

CIUDAD Y SALUD PÚBLICA

Paz Benito del Pozo (moderadora)

Tratar del tema de la ciudad y de la salud parece especialmente necesario y oportuno en el marco de este Coloquio de Geografía Urbana cuyo contenido esencial, reflejado en el título y en las intervenciones programadas, ya nos pone sobre la pista de su marcado enfoque social. Un planteamiento que -por situar en primer término al individuo y su relación con el entorno- resulta sin duda desafiante si tenemos en cuenta el orden que domina, esto es: la globalización económica, que parece negar o ignorar al sujeto, y el retroceso del Estado social o Estado de bienestar, fenómeno que apunta en la misma dirección y que está vinculado al avance de las ideologías liberales.

En este contexto, las sociedades más avanzadas y urbanizadas vinculan la calidad de vida a actitudes y conductas que tienen que ver, ante todo, con los niveles de consumo y de gasto de los ciudadanos, que por su parte se muestran cada vez más individualistas y menos sensibles con los problemas ajenos y del entorno remoto.

Vivir en la ciudad no parece implicar por parte de este *urbanita* productor y consumidor inquietud alguna por los problemas que la aquejan, por sus deficiencias, por sus injusticias. Parece, en suma, poco implicado en la construcción del espacio que habita.

Por otra parte, ese concepto de calidad de vida y el estilo urbano que se impone incluye, por supuesto, la salud: vivir más años y en mejores condiciones físicas y mentales, lo que se traduce en la llamada *ideología de culto al cuerpo*, a la postre una forma de consumo más, una expresión del individualismo creciente, que poco o nada tiene que ver con la idea de salud pública.

En nuestras sociedades la salud individual se presenta hoy claramente disociada de la salud colectiva, aunque ambas depende en buena medida del ambiente urbano, de lo que la ciudad ofrece en términos de equipamientos, infraestructuras o planeamiento en general.

Si esto es así, se preguntarán ustedes que para qué le dedicamos un tema a lo público, a la salud de los ciudadanos y a la salud del propio espacio urbano. Y qué tiene que ver la Geografía en todo ello.

Pues bien, la respuesta nos la habrán de dar nuestros invitados, la doctora Ana Olivera Poll, Profesora Titular de Geografía Humana en la Universidad Autónoma de Madrid, experta en Geografía de la salud; la doctora Ana Paula Santana, Profesora Titular de Geografía en la Facultad de Letras de la Universidad de Coimbra e igualmente buena conocedora por su experiencia investigadora de los temas de ciudad y salud; y por último, el doctor Vicente Martín Sánchez, profesor asociado de la Universidad de León y facultativo de sanidad en el centro penitenciario de Mansilla de las Mulas.

Ana Olivera Poll

Quiero agradecer al Grupo de Geografía Urbana que hayan pensado en mí para darme el placer de hablar de unos de mis temas favoritos en este congreso, pues creo que llevamos unos años que se había olvidado un poco lo social y lo humano; se ha hecho bastante “urbanismo de raya” y “urbanismo de cemento”, incluso desde la Geografía.

Bien. Comenzaría primero con unos interrogantes previos a la entrada en materia. Por ejemplo: ¿Sigue teniendo sentido comparar Salud urbana y Salud rural? Bueno, en un momento en que los límites entre lo urbano y lo rural cada vez son menos nítidos, con un enorme desarrollo de los suburbanos, pues me parece que seguir insistiendo en salud urbana como algo contrapuesto a salud rural no me parece lo más importante. Otra pregunta: ¿Se puede hablar de características de salud urbana como una cosa generalizable habiendo ciudades tan diferentes como Soria y Yakarta? ¿Se puede llegar a alguna conclusión que sea válida para todos? Pues, yo tengo mis dudas. Otra cosa: ¿Cuáles son las diferencias en salud entre ciudades de diferente dimensión geográfica y espacial? ¿Es más saludable una ciudad intermedia? ¿Es menos saludable una megaciudad? Entonces, ese es un tema donde yo creo que debemos incidir bastante. Otra cosa es: ¿Sirven los patrones de morbilidad y mortalidad urbana para toda la ciudad? ¿es algo homogéneo? ¿podemos hablar de “qué pasa con la salud en Barcelona” o tendremos que estudiar verdaderamente dentro de la gran heterogeneidad urbana patrones dispares? Y otro tema que no me parece menos importante: ¿Qué se debe entender como “medio ambiente” Yo no sé si es que me pasa a mí, pero yo lo veo a mucha gente, cuando se habla de medioambiente pensamos en la Naturaleza, y en un descuido en el Amazonas, pero no pensamos que medio ambiente es el medio ambiente urbano y sobre todo es el medioambiente construido. Desde la antropología de la salud se han hecho muchas llamadas a lo importante del ambiente real que vivi-

mos, ¿qué vivimos nosotros? Pues “vivimos” la vivienda, vivimos la Universidad, vivimos un sitio donde nos reunimos en el tiempo de ocio, ...Entonces, es muy importante el estudio del medioambiente construido; por ejemplo, una cosa que se me ocurre, muchas de nuestras casas en invierno tienen la misma humedad relativa que el Sahara. Esto, en relación con rinitis y enfermedades mucosas, pues creo que tendrá algo que ver, porque estamos hablando del clima de Madrid, del clima de Europa, ... ¿Qué microclima vivimos? Y luego, la última pregunta (porque nos podíamos preguntar muchas cosas antes de empezar a plantear el tema), ¿es la Salud, al menos en parte, una producción social? Porque hasta ahora era algo que parecía que dependía de patógenos, o poco menos.

Para entender un poco dónde estamos en las ciudades, hay que plantearlo desde el enfoque de ver cambios a lo largo de la historia en enfermedad, pues desde la teoría Epidemiológica, han cambiado los riesgos, pues la ciudad ha supuesto unos riesgos nuevos por el desarrollo de Tecnologías (lo mismo que la transición demográfica no la hemos pasado todos en el mismo tiempo, hay secuencias), pues igual sucede con esa transición de riesgos: hay países que están en transición y ciudades que tienen comportamientos en patrones de salud pre-transicionales, otros que están en plena transición y otros que están en unos riesgos modernos.

Pasaría ahora a ver cuáles son los factores diferenciales que hacen que la ciudad pueda tener una mayor o menor morbilidad y mortalidad, pero no es tanto la cantidad sino la calidad, las causas. No es tanto si se enferme más, sino de qué cosas se enferma, que eso sí que es a veces mucho más importante. ¿Qué factores? Un primer factor puede ser el propio proceso de urbanización en el Tercer Mundo. Eso ya es de todos conocido, no sé si vale la pena hablar de hacinamiento, infravivienda, carencia de agua potable, contaminación sumada de tráfico e industria sin ningún tipo de control, convierten este ámbito urbano en el lugar ideal para el surgimiento de enfermedades emergentes y reemergentes. Enfermedades que tradicionalmente eran de ámbito rural se convierten ahora en enfermedades masivas en áreas urbanas del Tercer Mundo. Otro factor es la propia expansión espacial de la ciudad. Políticas urbanísticas y planificación de servicios, que a veces son expresas o a veces resultados de un *laissez faire*, nos están conduciendo a que la ciudad sea cada vez más lejana en sus partes, más disgregada y, primeramente la suburbanización de la vivienda, después la periferyización de grandes superficies comerciales, salida de colegios, etc. Y esto está provocando una necesidad de motorización, y motorización en población muy joven y en población muy anciana que, unida a la desaparición del comercio cotidiano, se ven forzados a motorizarse. Esto va a dar lugar a un aumento en la accidentalidad por tráfico y un aumento en los niveles de contaminación que lógicamente incide en salud.

Un tercer punto será el propio diseño urbano. ¿Cómo se diseña la morfología de la ciudad? Se ha podido tener en cuenta un diseño preventivo o no. Eso tiene muchísimo que ver con otro hecho de salud y ciudad saludable y ciudad segura que es el de la seguridad ciudadana. El diseño de la ciudad frente a la delincuencia, frente al ataque a

las personas, homicidio, etc. Entonces, ¿se diseña con lo que se ha llamado un “entorno protector”? Realmente no; lo que se hace es diseñar vivienda-fortaleza, que muchas veces se convierte en un factor de salud grave, en un caso de incendio porque no te pueden abrir una puerta blindada los bomberos, por ejemplo.

Dentro de ese diseño urbano otro aspecto será ¿se han evitado o suprimido las barreras urbanísticas de edificación o transporte? Las barreras no son sólo un factor de exclusión –te excluyen de la formación, te excluyen del trabajo, ...- sino que son un factor esencial de enfermedad y de accidentalidad. Por ejemplo, te aíslan; crean depresión, crean sedentarismo, crean varices, crean obesidad, crean no ir a los controles médicos que debes asistir (porque no pueden salir de casa, personas mayores en bloques de cuatro pisos y sin ascensor, por ejemplo). Otro hecho de diseño importante: en el momento de crear ciudad ¿se ha pensado en la existencia de espacios para actividad deportiva y espacios verdes o no? La carencia de esas dotaciones tiene incidencia en salud. Por ejemplo, una cosa que precisamente se acaba de estudiar en Valladolid, en relación con las zonas verdes, no sólo tenerlas o no tenerlas sino que se plantea que hay elementos de polen que son mucho más productores de alergia, mucho más alérgicos en ciudad que en el mucho rural; hay muchas más personas polínicas en la ciudad ¿por qué? por lo de “la revancha de los patógenos”. Hay determinadas proteínas que las plantas lanzan cuando están a la defensiva. Entonces las gramíneas, esas mismas gramíneas en el campo tienen mucho menos poder de alergia. Otro factor indiscutible van a ser los modos de vida: Tipos de trabajo que favorecen el sedentarismo, escasa actividad física, niños que de alguna manera tienen gran cautividad porque el espacio urbano es peligroso, porque no pueden estar solos, ... y bueno de todo lo que tiene que ver con el modo de vida, sólo para eso necesitamos mucho más tiempo. Y otro hecho que tiene mucho que ver con Castilla y León es el de la mayor exposición a los campos electromagnéticos de torretas de alta tensión y la telefonía móvil. En el caso que hemos tenido recientemente en el colegio de Valladolid, bueno, el informe resultante al final es que no tenía relación. Yo tengo mis dudas, pero evidentemente, es mucho más grande esta exposición en el mundo urbano que en el rural, porque en el mundo rural son elementos aislados que no tienen por qué estar próximos a los habitantes.

Luego hay otras cosas que se dan sólo en las grandes ciudades, por ejemplo, el síndrome de “edificio enfermo”, en relación con grandes edificios de oficinas, edificios herméticos, con ventilación artificial o los recientes casos de legionelosis en relación con el aire acondicionado. Luego podríamos hablar de mayor exposición a ruidos y muchos otros casos. Entonces, simplemente en este punto señalar que es preciso favorecer diseño preventivo, diseño universal en cuanto a espacios de accesibilidad y “arquitectura saludable”, que es buscar una ciudad con los menos riesgos de accidentalidad y enfermedad. Señalar luego que ahora mismo se está en una nueva situación en cuanto a salud pública, por lo menos a un nivel teórico, y el tema de las ciudades saludables nos va a abrir nuevas posibilidades a los geógrafos porque desde

la propia Organización Mundial de la Salud se ha invitado a que otros profesionales colaboren en intentar mejorar los niveles de salud, porque está claro que no se puede solucionar solamente desde el propio sector médico. Me parece que esto resume bastante lo que sucede: no hay ciudades saludables sino son sostenibles pero a la vez, no hay ciudades sostenibles si no son saludables. Eso se tiene que tener claro y todos los especialistas, por activa y por pasiva, lo han demostrado. Y otra cosa: cuando se ha planteado el individualismo en el comportamiento social actual, el Director del Centro de Control de Enfermedades de USA afirma que la salud de cada individuo está más asegurada cuando mejora la salud de la comunidad entera. Un solo caso de infección nos pone a toda la población en riesgo y ahora la demanda por encima de toda la población es el riesgo en todo.

Me gustaría, en fin, señalar algún reto que no me ha dado tiempo y creo que es importante. Bueno, aparte de reconocer y aceptar nuestra responsabilidad en materia de salud, como geógrafos, que muchos intervienen en Planificación urbana, me parece que habría que pensar en incluir aspectos geográficos de salud en los estudios de impacto ambiental, no solamente estudiar “la cigüeña negra”; colaborar en creación y análisis crítico de indicadores simples y sintéticos, esto es el punto negro del programa de ciudades saludables, es la gran carencia, qué medir y cómo medirlo. Y luego otra cosa muy importante, que nos trastoca un poco: estamos los geógrafos acostumbrados a trabajar en unas escalas locales y regionales, ... no nos queda más remedio que saltar al ruedo con los niveles “micro”. En el momento actual de la ciencia no nos queda más remedio que bajar a la microgeografía. Hay que trabajar con diagnósticos muy precisos. Ya no vale decir “es que aquí la ciudad enferma más de cáncer”. ¿Pero eso qué es?. Enferma más de cáncer, a lo mejor respiratorio, pero a lo mejor no de digestivo. Entonces, hay que trabajar con subgrupos de población e incluso con individuos. Y hay que trabajar con unidades espaciales y temporales mucho más pequeñas de lo normal

Ana Paula Santana

Hoy, un poco por todo el mundo, el espacio urbano es un espacio considerado como crítico, cuando se asocia a valores como la calidad de vida, bienestar y salud de las poblaciones. Se trata del paradigma perdido de la urbanidad. En la urbe de nuestros días se concentran problemas de paro, polución, calidad de los alojamientos, iniquidades, diferentes exclusiones, creciendo los casos de patologías infecciosas (nuevos y viejos problemas de salud), patologías crónicas y sociopatías. El espacio urbano raramente es lugar de encuentro y seguridad.

La rápida concentración de poblaciones en los centros urbanos durante los siglos XIX y XX determinó la necesidad de actuación a nivel del planeamiento urbano (aun-

que no de manera generalizada) para potenciar la alteración de algunas de las circunstancias de gran precariedad en la que vivía parte de la población urbana. Por otro lado, la salud pública reconocía, también, la urgencia de conocer las causas de las patologías que proliferaban en estos espacios para adecuar la actuación de los programas específicos de erradicación. Estas cuestiones tienen de premisa que la salud es una condición esencial de desarrollo de las regiones, íntimamente dependiente de factores ambientales y materiales. Todavía, estas cuestiones han sido abandonadas por los investigadores en el período de pos-guerra.

Durante gran parte del siglo XX, los aspectos relativos a la salud urbana (de las poblaciones que habitan la urbe) y a los factores determinantes del nivel de planeamiento urbano, han sido olvidados. Se construían vastos aglomerados urbanos para acoger cada vez más inmigrantes, sin tener preocupaciones con las relaciones que se habrían de establecer entre el espacio físico, social, económico y sus resultados en la calidad de vida, bienestar y salud de las poblaciones. En ese tiempo, poco se sabía sobre las determinantes que, en realidad, tienen un fuerte impacto en la salud.

Hoy existe la comprensión de que la salud y la calidad de vida, como condiciones básicas y prioritarias para la sustentabilidad del sistema, necesitan de una atención diferente y reforzada en los aspectos relativos no solamente a los grupos humanos (atributos de composición) pero, principalmente, a las circunstancias que rodean estos grupos (atributos del contexto). Las necesidades de los que habitan en la urbe deben, así, orientar las formas de hacer el espacio urbano-planeamiento urbano.

Las características del espacio urbano en sus múltiples dimensiones (ambiental, social y económico) y las prácticas de planeamiento urbano pueden afectar positiva o negativamente el bienestar y salud de las poblaciones. Este aspecto debe orientar los urbanistas y los decisores políticos en el sentido de comprender cual o cuales son las implicaciones de sus propuestas y de sus decisiones en la calidad de vida, bienestar y salud de las poblaciones. La salud es el elemento principal en el desarrollo sustentable y, en ese sentido, la construcción del espacio urbano debe tener como objetivos no solamente la mejora de la calidad del espacio físico (construido y de circulación) como, también, la capacidad de proyectar sus consecuencias en la calidad de vida y de la salud de los individuos y de las comunidades. La salud urbana debe de ser analizada en dos aspectos que se relacionan y que no pueden ser disociados: por un lado, es importante conocer la salud de los habitantes de la urbe (mismo que sea por la negativa-morbilidad y mortalidad); por otro, se debe añadir a la pesquisa los aspectos relativos a los atributos del espacio urbano en sí mismo. Son las dos caras de la misma moneda.

En el inicio del siglo XXI, la salud urbana plantea o replantea algunas cuestiones que deben ser consideradas:

-La salud es condición básica del desarrollo sostenible (salud de la sociedad);

- La salud y el bienestar de las poblaciones son influenciados por los atributos del lugar o de la comunidad, los cuales se pueden sobreponer a los atributos individuales;
- Una población con bajos valores de mortalidad prematura y o morbilidad será potencialmente más productiva, lo que representa, potencialmente, la capacidad de generar prosperidad (salud de la economía);
- Cada vez más personas habitan en áreas urbanas y suburbanas;
- El organismo urbano es como un ser vivo, influenciado y influenciando la salud de los grupos humanos (salud ambiental);
- El planeamiento urbano debe centrarse en las personas.

Así, el inicio del nuevo siglo constituye un marco importante en el tema de la salud urbana. Con las recientes investigaciones en Europa y Norteamérica ha sido confirmado el papel del contexto – comprendido en sus aspectos geográficos, sociales y culturales – en las variaciones en salud. La innovación de este abordaje está en el gran énfasis que es dirigido a los aspectos sociales – capital social y cohesión social – y su impacto en la salud. Así, después de una fase inicial, durante la cual la preocupación principal era la localización y la correlación espacial con los factores o determinantes de la salud, se siguió otra fase en la cual las características de los LUGARES son tanto o más importantes que las de los individuos, cuando se intenta comprender las cuestiones de la salud y de los tipos de vida relacionados con la salud. Una particular atención se dirige a los efectos de los factores ambientales y sociales (contexto) en los resultados en salud, sobreponiendo a los individuales, como los análisis estadísticos apropiados lo comprueban – *multilevel models*.

La estructura del espacio geográfico y social tiene consecuencias directas en la salud: por ejemplo, la oferta de recursos y la estructura de las relaciones sociales son factores cruciales con un fuerte impacto en la salud y bienestar de las poblaciones. El mismo se verifica relativamente al desarrollo de políticas intersectoriales más cercanas de las poblaciones – a través de la descentralización – y, también, a los comportamientos de los individuos y su interrelación con las áreas de residencia. Por ejemplo, Diez-Roux y otros (2001) examinan las relaciones entre las características del LUGAR y la incidencia de patologías coronarias, concluyendo que los habitantes de LUGARES con mayores desventajas presentaban un mayor riesgo de padecer de las coronarias que los residentes en LUGARES de mejor calidad, después de controlar las características individuales como el rendimiento, la educación y la ocupación. Por otro lado, la probabilidad de percepción de diferentes niveles de estados de salud varía considerablemente cuando se altera o modifica la situación relativamente al capital social de las comunidades – un bajo capital social corresponde a malos estados de salud.

La distribución espacial desigual de los resultados en salud es debida a la composición de la población y a las especificidades del local y, así, el LUGAR merece ser

considerado en la definición de las políticas e intervenciones o acciones políticas más adecuadas.

La relevancia de los atributos del LUGAR en la salud de las poblaciones refuerza el papel del Geógrafo y resucita, por lo menos parcialmente, la figura de los investigadores de salud pública del siglo XIX. Esta es también una de las razones para la necesidad de crecimiento de un cuerpo de geógrafos que, aplicando el conocimiento de la Geografía, desarrolle la investigación en salud urbana. En ese sentido, es indispensable desarrollar prácticas metodológicas que han merecido la atención de expertos europeos y norteamericanos en los últimos años del siglo XX, sea en el área de las ciencias sociales (geografía, economía, sociología, urbanismo, etc.) sea en el área de las ciencias médicas y de la salud (epidemiología, salud pública, etc.).

El siglo XXI es, verdaderamente, el inicio de las nuevas aproximaciones que colocan en la necesidad de hacer algunos cambios con vista a una mejor calidad de vida y salud de las poblaciones urbanas. Hasta hoy y tradicionalmente, el planeamiento en salud está sujeto a muchas debilidades y contradicciones – se gasta gran cantidad de recursos financieros con tecnologías de punta centradas en el tratamiento y se gasta mucho poco con tecnologías básicas de bajo coste y amplio ámbito de aplicación. Se debe colocar en evidencia el coste / beneficio de otras prácticas que refuercen la prevención (cambiando comportamientos, actitudes y prácticas) y que envuelvan ciudadanos y voluntarios, prosiguiendo la mejora de la calidad de vida, bienestar y salud de las poblaciones. Para eso, la actuación se debe orientar en el sentido de los grupos humanos, comprendidos como el centro y objetivo del planeamiento urbano o de salud, desarrollando políticas correctivas de las iniquidades que se detectan en el espacio urbano. Deben ser definidas estrategias que traten, principalmente, de asegurar la calidad de vida y la salud de los grupos más vulnerables que emergen en las ciudades y las áreas suburbanas, a través de la mejora de su hábitat.

Por mi parte, he estudiado las muertes evitables en Portugal, al nivel de las NUTs III, en el período 1989-1993 (SANTANA, A.P., (2002): *Atlas da mortalidade “evitável”*). Fue posible identificar áreas de alerta donde los valores relativos a las muertes evitables (total de causas de muertes evitables, causas de muerte sensibles a los cuidados médicos y causas de muerte sensibles a la prevención y promoción de la salud) se sitúan por encima del valor padrón del país.

En síntesis, considerando todos los factores (7 para el género masculino y 8 para el femenino) se verifica que existe una oposición entre las áreas urbanas del litoral, donde se incluyen las metropolitanas, y las áreas rurales del interior. Todavía, si para el género masculino la oposición principal es, genéricamente, entre litoral y interior, para el género femenino se observa una mayor heterogeneidad, apareciendo también una oposición entre Norte y Sur, la cual parece sobreponerse a la dicotomía litoral-interior.

Las áreas aisladas de los grandes ejes estructurantes del país, están en una situación de desventaja. Son sub-regiones en declive demográfico, social y económico,

donde también fue encontrada una baja proporcionalidad de médicos y de consultas en los cuidados de salud primarios (ejemplo: áreas periféricas del Norte fronterizo e interior y Algarve). En estas áreas fueron encontrados valores de mortalidad por causas evitables sobre todo dependientes de las condicionantes económica y social de los Lugares, incluyendo el acceso a los cuidados preventivos y de promoción de la salud, con especial impacto sobre las mujeres. Acumulativamente, la distancia de algunas subregiones a los servicios de salud especializados y a los cuidados de emergencia en hospitales más diferenciados, refuerza, en estas áreas, las dificultades de obtención de cuidados de salud en tiempo y que podrían salvar vidas. Por eso en estas áreas se verifica también una elevada mortalidad por causas sensibles a los cuidados médicos. La paradoja es que se verificó la existencia de elevados padrones de mortalidad en subregiones que se caracterizan por prácticas médicas muy especializadas, con acceso geográfico a hospitales centrales y especializados de las áreas metropolitanas.

La investigación que se está haciendo en los grandes centros de investigación del mundo relativa a las variaciones en salud, considera los individuos, no aisladamente y tan solo dependientes de sus características individuales, sino como personas integradas en contextos – materiales y psicosociales – que interactúan en diversas escalas: barrio, vecinos, etc. La consideración de estas diferentes escalas es fundamental para la comprensión de la salud de las poblaciones. Las políticas del ordenamiento territorial urbano podrán orientarse hacia una mayor efectividad. Por tanto, la investigación debe seguir nuevos caminos, dibujando y utilizando nuevas metodologías: 1. Definiendo escalas espaciales ajustadas a las problemáticas (gran escala); 2. Identificando los factores apropiados al análisis; 3. Recreando los “mapas” de las áreas de estudio, para evaluar las múltiples dimensiones de la privación; 4. Seleccionando resultados en salud que afecten de forma desigual y prematura a las poblaciones.

Una visión completa e integrada de la organización del territorio recusa el divorcio entre planeamiento de la salud y planeamiento urbano. El espacio urbano debe organizarse para responder a las necesidades reales y actuales de los grupos humanos (seguridad, efecto de comunidad, construcción social del lugar, etc.). Así, se debe evidenciar el coste / beneficio de prácticas de planeamiento urbano sustentable, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida y salud de las poblaciones, reforzando el papel de la comunidad y los efectos de barrio o proximidad. Por otro lado, los ciudadanos deben tomar conciencia de la importancia de su contribución para la salud y bienestar individuales y de las comunidades, en lo que respecta a sus comportamientos. Al mismo tiempo, la creación de servicios e incentivos desarrollados localmente debe ser fomentada, con vista a un mejor conocimiento del impacto de los comportamientos individuales en la salud. Por fin, se deben repensar los atributos del LUGAR (equipamientos públicos y privados, espacios de ocio, etc.) y adecuarlos a las características de las poblaciones que potencialmente los utilizaran, recreando las identidades de los LUGARES, potenciando los sentimientos de autoestima, confianza y seguridad.

En síntesis, se puede replantear la contribución de los Geógrafos integrados en equipos pluridisciplinarios, en las cuestiones relativas a la salud urbana:

- Contribuir para adecuar el espacio urbano a las necesidades actuales de las poblaciones (físicas y de relación), lo que podrá mejorar la calidad de vida, bienestar y salud;
- Contribuir para el entendimiento de las cuestiones relativas a los paisajes de terapia (therapeutic landscape), integrándolas en el planeamiento urbano saludable;
- Alertar sobre la necesidad de posibles alteraciones en las políticas intersectoriales, para alcanzar mejores resultados en salud;
- Desarrollar el análisis de las explicaciones de las variaciones en salud, considerando la relevancia del LUGAR.

Vicente Martín Sánchez

Bueno, en primer lugar, encuadrar tal vez el concepto de “salud pública”, no, cómo se entiende la salud pública como todas aquellas actividades que se organizan por la sociedad para promocionar y defender la salud y poder luchar contra la enfermedad, y es un hecho diferencial con respecto a lo que es la “asistencia sanitaria” y también otra diferencia fundamental, como bien se ha dicho, es que la salud pública, su objeto, no va ser la atención a los individuos, porque muchas veces lo que es el mejorar la salud individual no trae consigo una mejora de la salud de la colectividad en su conjunto, no de los individuos en particular. Y en la forma como la Salud pública va a conseguir estos fines, o cómo se plantea conseguir estos fines, es a través de la acción de gobierno, es decir, debe ser la propia administración la que de alguna manera se propone algunos fines y a través de unas estrategias “salubristas” va a intentar conseguir mejorar la calidad de vida y la salud de la colectividad Y últimamente, también a través de lo que se viene a denominar “salud comunitaria” También se persigue que sea la propia comunidad la que se implique en la mejora de la salud de la colectividad. Por lo tanto, bien a través de una acción de gobierno o bien a través de una acción de la comunidad, o bien conjunta gobierno-comunidad, lo que se pretende es mejorar la salud de la colectividad y tal vez no viene de más reconocer el concepto de “salud” que viene dado por el Acta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud.

La Salud es una cuestión positiva siempre mejorable, utópica, subjetiva, que va cambiando, que es dinámica y que no es solamente la ausencia de la enfermedad, aunque a la hora de poder medirlo siempre vamos a tener que movernos con marcadores negativos, marcadores de morbilidad, mortalidad, etc., pero de alguna forma cómo

la salud es intentar que la sociedad tenga el mayor estado de bienestar físico, psíquico y social posible. También podíamos apuntar qué capacidad para funcionar, enlazando con lo que han comentado ahora, cómo muchas veces la ciudad aísla y fundamentalmente a las personas mayores les es tremendamente difícil funcionar dentro de ese *maremagnun*, dentro de ese, de esa carrera de obstáculos que es la vida diaria en las ciudades. Y por supuesto también es interesante no perder de vista “la pela es la pela”, pues es importante que esto se debe hacer a un coste asumible por la sociedad, es algo que debe ser pertinente, debemos tener unos recursos apropiados a las necesidades. Hay un dicho que dice que “la salud no tiene precio pero que cuesta mucho”, pues tal vez tendremos que saber cuánto cuesta, cuánto estamos dispuestos a pagar por obtener un determinado nivel de salud.

Y como mi objetivo aquí es dar paso a los geógrafos para que intervengan en la salud pública, cosa en la que creo y por lo tanto no me cuesta comentarlo, tal vez recordar cómo un Ministro de Sanidad del gobierno canadiense en el año 74, debido a muchos años de trabajo de sus médicos epidemiológicos fundamentalmente, llegó a la conclusión de que aquellos factores que determinan que la salud de una colectividad, sea una o sea otra, está influido fundamentalmente por la biología, por el sistema asistencial sanitario y por el medio ambiente. Como fundamentalmente el medio ambiente, no solamente biológico que era al que estábamos acostumbrados con las enfermedades transmisibles, sino también el medio ambiente físico-químico, fundamentalmente con la Revolución Industrial, todos los efectos de la contaminación, los nuevos contaminantes, etc., pero sobre todo lo que influía en las patologías más prevalentes en los países desarrollados, en este caso Canadá en los años 70, era fundamentalmente los aspectos medio ambientales psicosociales, lo que denominamos “estilo de vida”, ¿no?, todo lo que es alimentación, sedentarismo, consumo de drogas, etc. y, diversos estudios han observado lo mismo: cómo cada uno de estos determinantes de la salud inciden en mortalidad, por ejemplo, en la reducción potencial de la mortalidad, y cómo más de un 43% de esta reducción se podría deber si se modificaran los estilos de vida de la población; cómo un 27% es difícilmente cambiable puesto que está asociado a factores genéticos, envejecimiento, etc., y que por hoy se nos escapan, mañana no sé, pero hoy son de difícil acceso, tal vez destacar cómo sólo el 11% de la mortalidad evitable es ya debido al sistema sanitario. Y si esto lo comparamos con el gasto sanitario, la parte del león, de lo que los ciudadanos gastan en mejorar su salud, el 90% exactamente se lo lleva el sistema sanitario, asistencial, cuando curiosamente es el que menos importancia va a tener de los determinantes de salud, en modificar aquellas cuestiones que pueden evitar las patologías más prevalentes en las sociedades modernas se dedican menos de un 2% del gasto sanitario global.

Estos hechos me parece que nos ayudan a reflexionar y tal vez también cómo el medio ambiente fundamentalmente biológico, el medio ambiente social, cultural, es el que más influencia va a tener en la salud de la colectividad y cómo el sistema sanitario aunque individualmente sí puede tener importancia, desde un punto de vista de la

salud pública la trascendencia que las medidas asistenciales han tenido son muy bajas. Así, el declinar de la mortalidad por tuberculosis en Inglaterra y Gales, desde mil ochocientos treinta, y cómo mucho antes de qué supiéramos quién producía la tuberculosis debido a las modificaciones de los salubristas y de los higienistas ingleses ya estaba disminuyendo bastante considerablemente la mortalidad debida a la tuberculosis, incluso, cuando tuvimos a nuestro alcance el primer tratamiento eficaz frente a la tuberculosis, en la Estreptomicina, descubierta en 1954, también el declinar de la tuberculosis seguía imparabable, incluso en nuestro país, el declinar de la tuberculosis mantienen las tendencias históricas, ¿no?, y el hecho de contar por ejemplo con tratamientos eficaces no ha hecho que el declinar de la tuberculosis sea superior a las tendencias históricas; luego de alguna forma podríamos concluir, siendo un poco malignos, que el sistema sanitario ha hecho muy poco para erradicar o para controlar una enfermedad que se ha venido al llamar “la peste blanca” por la alta letalidad que ha llevado a lo largo de la historia. Otro ejemplo que todos conocemos: las enfermedades cardiovasculares suponen la primera causa de mortalidad en nuestro país, y en todos los países desarrollados, y vemos que los factores asociados con estas enfermedades son todos de tipo social: la dieta, obesidad, sedentarismo, consumo de drogas –entre ellas el tabaco, que se asocia fundamentalmente a patrones socioculturales– están en la raíz de más del 50% de la mortalidad de los países desarrollados y en más del 30-40 % de los años de vida potencialmente perdidos, o evitables.

En una palabra, nos encontramos ante una nueva situación, ante diferentes causalidades de las enfermedades que obligan a la salud pública a unos enfoques diferentes, pues no se puede trabajar con las respuestas tradicionales, fundamentalmente de tipo medioambiental, físico, biológico. El cambio en los factores demográficos, el envejecimiento de la población, lleva también a que los problemas sean nuevos y sus soluciones también lo tengan que ser. Y por otra parte, está claro que no se puede mantener un incremento del gasto sanitario por encima del crecimiento económico de manera indefinida, y llevamos ya muchos años con un incremento del gasto sanitario, en gasto asistencial directo fundamentalmente o casi exclusivamente, indudablemente ese crecimiento no se puede mantener para siempre. De alguna forma esto obligará a que haya unos nuevos enfoques, que haya unas nuevas respuestas ante estos problemas nuevos, y tal vez la respuesta viene por lo que denominamos “promoción de la salud”, que no es otra cosa más que aquellos procesos que van a permitir que las personas incrementen el control que ellos mismos tengan sobre su salud para mejorarla a través fundamentalmente de darles habilidades y capacidades individuales que le hagan enfrentarse ante estas nuevas soluciones, pero no sólo eso, porque podríamos caer en la culpabilización de la víctima, sino que, por otra parte, la sociedad, a través de las acciones de gobierno y comunitarias fundamentalmente debe de facilitar que las opciones más saludables sean las más fáciles de tomar y de llevar a cabo; a través de los cambios en las condiciones sociales, de los cambios en las condiciones ambientales, y sobre todo el cambio en las condiciones económicas en que nos desarrollamos. ¿Quiénes son los actores de la

mos. ¿Quiénes son los actores de la “promoción de la salud”? Toda la población, toda la sociedad, todas aquellas disciplinas que puedan aportar y son muchas, pues desde luego son actores de la promoción de la salud, debido fundamentalmente a la tela de araña, a la multicausalidad de la enfermedad, de las enfermedades crónicas, y la creación de redes participativas de alguna forma, que se pueda compartir el conocimiento de las diversas situaciones, como bien se planteó, no es lo mismo Yakarta que Soria, indudablemente no lo es, cada ciudad va a tener sus problemas, cada sociedad va a tener sus problemas, y por lo tanto algunos habrá comunes, que se puedan discutir, pero cada caso es un caso y debe ser abordado.

¿Cuáles son las estrategias que debemos llevar a cabo para promover la salud de la colectividad?, abogar por la salud. Ser capaces de defender, sobre todo en los países democráticos, que la salud tenga un valor añadido en las decisiones políticas que van a ser las que después de todo muevan las políticas sociales. Como bien comentó Ana Paula Santana, demostrar y llevar a cabo el que invertir en salud son políticas eficientes, es decir que cada euro que se invierta en salud va a repercutir en más euros a la sociedad de los que se invierten en la salud. Facilitar que los individuos sean capaces de desarrollar todo el potencial genético de salud o biológico que llevan consigo. Y fundamentalmente mediar a favor de la salud, es decir, que haya personas que defiendan la salud cuando estamos ante intereses encontrados, pensar en las tabaquerías y en cantidad de muerte atribuida, por ejemplo, al hábito del tabaquismo. Alguien tiene que mediar defendiendo la salud de la colectividad ante otros intereses económicos también poderosos.

Y una de las formas como podemos hacer todo esto es a través de escenarios específicos como pueden ser las ciudades. Sabemos que la sociedad que la ciudad puede generar mucha patología, es causa de mucha enfermedad, depresión, violencia, consumo de drogas, etc., ¿no?. Cómo la ciudad es una fuente de desigualdades de salud importantísima. Por ejemplo, la incidencia de tuberculosis en la ciudad de Nueva York, que es la línea roja, con Harlem, como un núcleo en el cogollo del país más poderoso de la tierra hoy en día, donde las tasas de una enfermedad fundamentalmente social eran muy superiores a las de muchos países del Tercer Mundo, pues esto estaba pasando en los años 80-90, en el centro del “Imperio”, ¿no?. Y también el imperio nos demuestra que se pueden hacer cuestiones, que se pueden llevar a cabo políticas activas que mejoren esta situación. En una palabra, el proyecto de “ciudades saludables”, es entender que las personas son saludables cuando viven en ambientes saludables, que el objetivo de este proyecto es mejorar el medioambiente urbano, a través de involucrar a toda la sociedad y a todas las disciplinas para conocer y debatir y compartir experiencias comunes. Conseguir que la salud sea una prioridad de los gobiernos locales, que sean capaces de conocer el estado de salud de la ciudad donde viven y esforzarse por mejorarlo. Y sobre todo, sin más, destacar las actividades que pueden llevarse a cabo en la lucha contra la desigualdad y contra la pobreza. Cómo, bien se ha comentado aquí, los pobres tienen más de todo menos dinero: más enfermedades cardiovasculares (en contra de lo que se pueda creer! Que

medades cardiovasculares (en contra de lo que se pueda creer! Que los ejecutivos, por ejemplo, con diferencia) Los pobres tienen más enfermedades que repercuten, terminan repercutiendo sobre la ciudad en su conjunto. Facilitar las relaciones sociales, evitar la degradación ambiental y la lucha contra las barreras arquitectónicas, fundamentalmente.

(PAZ BENITO). Muchas gracias a los tres invitados, sobre todo por el esfuerzo que han tenido que hacer para comprimir sus intervenciones. Tenemos a continuación unos minutos para el debate.

(VICENT ORTELLS. Universidad de Castellón). Bueno, quiero felicitar a los tres intervinientes y a la organización por un tema tan interesante, particularmente, no soy experto en el tema pero evidentemente me preocupa la salud colectiva y privada y particular y hacer bastantes años que intento mejorar en lo posible en mi ámbito privado y en el público. Creo que es un tema de los que se puede producir un debate intenso.

Hay dos cosas que me gustaría destacar a este respecto. Una que ha salido en las intervenciones, que de alguna manera para ganar en salud creo que hay que educar a la población en salud, porque antes hablábamos de la educación en cuestiones de culturalidad, también en la salud creo que se gana desde pequeño aunque pocas asignaturas les enseñan en la escuela sobre lo que es la salud y cómo ganarla, cómo conservarla, cómo mejorarla, en relación con su medio, con la ciudad, con el campo, con lo que sea, es decir, existe como un tipo de salud estandarizada, con unos sistemas que tú recurres a ellos y ellos te arreglan el problema si los tienes y te vuelves a tu casa y ya está, sin más planteamientos sin ir mucho más allá, ¿no?, y no creo que eso sea sostenible, es otra de las palabras que estamos utilizando ¿no?, por tanto, creo que ahí hay que avanzar muchísimo en esa educación del individuo, de pequeño, que es cuando se aprenden las cosas, cómo curarse muchas enfermedades que no lo son, son simples problemillas que no tienen por qué llegar a un ambulatorio a masificarlo.

Y luego algo relacionado con la salud pero que no ha salido la palabra: el medicamento. El medicamento como tal, la forma que tenemos actualmente de producirlo, está claramente en contradicción con la propia salud colectiva, es decir, mientras no se invente algo más las fábricas de medicamentos, las industrias químicas, son una agresión permanente al medioambiente, de hecho si repasamos dónde están, la frontera entre México y Estados Unidos hay muchas, ahora me viene al pensamiento BOPAL y lo que pasó, y, cosas por el estilo, es decir, pues las multinacionales lo llevan allí donde menos puede molestar a los usuarios de ese medicamento, y es una progresión continua, la producción de medicamentos, el gasto en este sentido y no se educa a la gente en este campo, de hecho pues uno puede entrar en una farmacia y habrá personas mayores que literalmente “fardan” de la cantidad de medicamentos que le ha recetado su médico de cabecera, como si eso fuese, no sé, un estatus eleva-

dísimo en esta cuestión de la salud. Nuestras ciudades son fiel reflejo también de esto, ¿no?, no se planifican, una ciudad del XIX era mucho más saludable, el Parque del Retiro es de superficie grande con respecto a lo que tenía de construido, es decir, el campo estaba metido en la ciudad muchos más que ahora y, salvo pequeñas ciudades centro-europeas o algunas tropicales, el campo, el medio rural y el urbano no interactúan en estas ciudades. Yo no he visto en España, por ejemplo, huertos sociales, en donde la gente puede practicar una agricultura los que son aficionados, no sólo los jardines que también están marcados por una agresión al medioambiente, la forma de tratarlos, ... No quiero hacer más larga la intervención.

(ANA OLIVERA). Quisiera responder un segundo a este tema. A mí me parece que no es sólo educar a los niños sino que los niños participen, como un ciudadano más. De hecho esto se ha planteado ya en el tema de ciudades saludables, muy seriamente, porque hay, por ejemplo, sitios donde juegan y cosas a las que juegan que pueden ser un factor de salud terrible. Concretamente en Madrid hicimos un trabajo con médicos de atención primaria. Y luego otro hecho de esta nueva entrada de los niños en la participación ha quedado de manifiesto en la Carta de Lleida del 2000. Los niños tienen mucho que decir y es una forma de que ellos también se enteren de que queremos que se integren, o sea que yo creo que no es la escuela ni darles una asignatura más, sino, como siempre, es la familiar y quizá el, que empiecen a entender que son ciudadanos y que tienen que ser conscientes.

(JOAN VILAGRASA. Universidad de Lleida). En primer lugar daros las gracias por vuestras intervenciones que son estimulantes. En segundo lugar y aunque sea con un paréntesis para abrirlo y cerrarlo, las ciudades del XIX no eran tan saludables, eh, yo creo que son mucho más saludables nuestras ciudades y hay una literatura higienista por ahí amplísima que da datos concretos que pueden dar fe de ello, a pesar del Retiro. Y la tercera cuestión que quería plantear, “la pela es la pela”, eh, entonces, yo creo que aquí aflora una cuestión quede alguna manera también he intentado poner sobre la mesa anteriormente, que es la importancia la responsabilidad de los gobiernos locales en la producción de la salud, que es muy diferente en una ciudad que en otra, seguramente en Bombay o en Calcuta las prioridades están en el agua potable, y aquí en estos momentos las prioridades son otras, pero yo creo que el poder local se encuentra con una crisis de recursos creciente. La sanidad, por otra parte, se está conceptualizando como tantas otras cosas cada vez de forma más liberalizada, corresponde al sector privado tomar estas cuestiones y darle solución, y nos estamos encontrando, creo, con pocos esfuerzos y los que hay, la Red de Ciudades Saludables por ejemplo, con esfuerzos sin una base financiera detrás un poco sería para poder tirar adelante programas importantes de ciudad saludable. Antes Ana Olivera ha planteado lo que yo creo que era toda una de las grandes cuestiones, el incremento de la movilidad, transporte público, menos accidentes, menos contaminación, pero bueno, eso es un

reto que necesita de políticas claras y de mucho dinero para implantarlas. Diseño que aborda el tema de la seguridad pública, es dinero. Diseño que aborde el tema de las barreras arquitectónicas tanto horizontales como verticales, es dinero. Es también pedagogía, tengo que hacer referencia a ello por supuesto. Pero bueno, la cuestión es que yo creo que en estos momentos el tema de la salud urbana está en la agenda pero está en la agenda en rojo, en pequeño y al final de la lista por falta de recursos y mucho me temo que se va a quedar durante mucho tiempo en rojo, porque tampoco se tiene esta idea clara de que mejorar la salud de la ciudad es también mejorar su eficiencia productiva, su imagen exterior, etc.

(ANA PAULA SANTANA). La educación para la salud es muy importante y una de las políticas prioritarias que se deben hacer a todos los niveles, desde el local al nacional. En este aspecto, pienso que los primeros años de la instrucción dentro de la vida de los niños son los más importantes para su salud después, de adultos. Los ingleses llaman *early life* los primeros años de vida; son determinantes en la salud de los adultos. Por tanto un mayor “adiestramiento útil” será siempre en los niños, claro, en su contexto, en su “hábitat”.

En cuanto al problema de las multinacionales de las industrias farmacéuticas y las consecuencias en el medio ambiente pienso un autor consagrado en estos asuntos desde hace años que ha dicho que los médicos son los inductores de las “ansiedades”... Pero estamos en manos de los médicos. Muchos de los problemas son provocados por el propio sistema médico o curativo que tenemos y por eso la voluntad política es decisiva a la hora de abrir un centro de salud pública, que no aporta tantos “beneficios políticos” acaso como abrir un gran hospital.

(VICENTE MARTÍN). Hay toda una serie de situaciones que favorecen que una opción u otra sea la que eliges que sea más fácil o que a nivel de coste oportunidad sea más fácil. Si las dos cosas no van unidas el fracaso está casi garantizado. Y otra cosa más: la única forma de conseguir que las políticas sean saludables es a través de la concienciación ciudadana. En un país democrático es que el pueblo valore la salud como un valor importante y que a la hora de decidir pues vote unas opciones u otras y que a la hora de pagar valoremos también nuestra salud, porque también eso tiene un coste, y esto también hay que ver si estamos dispuestos a ese coste o hasta dónde estamos dispuestos a pagar.

(ANA OLIVERA). Para rematar quisiera decir dos cositas. Una, arreglar la ciudad, hacer una ciudad más saludable, evidentemente que cuesta dinero pero no arreglarla cuesta carísimo. Es un poco, yo me acordaba de ese lema, de que “la educación es cara prueba la ignorancia”, verás cómo es de cara. Y luego la otra cosa: me parece que haya que aprovechar un poco las modas, entonces, estamos en un momento de “lo ecológico”, “lo biodegradable”, y ahora es una batalla por definirse, por autodefinirse,

como “ciudad saludable”. Bueno, aunque quieran invertir poquito, algo tendrán que invertir, porque, una vez que un pleno municipal se ha autodeclarado ciudad saludable y ha entrado en una red – solamente para que os hagáis idea, en Castilla-La Mancha hay 75 núcleos, en diciembre de 2001 – pues, algo tendrán que invertir porque sino se les va a ver el plumero rápidamente, porque hasta ahora lo están utilizando sobre todo como etiqueta de prestigio, “soy moderno”, “estoy al día”, pero algo tendrán que hacer tarde o temprano, aunque sea poquito.

(LUIS SANTOS. Universidad de Valladolid). He creído entender a Ana Olivera que habría que incorporar los criterios de Salud Pública en la Evaluación de Impacto Ambiental. ¿Es así? A mí me da la impresión de que, como criterio, es plenamente aceptable y se puede hacer perfectamente bien en las Evaluaciones Estratégicas previas de planes o programas, pero no entiendo, y es una pregunta, cómo se puede incorporar a la Evaluación de Impacto Ambiental de un proyecto, pongámonos en un Plan Parcial, o algo por el estilo, cuáles son las materias a tratar, específicas en relación con salud pública que no se traten habitualmente.

(JOSÉ SOMOZA. Universidad de León). Solamente quiero hacer dos comentarios siguiendo la argumentación de Ana Olivera. Por un lado sobre la especialización de las ciudades, los planes especiales buscan alguna forma de individualización, un *status* que las diferencie de las demás, y una de las posibilidades es la etiqueta de ciudades saludables. Hace poco veía las promociones en internet de algunas urbes canadienses y había un anuncio con cuatro diapositivas de ciudades de grandes rascacielos, todas muy pobladas, todas con el *smog*, menos una, debajo de las fotos se podía leer “¿cuál es?: Toronto?”. La ciudad de Toronto se vende por tanto como ciudad saludable, es un ejemplo de ciudad que ofrece salud. Por otro lado una imagen muy distinta, una noticia difundida por la televisión en la que se veía cómo caravanas de norteamericanos cruzaban la frontera para ir a México a llenarse de medicamentos, y eso se estaba convirtiendo en una forma de turismo urbano, porque iban todos los señores ancianos a cruzar las fronteras, a comprar medicamentos, que valían un 150 ó un 200% más baratos. Uniendo ambas cosas: ¿La ciudad del mañana va a ser una ciudad saludable, porque nos va a costar tanto el medicamento que no lo vamos a poder comprar, o porque las ciudades van a tener que venderse como saludables para evitar que la población se vaya a vivir a la periferia?.

(ANA OLIVERA). Cuando comentaba “Estudios de Impacto Ambiental” no tienen que ser propiamente estudios aislados sino Estudios de Impacto Ambiental dentro de políticas sectoriales, dentro de temáticas concretas que no tienen por qué ser sólo urbanísticas, sino de transportes y de muchos otros tipos. Eso está concretamente contemplado en los estudios de Ciudades Saludables. Esa participación de personas interesadas no solamente en lo que son estudios ambientales, pues de impacto de una

autopista por ejemplo y pantallas antirruido o cualquier otra cosa. Luego, me parece importante el que se piense en Impacto Ambiental sobre unos seres vivos que habitan ese espacio, lo mismo que os he dicho antes la cigüeña negra, por ejemplo, ¿qué plantas ponemos?. Hay, con el desarrollo de las áreas suburbanas un surgimiento masivo de arizónicas. Bueno: ¿es que no hay otra cosa para poner? Es una de las peores cosas que se puede poner. O, los plátanos de sombra, por ejemplo. U otra cosa: crear ambientes que son totalmente propicios para garrapatas y para población adinerada como son los muy bien irrigados campos de golf, eh, entonces, bueno, pensad un poco qué estamos haciendo con esos ambientes, qué impactos hay al crear determinadas cosas en determinados sitios.