



Orientaciones Para el desarrollo de Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS)

Bogotá, 2017.

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO S.
Director de Promoción y Prevención



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

GINA WATSON LEWIS
Representante OPS/OMS Colombia

ANA ISABEL QUAN
Asesor Nacional OPS/OMS Colombia

ANDRES SUANCA SIERRA
**Administrador Representación OPS/OMS
Colombia**

LUCY ARCINIEGAS MILLÁN
Oficial de Programas y Gestión de Proyectos

REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

RAFAEL HENAO
Referente Técnico MSPS

LORENZA BECERRA
**Coordinador técnico Grupo
MSPS**

ANA MARIA PEÑUELA
Supervisión MSPS

DIANA MACELA PLAZAS
Seguimiento MSPS

MARIA DEL PILAR DUARTE
Seguimiento MSPS

JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ
Seguimiento MSPS

SALUA OSORIO MRAD
**Consultor Nacional
OPS/OMS**

PATRICIA VEGA MORENO
**Administradora Convenios
OPS/OMS**

CONSULTORÍA

**CENTRO DE ESTUDOS, PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO EM
CIDADES SAUDÁVEIS (CEPEDOC)**
Centro Colaborador de la OPS/OMS (Brasil)

**GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS EM
ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE (GEPAF)**
**Centro de investigación de la Universidad de São Paulo
(Brasil)**

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

Contenido

Introducción	7
1. Marco conceptual	8
1.1. Determinantes sociales de la salud.....	9
1.2. Desarrollo sustentable.....	10
1.3. Cultura de la paz y los derechos humanos	14
2. Marco legal y normativo	14
3. Objetivos	16
3.1. General.....	16
3.2. Específicos.....	16
4. Características	17
5. Principios	18
6. Ejes operativos para su desarrollo	19
7. Acciones y temas prioritarios.....	23
8. Redes de CERS.....	30
Bibliografía	32
ANEXO	34

Siglas y acrónimos

APS	Atención Primaria en Salud
CERS	Estrategia de Ciudad, Entorno y Ruralidad Saludable
MCEVS	Modos, condiciones y estilos de vida saludable
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PDT	Plan de Desarrollo Territorial
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PTS	Plan Territorial de Salud

Palabras clave

Promoción de la Salud
Ciudades Saludables
Entornos Saludables
Estilos de vida saludables

Lista de figuras

Figura 1	Marco legal de la estrategia CERS	28
Figura 2	Características de CERS	34
Figura 3	Instrumentos de Planeación Territorial y la estrategia Ciudad, Entorno Y Ruralidad Saludable	35

Introducción

Este documento presenta orientaciones generales para el desarrollo e implementación de la estrategia de Ciudad, Entorno y Ruralidad Saludable (CERS) propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud y expertos internacionales del Centro de Estudios, Investigación y Documentación en Ciudades Saludables- Universidad de Sao Pablo Brasil (CEPEDOC).

La estrategia de Ciudades Saludables es una propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que promueve el compromiso de las ciudades, de sus gobernantes y ciudadanos, con la mejoría continua de su salud. Desde la comprensión de la salud, no solo como ausencia de la enfermedad, sino como un estado elevado de bienestar biológico, psíquico y social; Ciudades Saludables promueve políticas orientadas territorialmente, que apuntan a resolver los problemas que afectan la salud de la población, con enfoque amplio, a través de una planeación y acción conjuntas entre todos los sectores del gobierno y de la sociedad civil.

Las acciones de Ciudades Saludables buscan atender a la población, donde quiera que esta desarrolle su vida, trabajo o recreación. Por ello, una parte esencial de la estrategia se ha concentrado en hacer de los espacios del trabajo, la educación y la vida cotidiana, Entornos Saludables, que se traduce en condiciones adecuadas y justas para el pleno desarrollo de las personas en el entorno laboral, educativo, del hogar, comunitario, entre otros.

Uno de los objetivos centrales de Ciudades Saludables es resolver las desigualdades consideradas injustas y evitables entre grupos sociales y territorios, es decir, combatir las inequidades. En el mundo, y en nuestro país, algunas de las mayores inequidades se presentan entre las comunidades del mundo rural toda vez, que en buena medida el conflicto armado que ha vivido el país es producto de disputas alrededor de la posesión de tierras y del enfoque de las políticas públicas, como un asunto urgente de justicia social, y como un aporte para la paz. Así, propone construir Ruralidades Saludables.

Gran parte de las enfermedades presentes en el país dependen, de manera fundamental, de los determinantes sociales, cambios demográficos, urbanización creciente con inadecuada planificación, estilos de vida malsanos, inapropiados hábitos alimenticios, entre otros. De esta forma, la estrategia de Ciudad, Entorno y Ruralidad Saludable (CERS) aborda de forma amplia los problemas territoriales de salud del campo y la ciudad, y de sus diferentes entornos.

La propuesta de Ciudades Saludables no es nueva en nuestro contexto. En 1992 el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud lanzaron una estrategia denominada "Municipios Saludables", que en 1996 se transformó en "Municipios Saludables por la Paz". Dicha estrategia se fundamentaba en los siguientes elementos: la promoción de la salud a partir de la participación ciudadana; la acción política por la paz; y la renovación de los servicios de salud, considerando los entornos económico, social, cultural, político y ambiental de los territorios (Montes & Calderón, 2003).

En general, la estrategia CERS retoma el principio del urbanismo moderno que busca integrar los conceptos de sostenibilidad y salud y eliminar las disfunciones ocasionadas por la inadecuada planificación urbana, con el objetivo de mejorar la salud física y mental de sus habitantes. Las autoridades territoriales tienen una responsabilidad fundamental sobre el desarrollo sustentable y sobre la salud de sus territorios, por su papel en procesos como la planificación territorial y la participación ciudadana.

La estrategia CERS está enmarcada en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (PND) (Ley 1753 de 2015), cuyos componentes centrales proponen: desarrollo de una normatividad básica vinculante; búsqueda de vida digna, bienestar y calidad de vida de la población; promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021; en el marco estratégico de la política de atención integral en salud (PAIS), entre otros.

El presente documento tiene como objetivo servir para que el territorio, a partir de su realidad, construya su propio proceso para desarrollar la estrategia Ciudad, Entorno y Ruralidad Saludable (CERS). Está dirigido a los gestores locales y a todos aquellos actores institucionales y de la sociedad civil, interesados en mejorar la salud de su comunidad, construyendo ciudades, entornos y ruralidades saludables.

1. Marco conceptual

La estrategia de Ciudad saludable ha venido siendo impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual parte de lo que es una ciudad y de lo que puede llegar a ser una Ciudad Saludable. "La ciudad se considera como un organismo complejo que vive, respira, crece y cambia constantemente. Una ciudad saludable es aquella que mejora su entorno y amplía sus recursos para que la gente pueda apoyarse unos a otros para lograr el mayor potencial". (OMS, 1995. P11).

Por lo anterior y de acuerdo con las recomendaciones realizadas por la OMS, una ciudad saludable es un proceso más que un resultado, hace consiente e importante la salud como un tema urbano y rural y se compromete con un proceso para mejorar las condiciones de los que habitan en ella.

Se describen a continuación las referencias conceptuales de mayor importancia a posicionar en el desarrollo de la estrategia y en la formulación de agendas y acciones priorizados, en consonancia con lo descrito en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

1.1. Determinantes sociales de la salud

Son una propuesta teórica que pretende comprender cómo los factores sociales afectan las condiciones de salud de grupos sociales e individuos (Whitehead & Dahlgren, 2006). Los determinantes sociales de la salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente (OMS, 2011).

La salud está estrechamente relacionada con las condiciones en las que la vida tiene lugar. La transformación de los resultados en salud de las personas no depende solo de la atención sanitaria sino de “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, que tienen que ver con el contexto social y político de los países y con las condiciones de vida de cada persona; apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios, y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2009).

Para efectos del abordaje de los determinantes, se hace claridad conceptual acerca de la equidad, definida como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica; la desigualdad es entendida como la resultante de una situación de salud en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad, grupos étnicos, entre otros.

Entre los aspectos y procesos sociales que influyen sobre la salud, algunos contribuyen a la presencia de brechas sanitarias entre distintos grupos sociales (PDSP 2012-20121, p. 53). Significa la identificación de las diferencias en las condiciones y oportunidades de vida, y trata de actuar de manera positiva sobre los determinantes sociales y económicos, en especial la pobreza y la inequidad. Por tanto, es indispensable el diseño y la puesta en práctica de políticas relacionadas con el empleo, el acceso a condiciones de vida digna, acceso al sistema de salud, entre otras. En otros términos, se trata de aportar en la reducción del impacto de los determinantes económicos y sociales sobre la salud (pobreza, inequidad, desarrollo insostenible, población vulnerable y excluida) en el contexto de la estrategia CERS.

1.1.1. Modos, condiciones y estilo de vida saludable (MCEVS)

Son intervenciones de tipo poblacional, colectivas e individuales promovidas desde lo intersectorial, con apropiación de los temas por parte de la comunidad, que favorezcan la vida saludable en la ciudad y sus diferentes entornos (PDSP 2012-2021, p. 143). Según el Ministerio de salud y política social (2010), de Madrid España:

, “Una ciudad es algo complejo y dinámico. Es el lugar por excelencia de convivencia y de vida, y como tal tiene un papel determinante en la salud de las personas; es en la ciudad donde se desarrollan las actividades cotidianas (económicas, sociales, culturales, educativas, de ocio, etc.) y donde se toman las decisiones sobre estas políticas. Su entorno físico, social y económico como espacio o soporte natural adaptado y modificado por los individuos, determina los modos, condiciones y estilos de vida de las personas, y no necesariamente es favorecedor: dificultades para las relaciones, degradación medio ambiental provocada por los desarrollos incontrolados y parece, pues, ser el lugar idóneo donde articular las medidas que reorientan las políticas públicas de salud”.

En otros términos, se debe repensar el impacto sobre la salud que tienen las actuaciones sobre el ambiente físico, social, ambiental y económico. Por ejemplo: precarias condiciones de salud ambiental, riesgos relacionados con enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud mental, un estado nutricional deficiente, la obesidad y la inactividad tienen serias consecuencias sobre la salud de la población, en términos de incremento en riesgo de cáncer, presión arterial, lesiones cerebrovasculares, ataques coronarios, diabetes, angustias, depresiones, enfermedades mentales, consumo de antidepresivos y de drogas, juventud sola y encerrada en espacios limitados por carencia de jardines infantiles, parques y lugares para la actividad física y deportiva en vecindarios de riesgo (Dannenberg et al., 2011).

1.2. Desarrollo sustentable

Se describe como el desarrollo social y económico planificado, que asumiendo la gravedad de la crisis ambiental vigente, replantea la relación de la sociedad con la naturaleza, deteniendo los procesos destructivos del medio ambiente, y priorizando los derechos de la naturaleza y de las generaciones venideras a un planeta saludable, por sobre los intereses económicos inmediatos.

El desarrollo sustentable coloca en el centro la reflexión del desarrollo social y humano, promoviendo la adopción de políticas económicas que respeten los derechos humanos y produzcan estados elevados de bienestar. Se refiere a dar visibilidad a los modos de producción y consumo solidarios y sustentables, apoyando la inclusión social y el desarrollo humano, la conservación del medio ambiente, el desarrollo económico y la calidad de vida.

La agenda 2030 (ONU, 2015) define 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS) que tienen incidencia directa o indirecta con la salud. De estos se han seleccionado los objetivos 3 y 11, cuyos elementos corresponden en toda su integridad con ésta

estrategia, sin embargo y de acuerdo a la situación del territorio éste deberá identificar su aporte de acuerdo a su diagnóstico.

ODS 3: salud y bienestar

Los componentes principales corresponden a: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos; reducir la mortalidad materna, las muertes evitables en las diferentes edades, las enfermedades transmisibles y no transmisibles; prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas y consumo nocivo de tabaco y licores; reducir los accidentes de tránsito (ciudades del automóvil); cobertura sanitaria universal; reducir la contaminación por productos químicos peligrosos agua, aire y suelo.

ODS 11: ciudades y comunidades sostenibles

A partir de ciudades inclusivas y seguras; acceso a viviendas, servicios básicos, sistemas de transporte seguro, asequibles y accesibles; planificación participativa los asentamientos humanos; reducir el impacto ambiental negativo; acceso universal a zonas verdes, espacios públicos, para personas de diferente edad y condiciones; reducción del impacto de los determinantes sociales: pobreza, hambre, desigualdad de género, otros; agua, medio ambiente, alianzas, cambio climático.

Se desatacan los siguientes elementos como centrales en los ODS: la reducción de la pobreza y desigualdades al año 2030; la construcción de la paz; derechos humanos e igualdad de géneros; protección de los recursos naturales del planeta; crecimiento económico sostenible; prosperidad compartida a partir de las especificidades territoriales.

Entre los principales elementos del desarrollo sostenible para el campo se encuentran: la acentuación de desequilibrios en el medio rural; la necesidad de generación de ingresos y de combatir la pobreza; el reconocimiento del potencial para el desarrollo resistente del medio rural; la creciente importancia del desarrollo focalizado en unidades territoriales; el desarrollo humano como objetivo central del desarrollo; fortalecimiento la democracia y de la ciudadanía; crecimiento económico con equidad; la sostenibilidad del desarrollo; el desarrollo rural sostenible más allá del enfoque compensatorio asistencial; el capital social como sustento de las estrategias de desarrollo.

1.2.1. Urbanismo y salud

El panorama de desigualdad entre el mundo urbano y rural, se ha visto empeorado por el impacto económico y social (vía presupuestos familiares, productividad del país y grado de pobreza, etc.) ocasionado por las diferentes enfermedades (transmisibles y no transmisibles, salud mental, etc.), impactando directamente sobre la sostenibilidad del Sistema General de Salud.

El municipio saludable fue definido por la Organización Panamericana de la Salud como: "aquel que habiendo logrado un pacto social entre las organizaciones representativas de la social civil, las instituciones de varios sectores y las autoridades políticas locales, se compromete y ejecuta acciones de la salud con miras a mejorar la calidad de vida de la población". (OPS, 2004).

Entre los objetivos implementados en el tiempo (1987 a 2015) en el desarrollo de las ciudades saludables figuran, entre otros, los siguientes: el mayor conocimiento de la transversalidad de la salud por parte de las comunidades; la mejor forma de prevenir y resolver los efectos de la morbimortalidad en el territorio; orientar la política pública y la planificación de la salud en la ciudad; énfasis en los determinantes sociales de la salud (pobreza, equidad, desarrollo sostenible, población vulnerable y excluida); participación democrática de la ciudadanía; salud en las poblaciones de mayor edad; la salud y el bienestar; la actividad física en la vida cotidiana y los cambios urbanos apropiados para su realización; cuidados del medio ambiente; vida saludable; la salud y el diseño urbano (OMS, 1995)¹.

El desarrollo de la estrategia CERS promovido por la OMS, en éstos últimos veinte años, permite el desarrollo sostenible, el cual reconoce y prioriza las acciones que tienen como objetivo la salud y la equidad y la justicia social.

1.2.2. Ruralidad Saludable

El desarrollo económico a pesar de las mejoras logradas en algunos indicadores sociales, no han favorecido de manera sustancial las condiciones de pobreza e inequidad de la población campesina, ni el impacto negativo en la degradación de los recursos naturales. Según la misma entidad, el concepto de desarrollo sostenible en el campo es una necesidad, dado que la condición histórica del desarrollo ha generado la dualidad tradicional entre las economías comercial y campesina, con un notable detrimento económico y social de esta última.

Entre los principales elementos del desarrollo sostenible para el campo se encuentran: la regulación de desequilibrios en el medio rural; la necesidad de generación de ingresos y de combate a la pobreza; el reconocimiento del potencial para el desarrollo a largo plazo del medio rural; la creciente importancia del desarrollo focalizado en unidades territoriales; el desarrollo humano como objetivo central del desarrollo; fortalecimiento de la democracia y de la ciudadanía; crecimiento económico con equidad; la sostenibilidad del desarrollo; el capital social como sustento de las estrategias de desarrollo.

¹ Principios de la salud para todos: la condición central de las ciudades saludables es la salud para todos, la cual tiene, entre otros, los elementos siguientes:

- i. Reducir las desigualdades evitables.
- ii. Conocimiento del diagnóstico social y de salud por regiones de acuerdo con diferentes enfoques sociales.
- iii. El empoderamiento ciudadano (participación).
- iv. La promoción y la prevención en asocio la atención primaria en salud se convierte en los pilares del sostenimiento del sistema de salud en el largo plazo, se convierten en la trilogía fundamental expresada en la Ley 1438 de 2011.

El plan de ordenamiento territorial, en la sección correspondiente al área rural, debe especificar en sus objetivos y estrategias para la integración entre lo rural y lo urbano, a fin de alcanzar los objetivos ecológicos y ambientales, en especial respecto al manejo hídrico del territorio, el calentamiento ambiental, el apego del campesinado a la tierra, a partir de la definición de una política rural, clara y precisa para el territorio².

La estrategia CERS y la salud rural de los acuerdos de Paz:

En el punto 1 de los acuerdos de paz relacionado con la Reforma Rural Integral se pueden apreciar varios elementos relevantes con el tema de la salud rural, por ejemplo:

- El reconocimiento del papel de la economía campesina, familiar y comunitaria en la erradicación de la pobreza, y la producción de alimentos;
- La posibilidad de disponer de alimentos saludables con la oportunidad, oferta adecuada y precios razonables;
- La participación ciudadana como pilar fundamental en la reforma rural integral.
- Entre los principios para llevar a cabo la reforma se puede destacar, entre otros, los siguientes:
 - ✓ El bienestar y el buen vivir de la población a partir de la erradicación de la pobreza.
 - ✓ Priorización de la población más pobre y marginada del campo.
 - ✓ La integralidad en la política relacionada con la propiedad de la tierra, asistencia técnica, riego y comercialización de los productos de origen campesino.
 - ✓ Garantía de alimentación sana para la población, a partir de políticas locales, departamentales y regionales.
 - ✓ Desarrollo sostenible en términos sociales y ambientales.

En lo relacionado con el punto 1.3.2.1³: Desarrollo Social en Salud, se busca una oferta adecuada de servicios de salud a la comunidad; fortalecer la red de servicios con la oportunidad y calidad adecuadas; dotación de equipos y nuevas tecnologías (telemedicina); enfoque diferencial y de género; modelo especial de salud pública para las zonas dispersas.

² En la actualidad el Ministerio de Agricultura implementa la política de “Colombia Siembra” entre el 2015 y el 2018. Las 5 apuestas de dicha política corresponden a: “mapa de zonificación agrícola (optimizar el uso del suelo según la aptitud productiva de cada zona del país); programa extensión rural y asistencia técnica; programa de administración de riesgos agropecuarios; mejorar el acceso al crédito; escuelas de emprendimiento rural...objetivos: aumentar la oferta agropecuaria para garantizar la seguridad alimentaria del país; incrementar el área y los rendimientos destinados a la producción y el fomento de las exportaciones agropecuarias y agroindustriales; impulsar el desarrollo de los negocios agropecuarios para mejorar los ingresos de los productores; fortalecer el desarrollo tecnológico y los servicios en el sector agropecuario”. Disponible en: <http://colombiasiembra.minagricultura.gov.co>

³ **“1.3.2.1. Salud:** con el propósito de acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades — niños, niñas, mujeres, hombres, personas con pertenencia étnica, personas con orientación sexual e identidad de género diversa y en condición de discapacidad—, fortalecer la infraestructura y la calidad de la red pública en las zonas rurales y mejorar la oportunidad y la pertinencia de la prestación del servicio, se creará e implementará el Plan Nacional de Salud Rural. Para el desarrollo del Plan se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

La construcción y el mejoramiento de la infraestructura sobre la base de un diagnóstico amplio y participativo que permita atender al mayor número de usuarios y usuarias en cada región, la dotación de equipos, incluyendo la adopción de nuevas tecnologías para mejorar la atención (ej. Telemedicina), y la disponibilidad y permanencia de personal calificado.

La adopción de un enfoque diferencial y de género, que tenga en cuenta los requerimientos en salud para las mujeres de acuerdo a su ciclo vital, incluyendo medidas en materia de salud sexual y reproductiva, atención psicosocial y medidas especiales para mujeres gestantes y los niños y niñas, en la prevención, promoción y atención en salud.

La creación de un modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas, con énfasis en la prevención, que permita brindar atención en los hogares o en los lugares de trabajo.

Un sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención.” (Página 14)

En otros términos, la política de la salud rural de los acuerdos de paz está en consonancia con la estrategia CERS, en lo relacionado con: integrar el campo y la ciudad; mejorar las condiciones de vida del campesino a partir de la oferta de servicios públicos (educación, salud, acceso a agua potable, electricidad, etc.) con oportunidad y calidad; desarrollar de manera amplia el concepto de seguridad humana; desarrollo de comunicaciones y movilidad (teléfono, internet, vías secundarias); vivienda digna; política integral de seguridad alimentaria a partir de la integración ciudad campo; área rural sostenible; desarrollo de centros poblados; conservación del sistema ecológico, hídrico y ambiental; asesoría técnica en temas de productividad de pecuaria; crédito; la salud como servicio esencial en el posconflicto; participación comunitaria y su representatividad; articulación de la política pública; control a la expansión urbana; espacio público y áreas protegidas; etc.⁴.

En este orden de ideas, el plan de ordenamiento territorial (POT), en su parte correspondiente al área rural, debe especificar en sus objetivos y estrategias la integración entre lo rural y lo urbano, a fin de alcanzar los objetivos ecológicos y ambientales, en especial el manejo hídrico del territorio, el calentamiento ambiental, el apego del campesinado a la tierra, a partir de la definición de una política rural, clara y precisa para el territorio.

1.3. Cultura de la paz y los derechos humanos

Consiste en crear oportunidades de convivencia, de solidaridad, de respeto a la vida y de fortalecimiento de vínculos, desarrollando tecnologías sociales que favorezcan la mediación de conflictos frente a situaciones de tensión social, garantizando los derechos humanos y las libertades fundamentales, reduciendo las violencias y construyendo prácticas solidarias y de la cultura de paz.

La acción política por la paz, es un concepto pionero del desarrollo de municipios saludables, y propone que la mejoría en la salud es un motor para el bienestar y la calidad de vida, fomentando los territorios en paz. En la coyuntura actual, relacionada con los acuerdos de paz, la estrategia de municipios saludables por la paz, retoma importancia, para la fase del pos-conflicto.

2. Marco normativo

El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, es el primer instrumento jurídico en Colombia en hablar de las **Ciudades Saludables** como una estrategia para *generar hábitos de vida saludable y mitigar la pérdida de años de vida saludable por condiciones no transmisibles*. Las bases del Plan de Desarrollo, señalan un elemento fundamental para el sector y es su reposicionamiento como generador de bienestar y no solo como proveedor de servicios para el tratamiento la enfermedad⁵. Así mismo, reconoce que

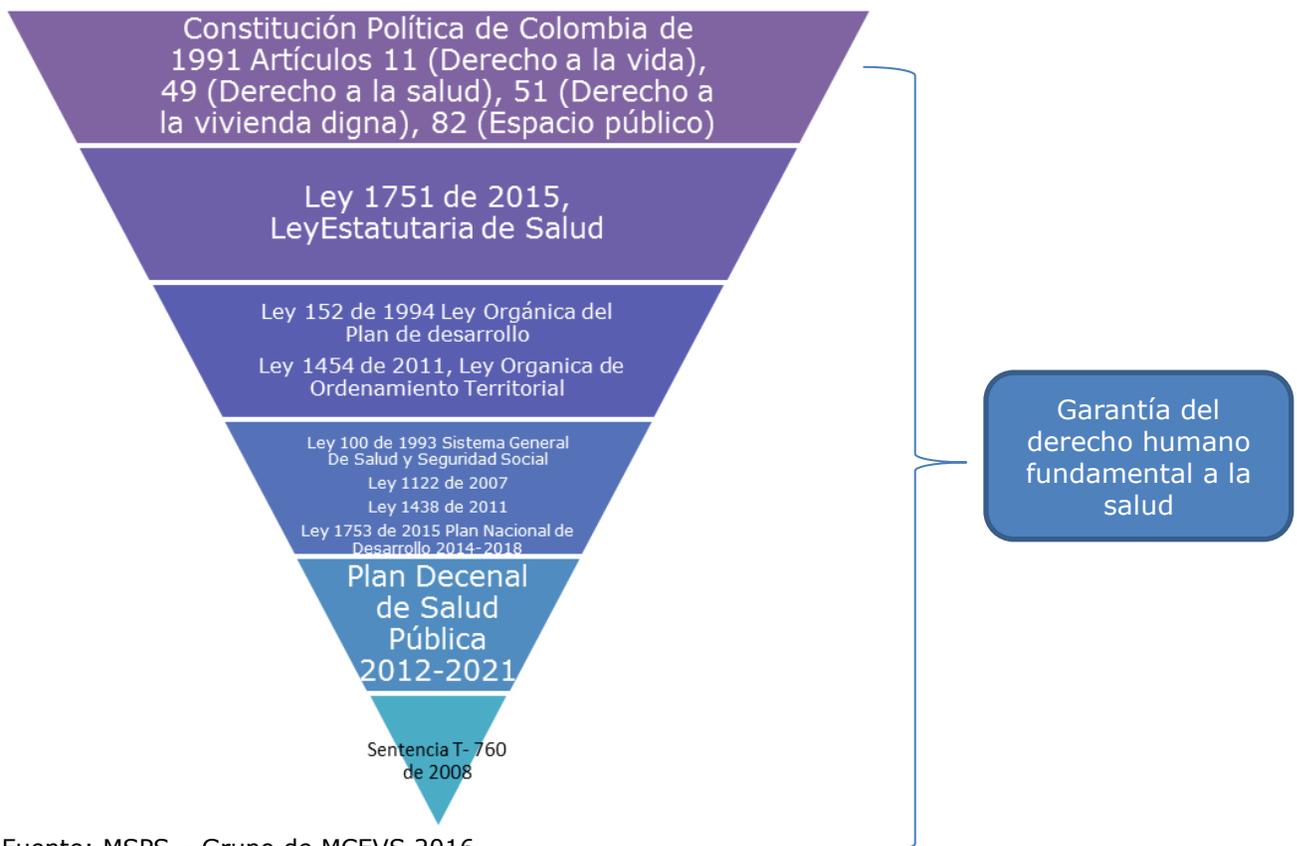
⁴ A manera de ejemplo ver: DECRETO 327 DE 2007 (Julio 25): «Por el cual se adopta la Política Pública de Ruralidad del Distrito Capital»

⁵ Documento Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

para la promoción de las ciudades saludables se requiere *la articulación de la estrategia en los diversos instrumentos de política pública con la que cuentan los territorios.*

Lo anterior, evidencia la importancia de reconocer el ordenamiento jurídico sobre el que encuentra asidero la mencionada estrategia, el cual es presentado a través de la siguiente gráfica.

Figura 1.



Fuente: MSPS – Grupo de MCEVS 2016

El gráfico anterior da cuenta de la robustez del andamiaje jurídico que rodea la implementación de las ciudades saludables en Colombia, el cual, entre otras, busca materializar el derecho a la salud a través de las siguientes acciones:

- i. Buscar la igualdad en trato, oportunidad, acceso a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ley 1751 de 2015 - Estatutaria);
- ii. Fortalecer de los programas de salud pública (Ley 1122 de 2007);
- iii. Fortalecer la atención primaria en salud (Ley 1438 de 2011);

- iv. Reducir las brechas territoriales y poblacionales, asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales (salud, educación y vivienda) para toda la población (Ley 1753 de 2015, PND 2014-2018).

La estrategia CERS, apunta a permitir el cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas, entre otros, del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), definido en el marco de la Ley Estatutaria; así mismo del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, el cual es su Tomo 1. VI. Movilidad social. Tiene como objetivos: 2) Generar hábitos de vida saludable y mitigar la pérdida de años de vida saludable por condiciones no transmisibles describe: (...) la promoción de ciudades, entornos urbanos y rurales saludables a partir de la articulación de la estrategia en los diversos instrumentos de política pública con la que cuentan los territorios; 3) el desarrollo de nuevos y más efectivos instrumentos de política pública intersectorial, para la transformación positiva de los entornos, las ciudades y la ruralidad⁶

3. Objetivos

3.1. General

Comprometer al gobierno, instituciones y sectores en sus diferentes niveles, y la sociedad civil, en sus diversas expresiones a través de un pacto social por la salud, equidad y justicia social, en un proceso de construcción económica, social, de preservación del medio ambiente y de salud colectiva, en garantía y reconocimiento de los derechos de las personas.

La estrategia estimula la creación o articulación de políticas, programas y acciones alrededor del bienestar, calidad de vida y disfrute efectivo de derechos, desde una perspectiva territorial que aborda el ámbito urbano y rural, en sus diversos entornos, para promover la equidad en los modos, condiciones y estilos de vida de la población, que promuevan y mantengan la salud, y prevengan la enfermedad, al disminuir los riesgos derivados de factores sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales.

3.2. Específicos

- Fortalecer e integrar el apoyo de salud en la formulación de políticas, planes y programas locales intersectoriales que intervengan las causas de problemas de salud que estén relacionadas con la equidad, reconocimiento y el disfrute de derechos.
- Reducir el impacto de las enfermedades físicas y mentales en la morbilidad evitable de los territorios;
- Armonizar las políticas sectoriales e intersectoriales (PDSP 2012-2021, PND 2014-2018) del orden nacional con los instrumentos territoriales (POT, PDT, PTS).

⁶ PND 2014-2018. Tomo 1. Meta: 55 Municipios con la estrategia de ciudad, entorno y ruralidad saludable, p. 317.

4. Características

El análisis de las experiencias internacionales y colombianas con la Estrategia de Ciudades Saludables permite identificar características generales para las Ciudades y Ruralidades Saludables que se deben tener en cuenta para la implementación de la Estrategia CERS (Figura No 2). Es importante resaltar que se considera que el “ser saludable” no alude a que el territorio logre una condición sanitaria predeterminada, sino que esté comprometido con los objetivos de salud de sus habitantes y activamente involucrado en esfuerzos continuos para garantizarlos.

En este sentido, cualquier ciudad, municipio o ruralidad puede ser “Saludable” si se compromete con la salud y con la producción social de la salud, establece una estructura para trabajar por ella e impulsa un proceso para lograr más salud y calidad de vida para sus habitantes.

UNA CIUDAD, MUNICIPIO O RURALIDAD ES SALUDABLE CUANDO:



CERS

5. Principios

La estrategia CERS se basa en los principios generales que rigen la atención primaria en salud definida en el marco de la Ley 1438-2011, artículo 13, sistema de salud, siendo estos: el universalismo; el respeto a la diversidad (interculturalidad); el respeto a los derechos humanos; la promoción de la inclusión social y la equidad; la promoción de la participación ciudadana; la intersectorialidad, integralidad y territorialidad y la sustentabilidad, transparencia, progresividad, los cuales se interrelacionan de manera armónica con los elementos y principios definidos en el marco de la Ley Estatutaria No 1751 de 2015, la cual insta por adoptar “acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo; grupos vulnerables y sujetos de especial protección”.

El derecho a la salud alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente, y a los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana. Ese derecho se hace extensivo al acceso básico a la alimentación y a la nutrición, a la vivienda, al agua limpia y potable, a condiciones sanitarias adecuadas, a condiciones de trabajo seguras y sanas, a un medio ambiente sano, así como a los servicios sociales, mediante la disposición del Estado de todos los recursos posibles para hacer efectivo tal derecho (PDSP 2012-2021, p. 39).

Desde una perspectiva amplia de la salud, relacionada con el bienestar y la calidad de vida, busca incidir sobre sus causas que afectan directa o indirectamente y que tienen su origen en ámbitos de la vida social, que van más allá del sector salud. Para ello, hay que disponer de liderazgo, mandatos, incentivos, compromiso presupuestario y mecanismos sostenibles, que respalden la cooperación en la búsqueda de soluciones integradas.

Desde una perspectiva de equidad social, se busca resolver las desigualdades injustas y evitables entre los diferentes grupos sociales y territorios, reconociendo los principios, tradiciones y conocimientos propios de cada uno, que son potenciales elementos protectores de la salud. Buscando la universalidad y la protección del derecho, se busca atender las necesidades específicas de cada uno de los grupos sociales y territorios, para continuar avanzando en el cierre de las brechas sociales (PDSP 2012-2021).

Así, la igualdad, la equidad y la no discriminación, son asuntos recurrentes cuando se aborda el derecho a la salud, porque la diferenciación del derecho a la salud para los diversos grupos poblacionales, y la especificidad de sus necesidades, responde a desventajas y necesidades no satisfechas observadas en la práctica (WHO, 2011).

6. Ejes operativos para su desarrollo

A continuación se destacan los ejes operativos y algunas acciones y temas prioritarios, que se proponen como orientaciones mínimas para el desarrollo e implementación de la estrategia CERS en los territorios. Estos ejes se consideran los ejes de principal actuación que deben ser considerados, en la evaluación de la ciudad, pues fundamental conocer bien la ciudad y como funciona para su implementación.

Eje económico

Se enfoca en aspectos relacionados con producción, distribución, comercialización y consumo; vocación económica; producto interno bruto, niveles de empleo y desempleo; distribución del ingreso; uso de tecnologías; etc. Por tanto, posibles políticas se relacionarían, por ejemplo: fortalecer la vocación productiva del territorio, incluida la comercialización y el consumo de bienes y servicios; aumentar el empleo; seguridad alimentaria; integración regional; etc. Resulta definitivo analizar ¿cómo afectan las condiciones económicas y sociales a la salud?

Eje social

Los aspectos económicos antes reseñados tienen amplia repercusión en la condición social de la población, de manera especial, en la capacidad adquisitiva; la posición ocupada en el gradiente social; estrato socioeconómico; pobreza; nivel educativo, cultural; político; la pertenencia a minorías (etnia, raza, religiosas, políticas, poblacionales, etc.) se vuelve definitiva para el acceso o no a servicios públicos fundamentales. Por ello resulta importante se analice como propone la OMS, entre otras, ¿si existe un amplio y prologado desempleo?; ¿si existen grupos minoritarios que sufren desventajas particulares?; ¿cuál es el grado de interés por la salud entre la población en general?.

Ejemplos de política podrían ser: programas y proyectos encaminados a disminuir desigualdades e impactar los factores que generan pobreza y exclusión; aumentar los niveles de educación con calidad; programas para población diferencial; desarrollo humano y seguridad humana; etc.

Eje demográfico

La dinámica poblacional permite proyectar los territorios en términos de población y necesidades futuras; la estructura poblacional es de gran importancia, en la medida en que, por ejemplo, muestra la participación de la población económicamente activa, la cual condiciona aspectos de desempleo, dependencia económica, dimensión de la economía del cuidado (trabajo no remunerado); etc. Hay territorios donde la penuria en el suministro de servicios básicos obliga a emigrar a la población más joven y económicamente activa en busca educación, empleo y mejores condiciones de salud.

Ejemplos de políticas: proyecciones poblaciones asociadas a la producción de bienes y servicios que permitan intervenir y definir la vocación del territorio asociado a las necesidades poblacionales.

Eje ambiental

El manejo de las estructuras ecológicas y ambientales de cada territorio se vuelve definitivo en términos del calentamiento global; suministro recursos hídricos; calidad del aire; riesgos químicos; flora; paisajismo, lo cual condiciona la posibilidad o no de disponer de un desarrollo sostenible y saludable, por parte del territorio. Posibles políticas: desarrollo de programas y proyectos estratégicos encaminados a proteger los sistemas naturales (tierra, agua, aire, flora, fauna) del territorio; programa del manejo y conservación hídrica; conurbación, etc. Por ello debemos preguntarnos entre otros, ¿si existe un problema medioambiental como la contaminación del agua ó aire que tenga un impacto significativo en la salud?.

Eje financiero

La estructura demográfica, económica, social y ambiental posibilita o no disponer de los recursos adecuados que permitan el desarrollo de territorios sostenibles y saludables. El acopio y concentración de recursos provenientes del sector privado, y los obtenidos a través de la estructura fiscal, permitirían la financiación de los diferentes proyectos de la estrategia de ciudad, entorno y ruralidad saludable. Posibles políticas: fortalecer el acopio de recursos por medio de la participación voluntaria de la ciudadanía, en proyectos saludables (financiación de campañas de marketing social, donaciones, etc.) o en términos impositivos (impuestos, multas, etc.) a quienes generen impactos negativos en la salud y la sostenibilidad del territorio.

Elementos transversales

Para desarrollar la estrategia CERS son considerados como elementos transversales: territorialización - marketing social y la gestión participativa.

✓ Territorialización y Marketing Social

Este determina las necesidades y expectativas de los grupos sobre los que se desarrollaran las políticas públicas, a través de la exploración de sus percepciones, para diseñar estrategias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida. Por ello preguntarnos ¿cómo afecta los estilos de vida a la salud de un territorio?; cuales son las causas principales de enfermedad y muerte?, nos permite construir la visión de lo que habría que hacer para acercarnos a ser una ciudad saludable.

Así mismo, el territorio debe disponer de un diagnóstico que incluya su vocación en materia económica, social, ambiental, fiscal y de situación de salud (MPS, 2009). El

diagnóstico de la dinámica urbana de un territorio conducirá a la necesidad de equilibrar el desarrollo urbano, a través del Plan de Ordenamiento Territorial (POT).

El “marketing social” o “mercadeo social” es una herramienta usada cuando el objetivo deseado es un cambio de comportamiento positivo para la sociedad o para algún grupo, contribuyendo al empoderamiento de la población. Es un proceso que busca determinar las necesidades, expectativas y percepciones de los grupos objeto de la acción social, para diseñar estrategias a partir de los problemas, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida y garanticen el uso adecuado de los recursos (Botero et al., 2007).

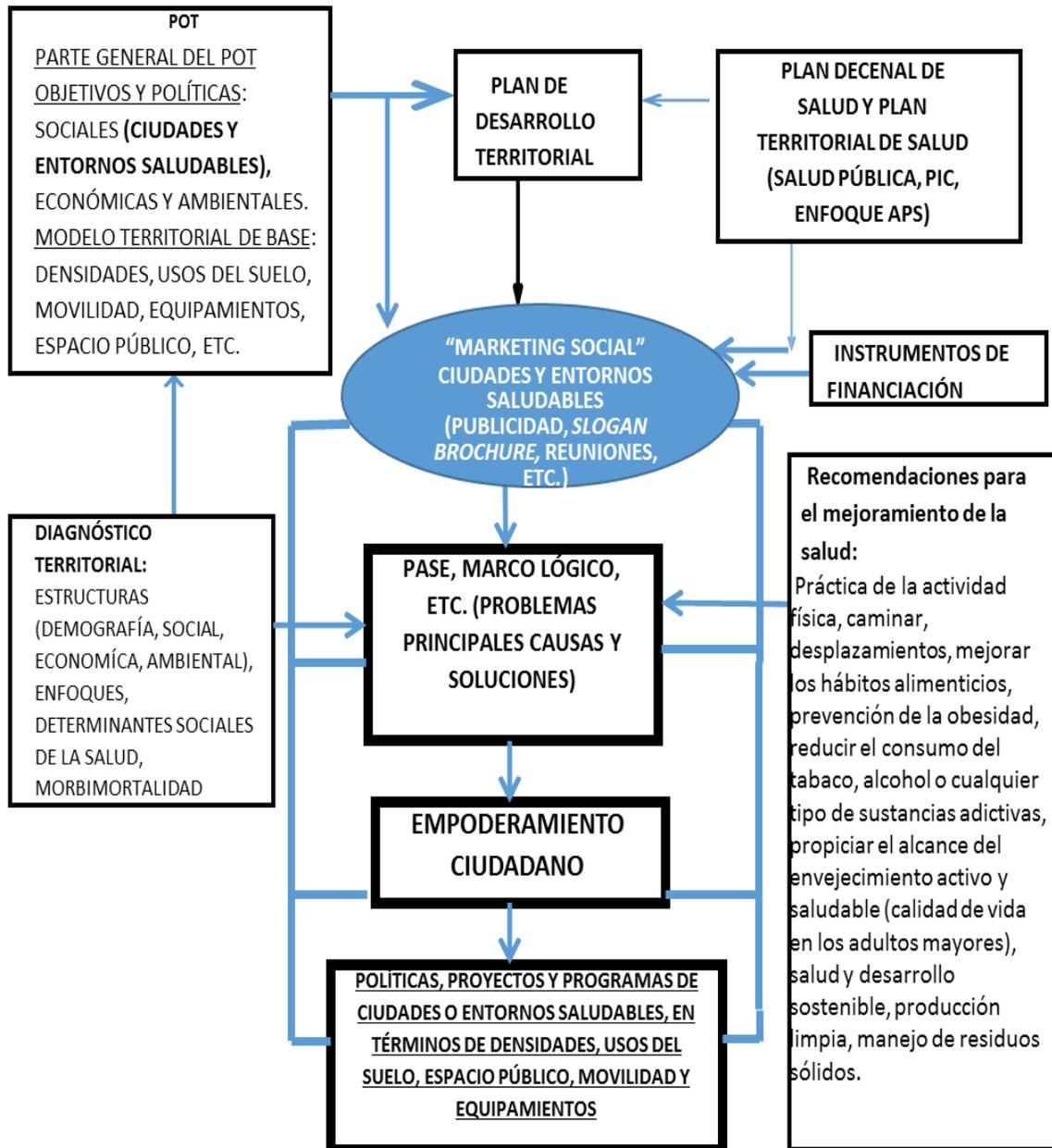
✓ **Gestión participativa**

Priorización de procesos democráticos y participativos de regulación y control, de planeación, de monitoreo, de evaluación, de financiamiento y de comunicación.

La planeación para la equidad en salud incluye: 1) acuerdos políticos y creación de grupos de trabajo; 2) análisis de situación; 3) priorización de problemas de salud e intervenciones; 4) desarrollo e implementación de la intervención; y 5) seguimiento y evaluación. En el ciclo la planificación es conveniente tener en cuenta los siguientes aspectos: la importancia de la intersectorialidad; la participación social; el objetivo de la equidad; la necesidad de analizar el impacto en la salud de toda las políticas; la acción sobre los determinantes del contexto físico y socioeconómico; y, finalmente, el fomento de intervenciones dirigidas al conjunto de la población de forma proporcional a la necesidad de cada grupo social.

La figura 3, esquematiza las relaciones de los diferentes instrumentos de planeación

Figura 3. Instrumentos de Planeación Territorial y la estrategia Ciudad, Entorno Y Ruralidad Saludable.



Fuente: Ministerio de Salud y protección Social- Colombia. 2016

7. Acciones y temas prioritarios

A continuación se describen en el anexo No 2, algunas acciones e intervenciones claves de acuerdo a los estudios revisados. Estos representan solo orientaciones generales para la implementación de la estrategia CERS en los territorios, y no se constituyen en temas obligatorios, o en límites frente a las posibilidades de acciones, políticas y estrategias que puedan ser formuladas.

Anexo 2 - Resumen experiencias exitosas de iniciativas de ciudades saludables

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE CIUDADES SALUDABLES

TERRITORIO	PERIODO	COORDINACIÓN Y ACTORES PARTICIPANTES	ACCIONES EMPRENDIDAS Y LINEAS DE ACCIÓN	RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS	PARTICIPACIÓN EN REDES
Segovia, España Población 53.260 (2014) IDH 0,960	2011- vigente	Ayuntamiento de Segovia, Comité Municipal de Prevención; Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Segovia; Federación Empresarial Segoviana; asociaciones de vecinos en las fiestas de los barrios;	Firma del Acuerdo contra el Consumo de Alcohol en Menores; Difusión entre establecimientos hoteleros y comerciantes de las prohibiciones vigentes; Implementación coordinada del programa acreditado por el Comisionado Regional para la Droga de Dispensación Responsable de Alcohol; Acciones de sensibilización y movilización comunitaria y de las fuerzas de seguridad.	Disminución de informes policiales en relación a sanciones por venta de alcohol a menores; Eliminación por completo de ofertas promocionales; Aumento de la participación e implicación de los hoteleros en los programas de Dispensa Responsable de alcohol; Menor tolerancia social al consumo de alcohol en menores; Aumento de participación en programas de prevención dirigidos a padres y madres; Mayor vigilancia sobre la venta de productos; Mejoría en la capacidad de detección precoz e intervención con los menores; Establecimiento de grupos de trabajo interdisciplinarios capaz de identificar nuevas necesidades.	Municipio Adherido de la Red Española de Ciudades Saludables (RECS)
Barcelona, España Población 1.602.000 (2014) IDH 0,962	2005- vigente	Departamento de Salud, Ayuntamiento de Barcelona, Concejalía de Salud, Consorcio Sanitario	Implementación del Programa Salud en los Barrios con el propósito de mejorar la salud de los residentes en barrios	Total de 28 intervenciones distritales; se reportan mejoras significativa de los indicadores de salud de las personas participantes, en particular de la salud	Municipio Adherido de la Red Española de Ciudades

TERRITORIO	PERIODO	COORDINACIÓN Y ACTORES PARTICIPANTES	ACCIONES EMPRENDIDAS Y LINEAS DE ACCIÓN	RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS	PARTICIPACIÓN EN REDES
		de Barcelona	beneficiados por la Ley de Barrios y reducir las desigualdades sociales en salud a partir de la acción comunitaria; Inició con fases de alianza políticas y diagnóstico de salud local; establecimiento de grupos comunitarios; planificación de acciones participativas y basadas en evidencia; desarrollo de plan de intervención con base en prioridades comunitarias.	auto percibida; impulsión de Salud en Todas las Políticas y equidad en las agendas técnicas y políticas; mayor aplicación en la práctica de las recomendaciones para favorecer la equidad (evidencias, acción intersectorial y participación comunitaria); efecto de potencialidad en las intervenciones estructurales de la Ley de Barrios	Saludables (RECS)
Ciudad de México, Población 8.000.000 IDH 0,922 (2010)	2007 - vigente	Ayuntamiento del Distrito Federal y Dirección General de Promoción de la Salud	Prevención y Control de Infecciones por transmisión sexual Salud de los niños y adolescentes (particularmente entre menores en situación de calle); Salud mental de víctimas de violencia;	Formación de más de 1.000 Comités Locales de Salud Activos; elaboración del Manual de Salud Sexual para Atención Primaria; formación de Promotores de Salud Integral Comunitaria; instalación del Centro de Apoyo Integral para la Prevención y Control de la Diabetes y un Centro Regional para la Prevención y Control de Zoonosis (Programa "Dueño Responsable". Como lecciones se destacan grandes logros en la sistematización de la información, acciones más allá del avance en los procesos de sensibilización, concientización, concertación, impulso, fortalecimiento y reconocimiento de la participación y organización a nivel local, el impacto de las acciones implementadas en los indicadores de salud, prestación de servicios de salud, servicios públicos y entorno físico, económico y social.	Integrado a la Red Estatal de Municipios por la Salud

TERRITORIO	PERIODO	COORDINACIÓN Y ACTORES PARTICIPANTES	ACCIONES EMPRENDIDAS Y LINEAS DE ACCIÓN	RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS	PARTICIPACIÓN EN REDES
Vancouver, Canadá, población 603.200 IDH 0,913 (Canadá, 2014)	2010 - vigente	Ayuntamiento de Vancouver con amplia participación de distintos sectores y actores comunitarios	Desarrollo de amplia Estrategia y Visión de Ciudad Saludable con la definición de 13 metas definidas alrededor de 3 focos de acción: personas saludables, comunidades saludables, y ambientes saludables. Áreas de actuación incluyen salud familiar y de niños, alimentación, vivienda, servicios sociales, convivencia, seguridad, vida activa, transporte activo, entre otros.	Intensa fase inicial de articulación, consultas públicas y consolidación de alianzas (2010-2014) culminó con la aprobación unánime del Plan Salud para Todos en 2014. El Plan establece metas, indicadores, acciones prioritarias, pasos y acciones integradas para el periodo de 2015-2018. El proceso de construcción del Plan incluyó diagnósticos, análisis de datos epidemiológicos y demográficos, construcción de líneas de base, articulación intersectorial, inclusión de la salud urbana como parte de la planificación local y liderazgo por parte del gobierno local.	No es parte de una Red
Figueira da Foz, Portugal, población 62.125 (2011) habitantes, IDS 0,914 (2004)	1999 - vigente	La coordinación de los proyectos está, en la mayoría de los casos, en los gobiernos municipales.	Desarrollo de la estrategia ciudad saludable con actuación especialmente para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, personas con discapacidad y población de calle. Las acciones se centraron en combatir el aislamiento social y promover en envejecimiento activo. También se desarrollan acciones de educación ambiental dirigidas a la comunidad escolar y a la población general sobre el manejo de residuos sólidos (Política de 5 R - Reducir, Reutilizar, Reciclar, Respetar y Responsabilizar); buenas prácticas de ciudadanía y formación personal.; Seguridad alimentar a	Alianza establecida con la OMS, potenciando un abordaje holístico de las ciudades saludables y el know-how en temas transversales a los problemas enfrentados por las ciudades de Europa, como la exclusión social, toxico - dependencias, pobreza, cambios sociales, desempleo, SIDA, degradación ambiental, entre otros; Identificación de los adultos mayores en situación de aislamiento, identificación y caracterización de la población sin techo, creación del núcleo de planeación e intervención de los sin techo; Reducción en el volumen de residuos producidos en el municipio, valorización de recetas y productos locales y regionales; Mejoría de condiciones que contribuyen	Miembro de la Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (1997) (34 ciudades saludables)

TERRITORIO	PERIODO	COORDINACIÓN Y ACTORES PARTICIPANTES	ACCIONES EMPRENDIDAS Y LINEAS DE ACCIÓN	RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS	PARTICIPACIÓN EN REDES
			<p>través de la valorización de la gastronomía y productos locales y regionales (creación del Guion Gastronómico Saludable); Movilidad segura en el acceso a los servicios de salud para personas con carencia económica, discapacidad física o mental, Ciudadanía e Igualdad de Género a través de acciones de formación y sensibilización de consejeros locales, funcionarios públicos y profesionales del campo de acción social y educación.</p>	<p>para promover la igualdad de género como factor de cohesión social.</p>	
<p>Paraty, Brasil, población 40.478 (2015), IDH - 0,693 (2010)</p>	<p>2013- vigente</p>	<p>Coordinación de los proyectos - Observatorio de Territorios Sostenibles y Saludables de la Bocaina y Forum de Comunidades Tradicionales con apoyo del gobierno municipal.</p>	<p>Implantación de acciones estructurales para la promoción de la salud y sustentabilidad socio ambiental en 59 comunidades tradicionales, a partir de la identificación, articulación y evaluación de las agendas sociales. Implementación de un sistema de saneamiento ecológico utilizando recursos e saberes locales. Educación diferenciada con implementación de un sistema de enseñanza escolar indígena de calidad para atender a las especificidades de la población del campo e indígenas. Formación para la transición tecnológica a través de la ecología de saberes y del principio de educación emancipadora, y promoción de la salud para desarrollar proyectos</p>	<p>Valorización del conocimiento y cultura tradicionales. Fortalecimiento de acción comunitaria y del desarrollo de habilidades personales. Participación organizada de actores sociales y comunidades tradicionales en la toma de decisión; Protagonismo del movimiento social en la definición de las prioridades (acceso a agua potable, saneamiento ecológico; descontaminación del río, gestión de residuos sólidos, regularización del turismo de base comunitaria, etc.); Definición de grupos de trabajo por temas: seguridad alimentar y nutricional, saneamiento ecológico, turismo de base comunitaria, educación diferenciada, transición tecnológica e incubadora de tecnologías sociales, evaluación de efectividad, definición de metodologías, parámetros e indicadores</p>	<p>Rede Iberoamericana de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (2013)</p>

TERRITORIO	PERIODO	COORDINACIÓN Y ACTORES PARTICIPANTES	ACCIONES EMPRENDIDAS Y LINEAS DE ACCIÓN	RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS	PARTICIPACIÓN EN REDES
			de agroecología y turismo de base comunitaria. Desarrollo de tecnologías, métodos, parámetros e indicadores de caracterización, análisis, monitoreo y evaluación de efectividad en promoción de la salud y desarrollo sostenible.	de territorios sostenibles y saludables.	
California (Estados Unidos de Norteamérica): población 38.000.000 (aprox.) [2014]; Índice de Desarrollo Humano (s.d.)	1987 - vigente	El proyecto surgió de la mano del gobierno local, que orientó la creación de un Grupo directivo del proyecto, liderado por el Departamento de Servicios de Salud de California y el Consorcio occidental de Salud Pública.	Se desarrolló desde el comienzo un plan detallado de trabajo, un plan de monitoreo y evaluación, y se abrió convocatoria pública de proyectos a ser desarrollados dentro de la estrategia de C.S. en la ciudades de Estado. Parte de las líneas de acción fueron: asesorías técnicas para desarrollo de los proyectos comunitarios; programas educativos sobre promoción de la salud; difusión de información, etc.	Es una de las primeras y más fortalecidas experiencias de C.S. en las Américas. El financiamiento del programa fue público, dado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), que ofreció financiamiento de los proyectos ganadores de las convocatorias a través de la figura de becas. Por la estructura del programa, la colaboración público-privada se convirtió en uno de los pilares del mismo.	El programa mantiene estrategias permanentes de comunicación de experiencias y resultados entre los proyectos financiados.
Alemania: población 81.197.537 [2014]; Índice de Desarrollo Humano 0,916 [2014]	1988 - vigente	La coordinación del proyecto está, en la mayoría de los casos, en la dirección local de salud pública de los gobiernos municipales.	En la mayoría de los casos se realizó la elaboración local de un plan de trabajo, de guías conceptuales y metodológicas, y se proyectaron objetivos desde el consenso de los actores participantes. Se trabajó en más de 25 líneas de acción, siendo algunas de las destacadas la salud infantil, participación ciudadana, salud de los migrantes, espacios saludables, salud masculina, entre otras.	Los balances del programa han sido positivos durante todo el periodo de implementación. Se ha resaltado la necesidad de mantener y aumentar el financiamiento del proyecto, aumentar la pedagogía sobre Ciudades Saludables, fortalecer la integración con otras políticas y agentes gubernamentales, y realizar monitoreo y evaluación continuos.	Conformaron su propia red de Ciudades Saludables en 1989, que para el 2009 contaba con 67 ciudades miembro. También han participado activamente de la red europea de C.S.

TERRITORIO	PERIODO	COORDINACIÓN Y ACTORES PARTICIPANTES	ACCIONES EMPRENDIDAS Y LINEAS DE ACCIÓN	RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS	PARTICIPACIÓN EN REDES
Corea del Sur: población 50.219.669 [2014]; Índice de Desarrollo Humano 0,898 [2014]	1998 - vigente	La coordinación general del proyecto está en cabeza del Ministerio de Salud y Bienestar, con instancias de dirección locales por todo el país, en cabeza de los departamentos municipales de planeación y salud pública.	A través de la promulgación de una Ley de Ciudades Saludables, Corea del Sur desarrolló los indicadores de evaluación del proyecto, un programa de asesoría para la implementación, un sistema de reconocimientos y una red doméstica de C.S. Se desarrollaron acciones alrededor de: viviendas saludables; ambientes saludables; transporte saludable; equidad en salud y innovación industrial saludable.	La vía de desarrollo del proyecto ha sido desde la base (bottom-up). Inició con un ejercicio de mapeo de capacidades locales para la implementación de la estrategia. Cada año se ha realizado un balance y una publicación nacional pública del avance del proyecto. El proyecto fue financiado con una porción de los impuestos sobre el tabaco.	Crearon su propia red doméstica de Ciudades Saludables. En el año 2004 la red contaba con 4 ciudades, siendo que para el año 2011 ya tenía 59 ciudades adscritas.
Argentina: población 42.980.026 [2014]; Índice de Desarrollo Humano 0,836 [2014]	2001 - vigente	La coordinación del programa se da desde las Mesas de Trabajo Intersectoriales creadas por el programa, en las que participan gobiernos y actores locales.	Los municipios saludables desarrollaron análisis de situación de salud local, pusieron en funcionamiento salas de situación local de salud, y planificaron y ejecutaron programas, proyectos y acciones de prevención y promoción de la salud. Las acciones se enfocaron sobre entornos saludables, acción comunitaria, servicios sanitarios y políticas saludables, entre otras.	Se relacionó el desarrollo de C.S. con el ejercicio efectivo de la ciudadanía, siendo el escenario local el privilegiado para la consecución de las transformaciones requeridas, con los gobiernos locales como actores fundamentales.	El Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables estableció mecanismos de intercambio de experiencias, y criterios de acreditación que facilitan la comunicación de resultados, a través de la red nacional de municipios y comunidades saludables.

TERRITORIO	PERIODO	COORDINACIÓN Y ACTORES PARTICIPANTES	ACCIONES EMPRENDIDAS Y LINEAS DE ACCIÓN	RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS	PARTICIPACIÓN EN REDES
Brighton & Hove (Inglaterra): población 273.000 (aprox.) [2011]; Índice de Desarrollo Humano 0,892 [2013]	2001 - vigente	Fue impulsado por el gobierno local, y para su coordinación y seguimiento se creó el Foro de Ciudad Saludable local.	Se desarrollaron acciones alrededor de la planeación urbana saludable, afectando ambientes naturales y construidos, promoviendo viviendas saludables y envejecimiento saludable, entre algunos de los temas de su agenda.	Se resaltó la importancia de concientizar sobre el carácter global de la estrategia y el respaldo de la OMS a la misma para impulsarla políticamente y establecer alianzas. Se identificó la necesidad de profundizar en la formación conceptual y metodológica sobre C.S., así como en los mecanismos de monitoreo y evaluación. El posicionamiento de la salud como asunto público e intersectorial fue uno de los principales resultados y factores facilitadores de esta experiencia.	Se unió a la red de ciudades saludables europea en 2004.

8. Redes de CERS

Redes son estructuras sociales, conformadas por un grupo de actores (tales como individuos u organizaciones) y sus vínculos o interacciones (tales como parentescos, amistades y profesionales). Trabajando en red, esos actores son capaces de generar soluciones que les permitan potenciar recursos y generar sinergias para alcanzar sus propósitos comunes e individuales.

Una red de ciudades saludables es una potente plataforma para que los actores políticos y las comunidades compartan información, recursos y ganen resonancia para la articulación de sus necesidades y de la experiencia acumulada. Así, el trabajo en red es una alternativa práctica capaz de presentar resultados a las demandas de la población, a través de la generación de una cultura basada en relaciones sociales y políticas más horizontales y colaborativas. La conformación de redes de CERS ha demostrado ser una potente herramienta para su fortalecimiento.

En este sentido, el MSPS desarrolló una Guía para la implementación de la Red Colombiana de Ciudades Saludables, la cual se enmarca en el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, en la dimensión “Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles”, en su componente “Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludables”, como estrategia para el cumplimiento del objetivo orientado a “Desarrollar acciones encaminadas al fortalecimiento de la movilización, construcción de alianzas y desarrollo de redes de apoyo para el empoderamiento y corresponsabilidad social por una cultura que promueva y proteja la salud”, y a la meta relacionada con el aumento anual del número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludables.

La Red Colombiana de Ciudades Saludables tiene como misión involucrar la mayor cantidad de ciudades y regiones del país que se encuentran comprometidas o que quieren incorporar la Estrategia CERS para compartir experiencias, conocimientos, soporte y recursos para la implementación de la Estrategia en cada territorio.

Para cumplir su misión, la red tiene como objetivos generales:

- Ayudar sus miembros a incorporar de forma más profunda y sostenible la Estrategia CERS en sus localidades;
- Obtener competencia técnica y política para fomentar la Estrategia CERS entre sus miembros y para incorporar nuevas ciudades y territorios en la red;
- Asegurar la intercomunicación entre sus miembros para el intercambio de experiencias, conocimientos, soporte y recursos para implementar la Estrategia CERS;

- Fomentar la colaboración, acción conjunta, sinergia y el desarrollo de proyectos entre sus miembros con el propósito de alcanzar objetivos o propósitos comunes e individuales dentro de la Estrategia CERS;
- Difundir y compartir, nacional e internacionalmente, experiencias exitosas e informaciones relevantes sobre la red.

Para ayudar a cumplir estos objetivos generales, la red tiene un subconjunto de objetivos organizativos, que se refieren a cómo la red debe organizarse y funcionar:

- Garantizar el protagonismo de los actores miembros de la red, con real posibilidad de definir sus prioridades, roles y procesos;
- Garantizar la sustentación de participación y control social en los diversos procesos decisorios de las redes;
- Establecer una dinámica participativa entre los actores de la red para que, espontáneamente o dentro de una estructura organizada, mantengan interacciones y vínculos;
- Potenciar las relaciones entre los actores como canales para transferir o “fluir” recursos materiales e inmateriales;
- Valorar el potencial de cada miembro para la red, respetando los enfoques, metas y metodologías propias de cada actor;
- Establecer y valorar la corresponsabilidad de todos los miembros en la red.

Los objetivos fundacionales de la red, es decir, qué aportan a un bien mayor para la sociedad colombiana que desea lograr, son:

- Reducir las disparidades e iniquidades de salud en Colombia;
- Promover bienestar, calidad de vida, modos, condiciones y estilos de vida saludable a todos los colombianos;
- Incluir la salud en todas las políticas, programas y acciones de todos los niveles;
- Incorporar los determinantes de la salud y los principios de la promoción de la salud en todos los instrumentos de intervención en el territorio;
- Reducir el impacto de las enfermedades físicas y mentales en la morbimortalidad evitable de los territorios;
- Fortalecer el alcance de la política y el Modelo Integral de Atención en Salud, en los distintos sistemas urbanos o red de ciudades.

Para ello su conformación y desarrollo se ha diseñado una propuesta de guía para la conformación de redes de ciudades, entornos y ruralidades saludables anexa al presente.

Bibliografía

- ARJONA, VB; CODINA, AD (2010). Urbanismo, Medio ambiente y Salud. OSMAN Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía. ISBN 978-84-694-5935-5 Disponible en: http://www.osman.es/contenido/profesionales/urban_ma_salud_osman.pdf
- AYUNTAMIENTO DE BARCELONA (2014). Plan de Movilidad Urbana de Barcelona 2013-2018. Disponible en: <http://mobilitat.ajuntament.barcelona.cat/es/plan-de-movilidad-urbana/presentacion>
- BOTERO, CA; MÚNERA, MLR; PÉREZ, JEA (2007). Impactos del mercadeo social en organizaciones de servicios. Semestre Económico, volumen 10, n. 19, pp. 113-123. ISSN 0120-6346. Medellín, Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/seec/v10n19/v10n19a8.pdf>
- DANNENBERG, AL; FRUMKIN, H; JACKSON, JR (2011). Making Healthy Places: Designing and Building for Health, Well-Being, and Sustainability. Island Press, Washington.
- HARPHAM T, BURTON S, BLUE I (2001) Healthy city projects in developing countries: the first evaluation. En: Health Promotion International, Vol. 16, No. 2, pp. 111 – 125.
- HERITAGE Z, GREEN G (2012) European National Healthy City Networks: the impact of an Elite Epistemic Community. En: Journal of Urban Health, Vol. 90, Suppl. 1, pp. S154 – S166.
- MENDES, R. (2012) Promoción de la salud y las ciudades. In: Dolors Juvinyà; Hiram Arroyo. (Org.). La promoción de la salud, 25 años después. 1ed. Girona: Documenta Universitaria, v. 1, p. 295-310.
- MONTES, FEC; CALDERÓN, CAA (2003). Indicadores de Evaluación de la Estrategia de Municipios Saludables por la Paz en Colombia. Rev. Salud Pública. 5 (2): 180-197.
- MPS (2009) Ministerio de la Protección Social. Guía metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20ASIS.pdf>
- MPS/CENDEX-PUJ (2008). Carga de Enfermedades en Colombia 2005. Bogotá.
- MSPS (2010) Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Resumenfi.pdf>
- MSPS (2015) Ministerio de Salud y Protección Social. Documento de referencia (Abc): Ciudad, Entorno y Ruralidad Saludable. Bogotá.
- OMS (1995) Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Veinte pasos para desarrollar un proyecto de ciudades saludables. 2a ed. Disponible en: <http://www.redconsalud.info/img/cnt/File/Otros%20documentos/PASOS%20PROYECTO%20CIUDAD%20SALUDABLE.pdf>
- OMS (2009) Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2009. Subsana las desigualdades en una generación. Buenos Aires: Ediciones Journal S.A.
- OMS (2011) Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, Brasil.
- ONU (2015) Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/69/L.85>
- OPS (2004) Organización Panamericana de Salud. Municipios y Comunidades Saludables, Guía de los Alcaldes para Promover Calidad de Vida. División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS. Oficina Regional de la OMS. ISBN 92 75 32414 X. Disponible en: http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/SDE/HS/MCS_Guía.pdf

- PLUMER K, KENNEDY L, TROJAN A (2010) Evaluating the implementation of the WHO Healthy Cities Programme across Germany (1999-2002). En: Health Promotion International, Vol. 25, No. 3, pp. 342 – 354.
- WESTPHAL, MF (2008) Promoção da Saúde e a qualidade de vida. In: Juan Carlos Aneiros Fernandez, Rosilda Mendes. (Org.). Promoção Da Saúde E Gestão Local. São Paulo: Editora Hucitec, p. 13-40.
- WHITEHEAD, M; DAHLGREN, G. (2006). Levelling up (part 2). World Health Organization Europe. Copenhagen.
- WHO (2011) World Health Organization. World Conference on Social Health Determinants. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf
- Referencias marco legal de la estrategia CERS
- CONGRESO DE COLOMBIA (1994). Ley Orgánica del Plan de Desarrollo 152 de 1994. Ver en: http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3711_documento.pdf
- CONGRESO DE COLOMBIA (2011). Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial 1454 de 2011. Ver en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley145428062011.pdf>
- CONGRESO DE COLOMBIA (2011). Ley 1438 de 2011. http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/nacionales/LEY_1438_DE_2011-Reforma_al_Sistema_General_de_Seguridad%20Social_en_Salud.pdf
- CONGRESO DE COLOMBIA (2015). Ley Estatutaria en Salud (1751 de 2015) Ver en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA (1991). Ver en: http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf
- CORTE CONSTITUCIONAL (2008). Sentencia T760 de 2008. Ver en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
- DIARIO OFICIAL (2015). Ley 1753 de 2015. Expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html
- MSPS (2012) Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. La salud en Colombia la contruyes tu. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensionvidasaludable-condicionessno-transmisibles.pdf>
- MSPS (2016) Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016: Política de atención integral en salud PAIS y modelo integral de atención en salud MIAS.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA (1998). Decreto Nacional 879 de 1998. Reglamentan las disposiciones referentes al ordenamiento del territorio municipal y distrital y a los planes de ordenamiento territorial. Disponible en: <http://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/13796/Decreto%20879%20de%201998.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA (1998). Decreto Nacional 1504 de 1998. Reglamenta el manejo del espacio público en los planes de ordenamiento territorial. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1259>
- OMS (2015). Twenty-seven years of the WHO European Healthy Cities movement: a sustainable movement for change and innovation at the local level. Agis D. Tsouros. Health Promotion International, 2015, Vol. 30, No. S1 i3–i7. doi: 10.1093/heapro/dav046

ANEXO

Anexo 1 – Fases de ciudades saludables en Europa y disfunciones urbanísticas

Phase	Number of designated cities/number of national networks	Key focus	Global, WHO and Healthy Cities policies and declarations	Historical
I (1987–92)	35/25	Creating new structures for and introducing new ways of working for health in cities. City health profiles—an essential tool.	Health For All Ottawa Charter Milan Declaration	Berlin Wall Break-up of former USSR
II (1993–97)	37/25	Emphasis on intersectoral action, community participation and comprehensive city health planning.	Rio Declaration on Environment and Development	War the in former Yugoslavia (1991–2001)
III (1997–2003)	56/25	Action on health and sustainable development and healthy urban planning. Action on key NCD risk factors. Addressing the social determinants of health. City health development plans—an essential tool. Partnership with other city networks in Europe	Jakarta Declaration Athens Declaration Agenda 21—Rio plus 10 Health 21 European Sustainable Cities and Towns Campaign Millennium Development Goals	9/11 Globalization
IV (2003–07)	70/25	Increasing emphasis on partnership-based health development plans. Core themes include healthy urban planning, health impact assessment and healthy ageing	Belfast Declaration Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health (2008)	IPCC climate change report—Nobel Prize
V (2008–13)	100/25	Health and health equity in all local policies. Core thematic strands: caring and supportive environments, healthy living, health urban environment and design	The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth Zagreb Declaration European review of social determinants of health and the health divide Governance studies	Global financial and economic crisis
VI (2014–18)	100/	Leadership for health City health diplomacy Applying Health 2020 lens with emphasis on life-course approaches, community resilience and health literacy	Health 2020 Athens Declaration Sustainable Development Goals	

Fuente: Twenty-seven years of the WHO European Healthy Cities movement: a sustainable movement for change and innovation at the local level. Agis D. Tsouros. Health Promotion International, 2015, Vol. 30, No. S1 i3–i7. doi: 10.1093/heapro/dav046

Entre las disfunciones urbanísticas más importantes se tienen (Arjona & Codina, 2010):

- i. La necesidad en abundancia de recursos externos los cuales deben ser transportados al interior de la urbe. De allí la necesidad de centros de acopio y un adecuado transporte;
- ii. Aguas servidas;
- iii. Impacto sobre el medio ambiente (contaminación, residuos, ruido, impacto en la biodiversidad, aguas residuales, deterioro del paisaje, consumo excesivo de agua y recursos no renovables, presión sobre áreas rurales, calentamiento, etc.);
- iv. Desigualdad de oportunidades, discriminación social, pobreza, cinturones de miseria, invasiones y asentamientos humanos en zonas de riesgo;
- v. En la ciudad dispersa el gasto excesivo en el suministro de los servicios públicos (agua, energía, alcantarillado);
- vi. Contaminación, ruido;
- vii. La complejidad de la ciudad y la mala planificación del “ecosistema urbano” relacionado con la interacción entre los ámbitos económico, social y ambiental;
- viii. Dieta malsana basada en harinas refinadas, azúcares, sal, comidas rápidas, grasas trans, uso excesivo de alcohol y tabaco;

- ix. Embotellamientos en el tránsito;
- x. Diseño de ciudades no aptas para el ciudadano sino para el vehículo de transporte individual;
- xi. Ineficiente movilidad;
- xii. Inactividad física;
- xiii. Inseguridad ciudadana.

Cuadro 1. Interrelación impactos del medio urbano y el proceso de expansión urbanística sobre el medio ambiente y la salud.

Interrelación impactos del medio urbano y el proceso de expansión urbanística sobre el medio ambiente y la salud		
Factor del medio urbano y su expansión	Efecto sobre el medio ambiente	Efecto sobre la salud
Transporte e infraestructuras asociadas		
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de combustibles fósiles • Número de vehículos • Largas distancias entre la vivienda, lugar de trabajo, escuela, etc. • Tiempo invertido en desplazamientos habituales 	<ul style="list-style-type: none"> • Contaminación del aire • Emisión de Gases de efecto invernadero • Consumo de recursos no renovables • Impacto paisajístico • Pérdida de biodiversidad • Ruido 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades respiratorias • (asma, bronquitis) • Alergias • Enfermedades cardiovasculares • Cáncer • Obesidad • Salud mental (ansiedad, estrés, depresión) • Hipertensión • Perturbación del sueño
Edificios y área urbana		
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo energético para calefacción, aire acondicionado, etc. • Lugar construcción • Calidad del aire interior • Disponibilidad de áreas verdes 	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de residuos • Emisión de contaminantes del aire y Gases de Efecto invernadero • Consumo de agua • Isla de calor • Pérdida de biodiversidad • Confort térmico • Ruido 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades respiratorias (asma, bronquitis) • Alergias • Enfermedades cardiovasculares • Salud mental (ansiedad, estrés, depresión, aislamiento) • Cáncer • Obesidad
Uso del suelo		
<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el uso del suelo • Consumo del recurso suelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Deforestación • Contaminación • Presión sobre áreas naturales • Fragmentación de hábitats • Sellado del suelo y cambio en la dinámica hidrológica (incremento de la escorrentía, disminución de la recarga de acuíferos, etc.) • Pérdida de biodiversidad • Especies invasoras 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la protección frente a daños materiales y humanos provocados por eventos climáticos extremos (inundaciones, riadas, etc.) • Enfermedades vectoriales

Fuente: Arjona & Codina, 2010.