobi,* Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos, 2004 (http://www.unhabitat.org/downloads/docs/2232_55927_Addendum%20-%20Methodology%20Guidelines.doc, consultado el 15 de abril del 2010).

30. Cobertura de seguros

Definición	Proporción de la población cubierta por algún tipo de seguro médico, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de personas cubiertas por algún tipo de plan de seguro médico social, privado o comunitario, en un período de referencia dado.
Denominador	Población total en el período indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, grado de instrucción, nivel de ingresos y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Registros administrativos, registros de aseguradoras, encuestas y censos.

INDICADORES OPCIONALES

M. Determinantes sociales de la salud: entorno físico e infraestructura

31. Puntos de venta de alcohol

Definición	Densidad de puntos de venta de alcohol expresada como el número de puntos de venta de alcohol por cada 100.000 personas.
Numerador	Número de puntos de venta de alcohol, calculado en una zona geográfica determinada, en un momento dado.
Denominador	Población total en la misma zona geográfica, en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100.000*
Variables de desglose recomendadas	Barrio, nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Datos sobre otorgamiento de licencias a puntos de venta de alcohol y censos.

32. Espacios verdes

Definición	Proporción de la superficie (urbana) destinada a espacios verdes, expresada como porcentaje.
Numerador	Superficie (urbana) total destinada a espacios verdes, calculada en un momento específico.
Denominador	Superficie (urbana) total en el momento indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Barrio, grado de instrucción, nivel de ingresos y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Datos administrativos y estudios edafológicos.
Comentarios	Por espacio verde urbano se entiende todo espacio público verde situado en una zona urbana, cubierto mayormente por vegetación (a diferencia de otros espacios abiertos) que se utilice directamente para recreación activa o pasiva o, indirectamente, debido a su influencia positiva sobre el entorno urbano, y que sea accesible a la población y satisfaga sus diferentes necesidades, mejorando así la calidad de vida en las ciudades o los centros urbanos.
Referencia	Coles R., Grayson N. Improving the quality of life in urban regions through urban greening initiatives, EU Project URGE. Documento presentado en Open Space: People Space Conference, 27 a 29 de octubre del 2004, Edimburgo.

N. Determinantes sociales de la salud: desarrollo social y humano

33. Violencia doméstica

Definición (A)	**Prevalencia de la violencia contra las mujeres en el ámbito de la pareja,** expresada como porcentaje.
Numerador (A)	Número de mujeres agredidas física, sexual y emocionalmente por su compañero sentimental actual o anterior, independientemente de que cohabiten o no, en un período de referencia dado.
Denominador (A)	Población de mujeres en el período de referencia indicado.
Cálculo (A)	*(Numerador/Denominador) x 100*
Definición (B)	**Prevalencia del maltrato de niños** expresada como porcentaje.
Numerador (B)	Número de niños que, en un período dado, fueron objeto de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato negligente o explotación comercial o de otra índole, en menoscabo real o posible de su salud, supervivencia, desarrollo o dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.
Denominador (B)	Población total de niños durante el período de referencia indicado.
Cálculo (B)	*(Numerador/Denominador) x 100*
Definición (C)	Prevalencia del maltrato de ancianos expresada como porcentaje.
Numerador (C)	Número de personas de edad avanzada que, en un período de referencia dado, fueron objeto de un acto único o reiterado o de una falta de medidas apropiadas que les haya provocado daño o sufrimiento, en el contexto de cualquier relación de presunta confianza.
Denominador (C)	Población de personas de edad avanzada durante el período de referencia indicado.

Cálculo (C)	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables e desglose recomendadas	Sexo, edad, nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Sistemas de registro civil, informes de jueces de instrucción, registros de los servicios sociales y de salud, registros policiales y judiciales, y encuestas.
Comentarios	Es preciso diferenciar entre las tasas de notificación o detección (basadas en el número de casos notificados o comunicados, por ejemplo, a los servicios sociales) y las tasas reales de incidencia o prevalencia (basadas en el número de casos que efectivamente se producen, bien sean detectados, o no). Las tasas de notificación de actos de violencia doméstica suelen dar lugar a una subestimación excesiva de las tasas reales de incidencia y prevalencia.
Referencia	• Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Introduction-Chapter1-Chapter2.pdf, consultado (en inglés) el 15 de abril del 2010). • Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf, consultado (en inglés) el 15 de abril del 2010).

34. Insuficiencia ponderal del recién nacido

Definición	Proporción de nacidos vivos con un peso inferior a 2.500 gramos en un período dado, expresado como porcentaje.
Numerador	Número de nacidos vivos con un peso inferior a 2.500 gramos (o sea, hasta con 2.499 gramos), independientemente de su edad gestacional, en un período dado.
Denominador	Número total de nacidos vivos en el período indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Sexo del niño, grado de instrucción de la madre, nivel de ingresos familiares y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Registros de los servicios de salud, sistemas de registro civil, encuestas y censos.
Comentarios	El peso al nacer es la primera medición del peso del feto o del recién nacido tras el parto. Para los nacidos vivos el peso al nacer se medirá, idealmente, en la primera hora de vida, antes de que adquiera un peso posnatal significativo.

O. Determinantes sociales de la salud: economía

35. Población de barriadas de tugurios

Definición	Proporción de la población urbana que vive en tugurios, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de personas integrantes de familias que viven en tugurios (de zonas urbanas) definidas como un grupo de personas que viven bajo el mismo techo y carecen de una o más (en algunas ciudades, dos o más) de las siguientes condiciones: seguridad en la tenencia de tierras, calidad y durabilidad estructural de la vivienda, acceso al agua salubre, acceso a sistemas de saneamiento y superficie de vivienda suficiente.
Denominador	*Población total (urbana) en el momento indicado.*
Cálculo	(Numerador/Denominador) x 100
Variables de desglose recomendadas	Barrio, nivel de ingresos, grado de instrucción y zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Encuestas y censos.
Comentarios	Este indicador se relaciona con el indicador 32 (Proporción de familias con acceso a la seguridad en la tenencia de tierras) de los ODM, que se puede calcular como 1 menos el porcentaje de población urbana que vive en barriadas de tugurios).

36. Empleo no regulado

Definición	Proporción de la población que trabaja en el sector no regulado, expresada como porcentaje.
Numerador	Número de personas que se consideran empleadas en el sector no regulado, bien sea como trabajo principal o secundario, en un período dado.
Denominador	*Número total de personas empleadas en el período indicado.*
Cálculo	(Numerador/Denominador) x 100
Variables de desglose recomendadas	Sexo, edad, nivel de ingresos, grado de instrucción, zona de residencia y tipo de actividad económica.
Posibles fuentes de datos	Encuestas sobre el sector no regulado, encuestas laborales y censos.

Comentarios	• Este indicador corresponde al indicador 32 del marco de indicadores de las Naciones Unidas para la evaluación común de los países (empleo en el sector no regulado, expresado como porcentaje del empleo). • El empleo en el sector no regulado incluye a toda persona que, durante un período de referencia dado, estuvo empleada por lo menos en una empresa del sector no regulado, independientemente de su condición (empleador, trabajador por cuenta propia, trabajador de empresa familiar, empleado o miembro de una cooperativa de productores) y de que ese haya sido su empleo principal o secundario. • Las empresas del sector no regulado se definen por los criterios siguientes: son empresas familiares no constituidas en sociedades (excepto las cuasisociedades) conforme a la definición del Sistema de Cuentas Nacionales 1993; producen, al menos, algunos de sus bienes o servicios para la venta o el trueque; participan en actividades no agrícolas (incluidas actividades no agrícolas secundarias de empresas del sector agrícola); y su tamaño (por número de empleados) es inferior a un umbral específico con arreglo a las circunstancias nacionales, o no están inscritas con una forma prevista en la legislación nacional (por ejemplo, en las leyes sobre comercio, fiscalidad o seguridad social, grupos profesionales y reglamentos, o leyes, normas o reglamentos similares establecidos por los órganos legislativos nacionales), o ninguno de sus empleados está inscrito en el registro. Las familias que prestan servicios domésticos o personales se pueden incluir como empleadas en trabajos domésticos remunerados. • Se entiende por empleado una persona que participa en una actividad económica durante un período de referencia dado, o que está temporalmente ausente de esa actividad. • Se entiendo por actividad económica toda producción de bienes y servicios a cambio de un pago o beneficio para la propia familia, o para su propio uso.

P. Determinantes sociales de la salud: gobernanza

37. Gasto público en educación

Definición	Total del gasto público en educación, expresado como porcentaje del gasto público total en un ejercicio financiero dado.
Numerador	Total del gasto público en educación (corrientes y de capital) incurridos por todos los órganos y departamentos de gobierno, en un ejercicio financiero dado.
Denominador	Gasto público total para el ejercicio financiero indicado.
Cálculo	*(Numerador/Denominador) x 100*
Variables de desglose recomendadas	Zona de residencia.
Posibles fuentes de datos	Informes sobre cuentas nacionales y gasto público, y estadísticas financieras globales.
Referencia	Indicadores de la educación: Especificaciones técnicas. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Institute for Statistics, 2009 (http://www.uis.unesco.org/template/pdf/EducGeneral/Indicator_Technical_guidelines_EN.pdf, consultado (en inglés) el 15 de abril del 2010).

ANEXO IV: DESARROLLO DE URBAN HEART MATRIZ – ASESORAMIENTO TÉCNICO

¿POR QUÉ HACERLO?

Una herramienta MATRIZ básica es un cuadro coloreado según ciertos códigos, que ayuda a ver las desigualdades en una serie de diferentes indicadores. Esa herramienta no refleja las desigualdades a través del tiempo. Los pasos que se mencionan más adelante describen el proceso de desarrollo de una herramienta MATRIZ para realizar comparaciones dentro de una ciudad, pero usted puede realizarlas también entre varias ciudades si dispone de datos sobre ellas.

¿QUÉ NECESITARÁ USTED?

- Programas informáticos para crear **cuadros, gráficos y hojas de cálculo** (por ejemplo, Microsoft Excel).
- **Datos sobre los indicadores,** desglosados por unidad geográfica (obligatorio) y por otras variables sociodemográficas tales como género, nivel de ingresos, grado de instrucción (opcional).
- **Punto de referencia interno** para cada indicador, por ejemplo, media nacional, media de la ciudad.
- **Objetivo fijado** para cada indicador, por ejemplo, los ODM para el añol 2015, objetivos nacionales, niveles de desempeño o los grupos de mayores ingresos.

¿QUE HACER?

1. Decidir sobre qué año se informará y cuáles serán las unidades de comparación para su herramienta MATRIZ. Esta herramienta sólo describe un año por vez y un solo tipo de variables de desglose. Las variables de desglose de uso más frecuente serán los distritos geográficos de su ciudad, tales como barrios, municipios o sectores censales. Si dispusiera usted de los datos necesarios podría informar sobre grupos desglosados por sexo, o niveles de ingresos, o grupos lingüísticos o cualquier otra variable.

2. Introducir los encabezamientos de las columnas y las filas. Abra una nueva hoja de cálculo en Microsoft Excel u otro programa informático de elaboración de gráficos y cuadros. Primeramente, identifique las columnas. Use los nombres de las unidades que comparará (por ejemplo, los distritos o municipios de su ciudad). Luego, identifique las filas. Use la primera columna para identificar cada una de las esferas de política que tendrá en consideración (por ejemplo, resultados de salud, desarrollo social y humano, gobernanza). En la segunda columna introduzca los nombres de cada uno de los indicadores que utilizará (asegúrese de que los indicadores correspondan a la esfera de políticas pertinente).

Ejemplo: Esta herramienta MATRIZ permitirá comparar cuatro distritos en cuatro indicadores que representan tres esferas de políticas.

		Distrito A	Distrito B	Distrito C	Distrito D
Resultados de salud	Mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)				
Infraestructura y entorno físico	Acceso al agua segura (%)				
Desarrollo social y humano	Terminación de la enseñanza primaria (%)				
	Niños totalmente inmunizados (%)				

3. Añadir columnas para los puntos de referencia y los objetivos. Comience con los puntos de referencia. En el lado derecho del cuadro añada una columna para los puntos de referencia internos. Debería escoger los puntos de referencia más apropiados para cada indicador (en el paso 2 del Manual Del Usuario se proporcionan consejos prácticos). Usted debería utilizar diversos tipos de referencias para los diferentes indicadores (por ejemplo, la media de la ciudad para el acceso al agua segura, pero la media nacional para inmunización o educación). Si utiliza referencias diferentes, indique simplemente en el encabezamiento de la columna "punto de referencia". Luego utilice notas de pie de página para indicar la fuente de los datos correspondientes a cada uno de sus puntos de referencia.

Ahora, en el extremo derecho del cuadro añada una columna adicional para los objetivos externos. Usted debería elegir los objetivos más pertinentes para cada indicador. Las opciones incluyen los ODM, un objetivo nacional, un objetivo municipal o algún otro **objetivo numérico conveniente. Es importante señalar que el objetivo escogido debe ser más ambicioso que el punto de referencia interno. Identifique los objetivos en el encabezamiento de la columna o en notas de pie de página.**

		Distrito A	Distrito B	Distrito C	Distrito D	Puntos de referencia	Objetivos externos
Resultados de salud	Mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)						
Infraestructura y entorno físico	Acceso al agua segura (%)						
Desarrollo social y humano	Terminación de la enseñanza primaria (%)						
	Niños totalmente inmunizados (%)						

4. Ingresar los datos en las celdas. Comience con el primer indicador. Introduzca los valores numéricos para ese indicador en las celdas correspondientes de cada columna. Por ejemplo, si comenzara usted con la columna "Mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)", debería introducir la tasa de mortalidad infantil de cada distrito. Si no dispusiera de datos para alguna celda, déjela en blanco o introduzca un código no numérico. Continúe, fila por fila, hasta completar el cuadro. Vuelva a verificar los datos introducidos.

Ejemplo: En las celdas se han introducido los valores correctos para cada indicador por distrito. No se disponía de datos sobre "enseñanza primaria completa (%)" para el distrito D.

		Distrito A	Distrito B	Distrito C	Distrito D	Media de la ciudad	Objetivos nacionales
Resultados de salud	Mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	22	19	21	41	26	15
Infraestructura y entorno físico	Acceso al agua segura (%)	88	58	89	58	83	100
Desarrollo social y humano	Terminación de la enseñanza primaria (%)	85	78	89	Sin datos	84	85
	Niños totalmente inmunizados (%)	75	70	71	62	65	80

5. Asignar un código cromático a las celdas utilizando el color ROJO. Este color indica un resultado peor que el punto de referencia interno. Comenzando por la primera fila, compare los valores correspondientes a los datos de su ciudad introducidos en cada celda, con el punto de referencia interno. Coloree con rojo las celdas cuyos valores sean peores que el punto de referencia interno. Recuerde que en el caso de algunos indicadores, un valor más pequeño indica un mejor desempeño, mientras que para otros, un valor más pequeño indica un desempeño peor. Cuando utilice el color ROJO estará indicando un desempeño peor. Continúe, fila por fila, hasta completar el cuadro. Vuelva a verificar el trabajo.

Ejemplo: Se han coloreado con ROJO cinco celdas, para indicar que el desempeño es peor que la media de la ciudad. El distrito D registra una mortalidad infantil más elevada, menor acceso al agua segura y peor cobertura de inmunización infantil, en comparación con las medias de la ciudad. El distrito B tiene peor acceso a agua segura y tasa de terminación de la enseñanza primaria, en **comparación con la media de la ciudad.**

		Distrito A	Distrito B	Distrito C	Distrito D	Media de la ciudad	Objetivos nacionales
Resultados de salud	Mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	22	19	21	41	26	15
Infraestructura y entorno físicos	Acceso al agua segura (%)	88	58	89	58	83	100
Desarrollo social y humano	Terminación de la enseñanza primaria (%)	85	78	89	Sin datos	84	85
	Niños totalmente inmunizados (%)	75	70	71	62	65	80

6. Asignar un código cromático a las celdas utilizando el color VERDE. Este color indica que el resultado es igual o mejor que el punto de referencia interno y que el objetivo fijado. Si los valores son iguales o mejores que el objetivo fijado, coloree las celdas con VERDE. Continúe, fila por fila, hasta completar el cuadro. Vuelva a verificar el trabajo.

Ejemplo: Se han coloreado con VERDE dos celdas. Los distritos A y C alcanzan mejores tasas de terminación de la enseñanza primaria que las previstas en los objetivos nacionales.

		Distrito A	Distrito B	Distrito C	Distrito D	Media de la ciudad	Objetivos nacionales
Resultados de salud	Mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	22	19	21	41	26	15
Infraestructura y entorno físicos	Acceso al agua segura (%)	88	58	89	58	83	100
Desarrollo social y humano	Terminación de la enseñanza primaria (%)	85	78	89	Sin datos	84	85
	Niños totalmente inmunizados (%)	75	70	71	62	65	80

7. Asignar un código cromático a las celdas utilizando el color AMARILLO. Este color indica que el resultado es igual o mejor que el punto de referencia interno, pero más bajo que el objetivo fijado. Examine cada celda no coloreada con ROJO o VERDE. Los valores deberían ser iguales o mejores que el punto de referencia interno. Recuerde que, en el caso de algunos indicadores, un valor más pequeño indica un mejor desempeño, mientras que para otros, un valor más pequeño indica un desempeño peor. Si el valor es peor que el objetivo, coloree la celda con AMARILLO. Continúe, fila por fila, hasta completar el cuadro. Vuelva a verificar el trabajo.

Ejemplo: Se han coloreado ocho celdas con AMARILLO para indicar que los resultados son mejores que la media de la ciudad, pero peores que el objetivo nacional.

		Distrito A	Distrito B	Distrito C	Distrito D	Media de la ciudad	Objetivos nacionales
Resultados de salud	Mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	22	19	21	41	26	15
Infraestructura y entorno físico	Acceso al agua segura (%)	88	58	89	58	83	100
Desarrollo social y humano	Terminación de la enseñanza primaria (%)	85	78	89	Sin datos	84	85
	Niños totalmente inmunizados (%)	75	70	71	62	65	80

8. Vuelva a verificar su trabajo. Una vez finalizados los pasos 6 a 8, todas las celdas deberían estar coloreadas en ROJO, AMARILLO o VERDE, salvo aquellas para las que no hubiera datos disponibles. Estas últimas podrán dejarse en BLANCO. A continuación, debería verificar una vez más la exactitud de los datos ingresados y el código cromático. Suponiendo que la depuración y validación de los datos se hubiera realizado antes de elaborar la herramienta MATRIZ, asegúrese ahora que:

- Los datos se hayan ingresado en las celdas correspondientes. (Compruebe las columnas y las filas).
- Las celdas estén coloreadas correctamente en relación con los puntos de referencia internos y los objetivos fijados.
- No quede ninguna celda vacía ni de color BLANCO, salvo aquellas para las que se carece de datos.

9. Personalizar la herramienta MATRIZ (opcional). En los pasos 1 a 8 se describe el desarrollo de la herramienta MATRIZ básica. Si desea un mayor desarrollo puede personalizarla por diversos medios, a fin de satisfacer necesidades específicas. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de lo que usted podría hacer.

- Comparar los datos de los indicadores por sexo o por grupo socioeconómico de la ciudad o de alguno de sus distritos. Compruebe que dispone de los datos necesarios para ello.
- Si observa una gran diversidad de valores numéricos en las celdas coloreadas en ROJO (o VERDE o AMARILLO) puede ampliar la gama cromática de los códigos a fin de posibilitar una evaluación más detallada.
- Con miras a realizar presentaciones, la herramienta MATRIZ se puede enriquecer visualmente mediante diversos programas informáticos.

ANEXO V: DESARROLLO DE URBAN HEART MONITOR – ASESORAMIENTO TÉCNICO

¿POR QUÉ HACERLO?

Una vez desarrollada la herramienta MATRIZ, podrá identificar los distritos que logran los mejores y los peores resultados para cada indicador de Urban HEART. A partir de ahora, puede desarrollar el instrumento MONITOR para hacer un seguimiento de las deficiencias en materia de equidad en salud en su ciudad (la diferencia entre el mejor y el peor resultado) a lo largo del tiempo y evaluar los progresos con respecto a un objetivo de equidad. Más adelante se describe el proceso de desarrollo del instrumento MONITOR básico para su ciudad. Si dispusiera de datos sobre los resultados de diferentes ciudades, podría utilizar ese instrumento para realizar un seguimiento de las deficiencias en materia de equidad en salud entre las ciudades de una región o un país.

¿QUÉ NECESITARÁ?

- Programas informáticos para crear **cuadros, gráficos y hojas de cálculo** (por ejemplo, Microsoft Excel).
- **Datos sobre los indicadores,** desglosados por unidad geográfica (obligatorio) y por otras variables sociodemográficas tales como género, nivel de ingresos, grado de instrucción (opcional).
- **Punto de referencia interno** para cada indicador, por ejemplo, media nacional y media de la ciudad.
- **Objetivo fijado** para cada indicador, por ejemplo, los ODM para el año 2015, objetivos nacionales y niveles de desempeño de los grupos de mayores ingresos.
- **Datos longitudinales** (mediciones reiteradas de un indicador a lo largo del tiempo). Compruebe que sus datos abarquen un período suficientemente largo, a fin de poder evaluar los cambios. En algunos indicadores esos cambios pueden tardar más en producirse. Verifíquelo con los expertos de su equipo.

¿QUÉ HACER?

1. Decidir de qué indicador quiere hacer seguimiento y qué años analizará. Sobre la base de las deliberaciones y consultas del equipo con las partes interesadas, determinar qué indicador es suficientemente importante como para merecer un seguimiento en el tiempo. Escoja un indicador para el cual se hayan obtenido datos en varias ocasiones. En los ejemplos que figuran a continuación utilizamos el indicador "asistencia calificada durante el parto", que es un indicador perteneciente a la esfera de política concerniente al desarrollo social y humano. Seleccione los años que analizará. En los ejemplos que figuran a continuación utilizamos datos de los años 1990, 1995, 2000 y 2005.

2. Decidir cuál será su punto de referencia interno. Un "punto de referencia interno" pertinente y comparable servirá para comprender el desempeño de un distrito, en relación con un indicador. Es importante señalar que el punto de referencia interno debería representar un año dado. Por ejemplo, podría utilizar la media nacional o la media de la ciudad para determinado año. En los ejemplos que siguen, hemos utilizado la media anual de la ciudad en el año 1990 como el punto de referencia interno. Es la media más baja de la ciudad para el período que abarca el informe y sirve como medida de referencia.

3. Identificar un objetivo pertinente. ¿Cuál es el objetivo pertinente para este indicador? Podría escoger un ODM, un objetivo nacional, un objetivo municipal o algún otro objetivo numérico conveniente, preferentemente con una referencia temporal. **Es importante señalar que el objetivo escogido debe ser más ambicioso que el punto de referencia interno.** En los ejemplos que siguen, hemos utilizado el objetivo nacional del año 2010 para la "asistencia calificada durante el parto".

4. Introducir los encabezamientos de las columnas y las filas. Este proceso es similar al descrito para desarrollar la herramienta MATRIZ. Abra una nueva hoja de cálculo en Microsoft Excel u otro programa informático de elaboración de gráficos y cuadros y cree un nuevo cuadro de datos. En este caso necesitará seis columnas. Identifique las columnas como se muestra en el ejemplo que figura más abajo. El encabezamiento de la columna 1, es "Año"; el de la columna 2, "Peor resultado de distrito"; columna 3, "Mejor desempeño de distrito" y la columna 4, es el "punto de referencia interno." En el ejemplo se lo identifica como "Media de la ciudad en el año 1990". Utilice su propio título para el punto de referencia interno. La columna 5, es el "objetivo". En el ejemplo su encabezamiento es "Media nacional en el año 2010". Utilice su propio título para el objetivo.

A continuación, identifique cada fila con los años que analizará. Comience con el año más lejano. El año más reciente ocupará la última fila.

Ejemplo: El cuadro de datos se ha creado para analizar la inequidad en la proporción de partos asistidos por personal sanitario calificado, en un período de 15 años. En el cuadro se tienen en cuenta datos correspondientes a cuatro años: 1990, 1995, 2000 y 2005.

Cuadro A. Inequidad en la asistencia capacitada durante el parto, en la ciudad A, 1990-2005

Año	Peor resultado de distrito	Mejor resultado de distrito	Media de la ciudad	Punto de referencia: Media de la ciudad en el año 1990	Objetivo: Media nacional en el año 2010
1990					
1995					
2000					
2005					

5. Introducir datos en las celdas. Comience con su objetivo. Introduzca ese valor en la última columna de la derecha. Luego, haga lo propio con los datos correspondientes al punto de referencia interno (por ejemplo, la media de la ciudad) para cada año. Introduzca esos valores en las celdas que corresponda. Revise su trabajo.

Ejemplo: los datos correspondientes a cada indicador se han introducido en todas las celdas.

Cuadro A. Inequidad en la asistencia capacitada durante el parto, en la ciudad A, 1990-2005

Año	Peor resultado del distrito	Mejore resultado del distrito	Media Municipal	Punto de referencia: media de la ciudad en el año 1990	Objetivo: media nacional en el año 2010
1990	19 %	80 %	50 %	50%	90%
1995	10 %	45 %	33 %		
2000	30 %	86 %	60 %		
2005	20 %	95 %	55 %		

Recuerde: para fines del instrumento MONITOR, los nombres de los distritos no tienen importancia y, por lo tanto, no es necesario consignarlos en el cuadro de datos (asi mismo, podría hacer seguimiento de ellos en otro documento). La condición de "peor" (y "mejor") distrito puede variar a lo largo de los años. Ello no supone un problema. Las columnas no representan ningún distrito en particular, sino las mejores y peores tasas de desempeño respecto del indicador elegido, independientemente del lugar. Si deseara hacer seguimiento de un distrito dado, podría proceder a modificar el instrumento MONITOR (véase el paso 11, más adelante).

6. Asignar un código cromático a las celdas utilizando el color ROJO. Este proceso es idéntico al que se siguió para la herramienta MATRIZ. ROJO indica un resultado peor que el punto de referencia interno. Comenzando por la primera fila, compare los valores correspondientes a los datos de su ciudad introducidos en cada celda, con el punto de referencia interno. Coloree con ROJO las celdas cuyos valores sean peores que el punto de referencia interno. Recuerde que, en el caso de algunos indicadores, un valor más pequeño indica un mejor desempeño, mientras que para otros un valor más pequeño indica un desempeño peor. Cuando utilice el color ROJO estará indicando un desempeño peor. Continúe, fila por fila, hasta completar el cuadro. Vuelva a verificar el trabajo.

Ejemplo: Sólo se han coloreado con ROJO seis celdas.

Cuadro A. Inequidad en la asistencia capacitada durante el parto, en la ciudad A, 1990-2005

Año	Peor resultado del distrito	Mejor resultado del distrito	Media de la ciudad	Punto de referencia: Media de la ciudad en el año 1990	Objetivo: media nacional en el año 2010
1990	19 %	80 %	50 %	50%	90%
1995	10 %	45 %	33 %		
2000	30 %	86 %	60 %		
2005	20 %	95 %	55 %		

7. Asignar un código cromático a las celdas utilizando el color VERDE. Este color indica que el resultado es igual o mejor que el punto de referencia interno y que el objetivo fijado. Examine cada celda que no esté coloreada de ROJO ni AMARILLO. Si los valo con VERDE. Continúe, fila por fila, hasta completar el cuadro.

Ejemplo: Se han coloreado con AMARILLO cinco celdas. Con una excepción (2005), la asistencia calificada durante el parto nunca alcanzó el objetivo fijado para el año 2010, ni siquiera en los distritos que lograron los mejores resultados.

Cuadro A. Inequidad en la asistencia capacitada durante el parto, en la ciudad A, 1990-2005

Año	Peor resultado de distrito	Mejor resultado de distrito	Media de la ciudad	Punto de referencia: Media de la ciudad en año 1990	Objetivo: Media nacional en el año 2010
1990	19%	80%	50%	50%	90%
1995	10%	45 %	33%		
2000	30%	86%	60%		
2005	20%	95%	55%		

8. Asignar un código cromático a las celdas utilizando el color AMARILLO. Examine cada celda no coloreada con ROJO (incluso los valores del punto de referencia interno). Cada magnitud debería ser igual o mejor que el punto de referencia interno. Si el valor es peor que el objetivo, coloree la celda con AMARILLO. Continúe, fila por fila, hasta completar el cuadro. Cuando haya finalizado, todas las celdas debería estar coloreadas, salvo aquellas para las que no hubiese datos disponibles. Vuelva a verificar su trabajo.

Ejemplo: Se ha coloreado con VERDE una sola celda. Sólo un distrito ha alcanzado el objetivo nacional del 90% de cobertura.

Cuadro A. Inequidad en la asistencia capacitada durante el parto, en la ciudad A, 1990-2005

Año	Peor resultado de distrito	Mejor resultado de distrito	Media de la ciudad	Punto de referencia: Media de la ciudad en el año 1990	Objetivo: Media nacional en el año 2010
1990	19%	80%	50%	50%	90%
1995	10%	45 %	33%		
2000	30%	86%	60%		
2005	20%	95%	55%		

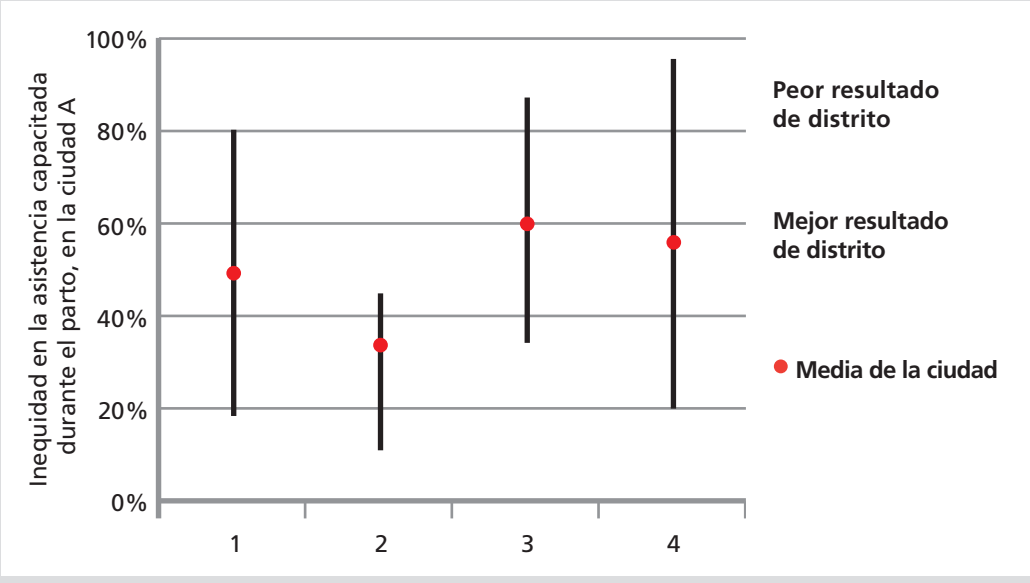
Recuerde: para fines del instrumento MONITOR, los nombres de los distritos no tienen importancia y, por lo tanto, no es necesario consignarlos en el cuadro de datos (asi mismo, podría hacer seguimiento de ellos en otro documento). La condición de "peor" (y "mejor") distrito puede variar a lo largo de los años. Ello no supone un problema. Las columnas no representan ningún distrito en particular, sino las mejores y peores tasas de desempeño respecto del indicador elegido, independientemente del lugar. Si deseara hacer seguimiento de un distrito dado, podría proceder a modificar el instrumento MONITOR (véase el paso 11, más adelante).

9. Vuelva a verificar su trabajo. Compruebe la exactitud y la validez de los datos ingresados y del código cromático (véanse, en el paso 8 del desarrollo de la herramienta MATRIZ, los aspectos que se han de verificar).

10. Crear un gráfico básico. Ahora, elabore un gráfico para visualizar los resultados obtenidos con el instrumento MONITOR. Las instrucciones específicas para elaborar el gráfico dependerán de la aplicación informática que utilice. A continuación proporcionamos instrucciones básicas para crear el gráfico con Microsoft Excel 2007.

- En los datos del cuadro A, seleccione las columnas 2, 3 y 4, incluidos sus encabezamientos. En el menú desplegable "Charts" (Gráficos) seleccione la categoría "Stock Charts" (Gráfico de cotizaciones). Pulse en "High-Low-Close" (Máximos, mínimos y cierre).

Ejemplo: A partir del cuadro de datos elaborado en los pasos anteriores y siguiendo las instrucciones precedentes para crear un gráfico en Microsoft Excel 2007, podemos generar un gráfico muy básico.



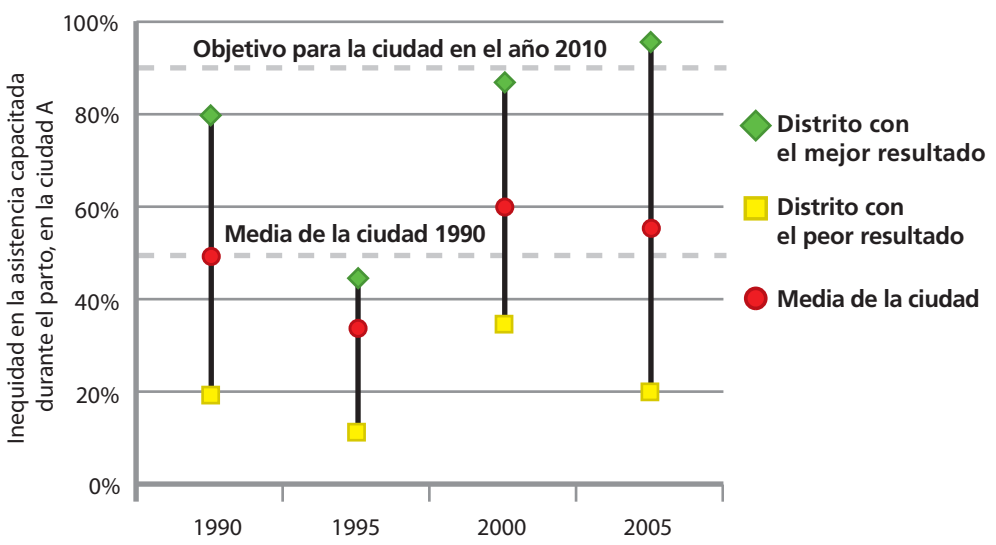
11. Modificar el instrumento MONITOR de Urban HEART. El gráfico básico precedente se puede modificar para elaborar un instrumento MONITOR de Urban HEART. Realice los siguientes cambios:

- Introduzca el **año de los datos** correspondiente a cada observación.
- Asigne marcadores a los puntos de los datos, a saber:

Círculos para los promedios;
Rombos para las unidades con los mejores resultados;
Cuadrados para las unidades con los peores resultados.

- Aplique a los marcadores el mismo código cromático que a los datos del cuadro.
- Añada líneas que remitan al punto de referencia interno y al objetivo fijado.

Ejemplo: Objetivo para la ciudad en 2010 Asistencia calificada durante el parto (%)
Media de la ciudad en 1990



12. Personalizar el instrumento MONITOR (opcional). En los pasos 1 a 10 se describe el desarrollo del instrumento MONITOR básico. Existen diversos medios que permiten ir más allá del instrumento MONITOR básico o personalizar la herramienta MATRIZ a fin de satisfacer necesidades específicas. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de lo que usted podría hacer.

- Comparar los datos de los indicadores por sexo o por grupo socioeconómico de la ciudad o de sus distritos. Compruebe que dispone de los datos necesarios para ello.
- Si observa una gran diversidad de valores numéricos en las celdas coloreadas de ROJO (o VERDE o AMARILLO), puede ampliar la gama cromática de los códigos a fin de posibilitar una evaluación más detallada.
- Con miras a realizar presentaciones, el instrumento MONITOR se puede enriquecer visualmente mediante diversos programas informáticos.

ANEXO VI: INTERPRETACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS MATRIZ Y MONITOR DE URBAN HEART – EJEMPLOS Y ESCENARIOS

A fin de establecer sus prioridades a la hora de abordar los problemas de equidad en salud, los equipos y las partes interesadas pueden examinar los resultados de las herramientas MATRIZ y MONITOR de diversas maneras. En los escenarios que se exponen a continuación, se ilustran algunos enfoques básicos.

A. Empezar por las preocupaciones prioritarias de los interesados. Llegado el momento de intercambiar con los interesados los datos objetivos que emanan de Urban HEART, una buena forma de empezar consiste en analizar los indicadores que para ellos son más importantes.

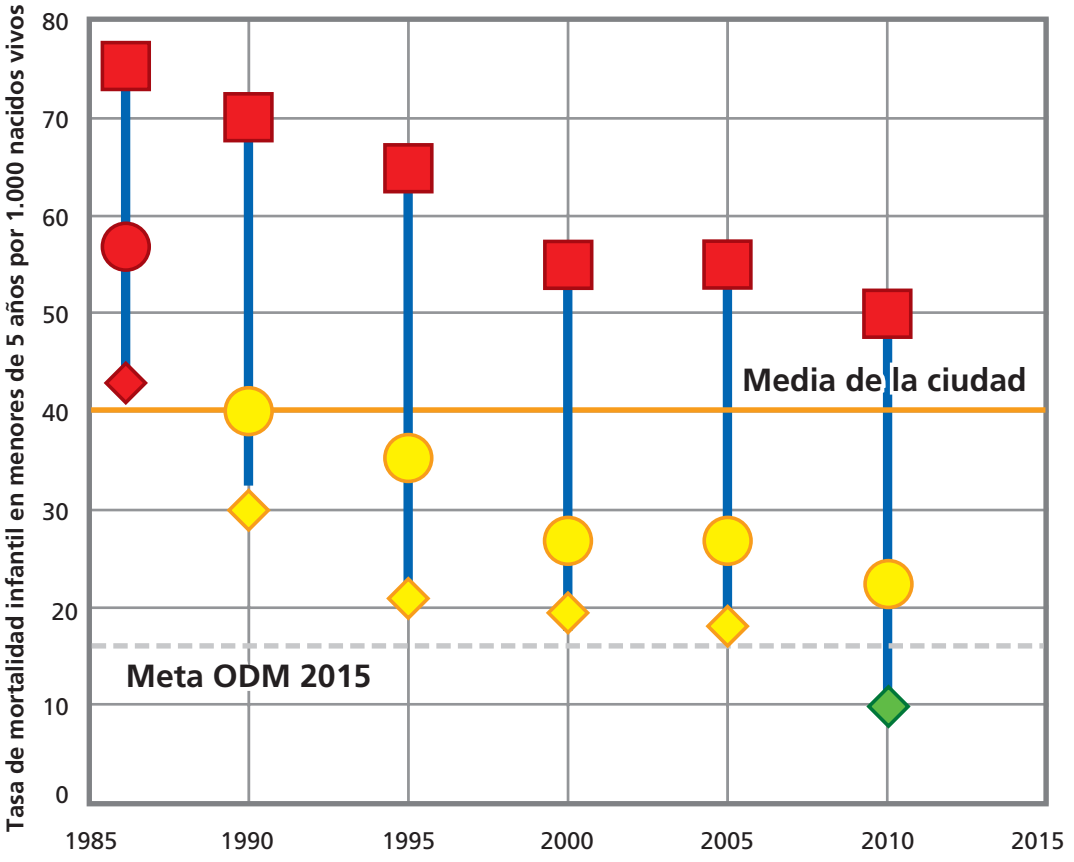
- En el escenario 1, los interesados habían identificado el control del tabaco como una prioridad principal. Gracias a la herramienta MATRIZ se puso de manifiesto que la prevalencia del tabaquismo era superior a la media nacional en tres de los seis barrios (coloreados en ROJO). Otros barrios habían alcanzado el nivel fijado como objetivo (coloreados en VERDE). Sobre la base de esos resultados, los interesados decidieron realizar una investigación más detallada sobre el consumo de tabaco en los barrios vulnerables (y extraer posibles enseñanzas de los barrios más saludables). Se establecieron estrategias de respuesta prioritarias para promover la suspención del tabaco en los barrios vulnerables.

Escenario 1: Se detectan resultados mediocres en relación con el consumo de tabaco en los barrios urbanos

ESFERA DE POLÍTICAS	INDICADORES	BARRIOS					
		#1	#2	#3	#4	#5	#6
INFRAESTRUCTURA Y ENTORNO FÍSICO	Acceso a agua segura						
	Acceso a saneamiento mejorado						
DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO	Prevalencia del uso de tabaco						
	Terminación de la educación primaria						
	Asistencia capacitada durante el parto						
ECONOMÍA	Pobreza						
	Desempleo						
GOBERNANZA	Gasto público en salud						
	Participación de votantes						

- En el escenario 2, los interesados analizaron en particular las tendencias de la mortalidad infantil. La herramienta MONITOR puso de manifiesto que la mortalidad de los menores de cinco años en la ciudad A (representada con cuadrados) era considerablemente superior al promedio regional (círculos) y a la de las ciudades con mejores resultados de la región (rombos). Además, la tasa de mortalidad iba mejorando más lentamente que en otras ciudades de la región. Los interesados decidieron cambiar el enfoque de los servicios pediátricos en la ciudad A.

Escenario 2: Se centra la atención en la mortalidad infantil en la ciudad A



B. Detectar las prioridades que emergen de los datos probatorios. Otra opción consiste en examinar el resultado de MATRIZ a grandes rasgos para identificar grupos de problemas y, posteriormente, rastrearlos en referencia a los indicadores específicos, las esferas de políticas o los barrios que requieren atención. Este enfoque es más inductivo. Posiblemente se trate de un enfoque muy apropiado para los equipos intersectoriales, que están dispuestos a trabajar en colaboración, para abordar los problemas de equidad más prioritarios que emergen de esos datos probatorios.

En el escenario 3, los miembros del equipo observaron que el ámbito de políticas económicas se distinguía de los demás. Era el ámbito con más cuadrados rojos y amarillos, que indicaban resultados mediocres o de riesgo. Además, los problemas en el terreno económico eran generalizados y afectaban a la mayoría de ciudades de la región. El equipo observó también que todos los indicadores económicos reflejaban problemas. El equipo decidió centrar la investigación en las causas y las consecuencias de los problemas económicos. En la fase 6, optaron por estrategias de respuesta para abordar los problemas económicos a nivel regional.

Escenario 3: Se descubre que el ámbito de las políticas económicas es el más problemático

INDICADORES		CIUDAD					
		A	B	C	D	E	F
ESFERA DE POLÍTICAS 1	Acceso a agua segura	🟥	🟩	🟩	🟩	🟩	🟥
	Acceso a saneamiento mejorado	🟨	🟩	🟩	🟨	🟩	🟨
	Lesiones de trásito	🟨	🟨	🟩	🟩	🟥	🟨
ESFERA DE POLÍTICAS 2	Tasa de analfabetismo del adulto	🟥	🟩	🟩	🟨	🟥	🟥
	Asistencia capacitada durante el parto	🟥	🟨	🟨	🟨	🟩	🟨
	Violencia doméstica	🟨	🟩	🟨	🟩	🟥	🟨
ESFERA DE POLÍTICAS 3	Tasa de desempleo	🟥	🟥	🟩	🟥	🟩	🟨
	Mujeres que ganan salario	🟥	🟥	🟨	🟨	🟥	🟨
	Hogares con tenencia segura	🟥	🟨	🟥	🟩	🟥	🟥
ESFERA DE POLÍTICAS 4	Proceso participativo en proyectos de desarrollo	🟥	🟥	🟩	🟨	🟥	🟥
	Presupuesto del gobierno para la salud y la educación	🟨	🟥	🟥	🟥	🟩	🟥

ANEXO VII: ESTRATEGIAS DE RESPUESTA DE URBAN HEART EN MATERIA DE EQUIDAD

ESFERA DE POLÍTICAS 1. ENTORNO FÍSICO E INFRAESTRUCTURA				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad de salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Agua, saneamiento y gestión de residuos Promover el conocimiento de prácticas adecuadas de almacenamiento de agua, saneamiento e higiene personal. Asegurar un abastecimiento suficiente de agua para lavado y baño. Apoyar la construcción de letrinas en los hogares. Promover prácticas adecuadas de almacenamiento de alimentos. Proporcionar sistemas e infraestructuras de abastecimiento de agua, a nivel comunitario. Mejorar los sistemas de drenaje de aguas residuales. Construir más veredas peatonales. Proporcionar instalaciones para promover el lavado de manos. Brindar apoyo técnico para mejorar la estructura de las viviendas o ampliarlas. Asegurar la disponibilidad de materiales para el mejoramiento de las viviendas a precios asequibles. Promover prácticas adecuadas de gestión de residuos sólidos a nivel de los hogares (segregación, reciclado, almacenamiento, etc.).	**Agua, saneamiento y gestión de residuos** Impartir formación y asistencia técnica sobre el mejoramiento de los sistemas de agua y saneamiento. Movilizar a los trabajadores de la salud para que apliquen y cumplan las directrices en materia de agua y saneamiento. Iniciar y apoyar campañas de limpieza para el control de vectores. Poner en marcha programas de educación en la comunidad para mejorar la gestión de residuos en los hogares y en los barrios.	**Agua y saneamiento** Cartografiar las zonas en las que la cobertura de los sistemas de agua y saneamiento es limitada y hacer que esta medida sea una prioridad del proyecto "ciudades sanas". Organizar campañas para promover el acceso universal al agua potable y los servicios de saneamiento, y elaborar materiales de promoción en el marco del proyecto "ciudades sanas". Asegurar que todas las escuelas dispongan de sistemas óptimos de abastecimiento de agua y saneamiento, como parte de la promoción de la salud en las escuelas. Explorar las diferentes fuentes de agua para las escuelas, los mercados y otros entornos saludables, por ejemplo, la recogida de agua de lluvia. Movilizar al sector privado para garantizar el acceso universal al agua potable y saneamiento.	**Agua, saneamiento y gestión de desechos** Hacer participar a l área urbana pobre y al sector salud en la mejora de la planificación del abastecimiento de agua y saneamiento. Determinar las inequidades en la cobertura y distribución de los sistemas de agua y saneamiento y dar prioridad a los distritos más pobres, los asentamientos informales, los barrios de tugurios y otras zonas desatendidas. Al planificar el suministro de servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, tener en cuenta las necesidades especiales de las comunidades en las que son frecuentes las enfermedades, por ejemplo, en las zonas donde prevalecen la tuberculosis, las enfermedades diarreicas o el VIH/SIDA. Ser consciente del mayor volumen de agua que se necesita para que las personas y las familias mantengan un buen nivel de higiene. Proporcionar el diseño físico y los recursos para apoyar los esfuerzos de la comunidad encaminados a mejorar los sistemas e infraestructuras de abastecimiento de agua, la construcción de letrinas en los hogares , y la mejora de los sistemas de drenaje.	**Agua, saneamiento y desarrollo urbano sostenible** Establecer vínculos entre la salud, el medio ambiente y el desarrollo; determinar las inequidades en relación con los distintos grupos urbanos y centrar la atención en abordar esas inequidades. Elaborar planes de desarrollo urbano sostentible a gran escala que respondan a las necesidades de las áreas urbanas pobres, suministrándoles mejores viviendas y acceso a sistemas de agua y saneamiento, y prevenir la futura construcción de barrios de tugurios y asentamientos informales. Establecer expresamente la necesidad de lograr el acceso universal al agua potable y saneamiento en las ciudades. Utilizar la amenaza de pandemias o brotes de enfermedades como palanca para obtener apoyo politico que permita mejorar los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento para las áreas urbanas pobres. Formular políticas y directrices a nivel nacional sobre los sistemas de agua potable y saneamiento y la gestión de residuos.

ESFERA DE POLÍTICAS 1. ENTORNO FÍSICO E INFRAESTRUCTURA				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Organizar periódicamente campañas de limpieza para el control de vectores. Dotar a los barrios de sistemas de drenaje de aguas superficiales. Proporcionar sistemas de recogida y gestión de residuos sólidos a nivel comunitario. Identificar las fuentes de contaminación atmosférica y tratar de limitar las emisiones.			Asegurar que el abastecimiento de agua y el saneamiento se incluyan en los planes destinados a las escuelas y los mercados. Proporcionar sistemas de retirada y evacuación sistemáticas de los residuos sólidos de los hogares y las comunidades. Movilizar recursos para las infraestructuras de abastecimiento de agua y saneamiento. Desarrollar las fuentes de agua en todos los sectores de la ciudad. Adaptar los sistemas de distribución a las comunidades urbanas pobres y los asentamientos informales. Desarrollar normas para mejorar la seguridad y la protección contra los riesgos de forma progresiva con el fin de que las comunidades puedan cumplir las reglamentaciones. Desarrollar planes para todos los sectores de la ciudad que permitan la adaptación al cambio climático, contando con una amplia participación de las áreas urbanas pobres, las metrópolis, las comunidades y la sociedad civil. Asegurar que los sistemas de transporte público sean accesibles para las comunidades urbanas pobres y los asentamientos informales	Prestar asistencia técnica y desarrollar capacidades en programas de agua y saneamiento para los funcionarios locales de salud, las autoridades municipales y organizaciones comunitarias. Formular disposiciones legislativas sobre saneamiento y medidas de lucha contra la contaminación.

ESFERA DE POLÍTICAS 1. ENTORNO FÍSICO E INFRAESTRUCTURA				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Combustibles seguros para los hogares Facilitar información (pósters, folletos) sobre la manera de mejorar el diseño de las cocinas y la ventilación de los hogares.	**Viviendas, condiciones de vida y combustibles seguros para los hogares** Facilitar información a los hogares sobre la manera de reducir los riesgos derivados de las deficiencias que presentan las viviendas. Identificar los grupos de riesgo como consecuencia de las viviendas deficientes o la vulnerabilidad (personas mayores, discapacitados, personas que viven con el VIH/SIDA) y brindar apoyo y asistencia adicionales, según sea necesario. Elaborar programas de educación sobre los combustibles seguros para los hogares, por ejemplo, pósters, folletos y panfletos. Invitar a oradores de otros sectores o comunidades para que compartan sus experiencias en el uso de combustibles de interior alternativos y seguros. Coordinar con los sectores de los trabajadores y los empleadores las cuestiones relacionadas con las seguridad en el trabajo en las industrias comunitarias y las empresas familiares. Iniciar proyectos sobre los lugares de trabajo sanos.	**Viviendas, condiciones de vida y combustibles seguros para los hogares, barrios** Cartografiar las partes de la ciudad donde las condiciones de vivienda y de vida son mediocres y hacer que esta medida sea una prioridad del proyecto "ciudades sanas". Elaborar programas para el mejoramiento de las viviendas que respondan a las necesidades de las personas mayores y los discapacitados. Prever condiciones de vivienda seguras y adecuadas que reduzcan la incidencia de lesiones causadas por caídas o quemaduras. Desarrollar un transporte público respetuoso del medio ambiente e instalaciones para peatones y ciclistas y reducir los efectos perjudiciales para la salud de una sociedad que depende del automóvil como parte del enfoque basado en los entornos saludables. Promover la eficiencia energética en todos los entornos saludables. Formular políticas municipales en materia de eficiencia energética centradas en la reducción del consumo urbano y promover fuentes de energía alternativas confiables, más seguras y más limpias. Organizar proyectos para ir caminando a la escuela. Organizar campañas de limpieza de calles para el control de vectores. Destinar más espacios abiertos a parques, zonas verdes y áreas de juego para los niños.	**Viviendas, condiciones de vida y salud ambiental** Hacer participar las áreas urbanas pobres, las comunidades y el sector salud en todos los programas destinados a mejorar la disponibilidad de materiales de construcción para las áreas urbanas pobres. Garantizar el suministro de materiales y equipos de construcción baratos y fácilmente accesibles y apoyar los centros de asesoramiento urbanístico en cada barrio. Destinar espacios suplementarios a instalaciones públicas para lavado de manos y lavandería. Reforzar la capacidad, en todos los proyectos de desarrollo, para cuantificar el impacto (de salud y ambiental) en la equidad. Hacer participar a la comunidad en las actividades destinadas a cuantificar el impacto en la equidad.	

ESFERA DE POLÍTICAS 1. ENTORNO FÍSICO E INFRAESTRUCTURA				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
		Promover los mercados saludables y la seguridad alimentaria. Crear escuelas que promuevan la salud y otorgarles el debido reconocimiento. Apoyar los servicios públicos de lavandería. Adoptar medidas de zonificación para regular la ubicación de los establecimientos y tiendas de venta de tabaco, alcohol y otros productos nocivos. Prever la disponibilidad de fuentes de energía alternativas que sean asequibles, fiables y limpias, especialmente en los asentamientos informales, en el marco de proyectos de comunidades saludables.		
Transporte saludable Adoptar medidas para mejorar la higiene y la seguridad en las empresas familiares y las actividades de sustento en los asentamientos informales. Desarrollar sistemas de transporte adecuados para las personas heridas, enfermas o con otro tipo de discapacidad. Garantizar que sea posible para todos desplazarse a pie o en bicicleta y realizar cualquier otro tipo de actividad física de forma segura. Desarrollar y aplicar políticas de transporte que promuevan medios activos y seguros para dirigirse a la escuela y al lugar de trabajo, por ejemplo, a pie o en bicicleta.	**Transporte saludable** Adoptar medidas para habilitar entornos de trabajo seguros y saludables, especialmelnte con relación a las comunidades y las industrias artesanales. Iniciar proyectos de entornos de trabajo saludables. Ejercer presión para que se dicten ordenanzas municipales sobre la zonificación de los puntos de venta de alcohol y para que se cumplan las leyes sobre conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas. Organizar campañas de seguridad vial. Realizar pruebas para detectar la concentración de alcohol en la sangre en los lugares de trabajo que presentan un alto riesgo de accidente.	**Transporte saludable** Adoptar medidas para la seguridad del tránsito, por ejemplo, para controlar la velocidad. Dotarse de infraestructuras mejoradas que tengan en cuenta la seguridad de los peatones.	**Transporte saludable** Invertir en el transporte público. Promover los desplazamientos a pie, en bicicleta, y otras formas no motorizadas de transporte. Hacer que la posibilidad de desplazarse a pie a puntos de venta de alimentos, centros de salud o parques, se convierta en un parámetro positivo del desarrollo y la planificación a nivel comunitario. Formular políticas metropolitanas en materia de eficiencia energética centradas en la reducción del consumo urbano y promover fuentes de energía alternativas confiables, más seguras y más limpias.	**Transporte saludable** Formular directrices nacionales sobre las medidas de seguridad vial. Invertir y crear capacidad para apoyar la adopción de medidas multisectoriales por parte de los gobiernos locales, el sector del transporte, las autoridades públicas encargadas de las infraestructuras y los grupos cívicos, destinadas a reducir y prevenir los traumatismos por accidentes de tránsito.

ESFERA DE POLÍTICAS 1. ENTORNO FÍSICO E INFRAESTRUCTURA				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad de salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad de salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
			Mejorar las redes de carreteras y eliminar los peligros del trásito. Desarrollar sistemas de gestión del tránsito en las zonas metropolitanas. Desarrollar sistemas de eliminación higiénica de residuos en toda la ciudad. Desarrollar sistemas de drenaje y control de inundaciones en toda la ciudad.	
Contaminación atmosférica Identificar las fuentes de contaminación atmosférica y tratar de limitar las emisiones.		**Contaminación atmosférica** Formular medidas aplicables a todos los sectores de la ciudad para reducir la contaminación atmosférica ambiental y desarrollar estrategias multisectoriales para la consecución de metas y objetivos.	**Contaminación atmosférica** Formular estrategias y objetivos generales para la reducción de la contaminación atmosférica que abarquen todos los sectores. Destacar la necesidad de utilizar combustibles de interior más limpios y proponer incentivos para el uso de otros tipos de combustibles o medidas para mejorar los sistemas de ventilación. Cambiar a combustibles más limpios para los vehículos, según proceda. Regular el número de vehículos de motor que pueden circular en las zonas más congestionadas de la ciudad. Aplicar medidas de control de las emisiones contaminantes e involucar al sector salud en las campañas de presión para endurecer las medidas de control del trásito.	**Contaminación atmosférica** Integrar el uso de combustibles seguros en los hogares, en los programas nacionales de atención primaria de salud y documentar el impacto que tienen las intervenciones dirigidas a los hogares en los resultados de salud de las comunidades.

ESFERA DE POLÍTICAS 1. ENTORNO FÍSICO E INFRAESTRUCTURA				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
		Adaptación al cambio climático Cartografiar las partes de la ciudad que son más vulnerables a las inundaciones, los deslizamientos de tierra y las temperaturas extremas. Elaborar planes municipales de adaptación al cambio climático. Establecer con carácter prioritario medidas de adaptación para las áreas urbanas pobres, por ejemplo, lugares alternativos para vivir.	**Cambio climático** Determinar las vulnerabilidades al cambio climático y elaborar planes de adaptación a escala urbana y metropolitana. Otorgar alta prioridad a los grupos más vulnerables y que disponen de pocos recursos para la adaptación, tales como las poblaciones urbanas pobres y los asentamientos informales. Desarrollar y racionalizar los sistemas de derivación de casos para las víctimas de emergencias y desastres.	**Cambio climático** Llevar a cabo estudios de previsión y predicción para entender el impacto que puede tener el cambio climático en las zonas urbanas . Desarrollar competencias y capacidades para ofrecer asesoramiento a los sistemas sanitarios metropolitanos y locales, en relación con la adaptación al cambio climático y su impacto en las áreas rurales poblres. Llevar a cabo investigaciones sobre la mejor manera de adaptarse al cambio climático, centrándose en las condiciones que las áreas rurales pobres.
				Calidad energética Formular políticas de ámbito nacional que faciliten el acceso a energías alternativas asequibles, fiables y limpias para todos los hogares urbanos. **Eficiencia energétiva** Formular políticas de ámbito nacional en materia de eficiencia energética centradas en la reducción del consumo urbano y promover fuentes de energía alternativas confiables, más seguras y más limpias. Promover el uso de combustibles alternativos. Invertir en el transporte público y ofrecer incentivos y apoyo a los gobiernos locales y las autoridades metropolitanas.

ESFERA DE POLÍTICAS 1. ENTORNO FÍSICO E INFRAESTRUCTURA				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
				Promover los desplazamientos a pie, en bicicleta, y otras formas no motorizadas de transporte. Hacer que la posibilidad de desplazarse a pie sea un objetivo nacional de desarrollo en los ámbitos de la salud, la seguridad vial y la lucha contra la contaminación.

ESFERA DE POLÍTICAS 2. DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Alfabetización Organizar programas de alfabetización para todas las edades.	**Alfabetización** Coordinar con los sectores de educación y bienestar social la integración de los programas de alfabetización, en la formación prevista en el marco de los servicios de atención primaria de salud. Adaptar a los asentamientos informales urbanos la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.	**Alfabetización** Adoptar la alfabetización universal como objetivo de las ciudades saludables. Integrar los programas de alfabetización a los enfoques centrados en distintos entornos, tales como los mercados saludables o las escuelas que promueven la salud. Formular objetivos conjuntos en materia de alfabetización, en colaboración con los sectores de la salud, la educación y el bienestar socia**l.**	**Alfabetización, educación y desarrollo de los recursos humanos** Cartografiar las inequidades educativas por distrito, género y clase socioeconómica y adoptar medidas que generen oportunidades más justas en materia de alfabetización y educación. Formular objetivos conjuntos e indicadores para hacer un seguimiento de los progresos en la reducción de las inequidades educativas que afectan a los grupos desfavorecidos. Elaborar planes intersectoriales a nivel de ciudad/distrito/provincia/ estado para reducir las inequidades educativas. Establecer vínculos entre los programas que promueven la equidad educativa y los servicios de empleo para asegurar que las personas que reciben educación puedan acceder también a oportunidades de empleo justas.	**Educación** Formular y aplicar políticas nacionales que ofrezcan oportunidades más justas de educación y desarrollo de las competencias para las áreas urbanas pobres.

ESFERA DE POLÍTICAS 2. DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Salud de la mujer Incluir la salud en los proyectos destinados a generar medios de subsistencia para las mujeres. Ofrecer formación a las mujeres sobre la preparación para la vida activa (planificación, ahorro). Llevar a cabo investigaciones participativas en la comunidad para comprender cómo sienten las mujeres sus necesidades y cómo piensan que éstas pueden ser atendidas. Impartir educación de salud a las jóvenes. Facilitar el acceso a la información sobre planificación familiar y a los métodos anticonceptivos.	**Salud de la mujer** Incluir los medios de subsistencia, el desarrollo de competencias y el empoderamiento en los programas de formación de los trabajadores del sector salud de la comunidad y en los cursos dirigidos a las madres. Utilizar la investigación participativa para complementar la supervisión y la comunicación de las condiciones de salud en los asentamientos informales. Otorgar prioridad a la educación de salud de las jóvenes. Mejorar la calidad y la proyección de los servicios de planificación familiar y la información correspondiente.	**Salud de la mujer** Alentar, destacar y reconocer la contribución de las mujeres a los entornos saludables, mediante la concesión de premios a los voluntarios, trabajadores y agentes del cambio destacados del sector salud. Integrar la salud de la mujer en los enfoques basados en los distintos entornos. Velar porque la equidad de género forme parte de los proyectos relativos a los entornos saludables.		Promover los desplazamientos a pie, en bicicleta, y otras.
			Reforzar los sistemas de salud urbanos y metropolitanos Invertir en la creación de capacidad en relación con la atención primaria de salud en el medio urbano, especialmente en lo que atañe a las necesidades y los riesgos para la salud que afectan a las poblaciones urbanas pobres y apoyar las actividades correspondientes. Prever sistemas de derivación eficaces desde los servicios de atención primaria, a los de atención secundaria y terciaria. Desarrollar mecanismos de preparación y respuesta para casos de emergencia que tengan en cuenta los desafíos que plantean los asentamientos informales en relación con el tamaño de las calles, la distancia desde las principales carreteras,	**Desarrollo de sistemas de salud urbanos** Formular estrategias nacionales para que los gobiernos locales puedan adquirir los recursos y las capacidades necesarios para ofrecer servicios de atención e información de salud a las áreas urbanas pobres, especialmente a las mujeres, los niños y los jóvenes. Mejorar la cobertura las áreas urbanas pobres, especialmente las mujeres, los niños y los jóvenes, en los regímenes nacionales de seguridad social. Elaborar programas nacionales de prevencion del consumo de drogas y reducción de los daños. Invertir en la observancia de las leyes contra el tráfico de drogas.

ESFERA DE POLÍTICAS 2. DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
			la falta de iluminación y de indicaciones apropiadas por la noche, etc. Apoyar el seguro social de enfermedad y los programas de seguro de salud de base comunitaria destinados a las áreas urbanas pobres. Desarrollar enfoques nacionales específicos con respecto a la tuberculosis, el VIH/SIDA, el paludismo, el dengue y otras enfermedades debilitantes, que son predominantemente urbanas y afectan a las áreas urbanas pobres. Desarrollar intervenciones más eficaces, a nivel nacional, que apoyen las medidas comunitarias de control de las enfermedades no transmisibles y velar porque se aplique el método progresivo de vigilancia de los factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles.	Obtener datos desagregados de los distintos entornos urbanos, para calcular diferenciales intraurbanos y analizarlos a nivel nacional y local. Asegurar que las áreas urbanas pobres los asentamientos informales formen parte de los censos sanitarios a nivel nacional y local. Proporcionar orientación y apoyo técnicos en el plano nacional a los grupos de ayuda a los pacientes de la comunidad y a los servicios de salud, para el tratamiento de las enfermedades mentales, la depresión y la ansiedad. Establecer y aplicar directrices sobre régimen alimentario y apoyar una composición más sana de los alimentos, mediante la reducción de las concentraciones de sal, la eliminación de los ácidos grasos trans de producción industrial, la reducción de las grasas saturadas y del consumo de de azúcares libres. Proporcionar a los consumidores información precisa y ecuánime para facilitarles la toma de decisiones fundamentadas y sanas sobre régimen alimentario. Elaborar un mecanismo para reducir la influencia y el impacto que tienen la disponibilidad y comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas de bajo costo, hipercalóricos y con pocos micronutrientes, para los grupos más desfavorecidos de la población.

ESFERA DE POLÍTICAS 2. DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Supervivencia, salud y nutrición de los niños Organizar grupos de apoyo a la lactancia materna. Organizar programas de alimentación, nutrición, suplementación de micronutrientes y yodación de la sal destinados a los niños. Apoyar la integración de las estrategias de prevención del maltrato infantil, en las iniciativas encaminadas a reducir las experiencias adversas en la infancia y a mejorar el desarrollo del niño. Apoyar los programas de inmunización. Impartir formación a las madres sobre salud infantil y primeros auxilios y alentarlas a que realicen visitas periódicas a los centros de salud. Ofrecer incentivos para acudir a los centros de salud. Reforzar las campañas de desparasitación. Organizar actividades deportivas libres de tabaco. Designar zonas libres de tabaco en la comunidad. Prohibir la venta de tabaco a menores.	**Salud y nutrición de los niños y salud de los jóvenes** Formular estrategias específicas de supervivencia del niño al medio urbano, incluyendo, la lactancia materna y la atención a las madres de alto riesgo y las jóvenes en riesgo. Fortalecer la capacidad para aplicar las medidas comunitarias de control de las enfermedades no transmisibles y el método progresivo de vigilancia de los factores de riesgo, en el el contexto urbano. Proporcionar una mejor asistencia prehospitalaria y servicios médicos de emergencia para supervivientes de la violencia. Realizar encuestas especiales para comprender cuáles son los riesgos para la salud de los jóvenes e identificar y cartografiar las zonas de los asentamientos informales, en las que éstos son más vulnerables (por ejemplo, las zonas donde hay libre acceso a sustancias nocivas). Organizar programas sanitarios especiales para los jóvenes (salud reproductiva, prevención del VIH/ SIDA, control del tabaco y prevención del alcoholismo). Elaborar programas de prevención del consumo de drogas y reducción de los daños.			

ESFERA DE POLÍTICAS 2. DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Control del tabaco Solicitar advertencias de salud salud efectivas en el empaquetado de productos de tabaco. Reforzar la prohibición de la venta de tabaco a menores. Empoderar a las comunidades para negociar un nuevo paradigma de la auto-aplicación de las normas de salud.	**Control del tabaco** Incluir el control del tabaco en los programas de formación de la atención primaria de salud. Organizar comités para el control del tabaco en las comunidades Establecer vínculos con las ONG y las entidades promotoras del control del tabaco, con miras a la aplicación de las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, en el plano local. Reforzar los sistemas de salud de manera que los servicios de asesoramiento para la cesación del tabaco formen parte de la atención primaria de salud. Apoyar los servicios telefónicos de ayuda para la cesación del tabaco y otras iniciativas comunitarias, así como los tratamientos farmacológicos fácilmente accesibles y de bajo costo.	**Control del tabaco** Convertir las ciudades en ciudades libres de tabaco. Declarar libres de tabaco todas las actividades deportivas. Prohibir fumar en lugares públicos, especialmente en los espacios cerrados. Elaborar programas de prevención del consumo de drogas y reducción de los daños a escala de toda la ciudad. Promulgar y hacer cumplir la obligación de asegurar que los centros de salud y educativos y todos los lugares públicos cerrados, incluidos los lugares de trabajo, restaurantes y bares, estén totalmente libres de la exposición al humo de tabaco. Poner en práctica la prohibición general de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio directos del tabaco. Encargar a los ciudadanos la observancia de las ordenanzas de control del tabaco. Aumentar las tasas de los impuestos sobre los productos del tabaco y garantizar que se ajusten periódicamente, para tener en cuenta la inflación y para que aumenten más rápidamente que el poder adquisitivo de los consumidores.	**Control del tabaco** Elaborar planes a nivel de los gobiernos locales y las autoridades metropolitanas que sean compatibles con el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Colaborar con los principales líderes comunitarios de opinion para cambiar las percepciones sobre la aceptabilidad del tabaco. Aprobar ordenanzas locales que sean más estrictas que las disposiciones del Convenio Marco sobre el Control del Tabaco, según proceda. Integrar las intervenciones para el control del tabaco en las iniciativas de desarrollo y empoderamiento de la comunidad.	**Control del tabaco** Desarrollar un enfoque urbano para la adaptación del Convenio Marco para el Control del Tabaco y proporcionar recursos y apoyo para la aplicación, a nivel local.

ESFERA DE POLÍTICAS 2. DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Abuso del alcohol y las sustancias ilícitas Modelos de comportamiento positivos para los jóvenes en las áreas urbanas.	**Abuso del alcohol y las sustancias ilícitas** Tratamientos disponibles y asequibles, tales como servicios de desintoxicación, de apoyo psicosocial, y tratamientos a base de agonistas opioides (metadona y buprenorfina) para la dependencia de los opiáceos. Educación y distribución de naloxona para prevenir las sobredosis de opiáceos , y protocolos de prevención de las sobredosis.	**Abuso del alcohol y las sustancias ilícitas** Programas de educación para los padres con hijos jóvenes.	**Abuso del alcohol y las sustancias ilícitas** Movilización comunitaria contra el uso ilícito de drogas, con el apoyo de la policía local. Acción comunitaria para el cambio de políticas estructurales del alcohol. Políticas locales dirigidas a los mercados de drogas ilegales en áreas de riesgo (jóvenes, indigentes). Restricciones en los horarios de venta ilícita de drogas. Reforzar las regulaciones de venta de bebidas alcohólicas en los locales a clientes ebrios. Pruebas de alcoholemia a los conductores, al azar.	**Abuso del alcohol y las sustancias ilícitas** Sistema de licencias para venta de alcohol. Requisitos del límite de edad para el consumo de alcohol. Control sobre el contrabando, la producción ilícita y la regulación de la producción de alcohol a domicilio.
Prevención de la violencia Promover enfoques de planificación urbana orientados a la prevención de la delincuencia y la violencia a traves del diseño ambiental. LLevar a cabo programas de educación en prevención de la violencia en los hogares. Incluir la prevención de la violencia en los programas escolares locales. Organizar desde la comunidad consejos de paz y programas de prevención de la delincuencia. Fomentar la resolución de conflictos a través de la discusión y la negociación en la comunidad.	**Prevención de la violencia** Desarrollar sistemas de información y vigilancia que combinen información proveniente de diversas fuentes (policia, escuelas, salas de urgencias).	**Prevención de la violencia** Cartografiar las zonas de la ciudad con un alto índice de delincuencia y violencia y tomar medidas para mejorar el alumbrado, la visibilidad de la policía y las infraestructuras, como elementos de una ciudad sana. Desarrollar y apoyar programas amplios de prevención de la violencia doméstica que establezcan vínculos entre los servicios de emergencia, las políticas, los refugios y el sistema judicial. Apoyar la prevención de la la violencia en la familia y en el hogar como medio para prevenir la violencia en la comunidad.	**Prevención de la violencia** Llevar a cabo investigaciones para mejorar la comprensión de la etiología y la prevención de la violencia comunitaria en las zonas marginadas. Prever expresamente la prevención de la violencia en los planes de rehabilitación urbana. Desarrollar estrategias multisectoriales de prevención de la violencia a escala metropolitana que apoyen los enfoques aplicables a todos los sectores de la ciudad.	**Prevención de la violencia** Prever sistemas para una amplia difusión de las mejores prácticas y fomentar la adaptación a nivel local. Capacitar a los responsables políticos en la mejora del mecanismo para informar de los logros en materia de prevención de la violencia. Promover la inversión en las estrategias de vigilancia a corto, mediano y largo plazo para la prevención de la violencia y la aplicación de las mismas. Promover la inversión en políticas y programas sociales, y en materia de vivienda y educación que potencien la capacidad de las familias y mejoren los vínculos y las redes sociales, así como su aplicación.

ESFERA DE POLÍTICAS 2. DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Organizar iniciativas de vigiliancia vecinal, desarrollar señales comunitarias y sistemas de alerta para desalentar la violencia doméstica. Invertir en la mejora del alumbrado de las calles.		Capacitar a los policías y los agentes del orden para trabajar eficazmente con los niños y los jóvenes.		Reducir la exposición y el acceso a las armas letales, tales como las armas de fuego. Llevar a cabo campañas sostenidas en la sociedad en general para promover las normas sociales que hacen hincapié en el respeto, la no violencia y la equidad de género.
Promoción de la salud mental Asegurar que en las comunidades se reserven lugares seguros para las actividades culturales y de recreo y zonas de juego para los niños.	**Promoción de la salud mental** Incluir la salud mental en la formación elemental (de primer grado) de los agentes de atención primaria de salud. Hacer públicos los protocolos de evaluación y tratamiento para los principales trastornos mentales, en los centros de atención primaria de salud. Asegurar que los médicos de atención primaria puedan prescribir medicamentos psicotrópicos esenciales y que éstos estén siempre disponibles en los centros o en las farmacias cercanas. Asegurar que haya un número suficiente de agentes de atención primaria de salud para dedicar suficiente tiempo a las personas con problemas mentales. Asegurar que los agentes de atención primaria de salud interactúen con un profesional de la salud mental, al menos una vez al mes, para examinar casos individuales y para la coordinación de las actividades y la derivación de pacientes, o que organicen sesiones de formación y supervisión.	**Promoción de la salud mental** Formular explícitamente políticas de inclusión social. Reducir las diferencias sustanciales existentes entre los centros de salud mental administrados por el gobierno y los que tienen fines de lucro en lo que atañe a la duración media de las listas de espera, el número de minutos de consulta externa con un psiquiatra y el número medio de camas por enfermera, en las instalaciones psiquiátricas hospitalarias.	**Promoción de la salud mental** Formular estategias de ámbito metropolitano para la promoción de la salud mental que abarquen multiples sectores, entre ellos, la vivienda, la salud, la justicia penal, el empleo, el bienestar social, la educación, las artes y los deportes.	

ESFERA DE POLÍTICAS 2. DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
	Acceso a la atención primaria de salud Recurrir a métodos de investigación participativa y de base comunitaria para revelar las inequidades en salud, en los contextos urbanos y desarrollar estrategias para responder a la inequidad en el acceso a la atención. Crear capacidad para atender las enfermedades relacionadas con la contaminación, lesiones, envenenamientos, sobredosis de sustancias e intoxicación etílica a nivel del centro de salud y como parte de la atención primaria de salud en los asentamientos informales. Realizar pruebas de detección, a nivel de la atención primaria de salud, del consumo ilícito de drogas en los entornos de alto riesgo. Realizar pruebas de detección del consumo de alcohol y hacer el seguimiento correspondiente. Mejorar el acceso tanto físico como financiero para la atención traumatológica rápida y adecuada, a nivel de la atención primaria de salud, para sobrevivientes de violencia y de episodios traumáticos. Apoyar e invertir en el fortalecimiento de la capacidad de los centros de atención primaria y secundaria de salud, para mejorar su capacidad para atender las enfermedades relacionadas con lesiones, envenenamientos, sobredosis de sustancias e intoxicación etílica, a nivel del centro de salud y como parte de la atención primaria de salud, en los asentamientos informales.	**Acceso a la atención primaria de salud** Hacer que la formación en primeros auxilios generales sea un objetivo de los entornos saludables. Aumentar las inversiones en los programas, la formación y las instalaciones de atención primaria de salud. Desarrollar proyectos para la mejora de la calidad de los centros sanitarios ubicados en los distritos más pobres. Apoyar los servicios de proximidad y las estrategias "de puerta a puerta" para mejorar la cobertura de la inmunización, la salud materna y la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en los asentamientos informales, los barrios marginales y los lugares reasentamiento. Elaborar medidas comunitarias de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles(NCD) más eficaces y apoyar la aplicación del método progresivo de vigilancia de los factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles en el contexto urbano. Desarrollar y apoyar programas de prevención de la violencia para los jóvenes que incluyan, por ejemplo, formación en aptitudes para la vida; asistencia a los adolescentes de alto riesgo para completar la educación escolar; reducción de la disponibilidad de alcohol mediante la promulgación y observancia de leyes de expedición de licencias para la venta de bebidas alcohólicas,		

ESFERA DE POLÍTICAS 2. DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
		estableciendo los impuestos y precios correspondientes, y restricción del acceso a las armas de fuego. Ofrecer la posibilidad de beneficiarse de intervenciones y tratamientos de corta duración a precios asequibles (desintoxicación, apoyo psicosocial, rehabilitación, naltrexona, acamprosato, disulfiram).		
			Protección de la salud en el lugar de trabajo Desarrollar la formación especial de intervención y programas de calidad de salud ocupacional para mejorar las condiciones de salud en barrios marginales y asentamientos informales. Invertir en el suministro de botiquines de primeros auxilios y en la capacitación de los trabajadores de salud en las pequeñas y medianas empresas, que operan en las comunidades pobres y los asentamientos informales, y apoyar esas medidas. Adoptar medidas para garantizar la prestación de los entornos de trabajo seguros y saludables, especialmente en relación con las industrias artesanales.	**Bienestar social e identidad nacional a través del patrimonio de las ciudades** Promover, a nivel nacional, el reconocimiento de patrimonio de la ciudad, el arte y las actividades culturales, como medio de crear el capital social y la promoción de valores sociales positivos en el entorno urbano y fortalecer la identidad nacional. Realizar investigaciones para mostrar el impacto del arte y la cultura, en la protección y resiliencia de la salud mental y la calidad de vida, especialmente en lo que atañe a las áreas urbanas pobres. Formular explícitamente una política general de integración social. Establecer vínculos con organismos nacionales competentes que prestan servicios sociales a fin de obtener asistencia financiera y redes de seguridad social para los migrantes, las familias desplazadas y reubicadas, y otros grupos que son objeto de exclusión.

ESFERA DE POLÍTICAS 2. DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Microfinanciación Incluir la microfinanciación en los proyectos relacionados con los medios de subsistencia, la vivienda, la salud y otros proyectos comunitarios.	**Microfinanciación** Incluir la microfinanciación en las actividades de atención primaria de salud. Vincular la microfinanciación a los proyectos de prevención de violencia doméstica.	**Microfinanciación** Crear un entorno normativo que fomente y ofrezca incentivos y apoyo del gobierno local para el microcrédito. Conceder préstamos a los hogares para la mejora de las viviendas (incluidos los créditos de baja cuantía con plazos de amortización flexibles) o apoyo para planes de crédito, a nivel comunitario. Determinar los grupos que no tienen sistemas de protección social o seguro social de salud con suficiente cobertura y trabajar en la introducción de reformas normativas para ampliar la cobertura. Impartir formación profesional para el empleo remunerado. Integrar servicios de salud sencillos en las actividades de microfinanciación, por ejemplo, consejos breves para la cesación y la prevención del tabaquismo.	**Microfinanciación** Crear un entorno normativo, a nivel municipal, que fomente y ofrezca incentivos para que los gobiernos locales apoyen el microcrédito. Conceder préstamos a las asociaciones u organizaciones de áreas urbanas pobres para alentar a las familias a mejorar las viviendas (incluidos créditos de baja cuantía con plazos de amortización flexibles) o apoyar los planes de crédito, a nivel comunitario Determinar las ciudades o municipios que no tienen sistemas de protección social o de seguro social de salud con suficiente cobertura y trabajar en la introducción de reformas normativas para ayudar a los gobiernos locales a ampliar la cobertura. Alentar y apoyar a las ciudades y municipios que están elaborando planes de seguro de salud basados en la comunidad para las áreas urbanas pobres.	**Microfinanciación** Desarrollar un entorno normativo que fomente la microfinanciación y la vincule a las iniciativas en materia de vivienda, educación, medios de subsistencia y salud dirigidas a las áreas urbanas pobres, e invertir en esta medida y asegurar su sostenibilidad.

ESFERA DE POLÍTICAS 3. CUESTIONES ECONÓMICAS				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Trabajo e ingresos Impartir cursos de formación para el acceso al empleo remunerado y seminarios de formación previa al empleo para mejorar las posibilidades de conseguir trabajo (la manera de preparar un CV, de comportarse en una entrevista). Ofrecer cursos de formación en la generación de medios de subsistencia, en el marco de las actividades económicas informales.	**Trabajo e ingresos** Buscar la forma de integrar los proyectos para la generación de medios de subsistencia y de ingresos en los proyectos comunitarios del ámbito de la salud. Apoyar las farmacias y droguerías comunitaria. Apoyar los programas de alimentación y los servicios de guardería organizados por la comunidad que generan ingresos adicionales para las mujeres. Brindar oportunidades para la recaudación de fondos comunitarios (bazares, servicios de venta de alimentos) con el objeto de ofrecer prestaciones al personal de salud y emprender proyectos relacionados con la salud. Fomentar la iniciativa del mercado saludable para mejorar los ingresos de los vendedores y trabajadores de servicios de alimentos.	**Trabajo e ingresos** Cartografiar las zonas donde prevalecen el desempleo y los bajos ingresos y organizar actividades especiales, por ejemplo, ferias de empleo. Desarrollar programas de formación previa al empleo y de desarrollo de los recursos humanos para el área urbana pobre.	**Trabajo e ingresos** Cartografiar las ciudades y municipios donde prevalecen el desempleo y los bajos ingresos y examinar la posible adopción de medidas especiales para subsanar las inequidades en el empleo. Promover y facilitar la horticultura doméstica para la producción de frutas, verduras y hortalizas, con miras a mejorar la situación nutricional y en materia de ingresos a nivel de los hogares. Elaborar programas de creación de capacidad para ayudar a las ciudades y municipios a ofrecer programas de formación previa al empleo y de desarrollo de los recursos humanos, para mejorar las oportunidades de empleo al alcance de las áreas urbanas pobres. Formar a instructores para que ayuden a las ciudades y municipios a mejorar las oportunidades de empleo para las áreas urbanas pobres. Desarrollar la agricultura urbana y los sistemas alimentarios urbanos para fortalecer las economías locales y hacer possible que la gente pueda ejercer mayor control sobre el precio de los alimentos.	**Trabajo, ingresos y empleo** Desarrollar programas estratégicos a corto, mediano y largo plazo, para abordar el problema del desempleo urbano.

ESFERA DE POLÍTICAS 3. CUESTIONES ECONÓMICAS				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
		Seguridad alimentaria y nutrición Cartografiar las partes de la ciudad donde los precios y la calidad de los alimentos no son equitativos y tomar medidas especiales para reducir las inequidades. Elaborar y aplicar normas de nutrición en relación con los servicios de comida en las escuelas, que sean compatibles con las directrices nacionales o regionales sobre régimen alimentario. Promover las intervenciones que se llevan a cabo en el lugar de trabajo para facilitar la adopción de hábitos sanos en materia de alimentación y ejercicio físico.	**Seguridad alimentaria** Cartografiar las partes de la metrópolis donde prevalece la inequidad alimentaria y adoptar medidas para abordar el problema, por ejemplo, construir caminos de acceso a los mercados. Promover las dietas tradicionales y establecer vínculos entre los sistemas alimentarios y los programas de nutrición. Capacitar a instructores para que ayuden a las ciudades y municipios a impartir formación a los vendedores de alimentos, incluidos los vendedores ambulantes, en relación con la seguridad alimentaria y los programas para la expansion de sus actividades. Promover la agricultura urbana, cuando proceda. Promover el empleo local a través de los sistemas alimentarios urbanos.	**Seguridad alimentaria y política agrícola** Llevar a cabo investigaciones y elaborar políticas y medidas para abordar el impacto de la política agrícola y comercial en la seguridad alimentaria, la equidad alimentaria y la equidad en salud, especialmente en el entorno urbano.

ESFERA DE POLÍTICAS 4. GOBERNANZA				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Seguridad en la tenencia de tierras y los derechos de propiedad Empoderar a las comunidades para que puedan negociar y exigir seguridad en la tenencia de tierras y el derecho de propiedad de una vivienda. Ofrecer a las áreas urbanas pobres alternativas a la ubicación del refugio actual.	**Seguridad en la tenencia de tierras y los derechos de propiedad** Apoyar la acción comunitaria en aras de la seguridad en la tenencia de tierras y los derechos de propiedad, como parte de los programas de salud.		**Seguridad en la tenencia de tierras y los derechos de propiedad** Hacer participar a las áreas urbanas pobres en todas las medidas encaminadas a garantizar la seguridad en la tenencia de tierras y proteger los derechos de propiedad. Apoyar el derecho a poseer o alquilar una vivienda. Ofrecer a las áreas urbanas pobres más opciones para elegir el lugar de residencia y alternativas a la ubicación del refugio actual. Garantizar que las actividades para mejorar los lugares de reasentamiento y los barrios de tugurios incluyan la coordinación en el desarrollo de servicios e infraestructura. Asegurar que los programas de acceso a la propiedad de la vivienda puedan beneficiarse de la microfinanciación y el crédito. Establecer como prioriodad de los planes urbanos la mejora de los barrios de tugurios y de la comunidad en general.	**Política sobre utilización de tierras, derechos de propiedad y seguridad en la tenencia de tierras** Proceder a la racionalización de la política sobre utilización de tierras y de la reforma de tierras en beneficio de la población urbana pobre. Prohibir los desalojos y la demolición de los barrios de tugurios y los asentamientos informales. Apoyar la mejora de la comunidad y de los barrios de tugurios, pero centrarse también en la prevención de la formación de nuevos barrios de tugurios y asentamientos informales. Proveer el reconocimiento legal de los asentamientos informales. La política sobre utilización de tierras debería tener una visión futura y anticipar los cambios económicos, demográficos y tecnológicos y proveer mecanismos para la coordinación de los servicios y el desarrollo de infraestructuras. Llamar la atención sobre las tendencias de la migración y el crecimiento periurbano.

ESFERA DE POLÍTICAS 4. GOBERNANZA				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Ayudas presupuestarias de los gobiernos a la salud y la protección social Negociar con miras a la participación en las actividades locales de formulación y planificación de políticas de salud. Negociar nuevas fuentes de fondos y probar mecanismos de financiación innovadores para apoyar directamente las actividades de salud de base comunitaria de las federaciones urbanas pobres.		**Ayudas financieras de los gobiernos a la salud y la protección social** Establecer procesos participativos para la elaboración de los presupuestos sanitarios como medio de garantizar una utilización más equitativa de los recursos para la salud. Explorar nuevas fuentes de fondos y alentar el establecimiento de mecanismos de financiación innovadores para apoyar directamente las actividades de salud de base comunitaria de las federaciones urbanas pobres.	**Ayudas financieras de los gobiernos a la salud y la protección social** Formular el objetivo de la equidad de salud en los planes de los gobiernos locales y los proyectos de desarrollo metropolitano.	**Financiación de la promoción de la salud en el medio urbano** Llevar a cabo investigaciones e iniciar reformas de política que apoyen mecanismos de financiación innovadores (impuestos sobre el tabaco, seguro social de salud) para apoyar las actividades de salud de base comunitaria de las federaciones urbanas pobres. Ofrecer incentivos a nivel local y metropolitano para el establecimiento de los presupuestos de salud sobre una base participativa. Desarrollar mecanismos de financiación innovadores para apoyar las actividades de salud de base comunitaria de las federaciones urbanas pobres.
Derechos de voto y participación en la política Reconocer como ciudadanos a los ocupantes de los asentamientos informales.	**Derechos de voto y participación en la política** Integrar las estrategias de empoderamiento en todos los programas de formación relacionados con la salud. Alentar a la comunidad a participar en las actividades políticas en las que pueden abordarse los determinantes de la salud.	**Participación, rendición de cuentas y derechos politicos** Formular medidas para mejorar la rendición de cuentas del gobierno de la ciudad en materia de salud, por ejemplo, organizar comités de salud, consultas con diferentes sectores, y recurrir a métodos participativos para la toma de decisiones. Involucrar a todos los sectores en el desarrollo de una visión para la ciudad e incluir la salud como una meta social. Proporcionar al público libre acceso a la información sobre la utilización de los fondos municipales para la salud.	**Vigilancia contra la corrupción** Declarar una postura de intolerancia a la corrupción y a una forma irresponsable de gobernar.	**Vigilancia contra la corrupción** Declarar una postura de intolerancia a la corrupción y a una forma irresponsable de gobernar.

ESFERA DE POLÍTICAS 4. GOBERNANZA				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
Control del tabaco Exigir la utilización de advertencias gráficas efectivas en los paquetes de tabaco. Hacer cumplir la prohibición de la venta de tabaco a menores. Empoderar a las comunidades para que puedan negociar un nuevo paradigma de. autocumplimiento de las reglamentaciones de salud.				**Control del tabaco** Erradicar el comercio ilícito de productos del tabaco Abordar los factores que inciden en las tendencias de migración rural-urbana
Financiamiento del gobierno para la salud Negociar la participación en actividades locales de salud y planificación de políticas. Negociar nuevas fuentes de recursos y poner a prueba los mecanismos innovadores de financiación para apoyar directamente las actividades comunitarias de salud de las federaciones urbanas pobres.		**Financiamiento del gobierno para la salud** Adoptar un presupuesto participativo como un medio de garantizar el uso de los recursos para la salud, de forma más equitativa. Explorar nuevas fuentes de recursos y fomentar mecanismos innovadores de financiamiento para apoyar directamente las actividades comunitarias de salud de las federaciones urbanas pobres. Fomentar y apoyar los programas comunitarios de seguro de salud para las áreas urbanas pobres.	**Financiamiento del gobierno para la salud** Hacer de la equidad en salud el objetivo de los planes del gobierno local y los esquemas de desarrollo metropolitano.	**Financiamiento del gobierno para la salud** Llevar a cabo investigaciones e iniciar reformas políticas que apoyen los mecanismos innovadores de financiación (impuestos sobre el tabaco, el seguro social de salud), para apoyar las actividades comunitarias de salud de las federaciones urbanas pobres. Proporcionar incentivos por usar presupuestos participativos para la salud a nivel local y metropolitano. Desarrollar mecanismos de financiamiento innovadores para apoyar las actividades de salud, basadas en la comunidad de las federacions urbanas pobres.

ESFERA DE POLÍTICAS 4. GOBERNANZA				
Incorporar la salud en la planificación y el desarrollo urbanos	Resaltar y fortalecer el papel de la atención primaria de salud en el medio urbano	Reforzar el énfasis que se da a la equidad en salud en los contextos urbanos	Dar mayor prioridad a la equidad en salud en los programas de los gobiernos locales	Llevar adelante un plan nacional
		Seguridad de la comunidad Proporcionar orientación y apoyo a las escuelas para que formen alianzas de colaboración con las comunidades en relación con la apertura y el uso efectivo de las instalaciones de recreo y deporte , y viceversa. Declarar una postura de intolerancia a la corrupción y a una forma irresponsable de gobernar.		

ANEXO VIII: EVALUACIÓN DE POSIBLES INTERVENCIONES – TABLA DE PUNTUACIÓN INDICATIVA

Estrategia / acción	Reduce la inequidad en salud (bassada en investigación)	Recursos disponibles	Plazo para ejecutar y ver resultados	Adecuadas para las comniades y otros interesados	Compatible con las políticas y prioridades actuales	¿Es costoeficaz?	PUNTUACIÓN
Incluir la prevención de la violenciade en los programas escolares a nivel local	✓✓	✓✓	Corto plazo ✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	14
Garantizar que todos puedan desplazarse a pie o en bicicleta y realizar cualquier otro tipo de actividad física	✓✓✓	✓✓	Largo plazo ✓	✓✓	✓	✓✓✓	12
Promover enfoques de planificación urbana orientados a la prevención de la delincuencia y la violencia a través del diseño ambiental	✓✓✓	✓	Largo plazo ✓	✓✓✓	✓	✓✓	11
Organizar campañas de seguridad vial	✓✓	✓✓✓	Mediano plazo ✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	13

ANEXO IX: GLOSARIO

Las **secciones censales** son regiones geográficas que se delimitan con objeto de efectuar un censo. Por lo general, coinciden con los límites de las ciudades, municipios u otras áreas administrativas. En muchos países, las secciones censales representan las unidades territoriales más pequeñas respecto de las cuales se dispone de datos demográficos.

La **investigación de base comunitaria y participativa** es un proceso de colaboración que hace participar de manera equitativa a los miembros de la comunidad, representantes de organizaciones e investigadores en todos los aspectos del proceso de investigación, y en el que todos los participantes contribuyen con sus conocimientos técnicos y comparten la toma de decisiones y las responsabilidades.

Israel BA et al. Community-based participatory research: lessons learned from the Centers for Children's Environmental Health and Disease Prevention Research. *Environmental Health Perspectives*, 2005, 113(10):1463–1471.

Israel BA et al. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health,* 1998, 19:173–202.

A través de la **financiación comunitaria** se involucra activamente a la comunidad (familias ampliadas, organizaciones locales, grupos étnicos y religiosos) en la recaudación de ingresos, la mancomunación y asignación de recursos y, con frecuencia, la prestación de servicios.

Preker AS et al. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud,* 2002, 80(2).

El **análisis de costoeficacia** compara los costos y los efectos sobre la salud de intervenciones específicas, con el fin de valorar cuáles son las intervenciones que permiten el uso óptimo de los recursos y potencian al máximo los resultados de salud en función de los recursos disponibles.

Murray CJ, Evans DB, Acharya A, Baltussen RM. Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. *Health Economics,* 2000, 9(3):235–251.

La **equidad** es un concepto ético de la justicia social. Se compone de dos elementos: la equidad horizontal, que es la igualdad de trato para todos; y la equidad vertical, que es el trato desigual, pero justo entre los de nivel desigual.

Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 2003, 57:254–258.

Culyer AJ. Equity: some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics,* 2001, 27:275–283.

Rawls J. Justice as fairness: political not metaphysical. *Philosophy and Public Affairs,* 1985, 14(3):223–251.

La **evaluación del impacto sobre la salud centrada en la equidad** utiliza la metodología de evaluación del impacto sobre la salud, con el fin de determinar los posibles efectos diferenciales y distributivos de una política, programa o proyecto sobre la salud de la población, y sobre grupos específicos de esa población, y evalúa si los impactos diferenciales son equitativos.

La **equidad en salud** es la ausencia de desigualdades en salud sistemáticas entre grupos con distintos niveles de ventaja o desventaja social subyacente.

Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 2003, 57:254–258.

Con el **criterio de equidad** se evalúa el desempeño de una ciudad o zona urbana basándose en consideraciones de equidad y con ese fin se determina la variedad o diferencia en la situación de dos grupos extremos de la población o áreas geográficas dentro de su jurisdicción. Esto proporciona un indicador de la eficacia con que la ciudad o zona urbana ha respondido a los factores determinantes de la inequidad dentro de un ámbito de políticas o programa específicos.

Las **discusiones de grupos focales** representan un tipo de investigación cualitativa que consiste en la realización de entrevistas a grupos, que se basa principalmente en la comunicación entre los participantes sobre las investigaciónes, con el objetivo de generar datos, en contraposición al modelo de entrevista en la que el investigador hace preguntas y dirige la entrevista; esto permite a los entrevistadores estudiar a las personas en un entorno más natural que en una entrevista individual.

Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus groups. *British Medical Journal,* 1995, 311:299–302.

Los **sistemas alimentarios** son todas las actividades relacionadas con la producción, distribución y consumo de alimentos que afectan la nutrición y la salud humanas, y que están integrados en entornos que difieren entre sí, en función de diversos factores como la agroecología, el clima, los aspectos sociales, la economía, la salud y las políticas.

Agriculture, food and nutrition for Africa: a resource book for teachers of agriculture. Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1997 (http://www.fao.org/docrep/W0078E/w0078e04.htm).

El **Convenio Marco para el Control del Tabaco** es un tratado basado en datos científicos que reafirma el derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, y con ese fin aborda estrategias de reducción y cuestiones relacionadas con la oferta en el contexto de la globalización de la epidemia de tabaquismo.

Shibuya K et al. WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence-based global public health treaty. *British Medical Journal,* 2003, 327(7407):154–157.

Los **determinantes de la salud** son factores que se combinan entre sí y afectan la salud de las personas y las comunidades, por ejemplo, el entorno social y económico (nivel socioeconómico, nivel educativo), el entorno físico (acceso al agua potable, aire puro, lugares de trabajo saludables, centros de salud) y distintas características y comportamientos de las personas (género, edad, genética, hábitos de vida temprana y comportamientos).

Wilkinson R, Marmot M, eds. *Social determinants of health: the solid facts.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

Los **diferenciales de salud** son las diferencias, variaciones o desigualdades contificables en la salud de los individuos o de los grupos.

Equidad en salud: véase equidad en salud.

La **evaluación del impacto de salud** es una evaluación en la que se utiliza un repertorio de procedimientos, métodos y herramientas para valorar una política, programa o proyecto y juzgar sus efectos potenciales, a menudo no previstos, sobre la salud de la población, así como para valorar la distribución de esos efectos entre la población.

Por **conocimientos básicos acerca de la salud** se entiende la capacidad cognitiva y social de las personas para tener acceso a información de salud, y para comprender y utilizar esa información, con el fin de promover y mantener un buen estado de salud.

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International,* 2000, 15(3)9–17.

Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, eds. *Health literacy: a prescription to end confusion.* Institute of Medicine, Committee on Health Literacy. Washington, DC, National Academies Press, 2004.

Las **oportunidades en materia de salud** son las oportunidades al alcance de las personas para lograr un buen estado de salud – libre de enfermedades y afecciones evitables, y de la perspectiva de una mortalidad prematura – que vienen determinadas por factores sociales y no por decisiones personales .

Anand S, Peter F, Sen A. *Public health, ethics, and equity.* Oxford University Press, 2006.

Ciudades sanas es un programa que involucra a los gobiernos locales en el desarrollo de la salud a través de un proceso de compromiso político, cambio institucional, creación de capacidad, planificación basada en la colaboración y proyectos innovadores. Este programa promueve la formulación de políticas y la planificación de amplio alcance y sistemáticas con énfasis especial en las inequidades de salud y la pobreza urbana, las necesidades de los grupos vulnerables, la gobernanza participativa y los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud. El programa trata también de incluir consideraciones relativas a la salud en las actividades de desarrollo económico, desarrollo urbano y rehabilitación.

Awofeso N. The Healthy Cities approach: reflections on a framework for improving global health. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud,* 2003, 81(3):222–223.

El proceso de **urbanización sana** es el que permite potenciar la capacidad de las personas que viven en las zonas urbanas para ejercer un mayor control sobre su salud y sus determinantes, a través de una buena gestión urbana que cree igualdad de oportunidades de salud para todos.

Pridmore P et al. *Social capital and healthy urbanization in a globalized world.* Knowledge Network on Urban Settings, Thematic Paper 9. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Centro para el Desarrollo Sanitario, 2008.

La **evaluación del impacto** es un proceso en el que se hacen predicciones sobre las consecuencias o efectos futuros de los cambios que se están implantando o considerando.

La **Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)** es el título de una amplia iniciativa OMS/UNICEF, que se lanzó a nivel mundial en 1995, con el objetivo de reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de los niños menores de cinco años, y de mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños. Su objetivo era pasar del enfoque vertical de los programas tradicionales, orientado a enfermedades específicas, a un enfoque más integrado y horizontal centrado en los niños, en consonancia con la filosofía de la atención primaria de salud.

OMS/UNICEF (Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). *IMCI information package.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/chs_cah_98_1a/en/index.html).

La **inequidad en salud** entre las ciudades es la desigualdad en los resultados de salud que se deriva de las diferencias en el acceso a la salud y los determinantes de la salud entre dos o más ciudades.

La **acción intersectorial para la salud** es la acción emprendida por sectores ajenos al sector salud, posiblemente pero no necesariamente en colaboración con el sector salud, por lo que atañe a los resultados en materia de salud o equidad en salud o a los determinantes de la salud o la equidad en salud.

WHO/PHAC (World Health Organization and Public Health Agency of Canada). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

La **inequidad en salud dentro de una misma ciudad** es la desigualdad en los resultados de salud que se deriva de las diferencias en el acceso a la salud y los determinantes de la salud, entre los distritos o grupos socioeconómicos de una misma ciudad.

La **microfinanciación** es la prestación de servicios financieros a clientes de bajos ingresos, incluidos los trabajadores por cuenta propia. Entre esos servicios financieros suelen figurar el ahorro y crédito; sin embargo, algunas organizaciones de microfinanciación también proporcionan servicios de seguros y de pago. La microfinanciación se ha consolidado como un enfoque de desarrollo económico que beneficia a las mujeres y los hombres de bajos ingresos.

Ledgerwood J. *Microfinance handbook: an institutional and financial perspective.* Washington, DC, Banco Mundial, 2000.

La **normativa internacional** o las **normas nacionales** son objetivos con diversos indicadores establecidos por los gobiernos o los organismos internacionales como puntos de referencia para medir los progresos y los logros. Cabe citar como ejemplos de normas o normativas los ODM (internacional) y las metas establecidas en la iniciativa Gente Sana 2010 de los Estados Unidos (nacional). La situación de salud en ciudades de los Estados Unidos se evalúa y se compara con las metas del 2010 en la siguiente referencia.

Benbow N, ed. *Big Cities Health Inventory: the health of urban America.* Washington, DC, National Association of County and City Health Officials, 2007.

La **obesidad** suele definirse como el índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m2. El IMC, conocido también como índice de Quetelet, es una medida de la adiposidad que se calcula dividiendo el peso corporal (en kg) por talla al cuadrado (m2), para representar la gordura relativa del cuerpo de un individuo.

El **sobrepeso** se define como un IMC entre 25 y 30 kg/m2.

Mei Z et al. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition,* 2002, 75(6):978–985.

Gallagher D. How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic groups? *American Journal of Epidemiology,* 1996, 143(3):228–239.

La atención primaria de salud es la asistencia de salud esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente válidos y socialmente aceptables, que está al alcance de todas las personas y las familias a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas las etapas de su desarrollo hacia la libre determinación. Hay cuatro componentes esenciales de la atención primaria de salud: cobertura universal, atención centrada en la persona, liderazgo integrador e inclusion de la salud en todas las políticas.

Alma Ata 1978: Atención Primaria de Salud. Serie «Salud para Todos» Nº 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Informe sobre la Salud en el Mundo 2008: La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

Los **factores de riesgo** son los factores sociales, físicos, ambientales y de otra índole que aumentan la probabilidad de un resultado adverso en materia de salud, por ejemplo, el hábito de fumar, la obesidad o la falta de ejercicio.

Informe sobre la Salud en el Mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

La **seguridad en la tenencia de tierras** es el derecho de todos los individuos y grupos a una protección eficaz del Estado contra los desalojos ilegales.

ONU-Hábitat. *El desafío de los barrios marginales: informe mundial sobre asentamientos humanos.* Londres, Earthscan, 2003.

Por **mejora de los barrios marginales** se entiende las mejoras en los barrios de tugurios existentes de orden físico, social, económico, organizativo y ambiental que llevan a cabo, en régimen de cooperación y a escala local, los ciudadanos, los grupos de la comunidad, las empresas y las autoridades locales.

Cities without slums: action plan for moving slum upgrading to scale. Washington, DC, Cities Alliance, 1999.

ONU-Hábitat. El desafío de los barrios marginales: informe mundial sobre asentamientos humanos. Londres, Earthscan, 2003.

La **exclusion social** es un proceso multidimensional que viene desencadenado por las medidas o políticas de discriminación directa e indirecta, que crea relaciones desiguales de poder en una sociedad y múltiples desventajas para un grupo o población.

Mathieson J et al. *Social exclusion – meaning, measurement and experience and links to health inequalities: a review of literature.* Social Exclusion Knowledge Network Background Paper 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

La **estratificación social** es una forma de inequidad social en que las categorías de personas en una sociedad se clasifican en una jerarquía (por ejemplo sistema de castas, sistema de clases). Los grupos situados en los niveles superiores de la estratificación tienen acceso a más recursos que los grupos situados en niveles más bajos.

Adler N, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. Inequality in education, income, and occupation exacerbates the gaps between the health "haves" and "have nots". *Health Affairs,* 2002, 21(2):60–76.

Los **interesados directos** son las personas y organizaciones que tienen un interés en un proyecto específico o participan activamente en él.

El **mandato** describe la finalidad y la estructura de un proyecto, comité, reunión, negociación u otro tipo de actividad. El documento relativo al mandato se elabora durante las primeras etapas del desarrollo del proyecto. Una vez que el mandato ha sido aprobado, los miembros del equipo del proyecto tienen una definición clara del alcance del proyecto. A partir de ese momento, podrán avanzar en la formulación de medidas de aplicación inmediata en el marco del mismo.

Los **sistemas alimentarios urbanos** son los principios de los sistemas alimentarios aplicados al medio urbano. Véase también sistemas alimentarios.

El concepto de **salud urbana** se refiere a los determinantes de la salud y la morbilidad en las zonas urbanas, entendiéndose que el interés se centra en el propio contexto urbano.

Galea S, Vlahov D. Urban health: evidence, challenges and directions. *Annual Review of Public Health,* 2005, 25:341–365.

La **equidad en salud urbana** es el principio de la equidad en salud aplicado a las zonas urbanas. Véase también equidad en salud.

Por **urbanización** se entiende el proceso mediante el cual una proporción creciente de la población total vive en las ciudades y otras áreas urbanas. La definición de "urbano" se basa en criterios diferentes, según los países.

Leviton LC et al. Urban Issues in health promotion strategies. *American Journal of Public Health,* 2000, 90(6):863–866.

Brockerhoff MP. An urbanizing world. *Population Bulletin,* 2000, 55(3).

Los **grupos o poblaciones vulnerables o en desventaja** son las personas o grupos que, debido a su raza u origen étnico, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, lugar de nacimiento o cualquier otra característica, se ven más perjudicados que otros grupos o poblaciones. Otros factores de importancia son el género, la cultura, la enfermedad, la discapacidad física o mental, la pobreza o la situación económica desfavorable, y la dependencia de recursos naturales únicos.

Glossary of terms. IFC Policy and Performance Standards and Guidance Notes.

(http://www.ifc.org/ifcext/sustainability.nsf/AttachmentsByTitle/pol_PerformanceStandards2006_glossary/$FILE/Glossary+of+Terms.pdf).

Urban HEART ayuda a los decisores en la planificación de las acciones frente a las desigualdades en salud. La herramienta guía a los usuarios durante el proceso de identificar las desigualdades en salud en su ciudad mediante la evaluación de indicadores de resultados sanitarios y determinantes de salud, y luego en el desarrollo de acciones basadas en la evidencia generada.

9 789241 500784