



150Años

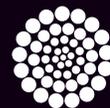
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

# CIUDADES SALUDABLES EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

DOCUMENTO DE POSTURA

Jaime Latapí López



**CONACYT**

*Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*



150 Años  
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

CIUDADES SALUDABLES

EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

**DOCUMENTO DE POSTURA**



**CONACYT**

*Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*

Mesa Directiva  
de la Academia Nacional de Medicina  
*2013-2014*

Presidente

**Dr. Enrique Ruelas Barajas**

Vicepresidente

**Dr. Enrique Graue Wiechers**

Secretario General

**Dr. Javier Mancilla Ramírez**

Tesorero

**Dr. Germán Fajardo Dolci**

Secretaria Adjunta

**Dra. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez**

Comité Organizador de las Actividades Conmemorativas  
del CL Aniversario de la Fundación  
de la Academia Nacional de Medicina de México

Presidente

**Dr. Enrique Ruelas Barajas**

Coordinador General

**Dr. Carlos E. Varela Rueda**

Coordinador del Subcomité de Actividades Científicas

**Dr. Raúl Carrillo Esper**

Coordinador del Subcomité de Actividades Editoriales

**Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg**

Coordinador del Subcomité de Actividades Culturales

**Dr. Emilio García Procel<sup>†</sup>**

**Dr. Julio Sotelo Morales**

Coordinador del Subcomité de Actividades Sociales

**Dr. Germán Fajardo Dolci**



150 Años  
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

---

CIUDADES SALUDABLES  
EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL  
**DOCUMENTO DE POSTURA**

Coordinador:  
Jaime Latapí López



DERECHOS RESERVADOS © 2015, por:  
Academia Nacional de Medicina (ANM)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina, por



**Intersistemas, S.A. de C.V.**  
Aguilar y Seijas 75  
Lomas de Chapultepec  
11000, México, D.F.  
Tel. (5255) 5520 2073  
Fax (5255) 5540 3764  
intersistemas@intersistemas.com.mx  
www.intersistemas.com.mx

## Ciudades saludables en el contexto internacional Primera edición

Colección: Documentos de Postura

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN 978-607-443-520-7



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: [info@cempro.org.mx](mailto:info@cempro.org.mx)

### **Créditos de producción**

Alejandro Bravo Valdez  
**Asesor editorial**

Alberto Santiago Fernández Molina, MBA  
**Cuidado de la edición**

LDG Edgar Romero Escobar  
**Diseño de portada**

LDG Marcela Solís Mendoza  
**Diseño y formación de interiores**

J. Felipe Cruz Pérez  
**Control de calidad**

Impreso en México

*Printed in Mexico*

## Coordinador:

### Arq. Jaime Latapí López

Director General de Promotora de Desarrollos Estratégicos Integrales,  
S.A de C.V.

Ex presidente de la Junta de Honor del Colegio de Arquitectos CAM-SAM

Ex presidente de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados  
en Salud (SMAES)

Fundador de la especialidad de Planeación y Diseño de Unidades  
para la Salud en la Facultad de Arquitectura de la UNAM

## Colaboradores

### Lic. María Asunción C. Fernández Soto

Licenciada en Ciencias Humanas, UCSJ

Especialista en salud emocional

Tanatóloga

### Arq. Gloria Magaña y Garcilazo

Licenciada en Arquitectura, UNAM

Miembro de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados  
en Salud (SMAES)

Diplomado en Ciudades Seguras, UIA

### Arq. Francisco Javier Ortiz Islas Allende

Especialista en Arquitectura para la Salud, UNAM

Miembro de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados  
en Salud (SMAES)

### Con la participación de:

Arq. Carlos Rojas Chávez

Arquitecto UNAM

DRO y CDYA

Miembro certificado de la Sociedad Mexicana de Arquitectos  
Especializados en Salud (SMAES)

### Responsable de la integración del equipo de trabajo:

Arq. Guillermo Ortiz Cortes

Miembro de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud  
(SMAES)



# CONTENIDO

<i>Presentación</i> .....	XI
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	
<i>Introducción</i> .....	XIII
<i>Objetivo general del documento</i> .....	XV

1. Antecedentes .....	1
-----------------------	---

Aquí se presentan los antecedentes de las ciudades saludables y se describen las conferencias internacionales de promoción de la salud, como la de Alma-Ata, URSS, 1978, sobre la atención primaria a la salud y las ocho conferencias que se han realizado en diversas sedes. Se hace énfasis en los derechos económicos, sociales y culturales con relación a las ciudades saludables.

<i>Antecedentes de ciudades y comunidades saludables</i> .....	1
Informe Lalonde .....	1
Declaración de Alma-Ata, URSS .....	2
Carta de Ottawa .....	3
<i>Conferencias internacionales sobre promoción de la salud (1978-2013)</i> .....	6
Declaración Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud .....	7
Primera Conferencia Internacional “Promoción de la Salud”, Ottawa .....	8
Segunda Conferencia Internacional “Políticas Públicas Favorables a la Salud”, Adelaide .....	10
Tercera Conferencia Internacional “Ambientes Favorables”, Sundsvall .....	12
Declaración de Bogotá, Conferencia Internacional en América Latina de Promoción de la Salud, Bogotá .....	14
Cuarta Conferencia Internacional “Promoción de la Salud”, Yakarta .....	18
Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. “Hacia una Mejor Equidad”, Ciudad de México .....	19
Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Bangkok .....	22

Séptima Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Nairobi .....	24
Octava Conferencia Internacional de Promoción de la Salud “Salud en Todas las Políticas”, Helsinki .....	25
<i>Derechos económicos, sociales y culturales en el contexto de las ciudades saludables</i> .....	27
Introducción .....	27
Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales .....	28
Seguimiento de los compromisos asumidos por el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales .....	30
El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) .....	32
El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud ....	32
 2. Contexto internacional.....	 35

## VIII

En este capítulo se presentan las premisas para la generación de ciudades y comunidades saludables y se destaca la importancia de la acción comunitaria en el proyecto, así como los componentes y estrategias para la presentación de iniciativas. Además, se explican con brevedad los logros de las fases de la Red Europea de Ciudades Saludables, que dieron inicio en 1987. También se presentan mapas y gráficas ejemplificativas y comparativas entre los países del mundo, que hacen ver la necesidad de realizar propuestas y programas con condiciones específicas para transformar gradualmente sus ciudades en comunidades saludables.

<i>Ciudades saludables y/o comunidades saludables</i> .....	35
Definiciones y premisas de las ciudades saludables y/o comunidades saludables .....	35
<i>Fases de la Red Europea de Ciudades Saludables</i> .....	41
Fase I .....	41
Fase II .....	41
Fase III.....	42
Fase IV .....	42
Fase V .....	43
<i>Mapas del desarrollo mundial</i> .....	45
Introducción .....	45
Principales religiones del mundo .....	46
La libertad de prensa en el mundo .....	47
El estado de la democracia en el mundo .....	47
Nivel de percepción de la corrupción .....	48
Países con mayor y menor PIB .....	49
Desigualdad económica en el mundo .....	50
Tolerancia racial .....	50
Países donde las personas se sienten más y menos queridas ...	51
Países más y menos “felices” del mundo .....	52
Países que destinan más dinero a Ayuda Oficial al Desarrollo ...	53
Los mejores y peores países para nacer .....	54
Índice de paz en el mundo .....	54
Conflictos de seguridad existentes en el mundo .....	55
Violencia sexual en el mundo .....	56
Emisiones de dióxido de carbono por país .....	57
Consumo de energía por persona en el mundo .....	57
Países según el Índice de Desarrollo Humano .....	58
Países más y menos fumadores del mundo .....	59

Tasa de suicidios en el mundo .....	60
<i>Situación en América Latina sobre ciudades saludables</i> .....	60
Introducción .....	60
Comisión Económica para América Latina y El Caribe .....	61
Generalidades en América Latina .....	63
Participación de la comunidad como eje .....	73
Ámbito de la intervención gubernamental .....	74
Derecho al desarrollo basado en los derechos humanos .....	75
<i>Municipios Saludables en América Latina</i> .....	78
Introducción .....	78
Oportunidades de la estrategia de municipios saludables en América Latina .....	80
Retos de la estrategia de municipios saludables en América Latina .....	81
Ejemplos de experiencias en América Latina .....	82
<b>3. Primer Encuentro Internacional Sobre Ciudades Saludables</b> .....	91

En este capítulo se describen los resultados, acuerdos, compromisos y propuestas y recomendaciones que se presentaron en el Primer Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables, dentro del CL Aniversario de la ANM y del Congreso Internacional Hospital del Futuro + Arquitectura + Salud, coordinado por la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud y con la participación de arquitectos pertenecientes a esta sociedad de profesionistas y otros especialistas de diferentes profesiones relacionadas con el tema.

IX

<i>Introducción</i> .....	91
<i>Congreso Internacional "El Hospital del Futuro"</i> .....	92
<i>El XIV Congreso Internacional "Hospital del Futuro + Arquitectura + Salud"</i> .....	92
Lo actual y lo futuro .....	93
La visión estratégica de las instituciones para crear y competir .....	93
Más arquitectura, más salud ... ..	93
El compromiso ético y profesional de los especializados en salud .....	94
El Primer Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables .....	94
<i>Transcripciones del Primer Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables</i> .....	95
Bienvenida al Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables .....	95
Ciudades saludables y el hospital del futuro .....	97
Un enfoque no generalizado para el urbanismo y la arquitectura de la atención sanitaria .....	105
Salud, arquitectura y ciudad .....	109
La arquitectura social de la provincia de Santa Fe, Argentina .....	114
Ciudad y salud .....	118
La ciudad saludable y sustentable .....	124
Ciudad saludable... ciudad sustentable .....	133
Atención de urgencias en una ciudad compleja .....	139
El hospital seguro frente a desastres .....	142
Proyectos de la Autoridad del Espacio Público de la Seduvi del Distrito Federal .....	145

Conclusiones generales del congreso .....	150
Conclusiones del Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables .....	152
Recomendaciones para promover y planificar de manera integral y sistemática la salud .....	153
Recomendaciones para generar sustentabilidad urbana y beneficio a la salud .....	153
Propuestas y compromisos de actualización en hospitales seguros .....	154
Recomendación para atención de urgencias en una ciudad compleja .....	155
<b>4. Recomendaciones .....</b>	<b>157</b>

En su carácter de documento de postura, esta obra presenta las recomendaciones que se consideran pertinentes en beneficio de una mejor salud y calidad de vida de la población. Por ejemplo, se sugiere disminuir la curva de aprendizaje en las instituciones mexicanas involucradas en el tema de las ciudades mexicanas saludables, tomando en cuenta la mayor experiencia de otras instituciones internacionales.

X

<i>Acrónimos .....</i>	<i>159</i>
<i>Bibliografía y fuentes de consulta .....</i>	<i>161</i>
<i>Referencias y notas .....</i>	<i>169</i>
<i>Índice .....</i>	<i>175</i>

# PRESENTACIÓN

Desde enero de 1912, la Academia Nacional de Medicina ha sido “Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal” por disposición del presidente Francisco I. Madero. A través de más de cien años ha desempeñado este papel en diferentes momentos a solicitud de diversas autoridades. A casi un siglo de haber recibido esta encomienda, la Mesa Directiva en turno, bajo la presidencia del doctor David Kershenobich, tomó la decisión de adoptar una posición proactiva que demostrase el interés de la Academia de contribuir a la solución de importantes problemas de salud pública, sin esperar peticiones expresas para hacerlo. De esta manera, entre 2011 y 2012 se elaboraron y publicaron dos documentos de postura sobre sendos problemas altamente prioritarios, dadas las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población mexicana, uno sobre envejecimiento y el otro sobre obesidad. En ese mismo periodo se inició la realización de otro sobre diabetes mellitus.

A partir del inicio de 2013 y con miras a celebrar el CL Aniversario de la Fundación de la Academia en 2014, la actual Mesa Directiva 2013-2014 decidió establecer un proyecto específico para desempeñar de manera activa y permanente el papel de órgano consultivo. Para ello se creó el Programa de análisis y propuestas sobre grandes problemas nacionales de salud (PRAP) con un importante apoyo del Conacyt, sin precedente. El propósito del PRAP es fomentar el encuentro de científicos, miembros de nuestra Corporación, pero también de otros ámbitos, para desarrollar documentos de postura que deben tener dos características: estar fundamentados en la evidencia científica sobre el tema en cuestión y hacer propuestas concretas de política pública para su solución. Por otra parte, el PRAP tiene dos grandes subprogramas: Problemas de salud y Problemas del sistema de salud. En torno a estos dos grandes ámbitos versan todos los documentos producidos.

Como resultado del trascendente financiamiento del Conacyt, de la entusiasta respuesta de los académicos, de todas las personalidades que aceptaron participar en la elaboración de estos documentos y con objeto de dar el merecido realce a la celebración del sesquicentenario, en el periodo correspondiente a esta Mesa Directiva habrán de ser publicados cerca de 20 Documentos de Postura, un hecho inédito en la historia de la Academia. El que tiene usted en sus manos es un claro testimonio de ello. De esta manera, la Academia Nacional de Medicina no sólo cumple a cabalidad el encargo presidencial de 1912 sino que, además, demuestra una actitud responsablemente proactiva y un alto compromiso con la salud de la nación mexicana.

**Enrique Ruelas Barajas**

Presidente

XII

# INTRODUCCIÓN

El presente estudio, como *documento de postura*, concluye que es necesario establecer canales de comunicación entre las diversas instituciones mexicanas e instituciones internacionales, y así aprovechar la enorme experiencia acumulada por otros países, principalmente de Europa, que bajo la coordinación de la OMS y en su caso de la OPS, han obtenido en los últimos 25 años. Ello permitiría acortar el proceso de aprendizaje de México y otros países que como éste pretenden incorporar nuevos conceptos para que nuestras comunidades, entornos, barrios, ciudades y/o municipios sean considerados saludables.

Cabe mencionar que el enfoque novedoso en el tema corresponde a una visión diferente desde la perspectiva de la infraestructura física y de los servicios necesarios del entorno, así como de espacios abiertos y cerrados, para el desarrollo de la salud de los habitantes de las comunidades y ciudades, toda vez que este documento está realizado con las aportaciones de arquitectos, urbanistas y ambientalistas; además contó con el apoyo de sanitaristas y expertos en promoción de la salud.

Este estudio sobre *Ciudades saludables en el contexto internacional* se detonó en nuestro país en el mes de octubre de 2013 y considera una gran cantidad de información disponible, producida por instituciones internacionales y por diversos países del mundo; fue necesario extender la investigación programada, más allá de los pronósticos iniciales para su desarrollo.

En el capítulo 1, se hace referencia a los antecedentes y a las conferencias internacionales relacionadas con la promoción de la salud, como son la *Declaración de Alma-Ata* en 1978, sobre la atención primaria a la salud y las ocho conferencias realizadas en diversos países, lo cual se transforma en un gran marco de referencia sobre la promoción de la salud, que trata acerca del campo de salud,

el medio ambiente, el estilo de vida y las metas de los gobiernos y de la OMS para los próximos años en esta materia.

En este capítulo se hace énfasis en los derechos económicos sociales y culturales con relación a las ciudades saludables.

En el capítulo 2, en donde se aborda el contexto internacional, se presentan las premisas para la generación de ciudades y comunidades saludables y se destaca la importancia de la acción comunitaria en el proyecto, así como los componentes y estrategias para la presentación de iniciativas.

Se presenta también un resumen de los alcances de las fases de la Red Europea de Ciudades Saludables, iniciadas en 1987, a partir de la red europea del proyecto “Ciudades Saludables” y de sus estrategias que parten del congreso celebrado en Toronto en 1984, sobre el proyecto “Ciudad Saludable”.

La fase 5 se desarrolló entre los años 2009 a 2013 con los temas clave siguientes:

1. *Creación de entornos solidarios y comprensivos*
2. *Vivir en salud*
3. *Diseño y entornos urbanos saludables*

Es claro que cada país y cada ciudad del mundo cuenta con diferentes condiciones físicas, socioculturales, políticas y económicas, por lo que los objetivos y planes de acción de cada comunidad y ciudad resultan también diferentes.

En este capítulo, se presentan mapas y gráficas ejemplificativas y comparativas entre los países del mundo, que hacen ver la necesidad de realizar propuestas y programas con condiciones específicas para transformar gradualmente sus ciudades en comunidades saludables.

Por su similitud en condicionantes, objetivos y metas, se presenta la situación que prevalece en América Latina y las experiencias en sus diversos proyectos hacia la generación de municipios saludables.

En el capítulo 3 se hace referencia a la realización –dentro del contexto del CL Aniversario y del Congreso Internacional Hospital del Futuro + Arquitectura + Salud– del Primer Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables, con la coordinación de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud.

Cabe mencionar que en el desarrollo del presente estudio participaron permanentemente arquitectos pertenecientes a esta sociedad de profesionistas, quienes integraron a otros especialistas de diferentes profesiones relacionadas con el tema.

Por último, el estudio presenta *recomendaciones*, como documento de postura de la Academia Nacional de Medicina.

# OBJETIVO GENERAL DEL DOCUMENTO

El estudio sobre ciudades saludables en el contexto internacional tuvo como objetivo el conocer las experiencias de otros países adelantados en el proceso de transformación de sus ciudades para ser consideradas saludables y, de ser factible, aprovecharlas en el desarrollo nacional de los espacios físicos de nuestras comunidades.

Para ello, la primera acción dentro del plan de trabajo consistió en la planeación y desarrollo del Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables, llevado a cabo dentro del marco del XIV Congreso Internacional “Hospital del Futuro + Arquitectura + Salud...”, eventos realizados en noviembre de 2013, con la participación de ponentes expertos provenientes de diferentes disciplinas. Cabe mencionar que la Academia Nacional de Medicina solicitó el apoyo a la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud (SMAES), para coordinar e incorporar los especialistas necesarios para la realización del estudio, que pudiera ser considerado como un documento de postura de la propia Academia.

De gran relevancia fueron las conclusiones del mencionado Encuentro Internacional, las cuales dieron pie al establecimiento de canales de comunicación con otros países e instituciones internacionales, destacando por supuesto las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS-OPS), como detonadora y evaluadora de los programas y planes de desarrollo de Ciudades Saludables en el Mundo.

Los países europeos sin lugar a dudas son los que más han avanzado en estos temas; sin embargo, no pueden dejarse de lado los avances realizados por los países latinoamericanos, más afines a las características de nuestras ciudades mexicanas.

Grandes son los avances que se realizan día con día en el cumplimiento de las etapas establecidas por la OMS y enorme es la cantidad de información y publicaciones sobre las nuevas políticas, programas y resultados obtenidos por cada país. El reto será analizar esta información de manera continua sin perderse, cuidando seleccionar lo relevante en materia de infraestructura física, servicios municipales y espacios abiertos y cerrados, necesarios para el desarrollo de la salud en las comunidades.

# ANTECEDENTES

## Antecedentes de ciudades y comunidades saludables

### Informe Lalonde

El proyecto “Ciudades Saludables” que promovió la OMS para Europa en 1986 surgió como resultado de la inquietud generada, entre otros textos, por el informe titulado: *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*, que en 1974 publicó el ministro de Salud y Bienestar Social de Canadá, Marc Lalonde. En dicho informe, se cuestionaron las políticas de salud en ese país que promovían orientar los recursos hacia los servicios de atención a las enfermedades, y no a resolver las causas que generaban la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como: cáncer, diabetes, cardiovasculares y accidentes, padecidas por la mayoría de los canadienses. "El Informe describió el concepto de 'campo de salud', una herramienta analítica en la cual, la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida se consideraban significativos, tanto para la salud, como para el sistema de atención de la misma."<sup>1</sup>

Cuando se habla de biología humana, se hace referencia al cuerpo físico de un individuo en concreto, su estructura biológica, su herencia genética.

El *ambiente* o *medio ambiente* se refiere a los entornos físicos, los construidos y, el social que son en conjunto los espacios en donde las personas desarrollan sus actividades diarias y sobre los que los individuos tienen poco o ningún control.

El *estilo de vida* se compone de las decisiones personales, todas aquellas que el individuo toma cuando tiene la edad suficiente para por sí mismo seleccionar su tipo de alimentación, las diversas

actividades que desarrolla, tales como deporte, recreación, diversión, descanso, así como la atención a su cuerpo para obtener condiciones saludables. Podemos decir que el individuo tiene el control de todas estas decisiones, que son modificables. Sin embargo, están condicionadas por situaciones como la condición social, el trabajo, el ingreso, la cultura, la educación, etc.

Se menciona también como condicionante de la salud de las personas el sistema de salud al que éstas tienen acceso, la calidad, la cantidad, la organización y los recursos con que cuenta ese servicio para la atención a la salud.

Este documento, conocido como el *Informe Lalonde*, tuvo gran impacto internacional al exponer un planteamiento más amplio de la salud pública y un enfoque enérgico, orientado a los aspectos preventivos, con acciones de promoción de la salud.

2

En 1977 en la xxx Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, se resuelve que: “la principal meta de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.”<sup>2</sup> Se exhorta a todos los países a colaborar con urgencia en el logro de esa meta, mediante el establecimiento de políticas y programas sanitarios oportunos en los ámbitos nacional, regional e internacional, así como facilitar los recursos a favor de la salud, distribuyéndolos de manera equitativa, en particular entre los países de bajos ingresos.

## Declaración de Alma-Ata, URSS

En 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en Alma-Ata, Rusia, se emite una declaración en donde se expone que la clave para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”<sup>3</sup> es *la Atención Primaria de Salud (APS), la cual forma parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad.*<sup>4</sup>

En la declaración se define la *atención primaria de salud* (APS) como el primer nivel de contacto de la población con el Sistema de Salud, cuya característica es la cercanía a las áreas de vivienda y trabajo. Se enfoca en atender los problemas de salud de la comunidad, con servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Las actividades que promueve son: educación para la salud, métodos de prevención, promoción de adecuada nutrición, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, así como asistencia materno-infantil, planificación familiar e inmunización, entre otras. Requiere la participación de todos los sectores involucrados en el desarrollo nacional y comunitario con esfuerzos coordinados entre sí, exigiendo fomentar la autorresponsabilidad, la participación individual y de la comunidad en la planificación y organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud, a partir de una educación enfocada a promoverla.

Asimismo, dicha declaración establece que es urgente que todos los gobiernos y la comunidad global protejan y promuevan el grado más alto posible de salud de todos sus habitantes.

- *Exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de establecer, desarrollar y mantener la atención primaria de salud (APS) sobre todo en los países de bajos ingresos.*

3

## Carta de Ottawa

En 1984, en el Congreso denominado “Toronto Saludable, Más Allá de los Servicios de Cuidados de Salud”, realizado en Toronto, Canadá, se expone que los temas de salud deben ser estudiados y tratados con un enfoque integral.

En la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud llevada a cabo en Ottawa, Canadá, en 1986, se emite la llamada *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*,<sup>5</sup> dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000”.

En esta carta se manifiestan avances posteriores a la *Declaración de Alma-Ata*, sobre la atención primaria; surge como una necesidad para definir acciones que permitieran alcanzar la meta propuesta.

La carta define la *promoción de la salud*, a partir de empoderar a las personas por medio del conocimiento y proporcionar recursos para mejorar su salud y ejercer el control de ésta, tomando como punto de inicio el concepto de salud integral que abarca el nivel físico, mental y social, con plena satisfacción de necesidades y aspiraciones que propicien calidad de vida.

En el documento se plantea la estrategia para impulsar acciones concretas como parte fundamental de la promoción de la salud. Estas estrategias deberán adaptarse a las necesidades locales y posibilidades de cada país.

Las cinco estrategias de promoción de la salud propuestas son:

- **Elaboración de una política pública sana.** La salud deberá estar presente al definir las políticas públicas en todos los sectores y niveles, concientizando a los responsables de tomar decisiones de las repercusiones que éstas tienen en la salud de la población. A la vez, demandar acciones coordinadas que propicien mayor equidad
- **Creación de ambientes favorables (físico, social, económico, político, de recreación y cultural).** Las acciones deberán encaminarse a conservar los recursos naturales y proteger el medio natural, como responsabilidad asumida en el ámbito mundial. Los ambientes de trabajo y recreativos deberán organizarse para generar condiciones de vida saludable, seguras y estimulantes. Deberá realizarse una evaluación sistemática del impacto en la salud, generados por contaminantes y cambios en el medio ambiente por las actividades de producción, generación de energía, tecnológicas y urbanas
- **Fortalecimiento de la acción comunitaria.** El componente básico de la promoción de la salud es la participación comunitaria en la definición de prioridades, toma de decisiones y acciones para mejorar sus condiciones sanitarias y nivel de salud, ejerciendo de ese modo el control del destino de la propia comunidad. Para estas acciones, será necesario requerir el apoyo tanto financiero como de capacitación constante en los aspectos sanitarios y mejoramiento de calidad de vida
- **El desarrollo de las aptitudes personales.** El desarrollo personal y social que favorece la promoción de la salud deberá incluir la información y la educación en salud necesarias con el propósito de proporcionar los medios requeridos para ser individuos y poblaciones autorresponsables de su salud. Se promoverá en escuelas, hogares, trabajo y ámbito comunitario, involucrando activamente a organizaciones de profesionales, comerciales y de beneficio social
- **La reorientación de los Servicios Sanitarios.** El sector encargado de la salud, deberá reorientar sus servicios hacia la investigación, la educación y la formación profesional. Esta formación se orientará hacia el respeto a la cultura de las personas y se favorecerá la necesidad de las comunidades de mejores condiciones de vida y de salud

4

## Ciudades saludables en Europa

La *Carta de Ottawa* sirvió de marco a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para iniciar el proyecto "Ciudades Saludables" en Europa en 1985. La evidencia del gran porcentaje de población mundial que residía en esos años en las ciudades y la estimación del que viviría en ciudades

en 2000: más de 50%, así como, el evidente deterioro del ambiente y de las condiciones de vida de algunas ciudades europeas, que inciden directamente en la salud de sus habitantes, llevaron a la OMS a un cambio en la manera de abordar y resolver esos problemas, con el planteamiento del proyecto “Ciudades Saludables”. Para este proyecto, se contó con la colaboración de las secciones de Promoción de la Salud y de Salud Ambiental de la OMS, con el propósito de llevar a la práctica las nuevas propuestas de salud pública con base en la participación comunitaria.

Se promovió la creación de la Red Europea de Ciudades Saludables con la participación de 35 ciudades bajo la supervisión de la OMS, trabajando en forma coordinada y desarrollando acciones para convertir los espacios urbanos en espacios saludables.

## Ciudad saludable

*Ciudad saludable* es “una ciudad que se está creando continuamente, que está mejorando sus ambientes físicos y sociales, que está ampliando los recursos para la comunidad que les permitan a las personas apoyarse mutuamente en la realización de sus funciones de vida y desarrollo de su máximo potencial”.<sup>6</sup>

Ciudad o comunidad saludable es aquella en la que se cumple la aspiración de todo el que la habita de contar con un medio ambiente saludable, con oferta accesible de vivienda digna y cómoda, entorno seguro en espacios públicos, calles y vivienda, con oportunidades de educación, desarrollo y empleo bien remunerado, condiciones laborales seguras, servicios e infraestructura adecuada y desarrollo sustentable.<sup>7</sup>

La aspiración humana de tener calidad de vida en la ciudad que habitamos hace imaginar el lugar donde todos se respetan, se cuidan entre sí, conviven en condiciones de equidad, sin discriminación por raza, género o credo, donde existen espacios de diversión y sano esparcimiento para la población de todas las edades, incluidos infantes y ancianos, con acceso universal, conectividad que permita acceder en poco tiempo al lugar de destino, calles y banquetas que permitan y propicien el recorrido peatonal y de ciclistas en condiciones de seguridad para ambos. Un entorno que facilite la interacción continua de las personas, una ciudad vital, vibrante próspera y multifuncional.

## Características que ofrece una ciudad saludable

A continuación se enumeran once características que determinan si una ciudad es saludable.<sup>8</sup>

1. *Ambiente físico de alta calidad, limpio y seguro*
2. *Calidad en la vivienda*
3. *Ecosistema estable y sostenible a largo plazo*
4. *Una comunidad cohesionada y no explotable*
5. *Alto grado de participación y control de los ciudadanos sobre las decisiones que afectan su vida, salud y bienestar*
6. *Satisfacción de necesidades básicas de alimento, agua, vivienda, ingresos, seguridad y trabajo para todos los habitantes*
7. *Acceso a la variedad de experiencias y recursos que faciliten el contacto, la interacción y comunicación de sus habitantes*
8. *Economía diversa, vital e innovadora*
9. *Fomento de la conexión con las culturas del pasado, la herencia biológica y con otros grupos e individuos*
10. *Acceso para todos a los servicios de salud*
11. *Elevado estado de salud y bajos niveles de enfermedad*

### Municipios y comunidades saludables

Los principios de promoción de la salud de la *Carta de Ottawa* sirvieron a la OPS para promover en América Latina en 1991, a nivel local, la estrategia de municipios y comunidades saludables:

“Los elementos esenciales de la Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables incluyen”:<sup>9</sup>

- *Establecimiento de un compromiso entre alcaldes, autoridades locales y demás sectores*
- *Garantizar y fortalecer la participación comunitaria*
- *Desarrollar un plan estratégico*
- *Construir consenso y formalizar alianzas para establecer espacios de salud*
- *Promover la participación del Sector Salud y otros sectores*
- *Formular políticas públicas saludables*
- *Vigilar y evaluar el progreso y los resultados alcanzados*

## Conferencias internacionales sobre promoción de la salud (1978-2013)

- 1978 *Declaración de Alma-Ata. Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Celebrada en Alma-Ata, Kazajistán, URSS, 6-12 de septiembre.*
- 1986 *Primera Conferencia Internacional “Promoción de la Salud”. Ottawa, Canadá.*

- 1988 Segunda Conferencia Internacional “Políticas Públicas”. Adelaida, Australia.
- 1991 Tercera Conferencia Internacional “Ambientes Favorables”. Sundsvall, Suecia.
- 1992 Conferencia Internacional en América Latina de Promoción de la Salud. Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- 1997 Cuarta Conferencia Internacional “Promoción de la Salud”. Yakarta, Indonesia.
- 2000 Quinta Conferencia Internacional “Promoción de la Salud”. Cd. México, México.
- 2005 Sexta Conferencia Internacional “Promoción de la Salud”. Bangkok, Tailandia.
- 2009 Séptima Conferencia Internacional “Promoción de la Salud” Nairobi. Kenia.
- 2013 Octava Conferencia Internacional “Promoción de la Salud”. Helsinki, Finlandia.

## Declaración Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud

Esta reunión enfocada en la atención primaria de la salud se llevó a cabo del 6 al 12 de septiembre de 1978, en Alma-Ata, Kajistán, URSS.

Se genera la siguiente declaración, considerando la intervención urgente de los gobiernos e instancias de desarrollo y comunidad internacional, para la protección y promoción de la salud a nivel mundial.

Se basa en 10 puntos conceptuales que describen en forma general su esencia y contenido, los cuales se detallan en seguida.

- *La salud es un derecho humano fundamental, cuya realización requiere de la participación de todos los sectores económicos y sociales*
- *Entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, existen graves desigualdades, debido a políticas socialmente inaceptables*
- *Un nuevo orden económico internacional es fundamental para el logro del máximo grado posible de salud para todos*
- *La participación del pueblo individual y colectivamente es de vital importancia en la atención de su salud*
- *Corresponde a los gobiernos, el cuidado y la atención de la salud de sus pueblos, mediante el ejercicio de programas sociales y sanitarios, acordes a sus realidades y condiciones sociales, económicas y culturales*
- *La atención primaria de la salud, se basa en los siguientes principios:*
- *En la aplicación de resultados derivados de estudios e investigaciones sociales, económicos, culturales, biomédicos y de servicios de salud, así como de las experiencias obtenidas acerca de la materia de salud pública*
- *En el enfoque en los principales problemas de salud de la comunidad, mediante los servicios de educación, prevención, tratamiento y rehabilitación*
- *Considera todas las actividades inherentes, consistentes en educación para todos, suministro de alimentos, nutrición adecuada,*

*abastecimiento de agua potable, saneamiento ambiental, asistencia materno-infantil, planificación familiar, inmunización contra enfermedades infecciosas, suministro de medicamentos básicos*

- *Participación conjunta y coordinada de todos los sectores involucrados en el desarrollo nacional y comunitario; sanitario, agricultura, zootecnia, alimentación, industrial, educación, vivienda y obras públicas*

La participación de la comunidad y el individuo son de absoluta relevancia en cuanto al concepto de autorresponsabilidad.

- *Estará apoyada por sistemas de control de casos referenciados y registrados, con la finalidad de aprovechar experiencias y disminuyendo o eliminando prácticas negativas inadecuadas*
- *Consideración de la consulta de casos hacia el personal de salud: médicos, enfermeras, parteras, auxiliares, medicina tradicional y demás*
- *Todos los gobiernos, formularán sus políticas, estrategias y planes de acción, en relación con el inicio y mantenimiento de la atención primaria de la salud*
- *Todos los países deberán colaborar con espíritu solidario y de servicio, para garantizar la atención primaria de la salud a toda la población, considerando que el logro de la salud por el pueblo de un país, afecta y beneficia a todos los demás países*
- *La OMS y la UNICEF impulsan el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de la salud en todo el mundo*
- *Es factible alcanzar niveles aceptables de salud para la humanidad hacia el año 2000*
- *La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud exhorta a los gobiernos, a la OMS/UNICEF, a organismos internacionales, multilaterales y bilaterales, a organizaciones no gubernamentales, a organismos de financiación, a todo el personal de salud y a la comunidad mundial a lograr estas consideraciones y desafíos.*

8

## **Primera Conferencia Internacional “Promoción de la Salud”, Ottawa**

Esta reunión de carácter internacional se realizó en la ciudad canadiense de Ottawa, en 1986.

En noviembre de 1986 la OMS y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública organizaron la Primera Conferencia de Salud Pública, con la participación

de 38 países con 212 delegados, a fin de intercambiar conocimientos y experiencias sobre el tema de la salud. Se definieron objetivos y compromisos, tanto individuales como colectivos, considerando el principio de “Salud para todos en el año 2000”.

Surge la *Carta de Ottawa* para la promoción de la salud en la cual se señalan estrategias y propuestas fundamentales, así como los enfoques que se consideraron prioritarios en el avance y promoción de la salud.

Se toma como base la *Declaración sobre la Atención Primaria de Salud en Alma-Ata*, mediante el documento *Objetivos de salud para todos* de la OMS así como el debate en la Asamblea Mundial de la Salud acerca de las acciones intersectoriales a favor de la salud.

La capacitación de las personas para que mantengan su salud, aumentando y mejorando el control sobre ésta, constituiría el proceso de promoción de la salud, a fin de alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental, espiritual y social.

Se señalan como condiciones y recursos básicos para el mejoramiento de la salud los siguientes conceptos: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

Las acciones de promoción de la salud implican los conceptos que se listan en seguida.

- *Elaborar una política pública saludable*
- *Crear entornos de apoyo*
- *Fortalecer la acción comunitaria*
- *Desarrollar las habilidades personales*
- *Reorientar los servicios de sanidad*

Los compromisos adquiridos por los participantes en esta conferencia se listan a continuación.

- *Involucrarse en el tema de una política pública saludable*
- *Oposición a las presiones que deriven en resultados nocivos*
- *Constituir frentes hacia las diferencias en salud entre las sociedades, así como consideración de las inequidades*
- *Reconocimiento del ser humano como principal fuente de salud*
- *Reorientación de los servicios sanitarios y sus recursos, hacia la promoción de la salud*
- *El reconocimiento de la salud y su mantenimiento como inversión y reto social*

La conferencia insta a la OMS y otras organizaciones internacionales a manifestarse a favor de la promoción de la salud, así como a apoyar a los países para establecer programas y estrategias.

## Segunda Conferencia Internacional “Políticas Públicas Favorables a la Salud”, Adelaide

Esta conferencia se llevó a cabo del 5 al 9 de abril de 1988, en la ciudad de Adelaide, Australia.

La definición de políticas públicas saludables fue analizada profunda y detalladamente en esta conferencia, de donde surgió el documento *Recomendaciones de Adelaide sobre Políticas Públicas Favorables para la Salud*.

Los determinantes de la salud son influenciados por las políticas públicas en todos los sectores y constituyen un importante factor para minimizar inequidades sociales y económicas, asegurándose de esta forma la disposición equitativa de bienes y servicios, así como la atención a la salud.

Fueron consideradas prioritariamente en esta conferencia las siguientes áreas de acción:

- *Apoyo a la mujer*
- *Mejoramiento y control de la seguridad e higiene alimentarias*
- *Reducción generalizada del consumo de alcohol y tabaco*
- *Creación de ambientes y espacios saludables*

En esta conferencia, conocida como *Adelaide*, sobre políticas públicas para la salud se siguen y confirman los preceptos establecidos en la *Declaración de Alma-Ata* y en la Primera Conferencia de Promoción de la Salud de Ottawa. Con 220 participantes de 42 países, se analizaron, discutieron e intercambiaron estrategias y experiencias en los procesos de ejecución de políticas públicas para la salud.

La creación de un entorno propicio para provocar el acceso a condiciones de vida saludables será uno de los objetivos básicos primordiales de una política pública de salud. Las decisiones que al respecto adopten los sectores de gobierno en cuanto a la agricultura, la educación, el comercio, la industria y las comunicaciones deberán considerar la salud como un aspecto básico, primordial; responsabilizándose así, de las consecuencias por decisiones tomadas, deberán otorgar tanta atención a la salud como a las consideraciones económicas.

- *La salud se constituye como un derecho humano fundamental y representa una magnífica inversión social. La inversión de recursos para las políticas públicas de salud será altamente productiva para los sectores gubernamentales, promoviéndose la salud para su mejo-*

ramiento en esta materia de todos sus ciudadanos. Se incrementará la productividad social y se generarán altos beneficios económicos y sociales a largo plazo

- *Las inequidades en la sociedad han provocado las desigualdades en la salud. Se requiere una política que mejore el acceso a los bienes y servicios en pro de la salud, a fin de librar la desatención entre la población desfavorecida en el terreno social*
- *Responsabilidad de los gobiernos. Es responsabilidad gubernamental y de las diferentes instancias que ejercen el control sobre los recursos las consecuencias para la salud, derivadas de sus políticas*
- *Acción comunitaria. La acción comunitaria es de alta importancia para alentar políticas públicas favorables a la salud*

La conferencia señala en forma relevante la necesidad de evaluar las repercusiones de la política, promoviéndose de esta forma la toma de decisiones derivadas de las políticas públicas favorables a la salud.

Las políticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han contemplado como un principio básico una política favorable a la salud, lo cual responde a los retos determinados por los constantes cambios tecnológicos, con interacciones ecológicas complejas, así como a la creciente interdependencia internacional.

A fin de restablecer los vínculos entre la salud y la reforma social, los esfuerzos de promoción de la salud serán esenciales, por lo que se requiere un enfoque dirigido hacia el desarrollo social.

- *La salud depende y está supeditada a enormes influencias de intereses institucionales y empresariales, de organismos no gubernamentales y de organizaciones comunitarias, además de la importante gestión del gobierno.*
- *Los sindicatos, el comercio, la industria, las asociaciones académicas y los líderes religiosos se reservan grandes potenciales para coadyuvar en este proceso de mejoramiento del desarrollo de la salud comunitaria.*

La conferencia referida recomienda que organizaciones locales, nacionales e internacionales, promuevan y establezcan centros de información promotores de las políticas públicas para la salud. La participación de redes de trabajadores de investigación, personal de adiestramiento y directores de programas, dirigidos hacia la integración de estas políticas públicas favorables a la salud: paz y justicia social, alimentos nutritivos, agua potable, educación, vivienda digna, actividad útil dentro de la sociedad, ingresos ade-

cuados, conservación del ecosistema constituye el requisito básico para el desarrollo social y la salud.

### Visión a futuro

- *Promoción de la colaboración.* Alianzas para la paz, derechos humanos y justicia social, ecología y desarrollo sustentable en todo el mundo
- *Decisiones de políticas públicas.* Las decisiones de políticas públicas se convertirán en una importante preocupación encaminada al logro de salud para todos, mediante la creación y preservación de las condiciones saludables de vida y trabajo
- *Distribución equitativa de los recursos.* Será un reto para todas las naciones consolidar una distribución equitativa de los recursos, considerando condiciones económicas adversas
- *Organismos responsables de la salud.* La salud es responsabilidad de diversos organismos a diferentes niveles políticos. Será preciso lograr nuevas formas de participación y colaboración entre estos organismos

12

La misma conferencia señala en forma sustantiva que la OMS siga el desarrollo dinámico de la promoción de la salud, según las cinco áreas de acción descritas en la *Carta de Ottawa*.

### Tercera Conferencia Internacional “Ambientes Favorables”, Sundsvall

Esta tercera conferencia se realizó del 9 al 15 de junio de 1991, en Sundsvall, Suecia, con 318 participantes provenientes de 81 países.

La declaración sustenta como temática básica la consideración de las personas como fuerza principal del desarrollo. Sostiene la importancia del desarrollo sustentable y considera de alta importancia la acción social al nivel de la comunidad. Este concepto establece y demanda entornos propicios en base a los siguientes conceptos:

- *La acción de la comunidad es fundamental para lograr el fortalecimiento de la defensa del proyecto*
- *A las comunidades e individuos, les será permitido que asuman el control de su salud y ambiente*
- *Se establecen alianzas para la salud y entornos propicios*
- *Se promoverá la mediación entre entornos opuestos a la sociedad*

## Visión social

Los gobiernos deben garantizar la participación democrática al tomar decisiones descentralizando responsabilidades y recursos, abogar por los derechos humanos: paz y no armamentismo.

## Visión política

Reorientación de los recursos para lograr la salud para todos, mediante un desarrollo sustentable. Técnicas inocuas y fiables.

## Visión económica

Reconocimiento de habilidades y utilización de conocimientos de todos los sectores.

13

## Reconocimiento e inclusión de la mujer

Reconocer la carga laboral de las mujeres. Establecer una infraestructura más positiva para los ambientes favorables a la salud. Las organizaciones comunitarias femeninas deben tener una mayor participación en el desarrollo de políticas y estructuras de promoción a la salud.

## Equidad

Revisar recursos y atribuciones de los más pobres, marginados y minusválidos.

La industria es responsable, y debe pagar, por la contaminación.

## Interdependencia

El ser humano sabe que todos necesitamos de todos, por lo cual todos debemos buscar y lograr recursos a favor de ambientes favorables.

## Propuestas

- *La defensa de la salud*
- *Intervención de colectividades*
- *Establecer alianzas*

- *Mediar entre intereses conflictivos*
- *La salud, el medio ambiente y el desarrollo humano son indivisibles*

La Conferencia de Sundsvall logró la identificación de numerosos casos y ejemplos para la creación de ambientes favorables a la salud, que fueran considerados por los responsables políticos, los asignados para las decisiones, así como los activistas y líderes comunitarios, en relación con los sectores de salud y el medio ambiente.

El objetivo básico sería que el ambiente físico, el ambiente socioeconómico y el ambiente político *servieran de apoyo a la salud, en vez de perjudicarla*.

En esta conferencia se hizo énfasis en el compromiso para desarrollar ambientes que apoyen la salud.

## **Declaración de Bogotá, Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina, Bogotá**

Esta reunión internacional se llevó a cabo en noviembre de 1992, Santa Fe de Bogotá, Colombia.

### **Promoción de la salud y equidad**

La promoción de la salud y la equidad fue adoptada por la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina –organizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Colombia–, efectuada del 9 al 12 de noviembre de 1991, con la participación de todos los países de América Latina; contó con 550 representantes.

El propósito de la reunión fue definir el significado de la promoción de la salud en América Latina y debatir principios, estrategias y compromisos relacionados con el logro de la salud, de la población de la región. Sus conclusiones responden a la problemática específica de las naciones latinoamericanas.

La promoción de la salud en América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo.

La región, desgarrada por la inequidad que se agrava por la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, enfrenta el deterioro de las condiciones de vida

de la mayoría de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerles frente.

Por consiguiente, el desafío de la promoción de la salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.

## Desafíos

1. *Existen sectores importantes de la población que no han logrado satisfacer las necesidades básicas para garantizar condiciones dignas de vida. Estas complejas y agobiantes desigualdades tanto de tipo económico, ambiental, social, político y cultural, como relativas a cobertura, acceso y calidad en los servicios de salud, tienden a acentuarse en razón de la reducción histórica del gasto social y de las políticas de ajuste. Por tanto, es inaplazable afrontar y resolver estos problemas en la perspectiva de alcanzar la salud para todos*
2. *La situación de inequidad de la atención de la salud en los países de América Latina reitera la necesidad de optar por nuevas alternativas en la acción de salud pública, orientadas a combatir el sufrimiento causado por las enfermedades, del atraso y la pobreza, al que se superpone el causado por las enfermedades de la urbanización y la industrialización. La región presenta una situación epidemiológica caracterizada por la persistencia o el resurgimiento de endemias como la malaria, el cólera, la tuberculosis y la desnutrición; por el incremento de problemas como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y por la aparición de nuevas enfermedades como el sida o las resultantes del deterioro ambiental. Dentro de este panorama, la promoción de la salud destaca la importancia de la participación activa de las personas en las modificaciones de las condiciones sanitarias y en la manera de vivir, conducentes a la creación de una cultura de la salud. A este efecto, la entrega de información y la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades*
3. *En el orden político existen barreras que limitan el ejercicio de la democracia y la participación ciudadana en la toma de decisiones. En estas circunstancias, la violencia –en todas sus formas– contribuye de manera notable al deterioro de los servicios, es causa de numerosos problemas psicosociales y cons-*

tituye el trasfondo en que se inscriben numerosos problemas de salud pública

4. *El logro de la equidad consiste en eliminar diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al derecho de bienestar. Cada sociedad define su bienestar como una particular opción de vivir con dignidad. El papel que le corresponde a la promoción de la salud para alcanzar este propósito, consiste no sólo en identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones para aliviar sus efectos, sino en actuar, además, como un agente de cambio que induzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y sus dirigentes, origen de estas calamidades*
5. *El desarrollo integral y recíproco de los seres humanos y las sociedades es la esencia de la estrategia de promoción de la salud en el continente. En consecuencia, ésta asume las tradiciones culturales y los procesos sociales que han forjado nuestras nacionalidades posibilitando, además, enfrentar creativa y solidariamente la adversidad, los obstáculos estructurales y las crisis recurrentes*

16

## Estrategias

En el ámbito internacional, el movimiento de promoción de la salud ha generado propuestas teóricas y prácticas, entre las cuales se destaca el planteamiento de la *Carta de Ottawa* por su claridad en definir los elementos constitutivos de la promoción de la salud y los mecanismos para ponerla en práctica. La incorporación de estas propuestas resulta indispensable para recrear la estrategia de promoción de la salud en América Latina.

1. *Impulsar la cultura de la salud. Facilitar opciones saludables modificando valores, creencias, actitudes y relaciones. Con ellos, será posible la creación de ambientes saludables y la prolongación de una vida plena con el máximo desarrollo de las capacidades personales y sociales*
2. *Transformar el sector salud. Tal transformación se logra poniendo de relieve la estrategia de promoción de la salud, lo cual significa garantizar el acceso universal a los servicios de atención, modificar los factores condicionantes que producen morbimortalidad e impulsar procesos que conduzcan a nuestros pueblos a forjar ideales de salud, mediante la plena toma de conciencia de la importancia de la salud y la determinación de realizar acciones trascendentales de impacto en este campo*
3. *Convocar, animar y movilizar un gran compromiso social. Ello para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad. Este es un proceso tendiente a modificar las relaciones sociales de*

*modo que sean inaceptables la marginación, la inequidad, la degradación ambiental y el estado de malestar que éstas producen*

## Compromisos

El derecho y el respeto a la vida y la paz son los valores éticos fundamentales de la cultura de la salud. Resulta indispensable a la promoción de la salud en América Latina asumir estos valores, cultivarlos y practicarlos de manera cotidiana.

1. Impulsar el *concepto de la salud* condicionada por factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos y la promoción de la salud como estrategia para modificar estos factores condicionantes
2. Convocar las fuerzas sociales para aplicar la estrategia de *promoción de la salud*, supeditando los intereses económicos a los propósitos sociales, a fin de crear y mantener ambientes familiares, físicos, naturales, laborales, sociales, económicos y políticos tendientes a promover la vida, no a degradarla
3. Incentivar *políticas públicas* que garanticen la equidad y favorezcan la creación de ambientes y opciones saludables
4. Afinar *mecanismos de concertación y negociación* entre los sectores sociales e institucionales, para llevar a cabo actividades de promoción de la salud, con miras a avanzar hacia el logro de bienestar, propiciando la transferencia de recursos de inversión social a las organizaciones de la sociedad civil
5. Consolidar una *acción comprometida y efectiva* para reducir gastos no productivos, tales como los presupuestos militares, la desviación de fondos públicos hacia la generación de ganancias privadas, la profusión de burocracias excesivamente centralizadas y otras fuentes de ineficiencia y desperdicio
6. Fortalecer las *capacidades de la población* para participar en las decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludable
7. *Eliminar los efectos diferenciales* de la inequidad sobre la mujer. La participación de la mujer, gestora de vida y bienestar, constituye un eje indispensable de la promoción de la salud en América Latina
8. Estimular el diálogo de *saberes diversos*, de modo que el proceso de desarrollo de la salud se incorpore al conjunto del patrimonio cultural de la región
9. Fortalecer la *capacidad de convocatoria* del sector salud para movilizar recursos hacia la producción social de salud, fijando la responsabilidad del quehacer de los diferentes actores sociales en sus efectos en salud

10. Reconocer como trabajadores y agentes de la salud a las personas comprometidas con los procesos de promoción de la salud, de la misma manera que a los profesionales formados para la prestación de servicios asistenciales
11. Estimular la investigación en promoción de la salud, para generar ciencia y tecnología apropiada y diseminar el conocimiento resultante, de tal manera que se transforme en instrumento de liberación, cambio y participación

## Cuarta Conferencia Internacional “Promoción de la Salud”, Yakarta

Esta conferencia internacional se realizó del 21 al 25 de julio de 1997, en Yakarta, Indonesia. Se celebró por primera ocasión en un país de los entonces llamados “en vías de desarrollo”, con la participación del sector privado, de donde se desprendió un documento que permitió reiterar los determinantes de la salud y, asimismo, señalar las directrices y estrategias para la cabal solución de las problemáticas de la promoción de la salud en el siglo XXI. En dicho documento se reiteran y se confirman los lineamientos propuestos en la *Carta de Ottawa*, considerando la importancia de establecer asociaciones para el logro de tal fin.

Se establecen cinco prioridades:

- *Señalamiento de la responsabilidad social por la salud*
- *Incremento de las inversiones para el desarrollo de la salud*
- *Consolidación y ampliación de las asociaciones para el mejoramiento de la salud*
- *Ampliación de la capacidad de la comunidad y cancelar poderes al individuo*
- *Incremento y mejoría de la infraestructura para la promoción de la salud*

La *Declaración de Yakarta* también plantea que se tomen en consideración las asociaciones de nuevos actores con una visión de validación de política y prácticas.

Se considera la promoción de la salud como una valiosa inversión. La salud es un derecho humano fundamental para el desarrollo social y económico. La promoción de la salud, consiste en un proceso de capacitación y motivación de la gente hacia el ejercicio de mayores controles y mejoramiento de su salud.

Con el apoyo básico de inversiones y acciones, la promoción de la salud interfiere en los factores determinantes de ésta y deriva en un beneficio máximo para la población en general. Reviste gran importancia para la reducción de inequidades en salud y garantiza el respeto a los derechos humanos, lo que incrementa en forma sustancial el capital social.

El objetivo final será ampliar las expectativas de salud y, de ese modo, reducir las diferencias entre países y grupos. Se visualiza con la *Declaración de Yakarta* un panorama y enfoque en la promoción hacia el siglo XXI.

Los factores determinantes y requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sustentable de recursos, la justicia social, el respeto a los derechos humanos, la transparencia y la equidad. Se presentan amenazas a la salud y al bienestar del ser humano; prevalencia de enfermedades crónicas, hábitos de vida sedentarios, resistencia a los antibióticos y otros medicamentos, adicciones nocivas, violencia civil y doméstica, enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, etc. Se requieren urgentes acciones efectivas de atención y evolución de la promoción de la salud.

La integración de la economía mundial, los mercados financieros, el comercio, los medios de información, la tecnología de comunicación y la degradación del ambiente se constituyen como factores transnacionales de gran impacto.

La Organización Mundial de la Salud obtendrá para el cumplimiento de las prioridades señaladas la participación de los gobiernos, de las organizaciones no gubernamentales, de los bancos de desarrollo, de las organizaciones de las Naciones Unidas, de los órganos interregionales, de las entidades bilaterales, de los movimientos laborales, de las cooperativas y de los sectores privados.

## **Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. “Hacia una Mejor Equidad”, Ciudad de México**

Esta conferencia se celebró del 5 al 9 de julio de 2000, en la ciudad de México. Contó con la participación de aproximadamente cien países

Se apoya con firmeza en los postulados de las cuatro conferencias anteriores, y concede particular importancia a la celebrada en Yakarta, Indonesia, en 1997.

La calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas constituyó la meta general en esta reunión, la cual fue organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Salud de México (SS).

Se formularon tres objetivos básicos en esta conferencia:

- Para las personas que viven en circunstancias adversas, considerará y señalará el impacto de la promoción de la salud y condiciones adversas
- Fomentará y logrará la formación de alianzas a favor de la salud, entre los distintos sectores y para todos los niveles de la sociedad
- Logrará que en los organismos internacionales, nacionales y locales, la salud ocupe un lugar de alta prioridad en los programas de desarrollo

El programa de esta conferencia se divide en dos grandes áreas, que se describen en las siguientes líneas.

20

1. *El programa técnico se desarrolló con base en las prioridades para la promoción de la salud, señaladas en la Declaración de Yakarta (1997) y confirmadas en la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre Promoción Social (1998)*

Seis sesiones técnicas comprendieron las diversas áreas:

- *Como fundamento de la promoción de la salud, se fomentará el empleo de pruebas científicas*
- *Se alentará la responsabilidad social en materia de salud*
- *Se incrementarán las inversiones en pro de la salud*
- *Reforzamiento y empoderamiento del individuo, así como de la capacidad de las comunidades*
- *Creación de la infraestructura necesaria para la promoción de la salud*
- *Sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud*

2. *La Declaración Ministerial de México sobre la promoción de la salud*

Las siguientes son las ideas de acción avaladas por los 86 ministros de salud que asistieron a la Conferencia.

- *Contribución de las estrategias de promoción de la salud y la sostenibilidad general de las acciones locales, nacionales e internacionales en materia de salud*
- *Compromiso de elaborar planes de acción de dimensión nacional para dar seguimiento a los procesos de la incorporación de las estrategias de promoción de la salud, en la política y planificación de la salud a niveles nacional y local*

En esta conferencia se presentaron algunos mecanismos de participación activa. Asimismo, se celebraron quince sesiones simultáneas

después de cada sesión plenaria en donde se aportaron ideas para el informe de la conferencia y retroalimentación específica para los informes técnicos.

En estas sesiones simultáneas, se dio la oportunidad a los participantes de:

- *Aportar ideas al informe de la conferencia*
- *Aportar retroalimentación específica para los informes técnicos*

## Productos de la conferencia

- *Los seis informes técnicos*
- *Los estudios de casos*
- *La Declaración Ministerial de México para la promoción de la salud*
- *El marco de los planes nacionales de acción sobre promoción de la salud*
- *El informe general de esta conferencia*

21

Se efectuaron dos sesiones conjuntas técnico-ministeriales, con los temas: "Preparación del marco de acción" y "Una oportunidad de compartir conclusiones de la reunión ministerial."

Los temas técnicos fueron: el empleo de pruebas científicas como fundamento de la promoción de la salud, inversión en beneficio de la salud, responsabilidad social a favor de la salud, fortalecimiento de las capacidades de las comunidades y empoderamiento de los individuos, asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud y reorientación de los servicios de salud.

La OMS establece que la promoción de la salud debe ser un componente básico de las políticas y programas públicos en todos los países, que impulsen la equidad y una mejor salud para todos.

Temas básicos que se plantearon en la reunión:

- *Reafirmación de la pertinencia de la promoción de la salud*
- *Énfasis en los factores determinantes de la salud*
- *Hacia una mayor equidad*
- *La promoción de la salud y su fundamento científico*
- *La promoción de la salud es pertinente para la sociedad*
- *La promoción de la salud toma en cuenta los aspectos políticos*
- *El papel de la mujer en el desarrollo de la salud*
- *Conclusiones y recomendaciones*

Para fortalecer en la práctica la promoción de la salud, se requieren las siguientes acciones:

- *Renovada inversión en investigación y evaluación apropiadas*
- *Desarrollo de indicadores*
- *Interacción, cooperación y participación de mejores resultados*
- *Mayor énfasis en las oportunidades de comunicar las pruebas de manera que sean pertinentes en el aspecto social y político: solidaridad, movilización de recursos, desarrollo de la capacidad de la comunidad, desarrollo de recursos humanos y creación de redes y asociaciones profesionales. Por otro lado, el fortalecimiento de las aptitudes y las acciones políticas para la promoción de la salud: procesos democráticos, activismo social y político, sistemas de evaluación de efectos sanitarios, rehabilitación de los servicios de salud, mejor interacción entre partidos, investigadores y políticos, fortalecimiento de la capacidad existente para la práctica de la promoción de la salud*

## **Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Bangkok**

Esta conferencia se celebró en agosto de 2005, en Bangkok, Tailandia. Los factores determinantes de la salud, se consideran de acuerdo con las medidas y compromisos señalados en esta *Carta de Bangkok*, tomando en cuenta las condiciones de un mundo globalizado, mediante la promoción de la salud.

- *Se acuerda que de forma preponderante se deben considerar las políticas y alianzas referidas al empoderamiento de las comunidades y mejoramiento sustancial de la salud, en relación con el desarrollo mundial y nacional.*
- *La Carta de Bangkok reafirma y complementa las consideraciones, valores y estrategias de acción para el fomento de la salud manifestada en la Carta de Ottawa, al igual que las recomendaciones de las conferencias mundiales sobre la promoción de la salud, las cuales han sido ratificadas por los estados miembros de la Asamblea Mundial de la Salud.*
- *La Carta de Bangkok se dirige a organizaciones, grupos y personas cuya acción es de vital importancia para el desarrollo de la salud: la comunidad de salud pública, los organismos internacionales, los gobiernos y políticos de todos los niveles, la sociedad civil y el sector privado.*
- *El derecho al disfrute del mayor grado de salud posible es fundamental para todo ser humano, sin discriminación alguna, y está reconocido plenamente por la Organización de las Naciones Unidas.*

## Factores que influyen en la salud y que condicionan los determinantes de ésta

- *Las nuevas formas de consumo y comunicación*
- *Las desigualdades crecientes en los países*
- *Los medios de comercialización*
- *Los cambios ambientales globales*
- *La urbanización*

Hay otros factores que influyen en la salud, como los cambios económicos, sociales y demográficos, acelerados y adversos, que afectan las condiciones de vida de las comunidades, el trabajo, la enseñanza, la familiares, las culturales y las condiciones sociales.

## Estrategias de promoción de la salud hacia un mundo globalizado

23

Se requieren intervenciones políticas enérgicas y eficaces, como las que se enuncian a continuación.

- *Abogar por la salud*
- *Inversión en políticas de desarrollo de la salud*
- *Creación de capacidades para el desarrollo de la salud*
- *Establecimiento de normas y leyes reguladoras*
- *Creación de establecimientos y alianzas a fin de impulsar condiciones sustentables*

## Compromisos básicos para la promoción de la salud

- *Componente para la agenda de desarrollo mundial*
- *Responsabilidad esencial de todo gobierno*
- *Objetivo fundamental de las comunidades y sociedad civil*
- *Prácticas empresariales sanas y adecuadas*

El objetivo es lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad absoluta de todos los gobiernos; que sea una meta fundamental de las comunidades y de la sociedad civil, y que sea un requisito de las buenas prácticas empresariales.

La promesa mundial para lograr la promoción de la salud se basa en la aplicación de las mejores estrategias de alta eficacia de nuevas respuestas y puntos de acceso; mecanismos de asociación, alianzas, redes y colaboración que deriven en resultados po-

sitivos relativos a acciones conjuntas, comunes para mejoramiento de la salud de las poblaciones.

Los participantes de esta conferencia solicitaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a sus estados miembro que destinen recursos, promuevan planes de acción y vigilen sus resultados mediante indicadores y objetivos definidos. Se pide a la Organización de Naciones Unidas que analice los beneficios que resultarían del desarrollo de un tratado mundial a favor de la salud. La *Carta de Bangkok* invita a todas las partes interesadas a una Alianza Mundial en Pro de la Salud.

## Séptima Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Nairobi

Esta reunión se realizó en marzo de 2009, en Nairobi, Kenia, con la presencia de 525 invitados de 102 países, y fue la Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en el continente africano y promovida por la *Health Organization* en ese país.

Cinco grupos de trabajo se organizaron para el desarrollo de los siguientes temas:

- *Empoderamiento de las comunidades*
- *Empoderamiento de los individuos*
- *Fortalecimiento de los sistemas de salud*
- *Construcción de capacidad para las promociones de salud*
- *Alianzas y colaboración Intersectorial*

### Logros de la conferencia

El documento técnico trata sobre el reconocimiento y la incorporación de la promoción de la salud –considerando los resultados de las anteriores conferencias relacionadas con las aportaciones de la promoción de la salud, dirigidas hacia la solución de las crisis a nivel mundial–, los vínculos entre la promoción de la salud, la atención primaria en salud, los determinantes sociales de la salud y los señalamientos presentados en las ponencias referidos hacia la consideración de estrategias de promoción de la salud en los diversos países.

### Declaración de Nairobi

El llamado a la acción describe los valores que la promoción de la salud otorga a los elementos de desarrollo local, regional, nacio-

nal y mundial, que invitará a las instancias de desarrollo, gobiernos nacionales y sociedad civil, para lograr estrategias exitosas en promoción de la salud.

La promoción de la salud se constituye en una estrategia básica fundamental para el desarrollo de la salud y el bienestar social. Asimismo, para la reducción de las inequidades, con lo que se logran metas y propósitos internacionales y nacionales de salud: “Metas de desarrollo del milenio”.

Se crean sociedades más justas con la promoción de la salud, que logran desarrollos de vida de acuerdo a sus condiciones y esperanzas. De ese modo, se incrementan sus controles de salud, así como los recursos propios para la estabilidad y bienestar social e individual.

## Compromisos adquiridos por los participantes

25

- La promoción de la salud es fundamental para resolver los desafíos nacionales y globales, cambio climático, crisis económicas y amenazas globales de pandemias, serán unas de las evidencias existentes para convencer a los responsables de las decisiones.
- Fomentando la participación comunitaria y las políticas públicas saludables, y considerando a las personas como el centro de atención, se renovará la atención primaria de salud.
- Aprovechar los recursos de las comunidades para el tratamiento de enfermedades transmisible y crónicas no transmisibles.
- Integración de los enunciados de la promoción de la salud en la agenda política y de desarrollo.

## Octava Conferencia Internacional de Promoción de la Salud “Salud en Todas las Políticas”, Helsinki

Este evento se llevó a cabo en 2013, en Helsinki, Finlandia; participaron 800 participantes provenientes de 120 países.

### Objetivos

- Estimular el intercambio de experiencias sobre la promoción de la acción intersectorial.
- Revisar los distintos enfoques para dar cuenta de las barreras y crear capacidad para la aplicación de la salud en todas las políticas.

- Revisión de los avances, impactos y alcances desde la Conferencia de Ottawa.
- Abordar la contribución de la promoción de la salud en la renovación y reforma de la atención primaria de la salud.

Esta conferencia sostiene como eje central el enfoque de salud en todas las políticas (STP), con base en el concepto de que las mejoras en la salud de la población y la acción sobre los determinantes sociales en salud no se logran sólo mediante un enfoque en las políticas de salud, sino que requieren de la consideración de diversos ámbitos de acción.

Son necesarias acciones de gobierno coordinadas que tengan en cuenta las consecuencias que ocasionen las políticas de salud, dirigidas hacia otros sectores.

Se sostiene en esta conferencia que la salud viene determinada en gran medida por factores externos del ámbito sanitario. Una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos; en especial las políticas sociales, las fiscales y aquellas relacionadas con el ambiente, con la educación y con la investigación.

La conferencia planteaba también entre sus objetivos el impulsar nuevos enfoques y capacidades de apoyo a la estrategia, avanzando con ello en la implementación de las recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Se hace un llamado a los gobiernos para que incorporen el tema de la salud y la equidad en sus agendas y desarrollen estructuras, recursos y capacidad institucional de apoyo a la estrategia.

Con la intercomunicación del mundo actual, la sanidad se ve afectada por las diversas condiciones de nuestra época: envejecimiento demográfico, la creciente urbanización y la repercusión a nivel mundial de formas de vida no saludables. Las enfermedades no contagiosas han sobrepasado a las infecciosas, constituyéndose en la principal fuente de mortalidad y discapacidad. El crecimiento económico, la modernización, la urbanización, han propiciado la generación y propagación de estilos de vida no saludables. Los intereses empresariales de los grandes consorcios –de tabaco, alcohol, alimentos procesados, bebidas gaseosas– han influido notablemente en estas condiciones actuales de vida. La formulación de políticas de la salud debe considerar las distorsiones provocadas por intereses creados desde el punto de vista comercial.

# Derechos económicos, sociales y culturales en el contexto de las ciudades saludables

## Introducción

Cuando nos referimos a las ciudades saludables, necesariamente debemos considerar el tema de la población y su desarrollo y, por lo tanto, sus derechos humanos en general, así como los derechos económicos, sociales y culturales, en particular. “Cada vez se reconoce, de manera más generalizada, tanto en el Sistema de las Naciones Unidas como en otros foros, que no sólo el desarrollo es de por sí un derecho humano, como se afirma en la *Declaración de las Naciones Unidas sobre el derecho al desarrollo* (1986), sino que también el proceso que conduce al desarrollo ha de ser compatible con el respeto de los derechos humanos.”<sup>10</sup>

27

La perspectiva financiera es importante, sin lugar a dudas, pero como medio. El fin es el ser humano y sus derechos humanos como mancuerna indisoluble que coloca a las autoridades gubernamentales en una situación de obligación de garantizar una serie de condiciones básicas para los habitantes (no sólo ciudadanos ni residentes) de sus territorios, que les permitan un nivel de vida básico.

La progresividad de esas condiciones de mínimos básicos implica también la gradualidad, es decir, el compromiso de mejora continua de esas condiciones mínimas, con énfasis de la mejora en los más vulnerables. Por lo tanto, el tema de pobreza es también un elemento sustancial en la problemática del desarrollo de ciudades saludables.

“Los derechos humanos son considerados un elemento intersectorial de la labor de desarrollo de las Naciones Unidas en los países. La evaluación común para los países (ECP) y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD)”<sup>11</sup> proporcionan algunos principios que fundamentan el enfoque del desarrollo basado en los derechos humanos. Sus directrices se refieren a la aplicación de los instrumentos internacionales y ponen de relieve los derechos humanos en ambos procesos.

Así, la ECP<sup>12</sup> contribuye a que las agencias de las Naciones Unidas brinden propuestas coherentes e integradas en estricta coordinación con las instituciones gubernamentales competentes de cada país, para implementar los compromisos y las recomendaciones contenidos en los distintos instrumentos internacionales.

Además de los procesos antes mencionados, existe el Marco Integral de Desarrollo (MID) que es una iniciativa del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional y dentro del cual también se incluyen los conceptos y normas de derechos humanos.<sup>13</sup>

Así, pues, prestar atención a los derechos humanos contribuye a que las principales preocupaciones en torno del desarrollo y la pobreza estén presentes en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas hacia ciudades saludables.

## Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Aunque la concepción de una ciudad saludable es relativamente reciente, la preocupación en la agenda pública internacional sobre la salud en entornos urbanos tiene antecedentes importantes que se pusieron de manifiesto en la expresión normativa de instrumentos de derechos humanos desde la década de los cuarenta del siglo pasado.

La expresión normativa más vívida de esta concepción se encuentra en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PDESC) adoptado mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas de fecha 16 de diciembre de 1966,<sup>14</sup> en el cual, los Estados reconocen que deben crearse condiciones que permitan a cada persona gozar de esos derechos, y que los Estados se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para lograr progresivamente la plena efectividad de esos derechos.

De lo contenido en el PDESC, se puede destacar la referencia al reconocimiento de la dignidad inherente a todos los individuos, como base de la libertad, la justicia y la paz en el mundo.

Reconoce la igualdad e inalienabilidad de los derechos del individuo y que el ejercicio de esos derechos de los individuos implica la creación de condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como sus derechos civiles y políticos.

- Asimismo, el PDESC considera que el individuo tiene deberes respecto a otros y a la comunidad a la que pertenece, y que es el pueblo quien determina su desarrollo económico, social y cultural.

De esta manera, los Estados Parte se obligan a ir alcanzando progresivamente la efectividad de los DESC mediante medidas legislativas y a que las limitaciones deban consignarse en ley, con el objetivo de promover el bienestar general. La razón de esto proviene de la intención de limitar la discrecionalidad en la aplicación

de los derechos humanos, independientemente de la relatividad y subjetividad en su interpretación y aplicación.

Dentro de los DESC que se consagran en el Pacto, se pueden mencionar:

- El derecho a trabajar y a formar sindicatos
- El derecho a la seguridad social e incluso al seguro social
- El derecho a la educación
- El derecho a la protección y asistencia a la familia
- El derecho a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluidos alimentación, vestido y vivienda adecuados y a una mejora continua de las condiciones de existencia
- El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Esto incluye medidas para reducir la mortalidad y mortalidad infantil y sano desarrollo de los niños, prevención y tratamiento de enfermedades, creación de condiciones que aseguren, a todos, asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad, además del mejoramiento, en todos sus aspectos, de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- El derecho a participar en la vida cultural, gozar de los beneficio del progreso científico y de beneficiarse de la protección de los intereses que corresponden como autor.

29

Para seguimiento de los compromisos asumidos en el PDESC, los Estados Parte deben enviar informes periódicos, conforme a un programa, que deben presentar al Secretario General de las Naciones Unidas y cuya copia se remite al denominado Consejo Económico y Social así como a organismos especializados, sobre las materias de su competencia.

Como todo instrumento normativo de carácter general, la interpretación del contenido y alcance de cada uno de esos derechos es relativo y, por lo mismo, evolutivo. Los avances científicos y tecnológicos, así como de aquellos modelos de gestión y prestación de bienes y servicios, inciden en la construcción de las definiciones de lo que se entiende por “alimentación sana” o por “vivienda adecuada” por citar un ejemplo, o también, lo que eso podría significar hoy en Honduras y lo que pudo ser para la población indígena de Chiapas hace medio siglo.

Parte del reconocimiento de esos DESC implica la asunción del valor de la “ciudadanía” como principal edificador del contenido de esas definiciones, a partir de mecanismos democráticos, bajo la lupa de los expertos en cada uno de los temas que inciden en esos derechos.

## Seguimiento de los compromisos asumidos por el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

La *Carta de las Naciones Unidas* confiere al denominado Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) importantes atribuciones para abordar los problemas económicos y sociales del mundo, incluidos los culturales y los ambientales.<sup>15</sup>

La Asamblea General de las Naciones Unidas determina los países que serán miembros del ECOSOC por periodos de tres años con base en puestos distribuidos por representación geográfica. En el caso de América Latina, se cuenta con 10 puestos.<sup>16</sup>

El ECOSOC está integrado por diversos órganos, comisiones y comités. Dentro de éstos, destacan en materia de ciudades saludables, la Comisión de Población y Desarrollo, la de Desarrollo Social y sobre el Desarrollo Sostenible, así como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.<sup>17</sup>

La Comisión de Población y Desarrollo aborda temas como envejecimiento, planeación familiar, fertilidad, migración y políticas de población, entre otras.<sup>18</sup>

La Comisión de Desarrollo Social, aborda proyectos en materia de envejecimiento, invalidez, población indigente, empleo, integración social y pobreza, entre otros.<sup>19</sup>

La Comisión sobre Desarrollo Sostenible se refiere a temas como desechos, transporte, atmósfera, biodiversidad y salud.<sup>20</sup>

En este sentido, el capítulo 6 del Programa 21,<sup>21</sup> se refiere a la relación directa entre salud y desarrollo, y considera que los temas de acción de dicho Programa deben abordar las necesidades de atención primaria de la salud pues ésta se vincula con el logro de objetivos de desarrollo sostenible tomando en consideración el medio ambiente. Las actividades en educación, vivienda, obras públicas, grupos comunitarios... permiten asegurar el desarrollo sostenible de sus propias comunidades con un enfoque de prevención.

Para solucionar la problemática de salubridad urbana, el Programa 21 parte de la idea de que la sociedad no ha podido satisfacer las necesidades humanas y que la población vive en ciudades con escasos ingresos, mal alimentadas, mal alojadas y con servicios deficientes y que el crecimiento urbano expone a sus habitantes en grandes ciudades, a riesgos de condiciones ambientales y ha dejado a autoridades municipales con capacidad insuficiente para proporcionar servicios de higiene ambiental.

De esta manera, dicho Programa destaca que el mejoramiento de la salubridad urbana depende de la coordinación de acciones entre los niveles de gobierno y diversos actores. Entre los niveles de gobierno encontramos aquellos que inciden en todo el territorio, como son, en el caso de México, las autoridades federales en el interior de las llamadas entidades federativas, que son los estados, y que corresponden al nivel estatal o local. Por último, el nivel de gobierno municipal es el que se refiere al interior de cada municipio, que es la distribución geográfica del territorio en un estado. La distribución de facultades en el caso de México es según la materia. En otras palabras, aquellas facultades que no estén expresamente concedidas por la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* a los funcionarios federales se entienden reservadas a los estatales. Ahora bien, en el caso del municipio, éste tiene encomendadas la prestación de funciones y servicios públicos que la Carta Magna señala también, además de las que el gobierno de cada entidad federativa le confiera expresamente a sus municipios. Además de los tres niveles de gobierno, están los poderes, que en el caso de México son el legislativo, el ejecutivo y el judicial. En términos generales, éstos tienen el compromiso del diseño normativo en leyes, su implementación por conducto de sus diversas estructuras en la administración pública federal y organismos con autonomía constitucional, y finalmente, la resolución de conflictos que ayuda en la retroalimentación del diseño e implementación de las políticas públicas.

Dentro de las líneas de acción relacionadas con la contaminación a que se refiere el Programa 21, se contempla la promoción de la investigación y desarrollo de metodologías, para elaborar nuevos métodos de evaluación cuantitativa de los beneficios sanitarios y de los costos que acarrearán diferentes estrategias de control de contaminación así como la realización de investigaciones interdisciplinarias acerca de los efectos conjuntos de exposición a riesgos ambientales múltiples.

Es aquí donde la Academia Nacional de Medicina puede y debe tomar un rol preponderante en la perspectiva internacional de las ciudades saludables. Al ser una asociación civil, cuenta con la objetividad y neutralidad necesarias para desarrollar, con sus especialistas en salud, metodologías que apoyen beneficios sanitarios para la construcción de ciudades saludables en México, acordes a su idiosincrasia, sus problemas ambientales según sea la zona del país de que se trate, y con la participación de diversas disciplinas, siempre coordinadas por la perspectiva de salud de la Academia.

## El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>22</sup>

Como ya se señaló, el ECOSOC tiene diversos comités. En materia de derechos económicos, sociales y culturales (DESC), está el comité del mismo nombre (CDESC), que es un cuerpo de 18 expertos independientes que monitorean la implementación del PDESC en los Estados parte.

Este comité se estableció mediante resolución del ECOSOC 1985/17 del 28 de mayo de 1985. A partir de 2013, puede recibir comunicaciones de personas que denuncien la violación de los compromisos en el CDESC. También, en ciertas circunstancias, el Comité da seguimiento a quejas de violaciones graves o sistemáticas. El Comité sesiona dos veces al año durante reuniones plenarias de tres y una semana para el grupo de trabajo. Emite y publica comentarios u observaciones. Así, se cuentan con algunas observaciones que inciden en materia de ciudades saludables, como la *Observación General Núm. 14* de 2000 relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

## El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud<sup>23</sup>

La *Observación General Núm. 14* del CDESC fue aprobada el 11 de mayo de 2000 y, como se indicó, se refiere al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En esta observación se establece que el derecho a la salud no debe interpretarse como un derecho a estar sano, sino que debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Por lo tanto, no es restrictivo a la atención curativa, sino más que nada, preventiva, y la creación de condiciones para vivir en salud. Asimismo, distingue entre facilidades, bienes, servicios y condiciones. Entre las definiciones de facilidad(es) que están en el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*,<sup>24</sup> la de “oportunidad y la de condiciones especiales que permiten lograr algo o alcanzar un fin con menor esfuerzo”. En cuanto a bienes y servicios, jurídicamente hay una distinción en cuanto a que unos son tangibles y los otros son intangibles y se regulan de manera distinta en tanto sean públicos o privados. Por último, las condiciones, según el diccionario antes mencionado,<sup>25</sup>

significan, entre otros, la índole, naturaleza o propiedad de las cosas, así como la aptitud o disposición.

Señala la CDESC que para la protección de este derecho, deben tenerse en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, como los recursos con que cuenta el Estado.

Abarca la atención de la salud oportuna y apropiada además de los principales factores determinantes. Esos factores determinantes, como son el acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, alimentos y no sólo comida, así como, vivienda adecuada son aquellos elementos que sólo puede concebirse bajo el concepto de ciudad saludable.

El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 120. del PDESC, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el ambiente, así como el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

Sus elementos esenciales en cuanto a bienes y servicios para la atención de la salud son la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Reitera que los Estados parte tienen la obligación fundamental de asegurar, como mínimo, la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los DESC, incluida la atención primaria básica de la salud.

Dentro de las obligaciones básicas de los Estados parte en materia de salud y que se relacionan con la ciudad saludable, están:

- Garantizar el derecho de acceso a centros, bienes y servicios de salud, sobre una base de igualdad
- Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima
- Garantizar el acceso a un hogar, vivienda y condiciones sanitarias básicas, incluida el agua limpia potable

En virtud de lo anterior, es importante señalar que aunque los derechos humanos son un tema obligado en materia de desarrollo y más de ciudades saludables, aun son sólo un criterio de orientación de las políticas públicas.

Resta mucho por hacer en el desarrollo de metodologías para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas sobre ciudades saludables, que partan de una perspectiva de derechos humanos en general y los DESC en específico, por su indudable importancia, toda vez que “la titularidad de los derechos sociales encarna la efectiva pertenencia a la sociedad, pues implica que todos los ciudadanos estén incluidos en la dinámica del desarrollo y gocen del bienestar que este desarrollo promueve. Supone un freno a las desigualdades económicas mediante la acción deliberada del Estado, pues tales desigualdades, más allá de cierto punto, privan a muchos miembros de la sociedad de una real pertenencia a ésta. Supone, además, un reconocimiento de todos los miembros de la sociedad sin distinciones de género, raza, etnia, edad, grupo socioeconómico o localización geográfica”.<sup>26</sup>

## Ciudades saludables y/o comunidades saludables

Este capítulo presentan algunas definiciones de *ciudad saludable y/o comunidad saludable*, los aspectos más importantes que contiene el proyecto “Ciudades Saludables” y las siete principales actividades por hacer, las dos premisas que se consideran básicas del concepto de *ciudades saludables*.

Se dice cómo debe ser la participación comunitaria, indispensable, para elaborar los proyectos de “Ciudades Saludables” y/o “Comunidades Saludables” y quiénes deben ser los miembros de la comunidad que deben participar en el proyecto.

Además se menciona la necesidad de que la salud esté presente en la definición de las políticas públicas, que inciden de manera directa en las condiciones de vida, bienestar y salud de la población.

Por último se describen los entornos naturales y los construidos que de manera coordinada gobierno y comunidad deberán proponer acciones para conservar y mejorar, en beneficio de las actuales y futuras generaciones.

### Definiciones y premisas de las ciudades saludables y/o comunidades saludables

Para definir las ciudades saludables y/o comunidades saludables”, acudiremos al Arquitecto madrileño Francisco Chueca Goitia (1911-2004), cuya amplia trayectoria profesional abarcó entre otras actividades las de proyectista,

historiador de la arquitectura, restaurador y académico de Bellas Artes. En 1999 Chueca Goitia escribió un artículo llamado “Ciudades Saludables” en donde planteaba que *ciudad* y *saludable* eran conceptos enteramente opuestos, afirmación que ilustra con la elegía de la “Vida Retirada” de Fray Luis de León, donde se considera “a la ciudad como ente malsano y al campo como lugar benéfico y saludable”, y *que empieza de este modo*:

*iQué descansada vida  
la del que huye del mundanal ruido,  
y sigue la escondida  
senda, por donde han ido  
los pocos sabios que en el mundo han sido;*

[...]

*iOh monte, oh fuente, oh río,!  
iOh secreto seguro, deleitoso!  
Roto casi el navío,  
a vuestro almo reposo  
huyo de aqieste mar tempestuoso.<sup>27</sup>*

Para Chueca Goitia, la *ciudad* se entiende como el espacio en donde un gran núcleo de personas vive y se desarrolla bajo unas estructuras administrativas y de poder, que son las encargadas de regular el actuar del conglomerado, así como sus relaciones con otras ciudades o estados.

La ciudad constituye el espacio en donde los hombres evolucionan, crean su historia, desarrollan sus expresiones culturales, sus aspiraciones y relaciones. Es en las ciudades en donde se manifiestan en gran medida las virtudes, los vicios y los conflictos, que serán proporcionales al tamaño de cada ciudad.

Chueca Goitia concluye su escrito con algunos conceptos vigentes para las ciudades actuales:

- “La ciudad será más saludable en proporción inversa al número de habitantes”
- “La ciudad es más saludable cuando el hombre puede gozar más del aire libre”, donde el ser humano puede pasear, disfrutar de la cercanía del mar, de los ríos, bosques, jardines y espacios libres cuando éstos se encuentran integrados formando parte de la ciudad
- “La ciudad es a su modo también campo, aunque sea campo conformado, campo hecho patria”
- “Una ciudad es más saludable cuanto más conserve en su emplazamiento elementos naturales integrados en el área urbana”.

- *Los elementos “que hacen insalubre a la ciudad: el ruido, la población, la industria pesada, el tráfico exagerado y la ausencia de zonas libres, parques y jardines”.*<sup>28</sup>

Las siguientes definiciones de Ciudad Saludable se dan a partir de 1985, cuando se gesta la idea del proyecto “Ciudades Saludables” en Europa, impulsado por la OMS, que un año después se consolidó tomando como sus “principios” los avances en el concepto de promoción de la salud (PS) propuesto en la *Carta de Ottawa* (1986).

En América Latina el proyecto llegó auspiciado por la OPS en 1991 y se adecuó a las estructuras político-administrativas que existen en estos países y al fortalecimiento de los gobiernos locales. A partir de la política de descentralización que se llevó a cabo, tomó el nombre de “Municipios Saludables”. Al paso del tiempo y con la apropiación del proyecto en cada región han surgido diferentes nombres, “Comunidades Saludables”, “Barrios Saludables” y “Entornos Saludables”, todos ellos encaminados a lograr un desarrollo integral de todas las personas, con la participación amplia y responsable de autoridades y habitantes en el bienestar comunitario.

La OMS define la *ciudad saludable* como aquella que pone en práctica de manera continua la mejora de su ambiente físico y social utilizando todos los recursos de su comunidad.

La OPS en 1997 definió el término de *ciudad saludable* como aquella en donde las autoridades políticas y civiles, las instituciones, las organizaciones públicas y privadas, los propietarios, los empresarios, los trabajadores y la sociedad dedican constantes esfuerzos al mejoramiento de las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armónica con el medio ambiente físico y natural, y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar solidaridad, la gestión social y la democracia.

*“Ciudad Saludable es aquella ciudad que crea y mejora constantemente su entorno físico y social, además de ampliar los recursos comunitarios para que las personas puedan apoyarse unos a otros al realizar todas las funciones de la vida y desarrollar su potencial máximo”.*<sup>29</sup>

*“Una Ciudad/Comunidad Saludable es un todo mayor que la suma de sus partes, es un lugar donde las personas se cuidan entre ellas, donde las personas de diversas procedencias se mezclan cómodamente y trabajan juntos por el bienestar de la comunidad. En resumen, es aquella que asegura para todos los ciudadanos una calidad de vida decente –económica, física, ambiental, social y políticamente–.”*<sup>30</sup>

Las definiciones anteriores de ciudades/comunidades saludables describen ampliamente lo deseable en la aplicación de este proyecto, entendiéndolo como un proceso continuo que se ajusta y se transforma, para lograr la equidad y la justicia social.

Para orientar la aplicación de la *estrategia de ciudades saludables*, se definen dos premisas, que se explican a continuación.

1. **Una visión global de la salud.** *El concepto amplio de la salud, no como ausencia de enfermedad, sino como uno abarcador de todos los aspectos que definen la salud integral de las personas, descritos en la Carta de Ottawa (1986) como las condiciones y recursos indispensables para la obtención de salud.*
  - **Paz.** Vivir con libertad y seguridad sin amenazas ni temor a sufrir daño e sus familias, su persona y sus bienes
  - **Techo.** Vivienda que proteja a sus ocupantes de las condiciones climáticas y satisfaga sus necesidades
  - **Educación.** Para niños y adultos, gratuita con nivel adecuado en contenidos que los capaciten para la vida laboral, en locales adecuados que cuenten con todos los servicios y con fácil acceso
  - **Comida.** Que cumpla con los requerimientos nutricionales que propicie el sano desarrollo de los niños y la salud de los adultos
  - **Ingreso.** Empleos que otorguen el ingreso necesario para una vida razonable y políticas de apoyo para los incapacitados o desempleados
  - **Ecosistema estable.** Que se cuente con aire y agua limpia libres de contaminantes y que se proteja y preserve el medio ambiente natural existente
  - **Recursos sostenibles.** Se deberán preservar el agua, tierras de cultivo, minerales, recursos industriales, fuentes de energía (sol, viento, agua, biomasa), plantas, animales, entre otros
  - **Justicia social.** Ninguna persona deberá ser maltratada o explotada por aquellos más poderosos. Nadie es discriminado por género, raza, credo, discapacidad o condición social
  - **Equidad.** El acceso a la justicia es igual para todos y está establecido en la ley, todas las personas tienen opción de expresarse y ser escuchadas
2. **Un compromiso con la promoción de la salud.** *La promoción de la salud se enfoca en reducir las desigualdades existentes en las condiciones de salud, asegurando las mismas oportunidades y proporcionando los medios necesarios para que toda la población desarrolle su máximo potencial en salud. Para lograr esto, es necesaria la actuación coordinada de los gobiernos, del sistema de salud, sectores sociales y económicos, organizaciones de la socie-*

*dad civil, la industria, los medios y –de manera importante– los individuos, las familias y la comunidad*

La promoción de la salud, como se menciona en la *Carta de Ottawa*, “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.”<sup>31</sup> Estas acciones deberán enfocarse no sólo en mejorar las condiciones del sistema de salud, sino además en los factores políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales como condición necesaria para la mejora de la salud

La promoción de la salud difiere de los modelos médicos más conocidos de tratamiento y prevención. Estos últimos ven la salud desde un punto de vista negativo: hay algo malo o potencialmente malo, de modo que los expertos médicos tomarán las medidas adecuadas para arreglarlo o erradicarlo. La promoción de la salud asume un punto de vista positivo: se pueden tomar pasos positivos para mejorar y mantener la salud.

39

- **Elaboración de una política sana.** *La salud deberá estar presente en todos los sectores en la elaboración de las políticas públicas, considerando que esas decisiones tendrán impacto en la salud integral de los pobladores. Las políticas deberán buscar la obtención de equidad, conservación y saneamiento del medio ambiente, justicia y seguridad*
- **Establecimiento de políticas a nivel local de aplicación pronta.** *Ejemplo de éstas son: prohibición de fumar en locales cerrados, venta de alcohol a menores, prohibición de ingesta de bebidas alcohólicas en la vía pública, el alcoholímetro, uso obligatorio de cinturón de seguridad, transporte público seguro y eficiente, promoción e instalación en colonias para el uso de bicicletas, entre otras más son políticas sanas que benefician a toda la población.*
- **Creación de entornos favorables.** *La modernidad ha generado sociedades en las que los individuos y los entornos (ambientes) en los que transcurre su vida, están permanentemente ligados, se necesita que los gobiernos trabajen de manera conjunta en todos los niveles para proteger esos entornos naturales y contruidos de la degradación, contaminación e inseguridad que atenta contra la salud de los individuos “la manera como la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable”<sup>32</sup>*

Los entornos a los que no referimos son:

- **Entorno natural.** *Se deberán favorecer leyes y reglamentos que promuevan la preservación y protección de las áreas naturales, impidiendo su degradación y contaminación.*

- **Entorno construido.** Se deberá fomentar un desarrollo urbano en donde el hombre, su salud, seguridad y bienestar sean el elemento importante en el diseño y construcción de los espacios
- **Entorno económico.** Una economía que asegure trato igual a gobernantes y población, sin privilegios a grupos, y oportunidades de ascenso económico y social a los individuos
- **Entorno laboral.** Salarios justos, prestaciones y espacios laborales saludables y seguros para los trabajadores
- **Entorno de ocio.** Tiempo necesario para el ocio y espacios gratuitos accesibles y seguros para la cultura, el deporte y la recreación adecuados a todas las edades desde niños a ancianos
- **Entorno social.** Sociedad informada educada y participativa, libertad de expresión, responsabilidad cívica, promoción y apoyo para la creación de organizaciones civiles
- **Entorno político.** Transparencia, rendición de cuentas, leyes que inhiban y castiguen la corrupción en todos los niveles e igual trato para todos, respeto a diferentes pensamientos políticos, aplicación de leyes existentes, democracia y justicia social para todos

### La acción comunitaria en el proyecto

Para el proyecto “Ciudades Saludables”, es fundamental la participación comunitaria activa, desde la elaboración del diagnóstico, la definición de prioridades por resolver, incluyendo la planeación, la toma de decisiones y la puesta en operación.

El fortalecimiento de las acciones se da cuando los integrantes de la comunidad identifican por sí mismos sus problemas y proponen soluciones en forma coordinada con autoridades, siempre en función de los recursos humanos y materiales con que cuenta la propia comunidad.

Los diferentes niveles de gobierno y los líderes de la comunidad deberán comprometerse a promover y aprobar leyes que apoyen las propuestas e iniciativas que solicita la comunidad.

La capacitación y participación de la comunidad ayudará a los individuos a convertirse en ciudadanos comprometidos en el cuidado y protección de su entorno familiar y comunitario.

## Fases de la Red Europea de Ciudades Saludables

Existen importantes antecedentes históricos de la importancia de los ayuntamientos y municipios en los esfuerzos que se llevan a cabo para mejorar la salud en las ciudades.

La historia de las estrategias de ciudades saludables tiene mucho que ver con la promoción de la salud y la equidad de la misma dentro de cada comunidad. Y la toma de conciencia de las estrategias también se desarrolla desde la comunidad en conjunto con las autoridades. Tiene su base filosófica en las diferentes declaraciones de la OMS: Alma-Ata, Ottawa, etc. y fue aceptada como política general del organismo internacional en la XXIV Asamblea Mundial de la Salud que se celebró en 1981, en Ginebra, Suiza.

La idea del proyecto “Ciudad Saludable” surge en el congreso celebrado en Toronto, Canadá, en 1984, en donde se emiten conceptos de enfoque integral para tratar los problemas de salud. Estos conceptos motivan a la OMS a desarrollar las propuestas en Europa, y Hancock y Duhl son quienes llevan a cabo la tarea de empezarlo en 1986.

Las Fases de la Red Europea de Ciudades Saludables son las que se describen en seguida.

## Fase I

La fase I se inicia en 1987 y se desarrolla hasta 1992. En ella participan treinta y cinco ciudades que se unen a la Red que está vinculada a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Durante este tiempo se llevan a cabo reuniones técnicas y políticas que van definiendo el Proyecto en aspectos básicos como indicadores y desigualdades en salud. Estos eventos generan, a su vez, intercambio de experiencias innovadoras, publicaciones de libros, boletines de noticias, congresos y el Primer Encuentro Europa-América de Ciudades y Municipios Saludables que se realizó en el marco de la Expo 92 en Sevilla, España.

## Fase II

Se lleva a cabo de 1993 a 1997. En esta fase, “... la OMS puso en marcha un conjunto de iniciativas como la creación de Euronet, que es una Red de Redes Nacionales y cuyo centro coordinador está en Toulouse, Francia.”<sup>33</sup>

También se pusieron en marcha los planes de acción multicuidad que consisten en que un grupo de ciudades que comparten problemas comunes lleven a cabo proyectos de cooperación y generen documentos de interés técnico.

## Fase III

Durante esta fase del proyecto que se desarrolló entre los años 1998 y 2002, se incrementó el número de ciudades participantes en la Red Europea. Cabe mencionar que las exigencias para incorporarse a la Red fueron más estrictas que en las fases anteriores, sobre todo, en lo relativo al compromiso político, la infraestructura de apoyo del proyecto y los desarrollos estratégicos en la equidad, desarrollo social y desarrollo sostenible.

“Así pues, el concepto de ciudad saludable debe concebirse como algo dinámico; su forma y contenido se ven influidos a lo largo del tiempo por las nuevas prioridades y estrategias, por las lecciones aprendidas en el pasado, por los avances en las bases de datos en que se fundamentan las intervenciones destinadas a desarrollar la salud y los factores determinantes de ésta, y por los cambios producidos en los entornos políticos, de elaboración de políticas e institucional.”<sup>34</sup>

La Red de Ciudades Saludables se basa en cuatro puntos de actuación:

- *“Acciones para tratar los determinantes de la salud y los principios de salud para todos*
- *Acciones destinadas a integrar y fomentar las prioridades europeas y mundiales en materia de salud pública*
- *Acciones dirigidas a incluir la salud en los programas sociales y políticos de las ciudades*
- *Acciones destinadas a facilitar el buen gobierno y la planificación basada en alianzas con relación a la salud”<sup>35</sup>*

Todas las acciones deben dirigirse en pro de la salud en las comunidades y en un desarrollo sostenible.

## Fase IV

El desarrollo de la salud es lo más importante. Para ello hay que crear alianzas y priorizar la equidad y los determinantes para la salud. Todas las acciones deberán enfocarse en estimular la salud y la calidad de vida en las ciudades. El objetivo del trabajo coordinado es generar investigación, conocimiento, herramientas y técnicas en beneficio de todas las ciudades que pertenecen a la Red de la OMS para Europa. Esta fase tuvo lugar de 2003 a 2007.

Se basa en estos dos elementos:

1. *La investigación en el desarrollo de la salud.* Las ciudades que continuaron su labor en la Red Europea de la OMS debían aplicar un plan basado en alianzas y un reporte del estado de salud de su ciudad, mientras que las ciudades que se acaban de incorporar tienen que elaborar ese diagnóstico.
2. *Trabajo en cooperación con la Oficina Regional de la OMS para Europa en temas básicos de desarrollo.* Durante los dos primeros años de formar parte de la red, las ciudades deben trabajar en los temas de desarrollo básico de la planificación urbana y sus efectos en la salud. Deben poner especial atención en el urbanismo saludable: planificación en la equidad, bienestar, desarrollo sostenible y seguridad de la comunidad. También tendrán que evaluar los efectos en la salud y el envejecimiento sano mediante la creación de entornos favorables, acceso garantizado a servicios adecuados y adaptados a las necesidades de dicha población.

43

Todas las ciudades de la Red Europea de la OMS deben trabajar en estos temas a lo largo de la fase cuya duración es de cinco años. Tienen que asegurarse el apoyo político, los recursos adecuados y establecer la estructura necesaria para la aplicación de los objetivos relacionados con la ciudad saludable.

Son nueve los requisitos para el cumplimiento de la Fase IV:

1. *Apoyo local permanente*
2. *Contar con un coordinador y un grupo directivo*
3. *Colaborar con la OMS en los temas de desarrollo básico*
4. *Planificar el desarrollo de la ciudad saludable*
5. *Perfil de la ciudad saludable*
6. *Asistir a las reuniones de la Red Europea de la OMS*
7. *Asistir a las reuniones de los alcaldes*
8. *Participar en las actividades de creación de redes*
9. *Contar con mecanismos de seguimiento y evaluación*

## Fase V

La fase V se desarrolla entre los años 2009 y 2013. La Declaración de Ciudades Saludables de Zagreb en 2008, plantea como objetivo principal el compromiso político y la solidaridad para conseguir “Salud e igualdad en salud en todas las políticas locales”. Así se incorporan las recomendaciones de la “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud” de la OMS, con acciones que tiendan a revertir los factores sociales que generan desigualdad en salud.

Se resaltan las siguientes acciones prioritarias:

- *“Convertir la salud, la igualdad en salud, la justicia social y el desarrollo sostenible en los valores centrales de nuestra visión para el desarrollo de nuestras ciudades mediante la implementación de procesos adecuados que valoren los impactos en la salud y aseguren la capacidad de todos los sectores de maximizar su contribución a tal fin.*
- *Promover la ética de gobierno mediante políticas y estrategias basadas en valores y apoyadas por sólidos mecanismos de transparencia y responsabilidad.*
- *Liderar ejemplarmente, promover y abogar de manera activa por la salud y la igualdad en salud en todas las políticas y los planes de acción locales iniciadas por los sectores público, corporativo y voluntario.*
- *Promover enfoques integrados y sistemáticos con objetivos específicos y resultados cuantificables, donde proceda qué indican en el desarrollo de la salud y los cambios institucionales que fomenten el trabajo interdisciplinario e intersectorial.”<sup>36</sup>*

El programa “Ciudades Saludables” promueve el desarrollo de nuevos conceptos, así como su implementación en diversos ámbitos.

Los temas clave son los siguientes:

1. *Creación de entornos solidarios y comprensivos. “Una Ciudad Saludable debe ser ante todo, una ciudad para sus ciudadanos, inclusiva, comprensiva, sensible y receptiva a sus necesidades y expectativas”<sup>37</sup>*
  - Ciudades adaptadas a las personas mayores (tercera edad) con planes de acción holísticos y que se centren en participación, autonomía, entornos físicos y sociales solidarios y accesibilidad. Cubrir las necesidades sociales y sanitarias de los inmigrantes para fomentar la integración y la comprensión cultural. Dar infraestructuras efectivas para fomentar la participación ciudadana y empoderarla, así como educarla e informarla en temas de salud
2. *Vivir en salud. “Una ciudad saludable ofrece condiciones y oportunidades que fomentan estilos de vida saludables.”<sup>38</sup>*
  - Combatir enfermedades no contagiosas y crónicas, abordando los factores de riesgo y los determinantes sociales para la salud. También ampliar la capacidad de atención de los sistemas de salud locales para promover, prevenir y atender padecimientos. Reforzar zonas libres de humo por toda la ciudad y lugares de trabajo. Concientizar a la población de los beneficios de una dieta sana, consumo responsable de alcohol y prevenir el abuso de drogas.
  - Adoptar una vida activa con actividad física y movilidad fácil. Políticas y planes para combatir la violencia en todas sus variantes.

Hacer campañas publicitarias que induzcan a la población a mejorar sus hábitos y calidad de vida.

3. *Diseño y entornos urbanos saludables.* “Las ciudades saludables gozan de un entorno urbano físico que promueve salud, ocio y bienestar, seguridad, interacción social, movilidad fácil, un sentido de orgullo e identidad cultural, accesible y receptiva a las necesidades de todos sus ciudadanos.”<sup>39</sup>

- Los programas y proyectos deben ser de calidad y a favor de la salud, con buena calidad de transporte y movilidad, envejecimiento saludable y planificación consciente de barrios. Poner atención al cambio climático y vigilar cambios globales como el impacto de economías o la libertad de movimiento y cómo responder frente a emergencias de salud pública.
- Fomentar la prevención y protección contra la exposición a la contaminación ambiental, acústica, visual y el humo de tabaco.
- Planificación y diseño en vivienda, acceso a sistemas de transporte. Programas sanitarios de regeneración y mejora. Aumentar los espacios verdes de ocio y actividad física. Planificación y diseño de los barrios y ciudades para crear seguridad y accesibilidad.
- Resaltar los valores culturales distintivos mediante el urbanismo y promover actividades que fomenten la creatividad, contribuyendo a la prosperidad de la comunidad. Instalar sistemas de vigilancia de la calidad del aire en toda la ciudad.

45

## Mapas del desarrollo mundial

### Introducción

La salud en los países y en las ciudades está condicionada por múltiples factores relacionados con el entorno físico, la economía, el bienestar social, la educación, la cultura, las tradiciones, entre otros. En una misma ciudad cada barrio, delegación o colonia tiene diferentes condicionantes y prioridades para considerarse saludable.

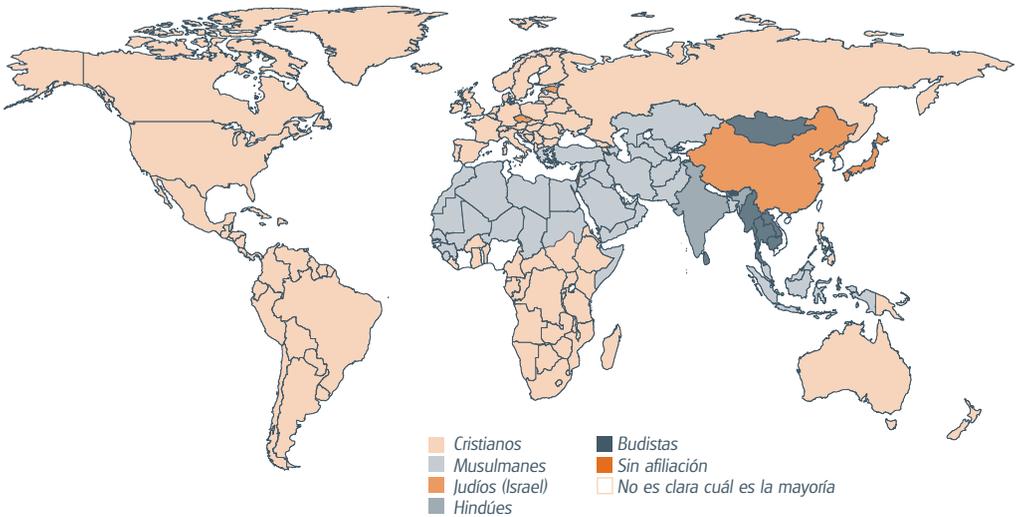
Entre los países existen diferencias fundamentales que condicionan a sus ciudades, entornos y barrios como ambientes propicios para la salud de la comunidad, de ahí que consideramos de alto interés conocer esas grandes diferencias en temas como el ingreso *per cápita*, el estado de la democracia, el nivel de percepción de la corrupción, la riqueza, las desigualdades económicas, la distribución de

la población mundial, los niveles de felicidad, etc., por lo que incorporamos en el estudio información sobre mapas del desarrollo mundial.

## Principales religiones del mundo

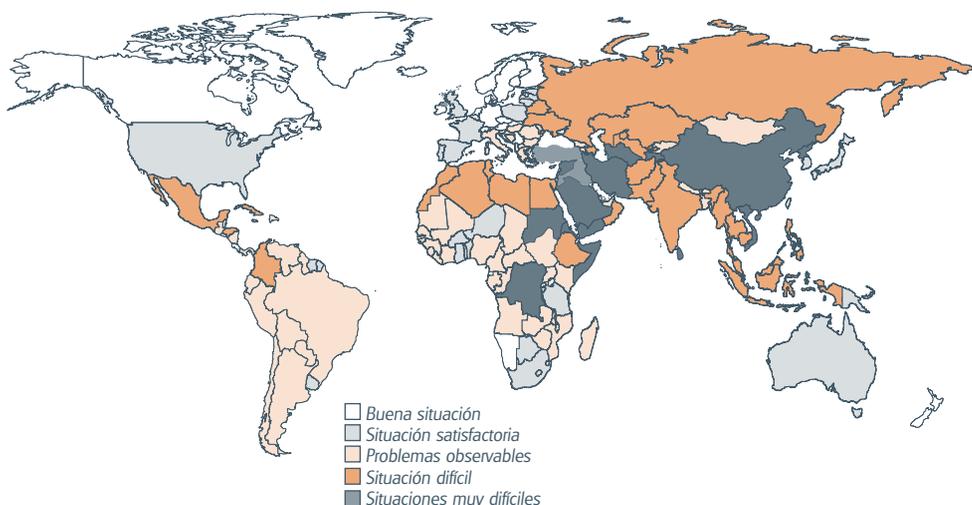
Hay estimaciones de que hay aproximadamente 4 200 religiones en el mundo. "Según el *CIA World Factbook* del total de la población mundial, la distribución de las religiones es: cristianos 31.59% (de los cuales: católicos 18.85%, protestantes 8.15%, ortodoxos 4.96%, anglicanos 1.26%), musulmanes 23.2%, hindúes 15.0%, budistas 7.1%, sikh 0.35%, judíos 0.2%, Baha'i 0.11%, otras religiones 10.95%, no religiosos 9.66% y ateos 2.01% (est. 2010)". (Tomado de <http://www.unitedexplanations.org/2014/01/27/50-mapas-que-te-ayudaran-a-comprender-el-mundo/>).

46



**Figura 2.1.** Las principales religiones del mundo.

Fuente: Pew Research Center (2013).



**Figura 2.2.** La libertad de prensa en el mundo.

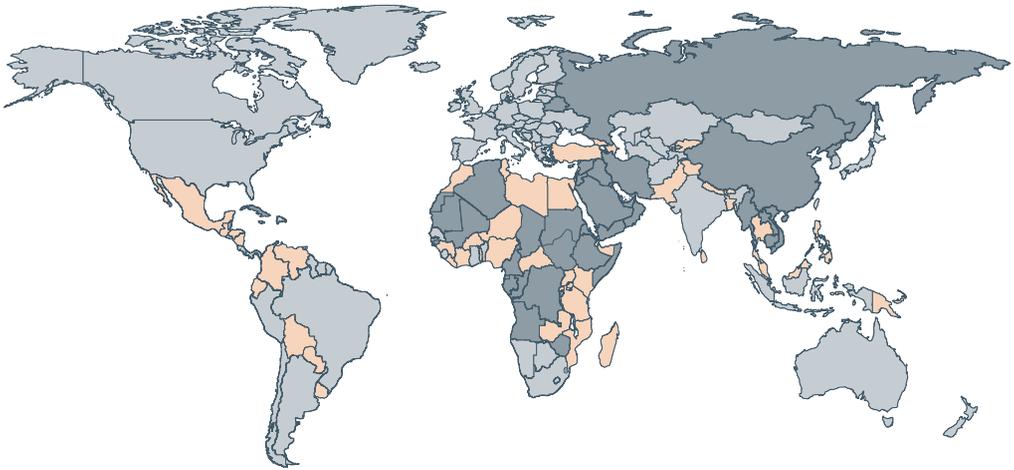
Fuente: Reporters without borders (2013).

## La libertad de prensa en el mundo

Es un derecho fundamental de los seres humanos la libertad de expresión, opinión y prensa y, a pesar de ello, "miles de personas son privadas de él y censuradas en todo el mundo a diario. Son más de 40 los países que ejercen censura premeditada sobre medios de comunicación y páginas *web*. Por ello, el oficio del periodista desempeña el papel más importante a la hora de representar estos derechos básicos" (<http://www.unitedexplanations.org/2014/01/27/50-mapas-que-te-ayudaran-a-comprender-el-mundo/>).

## El estado de la democracia en el mundo

Las tendencias al autoritarismo son muy marcadas en regiones como Oriente Medio, la ex URSS y África Subsahariana, sin olvidar a China (en gris oscuro), y "se explican con la mayor capacidad de estos regímenes de conservar el *statu quo*, autoperpetuándose, gracias al crecimiento económico garantizado por sus recursos naturales: cabe pensar en el petróleo de los países de Oriente Medio y de la península arábiga. Además, en muchos países ha habido un proceso de deslegitimación de la promoción de la democracia, asociada con las intervenciones militares en Afganis-



**48** El mapa de la libertad refleja los resultados de la encuesta mundial 2013 de la Freedom House's Freedom, la cual califica el nivel de los derechos políticos y libertades civiles en 195 países y 14 territorios relacionados o en disputa durante 2012. Con base en estas calificaciones, los países se dividen en tres categorías: libre, parcialmente libre y no libre.

Un país libre es aquel donde existe un gran espacio para la competencia política, un clima de respeto por las libertades civiles, significativa vida cívica independiente y medios independientes.

Los países parcialmente libres se caracterizan por algunas restricciones sobre los derechos políticos y libertades civiles, con frecuencia en un contexto de

corrupción, debilidad de la ley, lucha étnica o guerra civil.

Un país no libre es aquel donde no hay los derechos políticos básicos y las libertades civiles básicas son negadas amplia y sistemáticamente.

Freedom House es una organización no gubernamental que apoya la expansión de la libertad en el mundo entero.

#### Resultados de la encuesta

Estatus de libertad	Países Proporción	Población Proporción
Libre	90 (46%)	3 046 158 000 (43%)
Parcialmente libre	58 (30%)	1 613 858 500 (23%)
No libre	47 (24%)	2 376 822 100 (34%)
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>7 036 838 600</b>

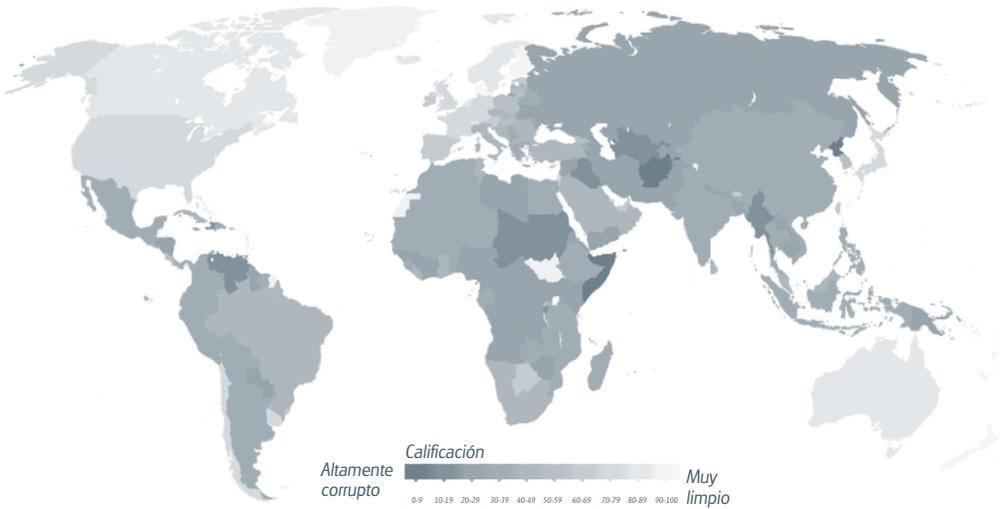
**Figura 2.3.** El estado de la democracia en el mundo.

Fuente: Freedom House (2013).

tán e Irak". (<http://www.unitedexplanations.org/2014/01/27/50-ma-pas-que-te-ayudaran-a-comprender-el-mundo/>).

## Nivel de percepción de la corrupción

En el Índice de Percepción de la Corrupción 2012, cerca de 66% de los 176 países clasificados tuvo una puntuación menor a 50 en una escala de 0 (percepción de altos niveles de corrupción) a 100 (percepción de bajos niveles de corrupción). Las instituciones públicas deben aumentar su transparencia y los funcionarios en el poder deben rendir cuentas con más rigor, "señala Huguette Labelle, presidenta de *Transparency International*" (<http://www.unitedexplanations.org>).

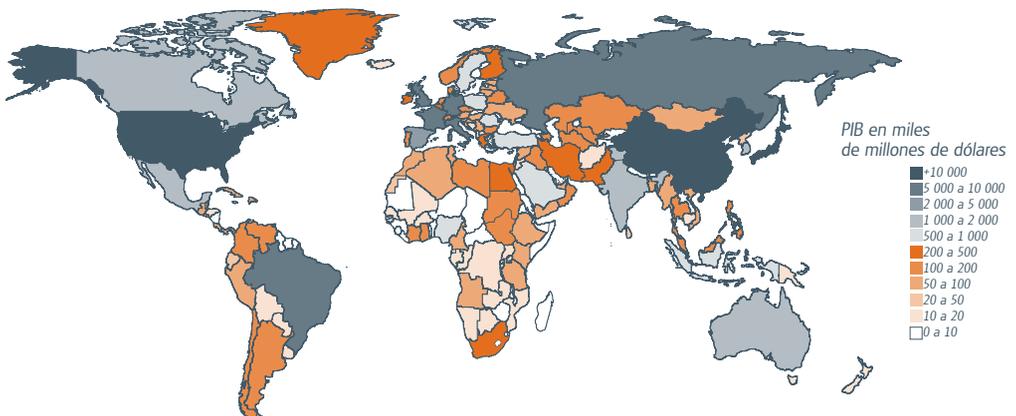


**Figura 2.4.** El nivel de percepción de la corrupción.

Fuente: Transparency International (2013).

## Países con mayor y menor PIB

"En macroeconomía, el *producto interno bruto* (PIB), conocido también como *producto bruto interno* (PBI) y *producto interior bruto*, es una medida macroeconómica que expresa el valor monetario de la producción de bienes y servicios de demanda final de un país (o una región) durante un periodo determinado (normalmente un año). Uno de los factores que determina el mayor o



**Figura 2.5.** Los países con mayor y menor PIB (nominal).

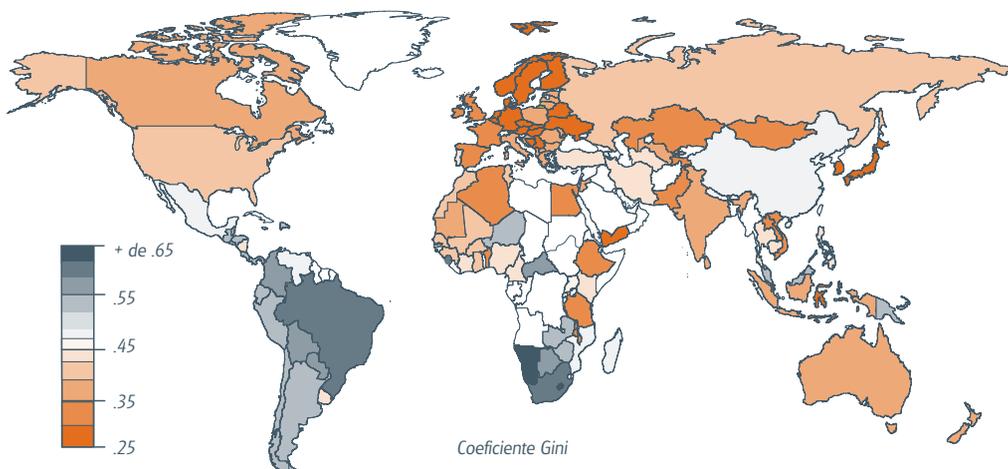
Fuente: Wikimedia Commons (2013).

menor crecimiento del PIB es el grado de competitividad del país" (<http://www.unitedexplanations.org/2014/01/27/50-mapas-que-te-ayudaran-a-comprender-el-mundo/>).

## Desigualdad económica en el mundo

En la Figura 2.6 se muestra el coeficiente Gini de desigualdad por país, cuanto más alto es éste, mayor desigualdad económica hay (siendo 1 desigualdad máxima y 0 absoluta igualdad). Colombia es uno de los países más desiguales del mundo (con un índice de 0.585) y China, uno de los de mayor desigualdad de toda Asia.

50

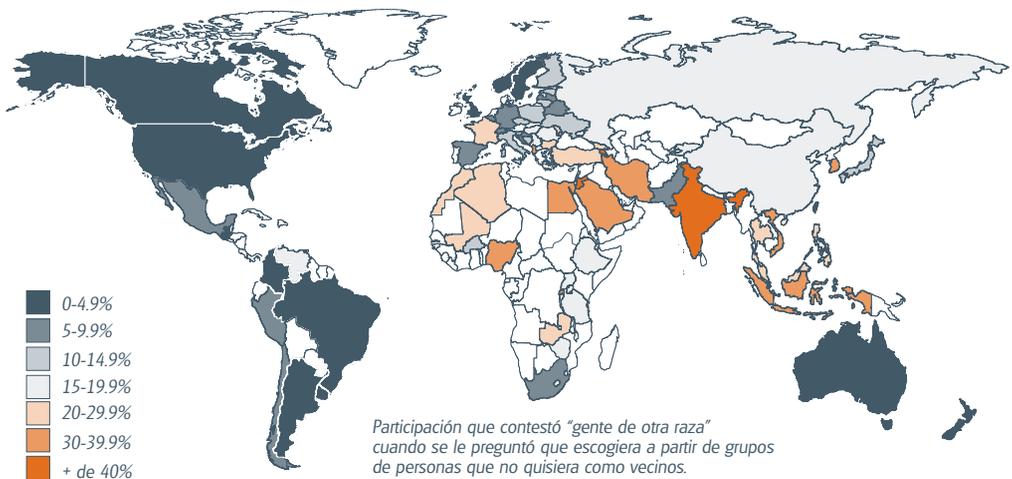


**Figura 2.6** Desigualdad económica en el mundo.

Fuente: [Unitedexplanations.org](http://www.unitedexplanations.org). UN Human Developmental Report 2007-2008. Disponible en: [http://www.unitedexplanations.org/2014/01/27/50-mapas-que-te-ayudaran-a-comprender-el-mundo/gini\\_coefficient\\_world\\_human\\_development\\_report\\_2007-2008/](http://www.unitedexplanations.org/2014/01/27/50-mapas-que-te-ayudaran-a-comprender-el-mundo/gini_coefficient_world_human_development_report_2007-2008/)

## Tolerancia racial

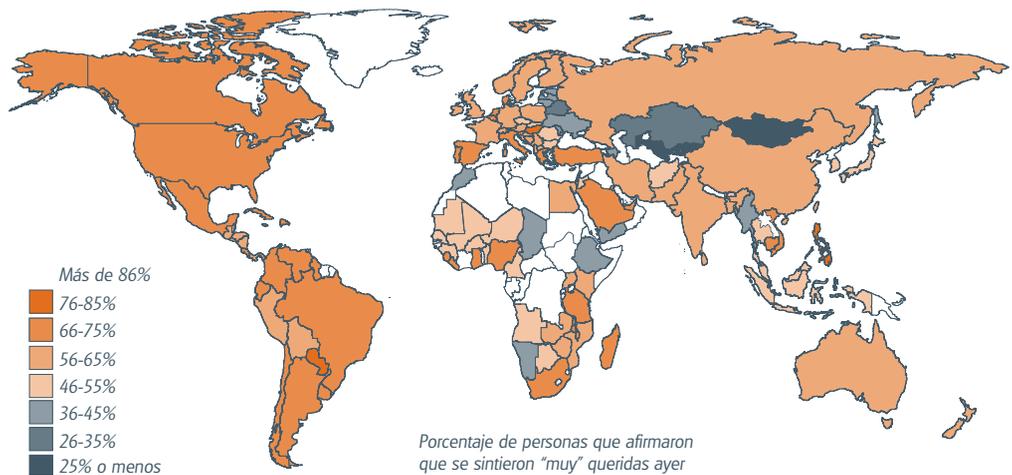
Las personas de los países en gris más oscuro son más propensas a decir que les parece bien vivir junto a alguien de una raza diferente. Es menos probable que los de los países en tono naranja medio (India y Jordania) digan tal cosa. El mapa sugiere algunas grandes y potencialmente sorprendentes lecciones de cómo se trata la cuestión de las razas alrededor del mundo. Pero este es un imperfecto (y polémico) indicador, así que hay que leerlo con cautela.



**Figura 2.7** Países racialmente más y menos tolerantes.

Fuente: World Values Survey (Max Fisher/Washington Post, 2013).

## Países donde las personas se sienten más y menos queridas



**Figura 2.8** Países en los que la gente se siente más y menos querida.

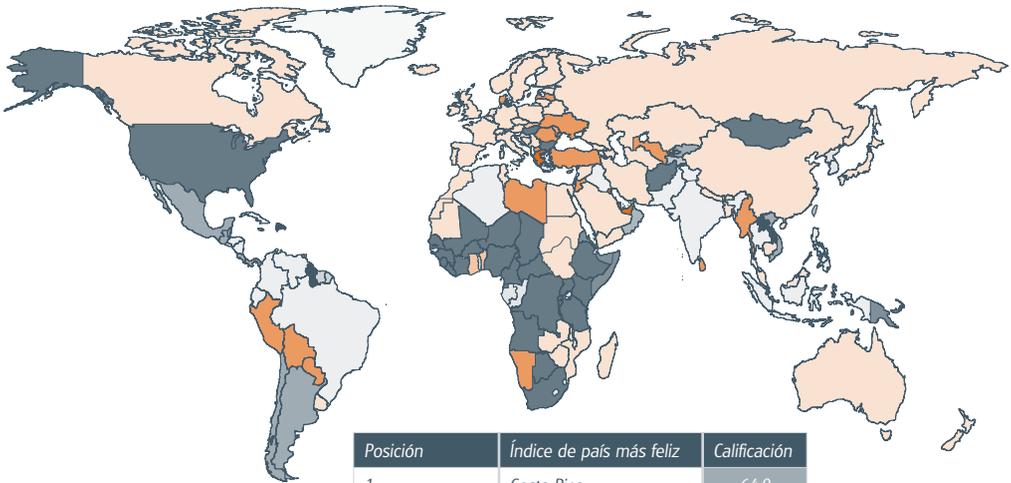
Fuente: Gallup (Max Fisher/Washington Post, 2013).

Con base en este mapa, al parecer en Mongolia la gente no se siente muy querida. El tono anaranjado fuerte indica los países donde una mayor proporción de la población se siente más querida (al plantearle la pregunta de si se sintió "muy querida" el día anterior). Se distinguen en tonos grises los países donde las personas se sintieron menos queridas.

## Países más y menos “felices” del mundo

Hay varios *rankings* para medir la felicidad en el mundo. La Figura 2.9 muestra el *Happy Planet Index*, que mide tres componentes –la esperanza de vida, la percepción de bienestar y la huella ecológica– y otorga una puntuación con base en unos umbrales definidos: alto (gris medio), medio (naranja pálido) y bajo (gris oscuro). Estas puntuaciones se combinan en un cuadro de seis tonos para obtener la puntuación global, donde para lograr el gris medio "un país tendría que funcionar bien en los tres componentes individuales" (<http://www.unitedexplanations.org>).

52



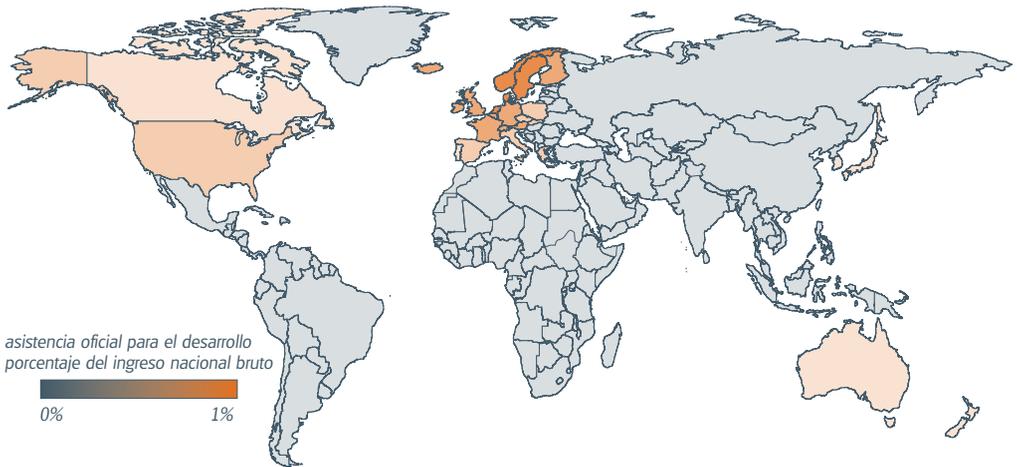
Posición	Índice de país más feliz	Calificación
1	Costa Rica	64.0
2	Vietnam	60.4
3	Colombia	59.8
4	Belice	59.3
5	El Salvador	58.9
6	Jamaica	58.5
7	Panamá	57.8
Promedio mundial		42.5
149	Qatar	25.2
150	Chad	24.7
151	Bostwana	22.6

**Figura 2.9.** Países más y menos “felices” del mundo.

Fuente: *Happy Planet Index* (2013).

## Países que destinan más dinero a Ayuda Oficial al Desarrollo

Porcentaje de países que destinan más en función de la participación de su ingreso nacional



53

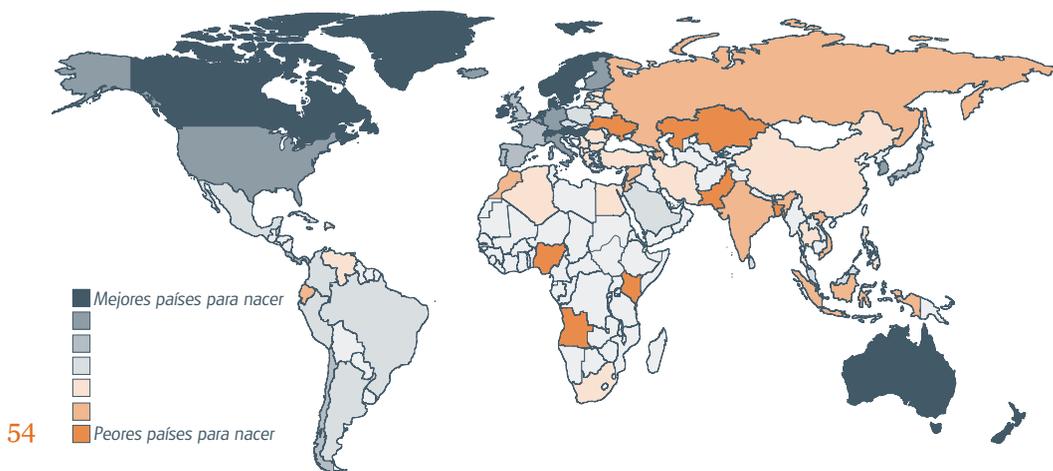
**Figura 2.10.** Países que destinan más dinero a Ayuda Oficial al Desarrollo.

Fuente: Quartz (con datos de la OCDE de 2012).

"La Ayuda Oficial al Desarrollo busca la mejora de las economías de los países en vías de desarrollo mediante las políticas y préstamos de las instituciones de crédito del sistema de las Naciones Unidas mundiales a causa de su pobreza y endeudamiento extremos. Los países donantes acordaron destinar 0.15% de su producto nacional bruto (PNB) a este grupo de países. Sin embargo, con el paso del tiempo ha disminuido la proporción de la ayuda oficial para el desarrollo en el total de las corrientes de recursos. Esta asistencia fue acordada como 0.7% del total del producto nacional bruto en la XXXIV Sesión de la Asamblea General (1980).

"Por ejemplo, España ha determinado la donación de 1.814 millones de euros para la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) para este 2014, lo que significa 234 millones de euros menos que en 2013, situando la ayuda a los niveles de 1990. Ya en 2009, la AOD pasó de 0.43% del PIB en 2010, al 0.29% y a 0.22% en 2012, y a 0.20% en 2013" (<http://www.unitedexplanations.org>).

## Los mejores y los peores países para nacer



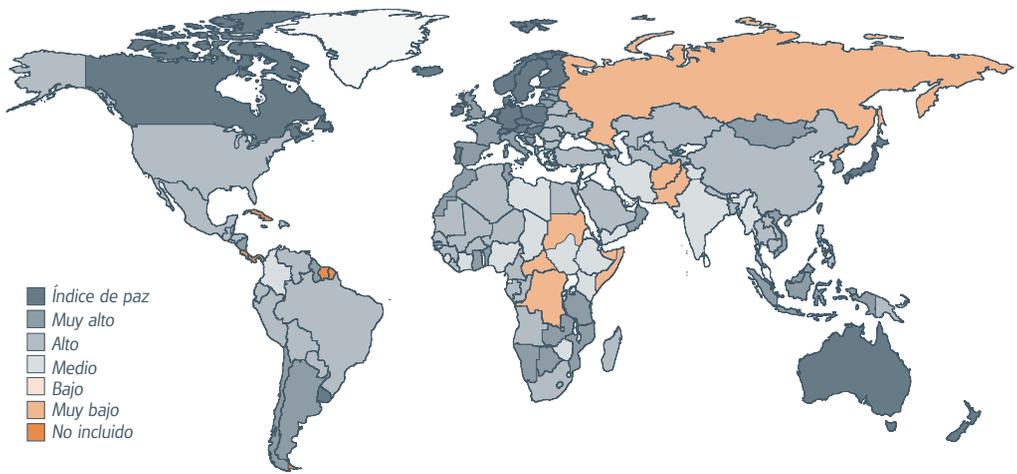
**Figura 2.11.** Los mejores y los peores países para nacer.

Fuente: Economist Intelligence Unit (Max Fisher/Washington Post, 2012).

"Si se naciera hoy en el mundo y se pudiera escoger la nacionalidad, habría por lo menos 15 países que se considerarían, según un estudio realizado por la *Intelligence Unit de The Economist*. La Figura 2.11 (en gris oscuro los mejores países donde nacer y en anaranjado fuerte los peores) analiza un total de once variables para determinar "qué país proporciona las mejores oportunidades para una vida saludable, segura y próspera en el futuro" (<http://www.unitedexplanations.org>).

## Índice de paz en el mundo

El Índice de Paz Global es una medida de los estándares de seguridad y bienestar en la sociedad y de la existencia de conflictos y grado de militarización en 162 países. "Desde 2008, los niveles de paz en el mundo han tenido una caída de 5% y se menciona que, de los Estados evaluados, 110 se han vuelto menos pacíficos, mientras que 48 han mejorado sus niveles de paz" (<http://www.unitedexplanations.org>).

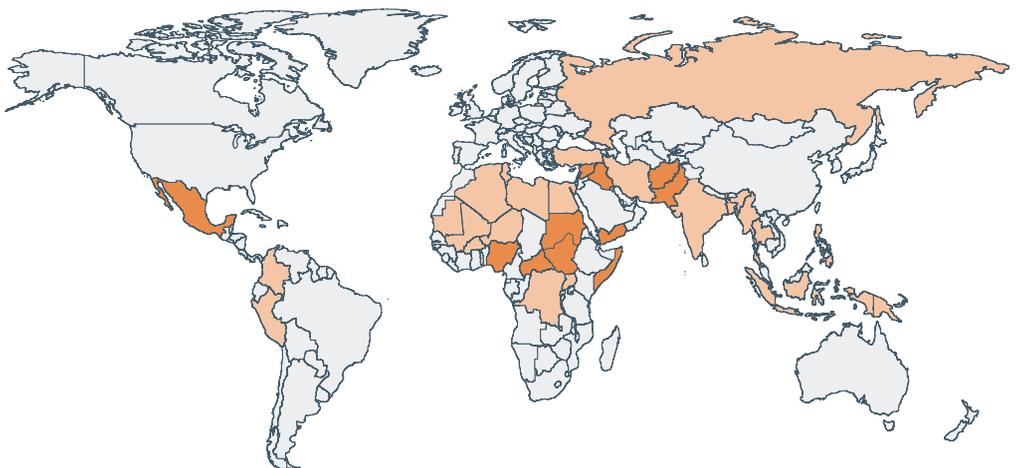


**Figura 2.12.** Índice de paz en el mundo.

Fuente: Institute for Economics and Peace y Centre for Peace and Conflict Studies (2013).

## Conflictos de seguridad existentes en el mundo

En la Figura 2.13 se ven las regiones en situación de conflicto. En tono anaranjado fuerte están los conflictos más severos, que han causado más de 1 000 muertes al año; en anaranjado medio están los conflictos



**Figura 2.13.** Conflictos relacionados con la seguridad existentes en el mundo.

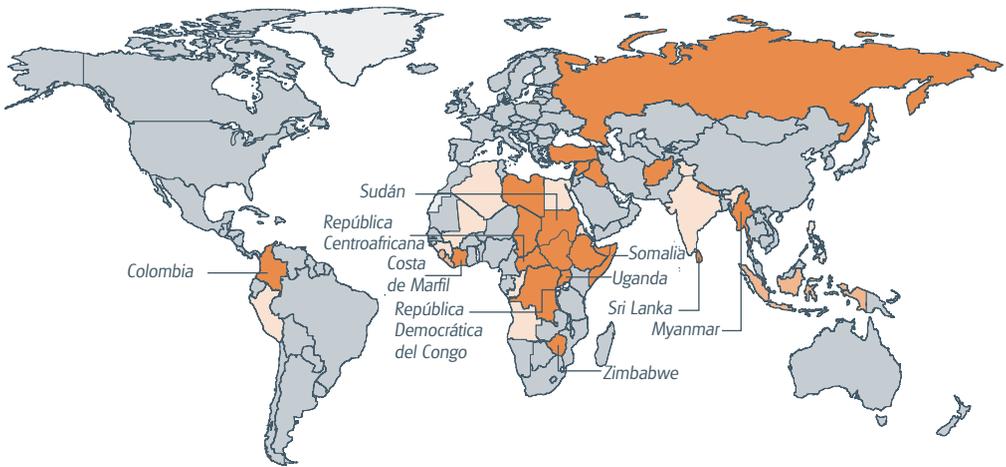
Fuente: Wikimedia Commons (2013).

menores, con menos de 1 000 muertes al año. Las zonas del Norte y centro de África y de Oriente Medio y Sur de Asia concentran buena parte de los conflictos existentes (<http://www.unitedexplanations.org>).

## Violencia sexual en el mundo

Según el último informe de la OMS, que reunió datos de docenas de estudios, a nivel mundial 35% de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia cuyas consecuencias para la salud pueden llegar a ser devastadoras. Según se puede apreciar en la Figura 2.14, en algunos países donde la violencia sexual alcanza niveles extremos –como "La República Centroafricana, Colombia y la República Democrática del Congo–, se comete una violación por minuto" (<http://www.unitedexplanations.org>).

56



Países con mayor riesgo	
País	Categoría
República Centroafricana	Extremo
Colombia	Extremo
República Democrática del Congo	Extremo
Myanmar	Extremo
Somalia	Extremo
Costa de Marfil	Extremo
Sudán	Extremo
Sri Lanka	Extremo
Uganda	Extremo
Zimbabwe	Extremo

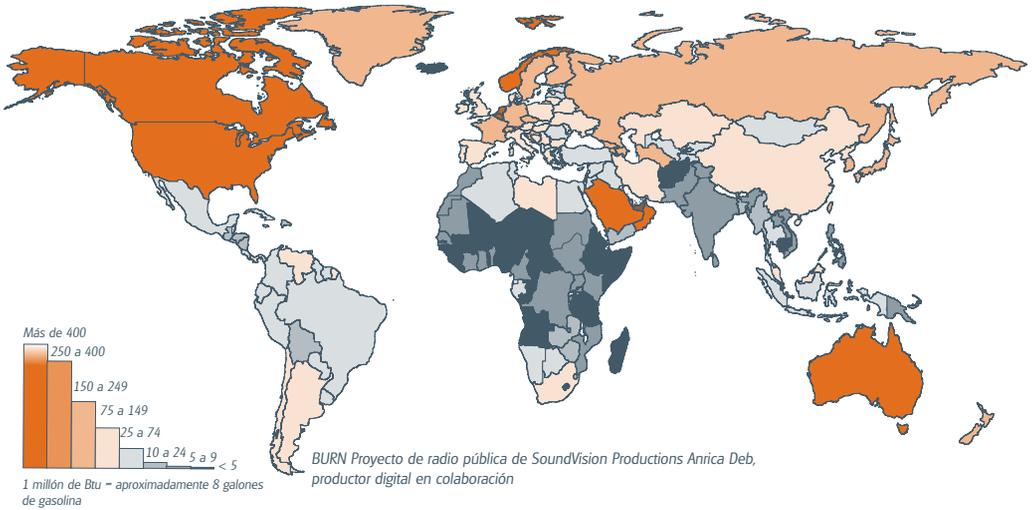
### Acotaciones

Riesgo extremo	Alto riesgo	Riesgo medio	Riesgo bajo	Sin datos
0-2.5	> 2.5-5.0	> 5.0-7.5	> 7.5-10.0	Sin datos

**Figura 2.14.** Violencia sexual en el mundo.

Fuente: Maplecroft (datos de WHO de 2013).



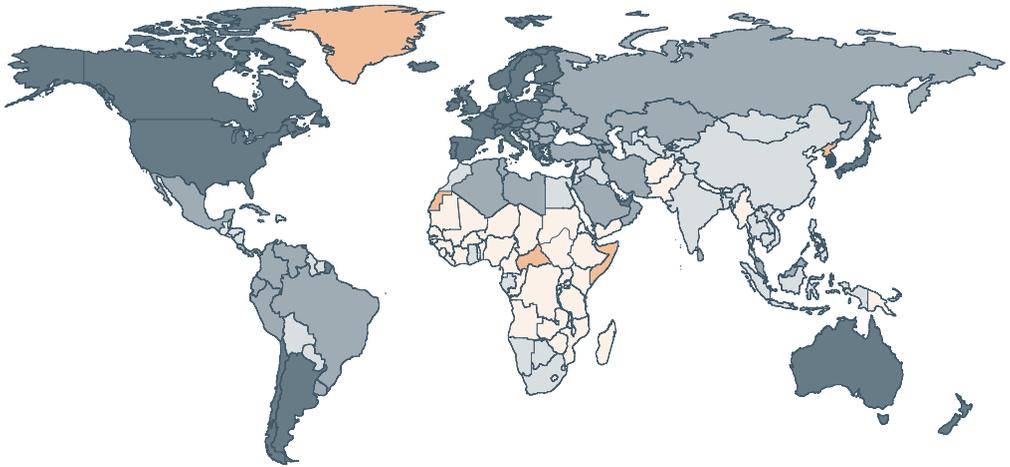


**Figura 2.16.** Consumo de energía por persona por país, 2010.

Fuente: BURN (datos de US Energy Information Administration, 2010).

## Países según el Índice de Desarrollo Humano

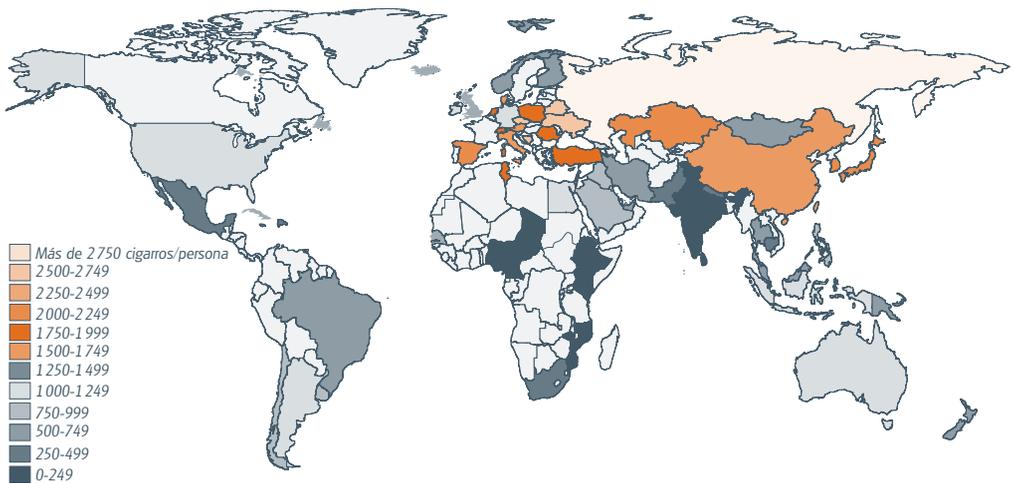
En 1990 el PNUD publicó el 1er. Informe Mundial sobre Desarrollo Humano, que introdujo el Índice de Desarrollo Humano, con tres libertades o dimensiones consideradas básicas y tres indicadores para medirlas: una vida larga y saludable (que se mide con la esperanza de vida al nacer); acceso a conocimientos (que se mide con la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta de matriculación escolar) y unas condiciones de vida dignas (que se miden por medio del PIB per cápita). "Según este indicador Noruega tuvo en 2013 el IDH más alto del mundo, por su capacidad de generar un desarrollo basado en la inclusión, la transparencia y la responsable gestión de los recursos naturales" (<http://www.unitedexplanations.org>).



**Figura 2.17.** Países según el Índice de Desarrollo Humano.  
 Fuente: Wikimedia Commons (con datos del PNUD, 2013).

### Países más y menos fumadores del mundo

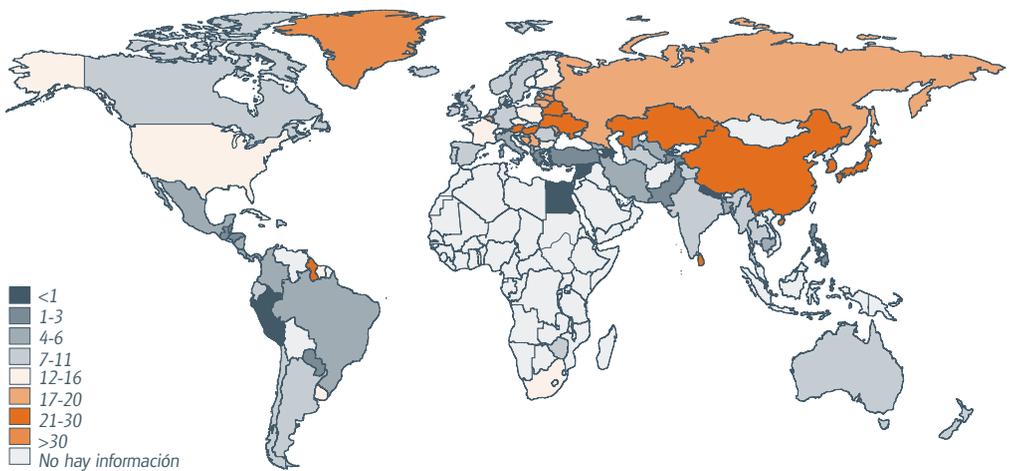
En la Figura 2.18 se ve que Rusia (y otros países del sudeste de Europa) tiene un grave problema de tabaquismo, que le cuesta casi 48 mil millones de dólares al año (<http://www.unitedexplanations.org>).



**Figura 2.18.** Países más y menos fumadores del mundo.  
 Fuente: Max Fisher/Washington Post (datos de la World Lung Foundation and American Cancer Society, 2013).

## Tasa de suicidios en el mundo

Un artículo del *New York Times* (ca. 2012) advertía que la tasa de suicidio en adultos mayores en Corea del Sur había subido a niveles catastróficos en años recientes, por el colapso de las estructuras familiares tradicionales confucianas que, en el pasado garantizaban que los hijos cuidaran a sus padres ancianos como un acto de piedad filial. La Figura 2.19 muestra que "los países con las mayores tasas de suicidio tienden a ser naciones del antiguo bloque comunista o de sus restos –sociedades en las que las normas culturales tradicionales y las prácticas religiosas fueron exterminadas o confinadas a la clandestinidad–. Durkheim predeciría que la destrucción de las creencias religiosas tradicionales más antiguas conduciría a gran trastorno social, psicológico y estructural –y a un aumento en los suicidios" (<http://www.unitedexplanations.org>).



**Figura 2.19.** Tasa de suicidios en el mundo.

Fuente: Wikimedia Commons (2013).

## Situación en América Latina sobre ciudades saludables

### Introducción

Desde los orígenes del hombre en sociedad se han buscado formas de mejorar su calidad de vida. Esa intención permanece igual desde

entonces, lo que ha variado son los mecanismos utilizados, sobre todo ante los problemas magnificados que representan el crecimiento exponencial de los asentamientos humanos con alta concentración de población, que demandan más y mejor infraestructura y servicios para que una ciudad pueda ser catalogada como saludable.

Ante estos escenarios, los países desarrollados han promovido esfuerzos para institucionalizar estas tendencias.

Como es usual, los países latinoamericanos, mucho por influencia o incluso presión de las instancias internacionales, repiten los patrones o intentan duplicarlos. Desafortunadamente esa actitud no ha rendido frutos, ya que se importan los esquemas por las estructuras políticas –por los tecnócratas–, sin reconocer las condiciones específicas de cada país, para escoger qué de lo avanzado en otros países o lo promovido por las instancias internacionales aplica en el interior de un Estado determinado y de qué manera.

En este sentido, los esfuerzos de algunos investigadores de la Cepal<sup>40</sup> son de gran ayuda para analizar los elementos que pueden o no aplicarse en las sociedades latinoamericanas con miras a ciudades saludables.

Uno de los principales elementos para ese análisis reside en la pobreza de los países de América Latina y la respuesta a ello por medio de la gestión de los servicios urbanos.

## Comisión Económica para América Latina y El Caribe

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) es un organismo de las Naciones Unidas y es una de las cinco comisiones económicas regionales subordinadas al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (Ecosoc).

Este Consejo coordina las atribuciones en materia económica y social asignadas a las Naciones Unidas y a los organismos especializados y otras instituciones, para integrar el denominado “Sistema de Organizaciones de las Naciones Unidas”.<sup>41</sup>

La Cepal se estableció por la resolución 106 (VI) del Ecosoc de fecha 25 de febrero de 1948, y sus objetivos básicos eran, entre otros: elevar el nivel de la actividad económica de América Latina y El Caribe; reforzar las relaciones económicas entre los países de la región y de éstos con otros países; llevar a cabo investigaciones y estudios sobre problemas económicos y técnicos de la evolución, tanto tecnológica como económica, de los países de la región, y compilar, evaluar y difundir información.<sup>42</sup>

En la actualidad, la Cepal está integrada por 48 miembros que comprenden los treinta y tres países de América Latina y el Caribe, así como ocho países fuera de la región pero que se vinculan de manera estrecha con ella y siete países asociados.

Asimismo, dicho organismo realiza actividades que se podrían aglutinar en tres principales rubros:

1. *Investigación*
2. *Asesoría*
3. *Conferencias, reuniones y mesas de trabajo*

Los países integrantes de la Cepal son:<sup>43</sup>

1. *Antigua y Barbuda*
2. *Argentina*
3. *Bahamas*
4. *Barbados*
5. *Belice*
6. *Bolivia*
7. *Brasil*
8. *Colombia*
9. *Costa Rica*
10. *Cuba*
11. *Chile*
12. *Dominica*
13. *Ecuador*
14. *El Salvador*
15. *Granada*
16. *Guatemala*
17. *Guyana*
18. *Haití*
19. *Honduras*
20. *Jamaica*
21. *México (desde el 25 de febrero de 1948)*
22. *Nicaragua*
23. *Panamá*
24. *Paraguay*
25. *Perú*
26. *República Dominicana*
27. *Saint Kitts y Nevis*
28. *San Vicente y Granadinas*
29. *Santa Lucía*
30. *Surinam*
31. *Trinidad y Tobago*

- 32. *Uruguay*
- 33. *Venezuela*

Los miembros de otras regiones pero que comparten lazos estrechos con la Latinoamérica, son: Canadá, España, Estados Unidos de América, Francia, Italia, Países Bajos, Portugal y Reino Unido.

Finalmente, los países asociados son: Anguila, Antillas Neerlandesas, Aruba, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Montserrat y Puerto Rico.

El Sistema de la Cepal se integra por la Secretaría y por el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social o ILPES. La Cepal cuenta con diversas divisiones para asuntos especializados como la de Desarrollo Económico, la de Desarrollo Social, la de Desarrollo Productivo y Empresarial, Medio Ambiente y Asentamientos Humanos, Recursos Naturales e Infraestructura, entre otras.<sup>44</sup>

Dentro de la región, existen subregiones; una de ellas es la subregión norte, que está conformada por diez países: Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.<sup>45</sup>

63

## Generalidades en América Latina

América Latina, también llamada Latinoamérica, es “la región más urbanizada del mundo”.<sup>46</sup> En 2013, esta región tenía una población de 588 millones de habitantes, de los cuales casi 80% estaba en zonas urbanas y el promedio de vida era de 71 años. El Producto Interno Bruto era de cerca de 6 000 billones de dólares con una tasa de incidencia de la pobreza de 1.25 dólares por día de 5.5% de la población.<sup>47</sup>

Para abordar el tema de ciudades saludables en la región, podría hacerse referencia a el trinomio “pobreza-infraestructura-servicios básicos”. Esto se afirma en virtud del alto porcentaje de población latinoamericana que vive en las ciudades y que, por lo tanto, es demandante (incluso potencial) de infraestructura, bienes y servicios públicos. En virtud del fenómeno de la polarización en estos países, la población más pobre es la que por lo general carece de acceso suficiente a esa infraestructura, bienes y servicios básicos que inciden en la construcción de ciudades saludables.

Debido al trinomio pobreza-infraestructura-servicios básicos, el abordaje que se hace de las ciudades saludables en Europa y Norteamérica no es aplicable a la mayoría de los países esta región, ya

que “avances sociales y económicos de Latinoamérica durante la última década no vinieron acompañados de una mejor planificación de las grandes urbes”.<sup>48</sup> La inadecuada planificación a mediano y largo plazos incide en la eficiente provisión de bienes y servicios que se relacionan con la infraestructura urbana y, por lo tanto, hace ineficiente o ineficaz la gestión de bienes y servicios. Esa infraestructura urbana descansa en lo que algunos denominan infraestructura económica, misma que definen como “el conjunto de estructuras de ingeniería, equipos e instalaciones de larga vida útil, vinculadas a los sectores de energía, transporte, telecomunicaciones, agua y saneamiento, las cuales constituyen la base sobre la cual se prestan servicios para los sectores productivos y los hogares”.<sup>49</sup> De la eficiencia y oportunidad en la edificación y adecuada provisión de esa infraestructura económica, depende el crecimiento económico y social, que no necesariamente se ve reflejado en la distribución de los beneficios y, por ende, en la elevación o mejoramiento de la calidad de vida o en la vida saludable de toda la población. No obstante, la relación de la infraestructura económica y el crecimiento puede ser determinante en la transición hacia ciudades saludables, si contempla políticas públicas de adecuada distribución de los beneficios y la equidad en las cargas.

## Pobreza

La definición de la pobreza como característica de América Latina podría ser una buena forma de abordar el tema, ya que justamente por este fenómeno y por la extensión que representa el problema de la polarización en las naciones latinoamericanas las propuestas en países europeos distan mucho de ser aplicables en ciudades de Latinoamérica.

El problema reside en que definir la pobreza no es sencillo, ni existe una definición que pueda ser universalmente aceptada ni reconocida.

La definición de pobreza es relativa, así como los índices para su medición, pues depende de la perspectiva desde la cual se aborde.

Existen enfoques genéricos que determinan la situación de pobreza como una condición deficitaria en relación con el acceso a un conjunto determinado de bienes y servicios básicos o indispensables... De manera similar han surgido los planteamientos sobre umbrales de pobreza relativa en los que se basan los límites de la “extrema pobreza urbana” habitualmente referida a las condiciones de vivienda, equipamiento, grado de hacinamiento y disponibilidad de sistemas de evacuación de excretas.<sup>50</sup>

Hay quien define la pobreza como “la situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable, los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros”.<sup>51</sup> A ello puede agregarse que “la pobreza [...] es un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo o dentro de los estratos primitivos del mismo, actitudes de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social, y quizás la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna manera de la del resto de la sociedad”.<sup>52</sup>

Hay quienes consideran que la pobreza se mide por el umbral del ingreso por día, medida que permite identificar la población en pobreza;<sup>53</sup> otros la miden como una condición de impotencia, riesgo e incertidumbre, como expresión de vulnerabilidad.<sup>54</sup>

Existe también el Índice de Pobreza Humana Multidimensional, como un indicador del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).<sup>55</sup>

La provisión de servicios básicos como salud, educación, agua, drenaje, electricidad, televisión, Internet y otros también son tomados como indicadores de capacidad de consumo.<sup>56</sup>

El ingreso *per cápita* es otro indicador que puede ser de ayuda.<sup>57</sup>

Dentro de sus indicadores, la Cepal cuenta con los que se refieren al desarrollo social,<sup>58</sup> y los denomina Indicadores Sociales Básicos, los cuales vincula con los objetivos de desarrollo del milenio, como la erradicación de la pobreza y la salud en general, entre otros.

“En América Latina se han utilizado tres criterios para medir la pobreza. El primero se refiere a la medición de la línea de pobreza, que imputa la condición de pobres a las personas pertenecientes a hogares cuyo ingreso *per cápita* es insuficiente para sustentar el costo de un estándar mínimo de consumo. El segundo es el enfoque de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que asimila la pobreza con las carencias inherentes a ella, tales como deficiencias de tipo habitacional, de nutrición, de acceso a salud y educacionales (independientes del nivel de ingresos). Una tercera perspectiva es la del Método Integrado desarrollado por Katzman,<sup>59</sup> que combina los dos criterios anteriores. Distingue así entre casos de pobreza crónica o estructural (cuando existe superposición de pobreza y carencias materiales) de hogares cuya desventaja se refiere puramente a deficiencias de infraestructura (carencias inerciales) o ingresos (pobreza reciente o nuevos pobres).”<sup>60</sup>

A través del método de necesidades básicas insatisfechas (NBI)<sup>61</sup> se eligen una serie de indicadores que permiten determinar si en los hogares hay carencia de satisfactores para alguna o algunas necesidades, para con ello construir lo que se denominan “mapas de pobreza”, que ubican geográficamente las carencias anotadas.<sup>62</sup> Se tienen datos que “muestran importantes grados de carencias de servicios básicos, de infraestructura y alojamiento adecuado, y grados importantes de marginación de la salud y educación.”<sup>63</sup> Sin embargo, se hace también referencia a que el método tiene fuertes restricciones, pues se basa en datos contenidos en censos y el tipo de necesidades que se pueden analizar está restringido a algunas características de las viviendas, como lo son materiales, acceso drenaje, servicios de agua potable y otros tantos que no consideran otros elementos determinantes del bienestar humano. Este método tiene la apreciable ventaja de producir resultados con un altísimo nivel de desagregación geográfica, lo que permite la elaboración de “mapas de pobreza”. Dichos mapas hacen posible identificar de manera espacial un grupo de carencias predominantes en un país y, por lo tanto, pueden llegar a ser de gran utilidad para focalizar con eficiencia las políticas sociales destinadas a cubrir las carencias individualizadas.<sup>64</sup>

Sea cual sea la definición de pobreza que se tome en cuenta o el indicador para su medición y comparación, la vinculación entre este fenómeno, la infraestructura de servicios y su gestión en asentamientos urbanos es indisoluble en la construcción de ciudades saludables en Latinoamérica.

La región está caracterizada por fuertes contrastes a nivel bloque, así como en el interior de cada uno de los países que lo componen. Para la primera década de este siglo, se citaban datos en materia de pobreza que era de menos 20% de la población urbana en algunos países de la región, situación que contrastaba con “los indicadores en países como Ecuador, Honduras y Nicaragua cuyos índices de pobreza eran superiores a 58 ciento”.<sup>65</sup>

*“Uno de los grandes desafíos que continúa enfrentando América Latina es la reducción de los elevados niveles de desigualdad en la distribución del ingreso prevalecientes en la región. En la mayoría de los países se observa que un conjunto reducido de la población acumula una gran proporción de todos los ingresos generados, mientras que los más pobres sólo alcanzan a recibir una escasa porción. El promedio simple de los valores de los 18 países de los que se cuenta con información relativamente reciente indica que el 10% más rico de la población recibe 32% de los ingresos totales, mientras que el 40% más pobre recibe 15%.*

*“Se observan niveles relativamente altos de concentración en el Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, el Paraguay y la República Dominicana, países en que esos porcentajes se acercan al 40% de los ingresos para los más ricos y entre el 11 y 15% para los más pobres. En Bolivia (Estado plurinacional), Costa Rica y Panamá la apropiación por parte de los más pobres resulta similar, pero es algo menor el porcentaje que le corresponde al decir superior. Por su parte, en la Argentina, el Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua y el Perú se registran valores mayores en el extremo inferior de la distribución (16 o 17%) y algo menores entre 10% más rico (en torno al 30%). En el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de) se da la menor concentración, ya que las proporciones son del orden de 20 al 23% en ambos extremos.”<sup>66</sup>*

Por todo lo anterior, queda manifiesta la complejidad y el largo camino que queda por recorrer para lograr evaluar la incidencia de la pobreza en la construcción de ciudades saludables en la región de América Latina.

67

## Urbanización

La preocupación de la urbanización en países de bajos ingresos ha sido motivo de estudio desde la década de los sesenta del siglo pasado.<sup>67</sup>

*“Con respecto a la pobreza, el proceso de urbanización en América Latina muestra dos caras. Desde un punto de vista relativo, la incidencia de la pobreza es mucho más importante en las áreas rurales que en las ciudades: en 1997, 54% de la población rural vivía por debajo de la línea de la pobreza, la mayoría de los cuales se encontraban en condición de indigencia, mientras que en las áreas urbanas solamente 30% de los habitantes eran pobres (10% indigentes)”<sup>68</sup>*

Desde un enfoque cualitativo, el problema de la pobreza y la urbanización en la región de América Latina es un fenómeno complejo, multifactorial, multidisciplinario y evolutivo que se manifiesta en problemas de crecimiento, desajuste, congestión, contaminación e insuficiencias, que ponen de manifiesto, en el fondo, una profunda violencia estructural. Desde los años ochenta del siglo pasado se argumentaba que la pobreza urbana y su expresión predominante, la pobreza metropolitana, es el rasgo prevalente de la crisis de las metrópolis de América Latina<sup>69</sup> y que eso ha sido, en gran parte, por la introducción de cambios en la organización o la estructura de la producción e intercambio, y por lo tanto, en la fuerza laboral.<sup>70</sup>

Hay quien señala que, por lo general, hay mayor pobreza en las ciudades medianas y menores, que en las grandes urbes.<sup>71</sup> Sin embargo, habría que determinar qué elementos se utilizaron para me-

dir esa pobreza y si la menor pobreza en las grandes urbes se refleja en mayor y mejor calidad de vida y salud de sus habitantes. Por otra parte, en muchos casos, la medición es un promedio que pocas veces refleja la situación de un grupo o sector de la población asentada en las ciudades. A veces la medición macro lleva a distorsionar la problemática real que vive la población en pobreza dentro de las ciudades. Ese es el grave problema que tenemos cuando medimos con “promedios”, pues se nos olvida que cada una de esas cifras tiene atrás a uno o varios seres humanos y, por lo general, nos contentamos con “promedios” que igualan a países de altos ingresos, que se consideran “desarrollados”. Forma no necesariamente es fondo, por infortunio.

En el caso de América Latina, la pobreza urbana en la región se concentra en las ciudades de Brasil y México. Se ha señalado que 73% de los pobres y 72% de los indigentes urbanos habitan en sólo cuatro países de la región: México, Brasil, Colombia y Venezuela.<sup>72</sup>

Según cifras de la Cepal, la cantidad de personas pobres se ha multiplicado en las ciudades latinoamericanas y los pobres representaban en los inicios de este siglo cerca de 37% del total de la población urbana, de los cuales, 12% vivía en la indigencia.<sup>73</sup>

Los problemas de la urbanización y los servicios urbanos son expresiones del desajuste en el proceso de desarrollo de los países de la Región de América Latina y por lo tanto, su gestión adecuada se ha convertido en sentido y propósito de los gobiernos. Desde la década de los ochenta del siglo pasado, la migración urbana rural en casi todos los países de la región y el crecimiento de la población urbana llevó a la precariedad en la atención de las necesidades de la población. Se ha descrito a la urbanización en la región con rasgos como “aceleración creciente, desnivel entre el débil desarrollo de las fuerzas productivas y la acelerada concentración espacial de la población, formación de una red urbana trunca y desarticulada”.<sup>74</sup>

Para dar respuesta a los retos que representa la adecuada provisión de bienes y servicios urbanos, se ha propuesto la planeación del desarrollo como herramienta para una toma de decisiones informada acorde a las necesidades propias de cada comunidad.

Aunque cada comunidad tiene características que le son propias, existen elementos que deben considerarse en el diseño de toda gestión de los servicios urbanos, los cuales se enumeran a continuación.

1. *El tamaño de los asentamientos urbanos*
2. *El marco institucional*
3. *Los procesos*

Hay quien señala que como consecuencia de la liberalización económica se han agudizado las inequidades en el crecimiento urbano y que todas las ciudades de la región muestran una polarización social acompañada con la fragmentación del espacio: “la ciudad es siempre menos una *polis* como lugar de encuentro y de interacción, y siempre más un lugar donde coexisten, sin integrarse, distintos sectores sociales, que viven en espacios con condiciones habitacionales, niveles de infraestructura y calidad de los servicios diferentes, y que se van aislando y cerrando cada vez más con respecto al resto de la ciudad.”<sup>75</sup> He ahí la razón de la constante tendencia a estimular proyectos de ciudades saludables y ciudades inteligentes, que se sustenten en la base de la ciudadanía participativa y la eficiente prestación de servicios públicos.

## Servicios públicos

69

Castells, citado por Paul Singer en su obra *Urbanización, Dependencia y Marginalidad en América Latina*, afirma:

*“La esencia de la noción del servicio público entraña la aspiración solidaria intrínseca de la administración pública de poner al alcance de todo individuo, al menor costo posible y bajo condiciones que garanticen su seguridad, el aprovechamiento de la actividad técnica satisfactoria de la necesidad de carácter general, en la que cada quien puede identificar su propia necesidad individual”.*<sup>76</sup>

Definir los servicios públicos es una actividad compleja, ya que “existen tantas definiciones de servicio público como autores”,<sup>77</sup> sin embargo, se han hecho importantes esfuerzos por definirlos, establecer sus rasgos característicos y criterios determinantes. De este modo, nos acogemos a la definición del doctor Jorge Fernández Ruiz, quien señala que:

*“Servicio público es toda actividad técnica destinada a satisfacer una necesidad de carácter general, cuyo cumplimiento uniforme y continuo deba ser permanentemente asegurado, reglado y controlado por los gobernantes, con sujeción a un mutable régimen jurídico exorbitante del derecho privado, ya por medio de la Administración Pública, bien mediante particulares facultados para ello por autoridad competente, en beneficio indiscriminado de toda persona.”*<sup>78</sup>

Durante muchos años, la perspectiva legal de los servicios públicos era incluso considerada como sinónimo de función pública. En éstos, la estructura gubernamental desempeñaba un papel protagónico.

Desde hace algunas décadas, más por presión que por convicción, los países de la región de América Latina han ido sustituyendo la perspectiva tradicional del Estado-operador como única posibilidad para proveer los servicios públicos que generen bienestar, por una perspectiva más abierta a criterios de eficiencia que está llevando a una mayor participación de los sectores privado y social en la generación y distribución de bienes y servicios públicos.

Legal e institucionalmente esto ha llevado a profundos cambios en los criterios de bienes y servicios, en los que la frontera entre lo público y lo privado, que era clara y transparente, hoy por hoy es sutil y compleja.

De ahí que haya cada vez una presencia más protagónica del sector privado y la doctrina se ha centrado en clasificar los servicios atendiendo a diferentes criterios, dentro de los que destacan los que se describen en seguida.<sup>79</sup>

70

1. *Por las características de sus usuarios, los servicios públicos pueden ser uti singuli o uti universo*
2. *Por el ejercicio de autoridad, los servicios públicos pueden ser de gestión pública o de gestión privada*
3. *Por su aprovechamiento, los servicios públicos pueden ser voluntarios u obligatorios*
4. *Por el carácter de la prestación, los servicios públicos pueden ser voluntarios u obligatorios*
5. *Por su importancia, los servicios públicos pueden ser indispensables, secundarios o superfluos*
6. *Por el carácter de la necesidad, los servicios públicos pueden ser constantes, cotidianos, intermitentes u esporádicos*
7. *Por su cobro, los servicios públicos pueden ser gratuitos u onerosos*
8. *Por su régimen jurídico, los servicios públicos pueden ser público, privado o mixtos*
9. *Por la competencia económica, los servicios públicos pueden ser monopolísticos, oligopólicos o de competencia abierta*
10. *Por el prestador del servicio, los servicios públicos pueden ser de gestión pública indiferenciada, sin órgano especial, de gestión a cargo de establecimiento público sin personalidad jurídica propia o servicio público personificado o en forma de sociedad privada*
11. *Por la titularidad o jurisdicción del servicio, los servicios públicos pueden ser generales, regionales, municipales o concurrentes*

Por lo anterior, podemos señalar que la percepción tradicional de que los servicios públicos son exclusivamente aquellos que presta

el Estado o bajo tutela de las autoridades gubernamentales ha sido trascendida, y se ha diversificado en diversas formas y modos que han llevado a una complejidad en los esquemas normativos y financieros para la prestación de los servicios públicos y más, tratándose de las grandes urbes en la región.

Ante este nuevo escenario, emerge la búsqueda del equilibrio financiero y la privatización de los servicios conjuntamente con la necesidad de garantizar la eficiencia en la provisión de bienes y servicios atendiendo a la perspectiva del derecho humano. Durante mucho tiempo, el reconocimiento de la importancia de la adecuada prestación de bienes y servicios urbanos como factor de construcción de una efectiva ciudadanía justificaba la intervención o el control directo del sector público en la producción y gestión de los mismos, en muchos casos con elevados niveles de subsidio, con el argumento de que la finalidad era la satisfacción de las necesidades y no la obtención de beneficios financieros. Así, los servicios urbanos fueron empleados por los gobiernos como “un instrumento estratégico para la construcción física de la ciudad, pero también para su construcción social, asignándole objetivos diferentes: la modernización del espacio, la integración social de los habitantes de bajos recursos, la búsqueda de consenso político e, incluso, el apoyo a sectores económicos o áreas específicas con fines de desarrollo.”<sup>80</sup>

Ahora ya no se considera que la eficiencia en la satisfacción de las necesidades esté contrapuesta a la eficiencia financiera. Al contrario, la intención es la complementariedad entre ambas finalidades. He ahí la transición de una perspectiva gobiernista de los servicios públicos a una eficientista en términos financieros y sociales. “La transición desde una perspectiva en la cual los servicios eran instrumento de una política de redistribución de los recursos y de fortalecimiento del proceso de integración social y ciudadana, a una visión en que los servicios son elementos de modernización y de nueva eficiencia, implica cambios evidentes de distintos órdenes, que se detallan a continuación.”<sup>81</sup>

- **A nivel cultural:** con respecto a lo que son los servicios urbanos y cómo deben funcionar
- **A nivel jurídico:** por la necesidad de diseñar nuevas formas de relaciones entre el sector público y el sector privado, incluso de orden institucional en una perspectiva de alianza
- **A nivel político:** con la alteración de los equilibrios de poder entre los actores urbanos inducido por los sistemas de asignación de los recursos que acompaña esta nueva visión

Existe la necesidad de servicios públicos en los asentamientos humanos, sean rurales o urbanos. Pero lo imperioso de su eficiencia se pone más de manifiesto ante los grandes asentamientos en las grandes urbes. Los servicios públicos no son más ni menos públicos si se trata de zonas urbanas o rurales o si su prestación es responsabilidad de la autoridad gubernamental o si implica la participación del sector privado.

*“Conceptualmente, el carácter público de un servicio implica en su definición, un derecho de la comunidad, en forma independiente del modelo de gestión en que se base y de quién esté a cargo de su producción. Ese carácter implica la necesidad de garantizar, de algún modo, las condiciones de acceso y mantenimiento para el conjunto de la población, independientemente de su lugar de residencia (condiciones territoriales), de su vinculación con la propiedad del suelo (condiciones institucionales) y de sus recursos (condiciones económicas)”.*<sup>82</sup>

Por ello, cada vez más se da la participación activa de la comunidad como estructura corresponsable y copartícipe en las distintas fases de las políticas públicas vinculadas con la prestación de servicios públicos en las grandes urbes.<sup>83</sup>

La gestión de los servicios para satisfacer las necesidades de la población asentada en una urbe incluye un conjunto de fases que están vinculadas con las fases de las políticas públicas:

- *El diseño normativo, donde se definen las necesidades a atender, los objetivos fundamentales y se establecen las normas básicas que organizan el servicio. Esto se puede consagrar en diversos instrumentos normativos, que van desde la Constitución Política, pasando por las leyes, los reglamentos, acuerdos, decretos, lineamientos y normas administrativas individualizadas en otro tipo de instrumentos normativos (como concesiones y permisos)*
- *La implementación, que decide los actores, procedimientos, instrumentos y modalidades de acción y mecanismos para lograr los objetivos definidos*
- *El financiamiento, que moviliza los recursos necesarios para el servicio*
- *La implementación, que se vincula con la prestación o generación de los bienes y servicios*
- *El monitoreo, control y evaluación para la retroalimentación de las decisiones fundamentales, bien sea en diseño, bien en implementación*

Ante las diversas fases involucradas en la gestión de los servicios públicos, que van desde el diseño (política y planificación), pasando por su implementación (financiamiento y ejecución), hasta

su monitoreo, evaluación y retroalimentación, la posibilidad de participación de diversos actores de los distintos sectores debe tener en cuenta la naturaleza y orientación de la acción de cada actor.

De esta manera, el *diseño* debe centrarse en los actores del sector público, de acuerdo con su ámbito de competencia (poderes y niveles de gobierno).

La *implementación* puede ser pública o privada, tomando en cuenta la rentabilidad o la relación costo-beneficio.

Finalmente, el *monitoreo*, la *evaluación* y la *retroalimentación* pueden ser públicos o privados, vistos como acciones de mejora y no como sanción, pero en donde la ciudadanía debe desempeñar un papel protagónico.

Todo lo anterior debe verse plasmado en normas e instituciones que sean un reflejo fiel de aquello que está considerado como bienestar general, democráticamente determinado, es decir, con la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones y priorización de las necesidades.

Los aspectos normativos que deben considerarse a la hora de asignar actividades a los distintos actores deben tomar en cuenta los elementos que se precisan a continuación<sup>84</sup>

1. *Marco regulador que concrete normativamente la política del servicio*
2. *Normas que dejen claro las condiciones de inclusión de la población (territorial, institucional o económica), con identificación de los medios y previendo los efectos (financieros, técnicos, administrativos...)*
3. *Identificación de las organizaciones adecuadas con los distintos recursos (institucionales, humanos, técnicos...)*
4. *Financiamiento, distinguiendo el financiamiento para la infraestructura o para la producción de servicios, si es interno o internacional y, con ello, riesgos de paridad cambiaria.*

## Participación de la comunidad como eje

Los servicios son el resultado de un sistema de relaciones entre diferentes actores con distintos intereses y necesidades, recursos y capacidades (entre ellos y, fundamentalmente, diferentes capacidades económicas y políticas). Es preciso identificar los actores implicados, conociendo la vinculación de cada uno con el servicio. Tal vinculación dependerá de la orientación que predomine en la acción de cada actor (necesidad, beneficio económico, interés general).

Con esa base, es posible identificar tres tipos fundamentales de actores:<sup>85</sup>

- *Familias*
- *Unidades económicas*
- *Organismos gubernamentales*

Por lo tanto, el carácter público del servicio no está vinculado de manera necesaria con el carácter del proveedor ni el del receptor, sino de la “valoración social ampliamente compartida que lo recoja y que se consolide institucionalmente (es decir, conforme a la ley) por los mecanismos y procedimientos establecidos en forma democrática”.<sup>86</sup> No obstante lo anterior, debe considerarse que los intereses y las percepciones de los sectores de mayores recursos incidirán de modo determinante en la forma en que las instituciones, públicas o privadas, desarrollarán su planeación del desarrollo...

*“Así, por ejemplo, las grandes inversiones en infraestructura, intensivas en capital tienden a reflejar los intereses y valores de las clases medias, a menudo a expensas de los pobres. En vez de ello, las clases media y alta deben aceptar cambios en los modelos convencionales de desarrollo urbano y buscar punto en común con los pobres.”<sup>87</sup>*

## Ámbito de la intervención gubernamental<sup>88</sup>

En el ámbito de la gobernabilidad o de la participación gubernamental, los servicios públicos de carácter urbano revisten gran importancia.

*“Los servicios públicos urbanos tienen una gran relevancia para la gobernabilidad urbana, tanto en su aspecto de desempeño (los servicios básicos y administrativos) como de representatividad (los servicios sociales, aunque éstos también inciden sobre la primera faceta y en lo que más nos interesa, los servicios descansan hoy muy fuertemente en una compleja trama de vínculos público-privados).”<sup>89</sup>*

Estamos, pues, ante una nueva perspectiva de gobernabilidad, la llamada gobernabilidad urbana, que cubre un amplio espectro de relaciones entre diversos actores, con intereses variados, que se ven reflejadas en un marco normativo e institucional muy complejo.

*“A nivel mundial, representantes de gobiernos locales y organizaciones no gubernamentales (ONG) de todos los continentes coincidieron en el Foro Global de la Red Global del Desarrollo de Naciones Unidas que, para lograr una gobernabilidad local democrática, efectiva y atenta con sus servicios a las necesidades de su población, debía empezarse por reconocer*

*la complejidad de la tarea y luego, en ese orden, construir partenariados (deficiente traducción de partnerships) sostenibles, comprender la fragilidad de los procesos de reforma, fortalecer la capacidad y los sistemas de gestión, reconocer la importancia de una base de recaudación adecuada y confiable, construir coaliciones de apoyo con base en la fortaleza de la sociedad civil, fortalecer la asociación entre los gobiernos locales y centrales, desarrollar partenariados público-privados eficaces, tomar conciencia del empoderamiento (empowerment) de los ciudadanos es lo que subyace en toda gobernabilidad local efectiva, que el planeamiento y el proceso presupuestario basados en las necesidades constituyen el corazón de un gobierno local atento a las demandas que la responsabilidad y la transparencia son factores críticos para construir la confianza de los ciudadanos en sus gobiernos y que los compromisos de largo plazo en este sentido son también fundamentales para lograr las metas propuestas.”<sup>90</sup>*

Se ha considerado que en lo que a los denominados “gobiernos locales” se refiere, éstos deben dedicarse fundamentalmente a la definición de un marco regulatorio que asegure la provisión, a toda la población, de los servicios mínimos, y a la implantación de capacidades, así como a los instrumentos que permitan su aplicación. La gestión urbana de estos gobiernos debe dirigirse específicamente a:

- *Asegurar la prestación universal de niveles mínimos, socialmente aceptados, de bienes y servicios*
- *Identificar los mecanismos de financiamiento (incluidos posibles subsidios) para garantizar la provisión universal y sostenible*
- *Promover la producción y gestión eficientes, por medio de instrumentos que promuevan la sana competencia*
- *Establecer mecanismos de regulación, control y retroalimentación para verificar la provisión de bienes y servicios acorde al marco regulatorio*
- *Crear instancias participativas para acompañar cada una de las fases en la provisión de bienes y servicios públicos*

No existe una regla universal para la distribución de responsabilidades y ámbito de competencia entre los distintos niveles (comunitario, municipal, estatal, federal, subregional, regional e internacional...) pero en todos los casos, para la armonización de las acciones públicas y privadas, hay que centrarse en resultados más que en medios e insumos como criterios de diseño, implementación, control y evaluación de las políticas públicas.

## **Derecho al desarrollo basado en los derechos humanos**

Los derechos humanos son derechos que, desde diversas corrientes filosóficas, reconocen la titularidad de una serie de facultades

que son propias e inherentes a los seres humanos, verdadera expresión de su humanidad en convivencia. Su inclusión en diversos instrumentos normativos internacionales refleja la tendencia internacional de reconocer y tutelar estos derechos para todos los seres humanos, independientemente de sexo, nacionalidad, religión, ideología política o posición socioeconómica.

Existen diversas clasificaciones de los derechos humanos. Algunos autores los clasifican por generaciones; otros, por la materia; otros más, por los instrumentos jurídicos en los que se concentran. En todos los casos, lo que es incuestionable es que todos estos derechos están interrelacionados, son complementarios e interdependientes, ya que, por ejemplo, sería irresponsable referirse a un derecho a la vida, sin que se tome en consideración para ello la interrelación con los derechos a la salud, a la alimentación, a la vivienda y a los servicios sanitarios necesarios para que, acorde a la dignidad humana, hagan que esa vida sea digna de ser vivida.

No obstante lo anterior, existe la tendencia a considerar que los derechos humanos son tan sólo parte del discurso político, y que lo que se requiere es tutelar la sostenibilidad financiera que permite a las instituciones públicas o privadas, la prestación de bienes y servicios públicos. Esto, desafortunadamente, aunque velado, se ve reflejado, con relativa frecuencia, desde el diseño mismo de las políticas públicas para la prestación de bienes y servicios públicos. Esto debe ser una alarma que debe prenderse para que, desde el diseño mismo, se tome en cuenta la participación ciudadana como elemento sustantivo de los servicios públicos urbanos y del modelo de gestión.

Los derechos humanos son y siempre serán prerrogativa del ser humano. Las instituciones están al servicio del individuo y no al revés. Esto debe cuidarse e incluirse en todas las políticas públicas que se orienten a las transición hacia ciudades saludables en América Latina, atendiendo de manera prioritaria, a los grupos vulnerables en situación de pobreza, que conforman, un alto porcentaje de la población de los países de la región.

Para presentar, pues, un documento de postura de ciudades saludables desde la perspectiva internacional, debe contextualizarse el fenómeno de la pobreza en la región latinoamericana y, dentro de ésta, la pobreza e indigencia urbanas según el país y localidad en que se encuentren.

“Conceptualizar la pobreza significa entender su carácter dinámico, el hecho que la pobreza no es necesariamente ni prevalecientemente una con-

dición permanente, pero un individuo puede volverse pobre como consecuencia de factores temporáneos o relacionados a eventos imprevisibles y específicos. De este modo, encontramos que hay pobres, pero también, los hay pobres potenciales y, por lo tanto, para “comprender lo que es realmente la pobreza, se necesitan analizar los procesos que están en su base... examinando simultáneamente causas y efectos”.<sup>91</sup>

Para definir qué hacer para la superación de la pobreza urbana, hace falta un diagnóstico que permita identificar de la manera más clara posible las causas de la pobreza, en primer lugar, si se trata “de un solo problema o de muchos problemas pequeños.”<sup>92</sup> Pero este diagnóstico debe hacerse en un *case by case scenario*. Las necesidades de los servicios, la forma de determinar las respuestas a esas necesidades, la gestión de los servicios urbanos, su marco legal y la metodología para la priorización de necesidades son variables de país en país, de región en región y por supuesto, de continente en continente. Los pobres urbanos no constituyen un grupo social homogéneo, tampoco se pueden identificar ni delimitar con facilidad, “por el contrario, los individuos y los hogares que se encuentran en condición de pobreza son distintos y variables en el tiempo”<sup>93</sup> y en el espacio.

Para una mayor viabilidad de políticas públicas en países latinoamericanos, es menester conocer las características de la pobreza de los diferentes grupos objetivo, sus necesidades y prioridades, y que ello se refleje desde el diseño mismo de las políticas públicas. No podrá hablarse de ciudades saludables en Latinoamérica en tanto subsistan esos importantes cinturones de miseria en zonas urbanas de las metrópolis con carencias de servicios básicos de calidad.

Si consideráramos una ruta crítica para proponer la transición hacia ciudades saludables en América Latina, habría que comenzar por la identificación de los centros urbanos en los que existan condiciones y potencialidades, para desarrollar procesos de gestión y políticas públicas que permitan contrarrestar el disfuncional crecimiento poblacional y las ineficiencias en la provisión de bienes y servicios.

Las grandes urbes de gran concentración de población no serían, en principio, candidatas a ser ciudades saludables en el estricto sentido de la palabra.

La mencionada identificación de centros urbanos con condiciones y potencialidades podría llevarse a cabo por medio de una investigación de carácter exploratorio, de las características fundamentales de los asentamientos urbanos, considerando las posibilidades de articulación territorial y los principales desafíos en materia de gestión. “El uso de criterios de base pueden ser de gran utilidad,

como son, el grado de articulación funcional de un determinado asentamiento urbano, el nivel de vida y demandas insatisfechas de bienes y servicios y la cobertura territorial o área de influencia de los centros poblacionales identificados.”<sup>94</sup>

Una vez determinados los centros urbanos con potencialidad, podría llevarse a cabo un diagnóstico de esas potencialidades para elaborar las propuestas estratégicas en cada caso, determinando instancias de los distintos niveles de gobierno, que serían competentes así como instrumentos normativos que directa e indirectamente podrían incidir en el diseño, implementación o monitoreo de las propuestas. Esto podría esquematizarse en una matriz que contenga:

1. *Descripción del problema*
2. *Objetivos*
3. *Estrategias y sus criterios*
4. *Aprendizajes*

La Academia Nacional de Medicina, con la flexibilidad de una asociación civil cuyo objeto social le permite asesorar a las diversas instancias gubernamentales, podría ser un valioso actor que interconectara a organismos internacionales especializados, instituciones educativas, colegios de profesionales –como la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud– y expertos en las diversas áreas como la medicina, derecho, arquitectura, ingeniería, protección civil, ambientalismo...

## Municipios saludables en América Latina

### Introducción

Los cambios a nivel económico, político, demográfico, social y cultural que se han plasmado en América Latina en las últimas décadas han condicionado una situación compleja de la salud que se caracteriza por problemas que no pueden ser resueltos únicamente desde la perspectiva de la atención médica tradicional. Los servicios de salud están obligados a reorientar su labor de sanación, de recuperación efectiva y eficiente y, sobre todo, de promover la salud.

Lograr la equidad en salud, sigue siendo la mayor preocupación de la salud pública en este continente. Por ello, la promoción de la salud, que es un bien social y cuya responsabilidad cae en los gobier-

nos, instituciones de cualquier tipo y en los ciudadanos, es en lo que deben trabajar los países en desarrollo latinoamericanos. Y así lo ve la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al implementar este punto dentro de sus políticas para la cooperación técnica en los países miembro.

Trabajar con municipios saludables es una oportunidad, para el sector salud, de integrar sus esfuerzos con otros sectores sociales y económicos, buscando mayor equidad en salud, influyendo en los determinantes reales de la salud, y cada vez menos en las consecuencias de enfermedad. Lo importante es poder influir para transformar las condiciones de vida de las personas, y esto sólo será posible con la acción intersectorial y la participación social.

Los municipios saludables tienen su origen en Latinoamérica. Al municipio le corresponde tener una autoridad política, jurídica y administrativa dentro de una división política ya establecida y cuyo gobierno es elegido por voto popular. El municipio abarca zonas urbanas, pero al mismo tiempo puede tener conglomerados semiurbanos y rurales. Dentro de los procesos de descentralización, desconcentración de poderes y fortalecimiento de las democracias que están ocurriendo en la región, las corrientes de municipalización se han vuelto cada vez más fuertes.

Hoy en día, los municipios saludables en América Latina han superado ya más de una década. Las diferencias en cuanto a sus características sociales, económicas, políticas y culturales de los países entre sí y en su interior han sido un nuevo reto para llevar a cabo la *estrategia de ciudades saludables*, inicialmente diseñada para promover la salud en los conglomerados urbanos de los países más desarrollados. Este proyecto no se ha gestado de forma aislada, sino que es una forma de aplicar, a nivel local, los postulados de la Promoción a la Salud que se incluyeron en la *Carta de Ottawa* y se refrendaron en la *Declaración de Santa Fe* (de Bogotá) por la mayoría de los países latinoamericanos, así como en la *Carta de Promoción de la Salud del Caribe*.

Los municipios saludables en América Latina tienen vida propia. Se han nutrido de la experiencia de los países pioneros de Europa y Canadá; y es posible que la experiencia latinoamericana también pueda retroalimentar a los movimientos similares de los otros continentes. El concepto de *municipio saludable*, en vez de *ciudad saludable*, representa mejor las estructuras político-administrativas de Latinoamérica. Ahora bien, en algunos países, por ejemplo Costa Rica, en lugar de municipios se les denomina *cantones saludables*.

La salud urbana es también una prioridad en el contexto actual de la región porque es evidente el rápido proceso de urbanización que está ocurriendo. Se dice que para 2020, dos de las ciudades más pobladas de la tierra serán la ciudad de México y Sao Paulo. Es importante aclarar que el municipio, como estructura, comprende las áreas urbanas, pero también las rurales, y se estima que estas últimas serán más de 20% de la población de América Latina. Lo alarmante es que muchas de las poblaciones rurales en la actualidad carecen de infraestructura básica y sus pobladores viven en niveles de subsistencia.

En América Latina, los municipios saludables, al igual que en Europa, han evolucionado creando redes para su mejor funcionamiento. Las redes presentan ventajas para fortalecer y difundir el proyecto así como para el aprendizaje e intercambio de experiencias entre los participantes. También facilitan la entrega de cooperación técnica por parte de la OPS.

Lo anterior ha sido fundamental para el intercambio de experiencias dentro y fuera de la región de América Latina. A través de las redes, se produce la coordinación y unión entre diferentes localidades, se comparten modelos de programas ya probados y se favorece la multiplicación de municipios que quieren participar en el programa. Además, se hace posible descubrir intereses comunes y percibir situaciones que requieran del apoyo mutuo o de otras maneras de abordar las situaciones. Y por último, las redes confieren mayor fuerza para transmitir logros y necesidades a otros grupos internacionales, y así poder llegar a construir un importante vehículo para la integración regional e interregional. Es importante señalar que México, tras la firma del compromiso de Monterrey en noviembre de 1993, fue el primer país en América Latina en constituir una “Red Nacional de Municipios por la Salud”, siendo el pionero en la región.

Una de las características más sobresalientes de este programa en Latinoamérica es la gran riqueza que muestran en términos de creatividad, variedad y fuerza política. Esta creatividad es fundamental para la creación de una cultura de la salud con conceptos positivos que refuercen el valor de la salud como un bien social y personal.

## Oportunidades de la estrategia de municipios saludables en América Latina

Estas oportunidades permiten mejorar de manera integral la salud de los individuos que habitan en un municipio.

- *Adoptar el proyecto de "Municipios Saludables" es una estrategia efectiva para influir en las políticas locales de salud en los países latinoamericanos*
- *La participación organizada de todos los actores es indispensable para maximizar la utilización de los pocos o muchos recursos disponibles y garantiza el compromiso de todos para llevar a cabo las acciones propuestas, principalmente en la mejora de la salud y el bienestar de la comunidad y sus individuos*
- *Las experiencias existentes muestran que el proyecto "Municipios Saludables" abre una puerta hacia temas globales de salud. Los puntos de partida por lo general giran alrededor de problemas del medioambiente y que tienen que ver con agua potable, desechos, insectos y parásitos, vivienda e infraestructura vial*
- *El municipio, como se mencionó con anterioridad, es un entorno político-administrativo y geográfico adecuado para la intervención simultánea en todos los mecanismos posibles e imaginables de promoción a la salud. Además, apoya a un proceso creciente de descentralización del Estado hacia los niveles locales*

La idea de los municipios saludables resulta atractiva para los políticos y los ciudadanos. En torno a esta idea, la salud tiene el potencial de ganar visibilidad a través de una buena proyección en los medios de comunicación. Esta idea coincide, a su vez, en muchos propósitos con otras estrategias impulsadas por la OPS/OMS con el fin de alcanzar los mismos logros de la equidad u el desarrollo social. Principalmente, la estrategia del fortalecimiento de los sistemas locales de salud (Silos), concebida como un medio para impulsar la transformación de los sistemas de salud de los países y contribuir a los procesos político-administrativos de descentralización. La promoción de la salud ambiental es otra estrategia íntimamente ligada a la de municipios saludables y a la de Silos.

El municipio saludable ha surgido como una estrategia de salud en torno al gobierno municipal y al conjunto de los sectores sociales. El sector salud debe considerar el programa "Municipios Saludables" como una oportunidad para progresar en sus objetivos de promover políticas locales de salud y alcanzar niveles más efectivos de participación ciudadana.

## **Retos de la estrategia de municipios saludables en América Latina**

Los retos más importantes para desarrollar un programa de "Municipios Saludables" en América Latina se explican en seguida.

- *La carencia de recursos financieros en los municipios para poder ejecutar sus planes con resultados tangibles a corto plazo. A diferencia de las ciudades saludables en Europa y América del Norte, muchos municipios en Latinoamérica todavía deben trabajar para cubrir los prerrequisitos para la salud: alimentación, vivienda, empleo, agua potable y saneamiento, educación e incluso, en algunas partes, paz*
- *El establecimiento de alianzas dentro y fuera del sector salud. La ubicación del programa “Municipios Saludables” dentro del marco de la Promoción a la Salud todavía se otorga bajo peso político y presupuestario con respecto a otros programas*
- *La falta de experiencia y capacitación de las estructuras locales en la gestión de planes globales de trabajo. Es importante que tanto políticos locales como profesionales que prestan su apoyo técnico precisen de una capacitación básica para la planificación estratégica desde el municipio saludable*
- *Es preciso fomentar la investigación en municipios saludables en las escuelas de salud pública y de comunicación en todos los países. Es urgente iniciar el ciclo de investigación-docencia-asesoramiento en el mundo académico para asegurar el soporte técnico que este programa necesita. También, desarrollar indicadores y sistemas de información que permitan monitorear y evaluar el avance.*
- *El apoyo de boletines, publicaciones, congresos y otras actividades de divulgación contribuirá a crear una línea de trabajo con proyección hacia el interior y el exterior del programa “Municipios Saludables”.*

## Ejemplos de experiencias en América Latina

Aunque existe una gran diversidad de proyectos de "Municipios Saludables" en su etapa inicial, la OPS concentró sus limitados recursos en algunas iniciativas con la esperanza de que se convirtieran en proyectos demostrativos de los que se pudiera aprender sobre la marcha.

No es fácil identificar cuáles fueron los proyectos pioneros de "Municipios Saludables" en América Latina, aunque con anterioridad a 1991 hubo algunos intentos poco sistematizados en su inicio en Brasil y en Colombia. Sin embargo, a partir de ese año, surgieron experiencias importantes en América Latina que se destacaron en el panorama internacional dentro del programa “Municipios Saludables”, entre las que se encuentran las que se describen a continuación.

1. *Proyecto Global de Cienfuegos, Cuba*
2. *Los municipios de Manizales y Cali, Colombia*
3. *La Red Nacional de Municipios por la Salud de México*

4. *Baruta y el Hatillo, Venezuela*
5. *“Valdivia, Ciudad Saludable” y “Lagos, Comuna Saludable”, Chile*
6. *Cantón de San Carlos, Costa Rica*
7. *Loja, Ecuador*
8. *La Red de Municipios y Comunidades Saludables y Cajamarca Perú*
9. *Otras experiencias*

## Proyecto Global de Cienfuegos, Cuba

Cienfuegos fue el primer municipio de América Latina que adoptó de manera institucional el programa "Municipios Saludables". El proyecto partió en forma original de una propuesta del sector salud presentada al Gobierno Provincial de Cienfuegos en 1989. El perfil epidemiológico de Cienfuegos puso en evidencia el aumento creciente de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), por lo que resultaba atractivo para probar el programa de "Municipios Saludables" y se elevó la propuesta de abordar el problema implicando en su solución a todos los sectores de la comunidad.

En septiembre de 1992, el gobierno local proclamó internacionalmente su compromiso con “Ciudades Saludables” en el Encuentro América-Europa sobre Ciudades Saludables y Municipios Saludables de Sevilla, España. El compromiso consistió en las actividades que se describen a continuación.

- *Confeccionar guías médicas para la prevención y diagnóstico de ECNT*
- *Desarrollar programas educativos a niveles preescolar y primaria*
- *Elaborar un proyecto de comunicación social*
- *Mejorar la alimentación y nutrición, involucrando a la industria alimentaria en la producción de alimentos más nutritivos y saludables*
- *Mejorar el entorno ambiental*

La experiencia de Cienfuegos fue exitosa y se ha extendido a otros once municipios de Cuba. Ahora está en proceso de constituir una Red Nacional de Municipios Saludables.

## Los municipios de Manizales y Cali, Colombia

El municipio de Manizales es la capital del estado de Caldas. Uno de sus mayores problemas tenía que ver con un fuerte movimiento migratorio de las zonas rurales a la ciudad, lo que resultaba atractivo para probar el programa de "Municipios Saludables".

El compromiso político que hizo el gobierno local de llevar a cabo el programa de promoción de la salud activó su proceso en 1991, y condujo, en 1993, a la Declaración de Manizales Saludable. Manizales había logrado consolidar la red de servicios básicos con la estrategia de Silos (Sistemas Locales de Salud).

Se creó una cultura por la salud, donde se destacan las siguientes actividades y acciones que ayudan a que el programa se lleve a cabo.

- *Comunicación social e información pública dirigida a reforzar modelos de comportamientos saludables y seguros*
- *Intervenciones educativas en escolares y adolescentes*
- *Acciones intersectoriales para el bienestar de los ancianos*
- *Mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental*
- *Adopción de estilos de vida sanos, especialmente en la alimentación*
- *Prevención y educación para eliminar el tabaquismo, alcoholismo y drogas*
- *Protección de los habitantes que viven en zonas de alto riesgo por deslizamientos*
- *Mejoramiento de las calles y parques, mediante el programa “Adopte una Cuadra”*

Existen otras experiencias en Colombia como son Cali, Versalles y Medellín, que han sido pioneras en el desarrollo de proyectos de participación comunitaria y de atención primaria de salud, con lo que se ha logrado un aumento importante en la cobertura de servicios de salud y más recientemente con el desarrollo del proyecto integral Desepaz, referente a la reducción de violencia con base en estrategias de *Desarrollo, Seguridad y Paz*. Lo más destacable es que se ha logrado la participación ciudadana y el compromiso político.

### **La Red Nacional de Municipios por la Salud, México**

El programa “Municipios Saludables” en México ha tenido un desarrollo muy intenso; se le conoce como “Municipios por la Salud”. A pesar de que el estado de Zacatecas había estado trabajando en promoción de la salud y en el desarrollo de intervenciones para la reducción de ECNT, el programa de una forma más general y dinámica se inició con el apoyo político de la Dirección General de Fomento a la Salud de la Secretaría de Salud federal que consiguió extender la idea paulatinamente a once municipios en 1993, y a unos ciento cincuenta a finales de 1994. Esto convirtió a México en el primer país de América Latina en construir una Red Nacio-

nal de Municipios por la Salud, tras la firma del compromiso de Monterrey en noviembre de 1993. La red aglutina municipios con diferentes enfoques y prioridades.

Ha habido muchos avances en este país, pero aún falta mucho por hacer. Se han presentado más de quinientas experiencias municipales en seis reuniones de la Red Mexicana de Municipios Saludables y se han conformado las primeras redes de comités locales de salud.

En el plan de trabajo para el periodo 2006-2012, el programa “Comunidades Saludables” cambia su nombre por el de “Entornos y Comunidades Saludables” y se concede una mayor importancia al espacio público para mejorar la calidad de vida de los habitantes de una comunidad.

Se fortalece la vinculación con otros programas de acción específicos de la Secretaría de Salud, entre los que se encuentran: Salud Reproductiva, Tuberculosis, Atención a la Salud de la Infancia, Adolescencia, Adultos y Ancianos, VIH, Diabetes, Obesidad, Adicciones y Dengue.

85

### **Municipios Baruta y El Hatillo, Venezuela**

Venezuela fue el cuarto país en responder al llamado de “Municipios Saludables” en América Latina. Las primeras iniciativas tuvieron lugar en los municipios de Baruta y El Hatillo, en 1992. El programa "Municipios Saludables", al igual que en Cuba, fue planteado inicialmente en respuesta al problema creciente de enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras ECNT.

La orientación de sus acciones ha girado alrededor de estilos de vida y factores de riesgo asociados con dichas enfermedades. Su nivel de desarrollo es aún escaso y tiene como reto principal la consolidación de sus estructuras intersectoriales.

Mientras tanto, los municipios de Barbacoas en el estado de Aragua, Guigue en Carabobo y Puerto Cumarebo en Falcón han integrado un programa a punto de constituirse en una red nacional con dinámicas claras de promoción de salud dirigida a transformar las condiciones de vida.

### **“Valdivia, Ciudad Saludable” y “Lagos, Comuna Saludable”, Chile**

Valdivia es la capital de la provincia del mismo nombre, en el sur de Chile. “Valdivia, Ciudad Saludable” comenzó como proyecto piloto de demostración de promoción de la salud. Fue oficialmente inau-

gurado por el propio presidente de la República, en abril de 1993, con motivo del Día Mundial de la Salud.

Se formó un equipo especial encargado de comprobar la eficiencia del programa para promover la salud, prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y encarar el grave problema de los accidentes de tránsito.

El proyecto fue orientado hacia la comprobación de la efectividad y eficiencia de la estrategia poblacional y multisectorial para la promoción de la salud y para la prevención de factores de riesgo ligados a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), en especial la del grave problema de accidentes de tránsito en el municipio.

Los programas “Comunicación y Educación Escolar” han sido las áreas de mayor desarrollo, aunque también llevan a cabo actividades en el entorno laboral, así como de apoyo desde los servicios de salud y de protección ambiental.

“Lagos, Comuna Saludable”, también en Chile, asume tareas de acuerdo con los intereses de la comunidad. Se formula una política de salud municipal y se implementan múltiples acciones participativas, entre las que destacan las que se mencionan a continuación.

- *Diagnóstico participativo en 35 comunidades rurales*
- *Formación de 26 comités locales de salud rural*
- *Siete congresos comunales de comités locales de salud rural*
- *Creación de una red de centros comunitarios de desarrollo integral en el sector rural*
- *Formulación y ejecución de más de 200 microproyectos de salud y desarrollo local*
- *Las Postas de Salud Rural dejan de ser hospitales chicos y pasan a ser Centros Comunitarios de Desarrollo Integral*

### **Cantón de San Carlos, Costa Rica**

En Costa Rica se han llevado a cabo varios proyectos de tipo local con planteamientos de promoción de la salud en forma integral. No obstante, apenas recientemente se inició un proyecto con las características del de "Municipio" o "Cantón Saludable".

El Cantón de San Carlos es la unidad cantonal más grande del país. Ha desarrollado un importante sistema de producción agropecuario, su población es joven y gozan de buenos niveles de desarrollo social.

El proyecto es multisectorial con participación de organizaciones cívicas y comunitarias, junto con el presidente municipal y su

cuerpo de regidores y el sector salud por medio de la Caja Costarricense del Seguro Social.

En este proyecto merece destacarse el desarrollo conceptual y de organización de las trabajadoras sociales, quienes han incentivado el trabajo social en la generación de actividades en promoción de la salud.

## Provincia y Cantón Loja, Ecuador

Loja es la capital de la provincia de Cantón. Esta ciudad tiene una rica tradición en las artes, y por esta razón es conocida como la capital musical y cultural de Ecuador.

La ciudad de Loja dentro del programa de "Municipios Saludables" demuestra un importante trabajo en la prevención de su ambiente natural en armonía con la ciudad, ofreciendo espacios de recreación y oportunidades para una vida activa. Otro esfuerzo digno de mención es su iniciativa de reciclaje de material no biodegradable con participación de la población.

Han tenido un importante avance de la política municipal para brindar a la población servicios de calidad y saludables como: mercados ordenados y seguros en el expendio de alimentos, tránsito y estacionamiento seguro, espacios de recreación para niños y jóvenes, procesamientos y reciclaje de desechos sólidos entre otros.

Hay otras ciudades del Ecuador como Quito, Guayaquil y Cuenca que también están implementando programas de "Municipios Saludables" con muy buena respuesta por parte de los ciudadanos para participar en dichos programas y con todo el apoyo del estado para que se lleven a cabo.

## La Red de Municipios y Comunidades Saludables y la Ciudad de Cajamarca, Perú

En Perú, el 15 de septiembre del 2000 se instaló la Red de Municipios y Comunidades Saludables, con la participación de las municipalidades de Lima, Metropolitana, Barranco, Surco, Magdalena del Mar, La Molina, Ventanilla, Villa El Salvador y la Organización Comunitaria de la Federación de Mujeres Organizadas en Centrales de Comedores Populares Autogestionarios y Afines de Lima y Callao (FEMOCCPAALC). A la fecha, se han sumado además las municipalidades de Jesús María, San Juan de Lurigancho, San Juan de Miraflores, San Miguel, Comas y el Rímac.

También en Perú surgió un programa interesante con la Asociación G&C Salud y Ambiente, la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Cooperación de Minera Yanacocha, que implementan el proyecto “Promoviendo Barrios Saludables”, el cual se realiza en tres barrios de la ciudad de Cajamarca. En esta experiencia uno de los logros es el fortalecimiento de los Comités Vecinales de Salud, los mismos que definen y priorizan sus acciones a favor de la salud en sus barrios con:

- *Campañas de limpieza de calles y áreas verdes*
- *Campeonatos intercalles para hombres y mujeres*
- *Planta de transformación de residuos sólidos Implementación y acceso de servicios de salud adecuada a las necesidades de la población*
- *Apoyo a las iniciativas de los grupos organizados como mujeres, jóvenes y adultos mayores*
- *Trabajo en dos centros educativos que promueven la formación de Escuelas Promotoras de Salud*
- *Otros*

### Otras experiencias

En Brasil es notable el interés que ha tenido el programa “Municipios saludables”. Destaca Campiñas, donde el compromiso del alcalde es ejemplar, pues lidera una movilización cívica de todas las instituciones públicas y privadas. Otras experiencias de algunos estados del noreste y del sur, como Fortaleza, Curitiba y Santos, también se han destacado por el liderazgo de algunos alcaldes y gobernadores, y están implementando proyectos integrales de salud y bienestar, lo que ha permitido lograr la participación social.

Una línea de proyectos en América Latina, apoyada por la Cooperación Italiana de Salud, Medio Ambiente y Lucha contra la Pobreza (SMALP) se desarrolla en países como Colombia, Perú, República Dominicana, Argentina y Brasil. Se caracteriza por un enfoque integral de intervenciones para mejorar la salud de los habitantes de las zonas más marginadas en esos países. También por medio del gobierno italiano se llevan a cabo los Programas de Desarrollo de Desplazados y Refugiados (PRODERE) en Centroamérica, dirigidos al desarrollo humano en grupos de migrantes.

En Centroamérica se están consolidando varios proyectos de "Municipios Saludables" en Panamá (San Miguelito), Guatemala (Cuilco), El Salvador (Santa Ana, Metepan y Ciudad Barrios), Honduras (Comayagua, Tocoa, Villanueva, Atima y Choluteca), Nicaragua (León y Nandaime). Por otro lado, los ministros de salud de

esta subregión han formulado una propuesta de acción conjunta llamada Fronteras Solidarias, cuyos componentes de promoción a la salud son claros. También en la frontera entre Perú y Chile se está gestando un proyecto de municipios fronterizos saludables.

Por último, deben citarse de igual manera las “Comunidades Seguras” como una de las nuevas modalidades que la OPS también está apoyando, con base en el compromiso político municipal, donde se trabaja en la reducción de accidentes y traumas, ampliando con posterioridad su enfoque hacia propuestas más amplias de construir culturas que reduzcan el problema de la violencia de todo tipo. Estos proyectos están más desarrollados en Argentina y empiezan a extenderse a otros países de América del Sur.

No se agota la riqueza de los programas “Municipios Saludables” y/o “Comunidades Saludables” en la región. Existen muchas otras experiencias que tienen origen en diversos proyectos de desarrollo humano y social. En esencia integran los mismos elementos de compromiso político local, intersectorial, participación y empoderamiento de la comunidad con énfasis en la prevención y la protección de las poblaciones en forma positiva, y no solamente la atención de la enfermedad.

La equidad en salud dentro del desarrollo social es el factor más importante en los programas “Municipios Saludables”.

En nuestros días, más de 60 % de la población mundial vive en ciudades, que se han convertido en el *hábitat* fundamental de los seres humanos, en un contexto bastante degradado de su vocación original. Lo que motivó a crear ciudades hace más de tres mil años fue brindar seguridad, oportunidades de trabajo y servicios que dignificaran la condición humana. Tenemos que trabajar para crear *hábitats saludables*, humanizados y con condiciones que garanticen su sostenibilidad. Debemos recuperar la sensatez y el equilibrio, de lo contrario, las ciudades seguirán siendo malformaciones que contaminan al planeta, es decir, ciudades enfermas.

Las ciudades latinoamericanas todavía están marcadas por la pobreza, la exclusión, el desorden, la escasa planificación y el deterioro constante de las condiciones de vida de millones de personas que se debaten en la inseguridad, la violencia, la insalubridad y la ausencia de oportunidades de trabajo o de servicios de calidad.

Cada paso que demos colectivamente en el camino de dignificación y la humanización de las personas, será importante. Como igual de importantes son las transformaciones individuales de cada uno de nosotros: en nuestros hábitos personales y conductas sociales que deben ser austeras, solidarias, respetando la diversidad, vol-

viendo así al origen, a la armonía. Porque toda revolución debe ser, al mismo tiempo, ética y estética.

Es importante que aprendamos a pasar de lo individual a lo colectivo, de lo disciplinar a lo interdisciplinar, del objeto al sistema, del consumo al recurso, de la casa a la ciudad, de la agonía a la vida, del odio al amor, de la locura a la sensatez, de la distorsión al sentido común, de la violencia a la cultura de paz.

# PRIMER ENCUENTRO INTERNACIONAL SOBRE CIUDADES SALUDABLES

3

## Introducción

91

La Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud, A.C. (SMAES) fue fundada en 1991 por un grupo de 30 arquitectos del sector público y privado, dedicados a la planeación, proyecto y construcción de unidades médicas, para las distintas Instituciones nacionales de salud y seguridad social y del país.

México se ha destacado desde hace más de 60 años a nivel latinoamericano, por el alto nivel de su arquitectura e ingeniería hospitalaria, y ha compartido sus experiencias vanguardistas con otros países. Este grupo de arquitectos decidió formar la Sociedad con el objetivo de impulsar el estudio, el desarrollo y el reconocimiento profesional de los especialistas en la planeación, proyecto de sistemas y unidades para la atención de la salud a nivel nacional, establecer vínculos entre sus asociados, así como con otros grupos e instituciones afines, nacionales e internacionales.

Entre otros objetivos, podemos mencionar el de formar conciencia de la trascendencia de la política social y económica del ejercicio de la especialidad, fomentar el perfeccionamiento de la tecnología en este campo y estudiar la problemática técnica, social y económica que se presente para la realización de la infraestructura hospitalaria, asesorando a las instituciones responsables de ella.

A la fecha, hay ciento seis arquitectos activos dentro de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud, con oficinas y consultorías profesionales dedicados a la planeación, arquitectura e ingeniería de unidades médicas, así como a la generación de la normatividad, investigación y evaluación de nuevas tecnologías. La Sociedad ha promovido especialidades y diplomados con diversas universidades y se ha transformado en un auténtico banco de

datos y generador de nuevos paradigmas en el campo de la salud y de su infraestructura física.

La SMAES es reconocida como la Sociedad afiliada al Colegio de Arquitectos y a la Sociedad de Arquitectos Mexicanos (CAM-SAM) más exitosa y propositiva entre las cerca de quince sociedades afiliadas.

## Congreso Internacional "El Hospital del Futuro"

La SMAES ha realizado catorce congresos internacionales a partir de 1994, cuando se llevó a cabo su Primer Congreso en la Academia Nacional de Medicina Siglo XXI, en la ciudad de México.

Todos los congresos realizados han sido inaugurados y clausurados por secretarios y directores generales de las instituciones de salud y seguridad social; en ellos, han participado ponentes y conferencistas de alta calidad de nivel nacional e internacional: arquitectos, médicos, investigadores, financieros, biomédicos, ecologistas, economistas, sociólogos, actuarios, funcionarios públicos.

Los temas tratados en estos congresos han sido de lo más variados e innovadores, por ejemplo: el hospital inteligente, tendencias en las innovaciones en equipamiento de hospitales, calidad total en la atención médica, proyectos de nuevos modelos en salud para otros países, nuevos modelos de unidades médicas, nuevos sistemas de financiamiento, impactos ambientales y tratamiento de desechos, alianzas estratégicas internacionales, el hospital del futuro, homologación de los servicios entre las instituciones nacionales, etc. las temáticas varían de acuerdo con las temáticas de mayor interés del momento y con una visión de futuro.

## El XIV Congreso Internacional "Hospital del Futuro + Arquitectura + Salud..."

Este congreso quizás sea el más importante de los que se han organizado con el tema del hospital del futuro, por las razones que se explican a continuación.

El primer anuncio de la realización del Congreso Hospital del Futuro se hace dentro del marco del CL Aniversario de la Academia Nacional de Medicina y fue informado por su presidente, el doctor

Enrique Ruelas, en su discurso de toma de posesión ante el Presidente de la República, licenciado Enrique Peña Nieto, la Secretaria de Salud, doctora Mercedes Juan, y un buen número de funcionarios públicos y representantes de diversas instituciones vinculadas con la salud.

En ese momento se convirtió la Academia Nacional de Medicina nuevamente en la sede para llevarse a cabo el XIV Congreso.

Se convocó a profesionales en salud en todos los rubros; más adelante se presentan las relatorías en relación con Ciudades Saludables. Fueron 50 conferencistas, quienes desarrollaron sus ponencias dentro del marco que se describe en seguida.

## Lo actual y lo futuro

- *Conocer la información y los programas de inversión de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el sector público*
- *Visualizar el impacto de las políticas en el futuro de la infraestructura para la salud en México*
- *Brindar recomendaciones a las instituciones de salud del país*
- *Iniciar planes de trabajo en conjunto*
- *Generar planes maestros de las diversas instituciones, incorporando el criterio de universalidad*
- *Integrar el concepto de sustentabilidad holística, espacios físicos no sólo para tratar la enfermedad, sino también para fomentar la salud, y no sólo desde la perspectiva ecológica*

93

## La visión estratégica de las instituciones para crear y competir

- *Conocer las fortalezas y debilidades de los actuales esquemas de financiamiento y contratación del diseño, edificación y mantenimiento de la infraestructura para la salud*
- *Abrirse a nuevos esquemas*
- *Analizar los actuales procedimientos de contratación del equipamiento médico*
- *Proponer y hacer observaciones y recomendaciones a las instituciones en los modelos de contratación*

## Más arquitectura + salud...

- *Exponer un modelo de planeación regional considerando diversas variables*

- *Presentar herramientas para las redes de atención a la salud*
- *Promover la conciencia de la arquitectura en el hombre y para éste*
- *Enfatizar la perspectiva de derechos humanos del usuario y sus familiares como eje principal de la arquitectura para la salud*
- *La aplicación de nuevas herramientas tecnológicas de apoyo para la integración de todas las fases del proyecto de las distintas especialidades*
- *Reconocer la importancia de las múltiples culturas en los espacios para la salud*
- *Conocer algunos de los servicios de control y entrega de medicamentos para hacer más eficiente la prestación de servicios de salud*
- *Destacar la relevancia e impacto de la calidad y costo de la conservación de los inmuebles para la salud*
- *Conjuntar la visión médica y arquitectónica con respecto a las nuevas tecnologías*
- *Conocer las experiencias internacionales de arquitectura para la salud*

## **El Compromiso ético y profesional de los especializados en salud**

- *Promover un compromiso ético entre todos los actores en el proceso de generación de la infraestructura para la salud y su equipamiento*
- *Reiterar la de la capacitación y certificación, fungiendo la SMAES como garante de ética y seriedad de sus agremiados*
- *Destacar el papel de SMAES como expresión de profesionalismo y seriedad de los arquitectos*
- *Reconocer la importancia de la arquitectura hospitalaria del pasado para vislumbrar el futuro*

## **El Primer Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables**

- *Definir los conceptos de una ciudad saludable*
- *Conocer la experiencia tanto nacional como internacional*
- *Definir las prioridades para hacer que las ciudades latinoamericanas sean consideradas ciudades saludables*
- *Identificar los retos a superar*
- *Vincular a SMAES con las instituciones oficiales para definir programas y establecer trabajo en equipo*
- *Utilizar la información recabada para establecer un plan de trabajo de análisis y consideraciones aplicables al futuro*

La SMAES establece, entonces, un convenio de colaboración para coordinar por encargo de la Academia Nacional de Medicina el Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables, que se llevó a cabo dentro del marco del Congreso, con la colaboración de muchos ponentes interesados y especialistas de alto nivel en el tema de países como España, Estados Unidos, Argentina y México, cuyos representantes presentaron trabajos y propuestas susceptibles de aprovecharse en el ámbito nacional. Los resultados finales serán presentados de manera oficial por la propia Academia Nacional de Medicina.

Los objetivos fundamentales del Congreso fueron: tocar aspectos importantes y trascendentes, planteando propuestas de solución en conjunto con las instituciones de salud y seguridad social, así como privadas, sobre temas verdaderamente relevantes en la realización de la infraestructura física, no sólo médica, sino para la atención y promoción de la salud de los mexicanos.

A través del congreso se pretende proponer compromisos éticos entre todos los participantes en los procesos de generación de inmuebles para la salud.

Se propusieron recomendaciones a considerar en los procesos de planeación, diseño, licitación, construcción y equipamiento de la obra pública, así como en la universalización de las unidades médicas

95

## Transcripciones del Primer Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables

A continuación, se presentan las transcripciones y relatorías de las conferencias impartidas durante el Primer Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables.<sup>a</sup>

### Bienvenida al Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables

*Enrique Ruelas Barajas*

Hace unos días se hablaba de la trayectoria de la ANM, de su fundación hace 150 años, de cómo en 1912 el presidente Francisco I.

<sup>a</sup> Se conservó el estilo coloquial y la espontaneidad de las exposiciones, aunque se hicieron modificaciones en aras de la claridad, siempre que se consideró necesario (nota del editor).

Madero acordó que esta academia fuera un órgano consultivo del Gobierno Federal y de cómo a partir de 2012 empezó a tener un papel más proactivo y se decidió a contribuir al quehacer para ayudar a resolver los grandes problemas nacionales por medio de la elaboración de documentos de postura sobre el envejecimiento y la obesidad (dos de los problemas más graves que enfrenta el país).

Pero a partir de este año, 2013, se decidió dar mayor fuerza a esta participación de la ANM, y se logró el apoyo sustancial por parte de Conacyt para tal empresa, de tal forma que se pudo crear el programa de análisis y propuestas sobre grandes problemas nacionales de salud, como un programa ya establecido en la ANM para cumplir con la misión que le fue asignada por el presidente Madero hace más de cien años.

Este encuentro internacional forma parte de estos programas de análisis, así como las recomendaciones que harán los arquitectos de manera más formal.

Encuentros y documentos anteriores se habían enfocado en dos temas: los problemas de salud y los problemas del Sistema de Salud. En este último se está abriendo una nueva temática, como los nuevos paradigmas del Sistema de Salud, motivo de este encuentro en particular.

A lo largo del siglo xx, se creó todo un sistema de atención a la enfermedad, al que llamamos Sistema de Salud, hasta que nos topamos con la realidad de las enfermedades crónicas, las cuales no tienen curación, y esto nos lleva a pensar de una manera diferente. Se creyó que se había vencido a la enfermedad y casi a la muerte. Casi, porque las conductas de algunos médicos se ufanan en demostrar que la vida se puede prolongar de forma indefinida. Pero entonces nos dimos cuenta de que una cosa es prolongar la vida de las células y otra es prolongar la vida de la persona. De tal forma que puede seguir latiendo el corazón y funcionando los pulmones, pero la persona ya no está “viva”. Esto nos obliga a pensar de manera diferente.

Todo esto nos lleva al efecto Médici. Johansson, investigador sueco, acuñó este concepto hace unos años en un libro que tituló *El efecto Médici*, y hace referencia a lo que aconteció en la Florencia renacentista, cuando se combinaron los intereses de los políticos y los de los artistas de la época. Hoy, recuperar el efecto Médici significaría poner en un mismo espacio mentes entrenadas en diferentes perspectivas de la ciencia, de la vida y práctica profesional para enriquecer nuestros horizontes.

Lo anterior nos lleva a concluir el porqué de otros encuentros de la ANM, pero en particular de éste, que es el primero para pro-

picar un verdadero efecto Médici, no sólo por la vinculación de arquitectos con médicos, sino, además, porque se invitan expertos extranjeros que, desde diferentes perspectivas, continentes y países, enriquecen nuestra visión y porque se hace hincapié en el entendimiento de que hay que seguir fortaleciendo nuestro sistema de atención a la enfermedad, pero con una visión más amplia.

¿Cómo hacer que las ciudades sean más saludables? ¿Cómo integrar nuestro sistema de atención a la enfermedad dentro de esa visión de ciudades saludables? Este es el espacio en el que los arquitectos especializados en salud pueden ayudarnos a elaborar un documento de postura que no venga desde la perspectiva de los médicos sino de los arquitectos en un encuentro que genere un efecto Médici para que podamos hacer propuestas útiles para nuestro país.

El doctor Ruelas cerró diciendo que los gobiernos están para responder a las necesidades del día a día. Que ojalá y tuvieran más tiempo y oportunidad para pensar en el futuro, lo cual no es fácil exigirlo ni pedirlo. Quienes han trabajado en el sector público de cualquier país saben muy bien que se resuelven los problemas del ayer y no los de mañana, con el deseo de poder resolver los de hoy. Este es el espacio para la sociedad civil y es en este punto donde convergen las organizaciones, SMAES y ANM, para contribuir con los gobiernos que hacen lo que pueden para resolver situaciones que se presentan de manera cotidiana en un mundo que avanza a gran velocidad, que cada vez es más complicado y donde se necesitan estos espacios de intelecto para proponer y participar con los gobiernos a avanzar junto con la sociedad.

97

## Ciudades saludables y el hospital del futuro

*Arturo Aispuro Coronel*

Mi agradecimiento por haberme invitado, por supuesto, primero que nada, a la Academia Nacional de Medicina y a la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud.

El propósito y la única receta para salir adelante en estos tiempos es justamente abrir la mente, buscar nuevos horizontes, romper paradigmas para poder alcanzar lo que buscamos de "Ciudades Saludables" y seguir trabajando en el tema del hospital del futuro. Yo creo que todos podemos coincidir en algo fundamental: lo único de lo que no estamos seguros es precisamente del futuro.

El futuro es, para efectos prácticos, una interrogante de lo que es posible y que podemos imaginarnos al menos de dos maneras: podemos imaginarnos un futuro promisorio o podemos también imaginarnos un futuro de caos, de colapso. Los dos escenarios son perfectamente posibles. Todos tenemos por supuesto, la esperanza de un futuro de crecimiento, de bienestar, y me parece que, en efecto, y ahí la coincidencia, el reto del foro es lograr abrir las mentes, trabajar de una manera distinta para buscar adquirir la importante información que es indispensable para prepararnos para ese futuro, para poder diseñar estas ciudades saludables, y sin duda alguna, para tratar de entender e imaginarnos en qué consiste y cómo debería ser el hospital del futuro. Esa es la gran interrogante con la que sin duda nos vamos a enfrentar.

## Ciudad saludable

Hay una definición pragmática, libre, de lo que es el tema de la *ciudad saludable*. Se ha mencionado de diferentes maneras y es la siguiente: es aquella en la que todos los sistemas funcionan de manera eficiente y en forma conjunta, que permiten que la ciudad funcione y que todos sus habitantes obtengan no únicamente lo que necesitan, sino contar con calidad de vida.

La ciudad saludable es, entonces, esta mezcla y combinación perfecta de sistemas y de espacios públicos y privados, todos en armonía con las necesidades de las personas y su entorno inmediato. Creo que una de las grandes ventajas y avances que hay que reconocer es la forma contemporánea de entender la salud. Ya no es solamente el tema del tratamiento de las enfermedades de las personas, sino que involucra sus redes cotidianas inmediatas: familiares, compañeros de trabajo, aquellos con quienes interactuamos en todo momento durante todo el día. Pero hoy, un agregado fundamental, que cada vez toma más peso específico, es la incorporación del entorno físico en el que se desenvuelven los seres humanos. Es la mezcla de elementos de la propia ciudad, del hogar, del espacio de trabajo, del espacio público y sin duda alguna de la propia infraestructura, la que hoy definen en realidad el tema de la ciudad saludable y la que nos impone el reto de buscar y entenderla de una manera diferente.

Las imágenes de una ciudad que se encuentran cada día más en todos lados y presentaciones son las imágenes ideales que, sin duda alguna, sabemos que son difíciles de alcanzar y constituyen una de las condiciones que reflejan nuestras ciudades.

Las ciudades están creciendo cada día más, a una velocidad literal de 10 millones de personas por semana que se están sumando a estas grandes ciudades con todos los problemas vinculados justamente con la gobernabilidad, la falta de recursos, la enorme preocupación de alcanzar mejores horizontes. Esto es, los problemas que están generando las ciudades conforman nuestra realidad, que no es todavía, por desgracia, la de las imágenes ideales. Tenemos unas ciudades con grandes índices de contaminación en términos de la calidad del aire, contaminación visual, contaminación auditiva y contaminación generada por una enorme cantidad de problemas adicionales que han venido incrementándose de manera paulatina con el crecimiento mismo de las propias urbes.

El espacio público se encuentra al día de hoy, en lo general, invadido: comercio ambulante, basura, invasión que los propios ciudadanos por medio de nuestras actividades cotidianas generamos de manera permanente. Esto, sin duda, es un problema de carácter físico y urbano que cada vez más se convierte en un problema de salud por la invasión física del espacio público y por la comercialización de una gran cantidad de productos, bienes y servicios que consumimos en condiciones que están lejos de ser higiénicas.

Nos estamos enfrentando a estas concentraciones urbanas y a nuevos problemas. El día de hoy, en los siglos, años, pasamos de dedicar una hora de transporte entre la vivienda y el trabajo para abolir muchos habitantes de las ciudades a más de cuatro o cinco horas en ese traslado. Pero en ese mismo tiempo, incluso con una enorme presión a causa del estrés, con problemas de convivencia en donde literalmente nos lamentamos todas las mañanas, en el metro, en los autobuses, en los cruceros. Y este es un tema fundamental de salud también que tendremos que estar atendiendo.

La población se sigue concentrando en las grandes ciudades, alrededor de ellas, y va generando, por supuesto, una necesidad y una presión importante para conseguir espacios en donde vivir. La vivienda consume espacio, y lo más grave es que los nuevos espacios de vivienda, en los últimos años, décadas, han ido por encima de las áreas vitales para el crecimiento y para la convivencia de la ciudad; por encima de áreas donde se cultivaban los alimentos que consumimos e incluso en donde se recargaban los bancos de los cuales adquiriríamos el agua que requerimos todos los días para sobrevivir. La vivienda también ha evolucionado. Si podemos entender que hemos pasado de vivienda familiar, a la del conjunto y condominios con cada vez menos espacio, a los multifamiliares con departamen-

tos que han pasado de departamentos mínimos, vivienda mínima, hasta llegar al concepto prácticamente de la *vivienda clóset*. Si eso es evolución, entonces sí estamos evolucionado. Este modo de crecimiento urbano histórico está consumiendo y seguirá consumiendo una enorme cantidad de recursos económicos para la extensión de las infraestructuras. Recursos que deberían ser utilizados para justamente proporcionar una mejor calidad de vida, digna y mejor calidad de los servicios públicos.

## El hospital del futuro

¿Cómo se atenderá y se diseñará el hospital del futuro? Y... yo me pregunto, ¿ya resolvimos el del presente? Porque el hospital del presente parece que todavía deja mucho que desear. La verdad es que todavía estamos viviendo en un problema donde los servicios médicos en general están lejos de cumplir de manera satisfactoria con estas condiciones para atender los problemas que ya estamos enfrentando y para detener incluso aquellos que ya se están generando y estamos viviendo. Es cierto que la expectativa de vida se ha incrementado. Hoy vivimos más tiempo que hace varias generaciones, pero también es cierto que nos enfermamos más, de manera más constante y cada vez tenemos más enfermedades que no conocíamos en otro momento. Me parece que incluso nuestros propios hospitales, en el sistema en general, se ven amenazados constantemente de muy diversas maneras.

Hoy enfrentamos padecimientos como consecuencia de terreno de vida, de vivir en la ciudad e incluso de lo que estamos consumiendo. El sobrepeso, la obesidad, la diabetes, los accidentes cotidianos, vinculados con el crimen en general, los accidentes viales, las enfermedades cardiovasculares hoy efectivamente llenan las salas de espera de prácticamente todos los recintos hospitalarios. Y de nueva cuenta el futuro, esto que estamos viviendo tiene décadas entre nosotros. ¿Cómo podemos saber, en verdad, cuáles son las enfermedades que vamos a estar enfrentando el día de mañana, dentro de un mes o incluso dentro de las próximas décadas?

Hay escenarios diversos que podemos encontrar en Internet, algunos incluso en calidad de juegos para nosotros: para poder empezar a crear enfermedades, propagar virus o generar incluso vacunas para atender un sinnúmero de posibilidades. No sabemos todavía cuál es la enfermedad a la que nos enfrentaremos en el futuro. La globalidad en la que nos encontramos el día de hoy aterrizando, es

también la que modifica los componentes. Nos movemos en el mundo de manera mucho más eficiente, rápida. Antes, eran necesarias semanas o hasta meses para cambiar de continente y hoy podemos hacerlo, literalmente, en horas. Esto también tiene consecuencias en términos no solamente de crecimiento de la ciudad, sino incluso en la propagación de las enfermedades, de su aparición muchísimo más rápida y de los efectos devastadores que pueden tener las nuevas enfermedades, a partir de estos métodos de comunicación entre las propias ciudades.

Existen simulaciones donde en unos cuantos días podría desaparecer la población completa de la humanidad gracias a las nuevas tecnologías. Y este es un tema fundamental. No solamente es necesario que nos reunamos con las personas de las diferentes disciplinas, sino también que incorporemos y nos pongamos de inmediato en la actualidad, con un diálogo entre las nuevas tecnologías para hacer de ellas herramientas necesarias para poder abordar el tema del futuro.

Las nuevas comunicaciones permiten hacer y tener un nuevo escenario promisorio y posible. Esto que aparece en instituciones dedicadas al tema del futuro es también, como con las herramientas tecnológicas, un avance. Estaremos seguramente en los próximos años, muy cercanos conociendo la evolución de todo en materia genética; también, cómo se están reforzando y modificando las diversas poblaciones de las diversas ciudades. Tendremos, casi con el concepto de las vallas publicitarias en las vías públicas, espacios dedicados para el diseño de dietas personalizadas de acuerdo con las características de cada persona e incluso módulos de detección en donde la ciudad tendrá una red de monitoreo para identificar, en color rojo, a las personas que están deambulando en las ciudades y que tienen una enfermedad, que dicho sistema podrá detectar. Hasta los teléfonos celulares que utilizamos día a día tendrán la tecnología incorporada para poder transformarse también en un elemento de diagnóstico y de diseño, incluso de procedimientos para atender o prevenir y, por qué no, curar padecimientos.

Hay escenarios de caos y catastróficos, y la pregunta es: ¿qué tendremos que estar haciendo o qué estamos haciendo en este momento para atender esto? Los mejores ejemplos son los congresos, convocados por dos instituciones: una de medicina y la otra de arquitectura. Lo que están haciendo es justamente discutir lo que necesitamos hacer para poder diseñar nuevas políticas públicas, estrategias, escenarios que permitan alcanzar estos elementos.

El mundo ideal para hablar del hospital del futuro y las ciudades saludables sería uno al que pudiéramos pertenecer; que nos entregaran, como un lienzo nuevo a un pintor, un espacio en el cual pudiéramos diseñar y construir esta ciudad ideal. Pero la verdad es que eso no va a suceder, porque las únicas ocasiones en las que hemos tenido esas oportunidades de partir desde cero han sido por las desgracias. Los fenómenos naturales, el gran sismo de 1985 de la ciudad de México, la bomba en Hiroshima, los recientes problemas que se han enfrentado en México, en las costas, como en Acapulco.

Incluso el deterioro de las grandes ciudades son casos que no queremos... y las únicas oportunidades en realidad para partir de cero. Pero también las ciudades no son solamente el resultado, hay algunos ejemplos contemporáneos, más allá de lo que sucedió en Hiroshima o en la ciudad de México. En el Medio Oriente o en Brasilia, en una ocasión hubo la oportunidad de hacer un ejercicio de una nueva ciudad y, sin embargo, hay también un consenso entre los especialistas acerca de que estos ejercicios de nueva ciudad siguen estando muy lejos todavía de considerarse ciudades saludables.

En ocasiones, [en las reuniones,] da la impresión de que en especial los arquitectos tenemos la fórmula mágica, que nosotros somos la generación que ha resultado ser de este cambio, que nosotros vamos a diseñar la ciudad saludable y el hospital del futuro. Pareciera pues, que es un ejercicio el que estamos abordando hoy. La verdad es que no es así. Por fortuna, a lo largo del proyecto también se han hecho ejercicios interesantes. Ya en 1962, Hanna Barbera creó una caricatura titulada “Los Supersónicos”. Sus creadores hicieron la animación y diseñaron la ciudad. Trazaron incluso los planos de esa ciudad ideal; los hospitales incluidos consideraban métodos de diagnóstico en los que por medio de un monitor los médicos se veían los padecimientos y solamente los síntomas que presentaban los pacientes, así podían deducir cuál era la enfermedad y diagnosticar a la población. Además de los hospitales, se crearon métodos de transporte, el transporte masivo, etc. Me parece incluso que estos planos deberíamos incorporarlos a la exposición del hospital del futuro.

Asomarse a la ventana del futuro es un asunto serio, más allá del contraste que se puede establecer con una animación que trata de lo que la gente piensa en el futuro desde hace mucho tiempo. Esta es una tarea a la cual se le dedican recursos muy importantes en varias partes del mundo. El Instituto del Futuro es una institución no gubernamental, con fines no lucrativos y sede en Estados Unidos de América, en Silicon Valley. Tiene más de 45 años reuniendo expertos de todas las disciplinas: arquitectos, ingenieros, médicos,

sociólogos, nutriólogos, empresarios, organizaciones civiles y organizaciones sociales, entre otros, para discutir todos los elementos necesarios para poder aprender un poco y planear estrategias que puedan ayudar a contar los problemas que vivimos.

Existen ejercicios en el instituto en donde se discuten desde diferentes perspectivas y entre diferentes escenarios cuatro posibilidades: ¿qué pasaría si no hacemos tal cosa?, ¿qué sucedería si hay factores que nos manden a escenarios caóticos? o ¿qué pasaría si todo evoluciona en orden y en realidad empezamos a construir las cosas de manera mucho mejor?

En el diseño de escenarios producido por el instituto se realizan recomendaciones que deberían influir justamente en los ámbitos del marco legal, técnico y de las relaciones sociales. En el diseño de la ciudad y el uso de las telecomunicaciones, los métodos de trabajo del Instituto del Futuro se basan sobre todo en mesas de trabajo con base en las diferentes temáticas del espacio público, de la educación, de la salud, entre otros, en las cuales los expertos convocados por el Instituto están haciendo este tipo de ejercicios. No son la única institución que hace este tipo de estudios. Hay otros ejercicios, realizados por una empresa alemana, la BMW, en coordinación con el Museo Guggenheim. Lo que están haciendo en un laboratorio de investigación en este momento, en diferentes ciudades del mundo, es precisamente buscar estrategias y respuestas a los problemas. Y para ello, lo que se plantearon fue hacer una lista muy completa de las intendencias y los cien elementos urbanos que debieran tomarse en consideración para el diseño de las ciudades, con el fin de garantizar la calidad de vida.

Hay ejercicios que se están haciendo y se podrían continuar con los de carácter internacional. México no queda al margen de esto. La propia ciudad de México ha planteado ejercicios de esta índole. Desde hace ya un poco más de 6 años, se han conducido ejercicios con la misma perspectiva, coordinados por el Consejo para el Desarrollo Urbano Sustentable (Conduce). El propósito de este cuerpo colegiado, en el que participaron más de 1 500 ciudadanos del país, provenientes de muy distintas disciplinas: todos los colegios de profesionistas, organizaciones civiles, sociales, de grupos organizados, la academia y estudiantes, todos participando con el propósito no sólo de definir el programa General de desarrollo Urbano, sino también de trabajar en lineamientos concretos para poder poner en un solo elemento normativo el código de desarrollo urbano sustentable todas las disposiciones en materia de construcción, de seguridad, de convivencia en general, es decir, en un solo instrumento que garantizará la aplica-

ción de normas y la búsqueda de objetivos, un fideicomiso de suelo, infraestructura y equipamiento para garantizar el financiamiento de la infraestructura y los servicios públicos requeridos. Estamos viviendo crisis en el financiamiento de la infraestructura en los servicios públicos. Estamos viviendo el día de hoy la discusión de aumentar la cuota del sistema del metro, la cual está en tres pesos, por mucho la más baja en el mundo, en un sistema que mueve más de 5 millones de personas al día en condiciones de inseguridad.

Este es uno de los objetivos fundamentales que debiéramos perseguir de manera conjunta: la reconstitución de un cuerpo colegiado de profesionistas, de actores sociales, de expertos en todos los temas y en todas las disciplinas para atender la capacidad de ejercer el esquema del nuevo mecanismo de gestión y de planeación de la ciudad.

Se plantearon ciento dieciséis ejes temáticos, todos fundamentales para la ciudad, la sustentabilidad, la equidad, la calidad de vida, el espacio público, la gobernabilidad y la participación social, el eje de competitividad en un total de veinticinco mesas de trabajo y, que nos permitirán decidir con exactitud cuáles son las discusiones más importantes que nos pueden llevar al diseño de una nueva estrategia política en materia de desarrollo de la ciudad. Es este el método que reunirá a las personas, a todos aquellos actores importantes de la ciudad, con todos los elementos de la ciudad para poder hacer un planteamiento a la autoridad a partir de sus diversos órganos.

Lo único que sucede de manera constante y que no se detiene es el tiempo. Entre más nos tardemos en organizarnos de una manera distinta, más tiempo nos va a llevar alcanzar las imágenes objetivo. Yo sí creo que sí se puede, pero lo primero que debemos abandonar es la visión unilateral, unigremial y unipersonal. Si no entendemos que la salud de las personas está en el centro de la imagen objetivo de una ciudad saludable, donde la ciudad sea esta composición de elementos positivos, será muy difícil que alcancemos los objetivos. Pongámonos a trabajar de manera coordinada, olvidemos las diferencias y los protagonismos gremiales, sumemos esfuerzos, invite-mos a todos, discutamos entre todos los elementos de las disciplinas lo que tenemos que decir cada uno de nosotros para abonar en esa dirección. Celebro que en particular en esta iniciativa de la Academia Nacional de Medicina, y con ello concluyo, estén precisamente convocando a un ejercicio de más largo plazo; que estén invitando en las próximas semanas, meses, años a todos los demás gremios, a todas las demás disciplinas para obligarnos a aprender a trabajar en equipo, a aprender a trabajar de manera conjunta. Y si es fácil proponerle y plantearle cosas a la autoridad; si es fácil exigirle el

cumplimiento de sus compromisos... es la única posibilidad que tendremos de llegar a ciudades saludables y al hospital del futuro.

## Un enfoque no generalizado para el urbanismo y la arquitectura de la atención sanitaria

*Antonio Vélez*

[...] Quiero utilizar unos minutos para agradecer esta invitación al Encuentro en el que me siento muy honrado de participar en este congreso. Debo agradecer a mi viejo amigo, compañero de aventuras urbanas en América Latina, el arquitecto García Formentí, al arquitecto Mora, al arquitecto Latapí y, principalmente, al doctor Ruelas. Me siento muy honrado de que personas de ese prestigio y esa categoría piensen en mí para estar con ustedes y abordar algunos aspectos en la creación de la arquitectura hospitalaria.

Se ha hablado de la importancia de las ciudades saludables y, con la categoría de profesionales que se han presentado aquí, probablemente tengo poco que definir en el tema en relación con los hospitales de México. Sólo citaré algunos casos, fundamentalmente de fracasos. Estupendos fracasos como menciona aquel protagonista de Zorba el Griego, que representaba el actor Alan Bates, cuando sus proyectos se venían abajo. Son estupendos fracasos, pero que sirven un poco para comentar las ideas que yo creo que están debajo de todo el texto que quiero trasladar a ustedes.

Le he dado muchas vueltas a lo que se puede comunicar a un público no necesariamente especializado, una experiencia que no siempre ha sido enfocada a la sanidad de los hospitales. Sin embargo, he intentado –y creo haber logrado mantener hasta hoy– una visión realizada sobre la ciudad, sobre su arquitectura y sean cuales sean sus coordenadas geográficas, casi siempre vinculadas o vinculables a una visión saludable y moderna.

El título que le he querido dar a esta charla, “Un enfoque no generalizado para el urbanismo y la arquitectura de la atención sanitaria”, debe tener para ustedes un significado muy claro. Como en tantos aspectos de nuestra información como arquitectos, no hay recetas, cada trabajo con sus resultados son y deberían ser siempre nuevos. No novedosos en forma peligrosa, sino serenamente innovadores, no dejemos a un lado la importancia que tienen los servicios sanitarios como elemento fundamental para la configuración del espacio público. Yo creo que los elementos de la arquitectura de

la salud son elementos que se convierten rápidamente en símbolos y emblemas de la ciudad, en hitos y referencias muy claras, incluso para la orientación y el funcionamiento de la vida cotidiana de la urbe. Estos edificios son generadoras de espacios públicos.

A esto me refería antes, cuando hablaba de la arquitectura que no debe ser peligrosamente novedosa, sino serenamente innovadora. La obra artística de Andrés Rabado, “El Roto”, a quien yo considero uno de nuestros filósofos más profundos y maceteros, facilita su comunicación con la ciudadanía por medio de unas viñetas diarias que publica el periódico *El País*. Hay ejemplos que son bastante elocuentes, como el caso del edificio de 1921, proyectado por Erick Mendelson en Postdam y, por otro lado, un edificio de 2002, proyectado por Zaha Hadid para la modelo Naomi Campbell, en los alrededores de Moscú. Yo creo que para ese viaje de un siglo casi no hacen falta tantas alforjas de lo que pienso que es un ejemplo ilustrativo de lo que puede suponer la novedad, que acaba siendo una reiteración de lo existente. No hay creatividad y, sin embargo, se sacrifica muchas veces la verdadera innovación a los aspectos realmente innovadoras.

Otra cosa que veo que sigue siendo muy importante dentro de los esquemas en los que manejamos la ciudad es que parece existir una estrategia de destrucción sistemática del espacio público, que se convierte en un espacio de negocios y de comercio. Un gran sociólogo ingeniero, Fernando Naredo, afirma que muchas veces lo que sucede es que hay una estrategia para convertir espacios en peligro, en espacios peligrosos. Cuando pasan a ser espacios de peligro, de abandono en la ciudad, pasan a ser espacios peligrosos y la maquinaria económica y financiera entra y se aprovecha de la desidia o simplemente de la marginación en espacios públicos abandonados y descuidados para convertirlos rápido en famosos espacios peligrosos que acaban siendo absorbidos por el mercado inmobiliario.

Una vez más lo que pueden hacer las instituciones sanitarias es colocar contenciones a la distribución del espacio público, siendo el elemento que desencadena el cuidado, atención y recuperación del espacio habitable.

Ahora también quiero hacer referencia a que la ciudad, ya no es aquella en la que yo nací y en la que nacieron muchos de los presentes, sino que es una ciudad de enormes dimensiones. Ejemplos como las ciudades de Lima, Río de Janeiro y Buenos Aires son áreas metropolitanas, el crecimiento de la ciudad se produce día a día en un gran porcentaje de edificios que se ocupan y se roban a los márgenes de la ciudad. Ese crecimiento tan vertiginoso genera falta de

atención a los nuevos espacios públicos, es decir, la periferia de la ciudad. Desafortunadamente esos espacios crecen sin ningún control y sin ninguna dotación. Yo creo que siempre hay instituciones que se ocupan de los centros de las ciudades, fuerzas vivas de la ciudad, academias e incluso los ministerios de turismo se encargan de recuperar dichos centros. Sin embargo, de la periferia nadie se ocupa debido a que no hay turistas que quieran visitarla o a que se considera que la periferia es un espacio que no genera ingresos.

El título de cada ciudad, debería haber dicho más apropiadamente cada lugar, cada tiempo, es un espacio particular. Es notable mencionar que la periferia se rompe como una hoja de papel ante las necesidades básicas –el tiempo, sabemos, es el valor más alto en el mercado de hoy– y los avances de los medios; por poco alejado que esté el tiempo, siempre nos parece como distante *flashback* en nuestra memoria. Es probable que esta variable, el tiempo, sea la que más condiciona nuestros trabajos, y de la que más depende la bondad y el acierto. La tecnología incluye muchos adelantos, pero, también, problemas para dirigirla, e invade rápidamente el entorno urbano de la ciudad. La ciudad de la que casi siempre hablamos es la ciudad densa con alto valor, que va hacia el progreso y que intenta ser una ciudad de ciencia ficción. Pero la ciudad en donde en realidad vive la mayor concentración de gente muchas veces son campamentos, que hoy se repiten en número infinito en el planeta con base en los conflictos y los problemas de alcanzar la paz. A esa ciudad hay que darle un lugar y un sitio entre las preocupaciones de la ciudad saludable. Además, yo considero que aquella nos enseña una manera posible de acometer la ciudad saludable. Yo creo que la imagen de un campamento improvisado, es una ciudad mucho más saludable que muchas de las zonas en las que vive la gente.

El verdadero destinatario de nuestro trabajo, la gente, quiere y necesita ansiosamente ver las ciudades del futuro y, muy en particular, aquella que atañe a la salud, lo más importante sin duda. En nada se aprecia y se valora más en un ser humano que la salud. No tenemos más remedio que trabajar anticipando los problemas en los espacios.

El destinatario de nuestro trabajo percibe fundamentalmente si hay mucho ruido, si hace calor en el edificio, si se puede subir a la camilla, y el tiempo, el tiempo es fundamental en la atención sanitaria. Yo diría que es el valor prioritario no sólo en las urgencias hospitalarias y en las esperas, en el transporte, en el acceso y en la orientación. El tiempo es el gran dinosaurio capaz de engullir hospitales y ciudades enteras.

Otro punto fundamental en estos tiempos es que la tecnología es muy transportable. Es más fácil transportar la tecnología que hacer los edificios del señor Obama, quien al trasladarse, por ejemplo, a un hotel de Río de Janeiro, con el fin de proteger su privacidad, sus conversaciones, se dota de una tienda de campaña y de artilugios que se llevan con mucha facilidad. Hay que pensar que en el ambiente en el que estamos trabajando hoy, la ciudad saludable no es una ciudad vigilada, es una ciudad que tiene un tránsito en la vida cotidiana y que hay que proteger y que muchas veces no necesita de grandes inversiones. Muchas veces, lo que necesita son precauciones y prevenciones.

Me voy a permitir utilizar unos minutos para hablar sobre un colega español que en 1968 presentó su proyecto terminal de carrera, en la Escuela de Arquitectura de Madrid. Este chico, de apenas 20 años, era sin duda el estudiante con más talento. [...] [Pasó mucho tiempo en cama porque tuvo muchas dificultades.] Lo que les voy a comentar a continuación [tiene que ver con] el tema del proyecto, un hospital de urgencias en medio de la carretera que une a Madrid con Albacete, una distancia aproximada de 250 km. En el kilómetro 125, al tribunal de arquitectura se le había ocurrido colocar un hospital de urgencias. Todos (y me incluyo) hicieron lo que se les ocurrió, hospitales de varios tamaños en medio de campos y de la mancha. Lo que este compañero diseñó fue sólo una hoja en la que ponía un carril que unía a Madrid y Albacete para que una ambulancia, muy dotada, en 1964, pudiera recorrer, en un sentido o en el otro, en menos de media hora el trayecto y atender al accidentado. Eso es lo que hay que pedir a los arquitectos, que pensemos como Javier Azorra, que en 1964 era capaz de pensar que iba a existir una unidad móvil que pudiera llevar al enfermo y al accidentado. Esta lección es una manera muy elocuente de lo que hablamos del futuro.

Cito al arquitecto Carlos Ferrán, quien hablaba hace poco del Cintrón, el tratamiento de la diabetes, y de que siguen desapareciendo las comadronas, porque la mayoría de los niños de Estados Unidos y Europa de hoy ya no nacen en su casa. Estos hechos ¿son una consecuencia del desarrollo tecnológico? Hay cosas tan elementales como nacer en casa que deberían recuperarse, ya que pueden ofrecer una cierta garantía de que solamente se necesita trasladar el instrumental. Todos sabemos que la cantidad de partos que se hacen por cesárea es enorme. Determinadas costumbres y hábitos deberían poderse recuperar y pensar en si eso hace una ciudad más saludable.

Un gran aliado para la salud, son los medios de comunicación que el mundo digital y la tecnología han puesto a disposición de la

prolongación de la vida. Pese a las mordaces críticas de “El Roto”, la tecnología es uno de los elementos más fundamentales para que la gente salvaguarde su integridad; el teléfono móvil es uno de los casos más notables.

Otro asunto al que deseo referirme y que quiero dejar como colofón es sanidad pública o sanidad privada, concesiones para gestionar la sanidad y sus instalaciones. Lo importante en cualquier escala de las gestiones sanitarias es quien dirige, ordena y manda y debe ser lo público, el estado, la región, la ciudad. Que pida cuentas, no sólo económicas, al concesionario. Lo más importante es quien debería ser el único destinatario de cualquier gestión sanitaria, sea pública o privada: la gente, toda la gente, no la economía ni el *show business*. La gratuidad universal es el reto que tenemos y que no debemos olvidar. Y es que siempre hay que perseguirla y hacer una gran batalla por conseguirla, para que no sucedan diálogos como este:

—¿Qué tengo?

—A mí no me pregunte, los diagnósticos los hace el gerente.

[...]

109

## Salud, arquitectura y ciudad

*Diane Gray*

[...] Estoy muy feliz de estar aquí en este congreso, en esta maravillosa ciudad de México. Para mí ha sido muy interesante estos días contemplar esta idea de la transversalidad. Creo que el hecho de que este congreso esté organizado con base en esta idea: los arquitectos y los médicos que hablan uno al otro, ya es el futuro. También veo muy interesante que, viniendo de Barcelona, las dificultades que tenemos a veces de colocar exposiciones sobre arquitectura irónicamente en nuestra ciudad se superen en la ciudad de México, es fantástico que aquí haya un museo de Bellas Artes con una exposición sobre la arquitectura dedicada a la salud.

Pensaban que sería una buena idea hablar un poco de dónde vengo. Soy de Estados Unidos, pero soy un poco un híbrido. Soy estadounidense catalana, llevo unos 25 años viviendo en Barcelona, así que domino el castellano; la única cosa es que, de vez en cuando, suelo inventar palabras y, si es así y no se entiende, por favor les agradeceré que me corrijan.

Desde hace 23 años he estado trabajando en la fundación Mies Van der Rohe, como comisaria de los programas de la fundación.

Uno de los programas que he estado dirigiendo es el premio Mies van der Rohe, que concede la Unión Europea de Arquitectura Contemporánea.

Se publicó un libro con los últimos proyectos editados, del cual salió una colección de textos y de proyectos que han estado incluidos en la selección del jurado durante los primeros 25 años y que lleva por nombre *Construyendo Europa, 25 años de Arquitectura*.

Voy a hablar de arquitectura en Europa como una manera de compartir experiencias, de hablar sobre casos concretos del concepto de la ciudad saludable. Los últimos 25 años han sido una época extraordinaria en el viejo continente, hemos visto la presencia de Europa como entidad política, social, económica y también física.

Un caso célebre es el museo Guggenheim de Bilbao, el cual fue terminado en 1997 por el arquitecto canadiense Frank Gehry, con la idea de la ciudad de Bilbao como una manera de hacer urbanismo. Cada ciudad en Europa, cada pequeño pueblo, quería su propio Guggenheim. Ha sido una manera un poco distorsionada para explicar qué ha pasado en Europa durante todos estos años. Lo que ha sido mucho más importante, durante 25 años en Europa, es la construcción de la ciudad por medio de las pequeñas piezas de arquitectura cotidiana. Quiero decir obras pequeñas, modestas, como se observa en la ciudad, con mercados, con comisarías, con viviendas, escuelas y por supuesto obras relacionadas con la salud. Sobre todo me gustaría destacar que se piensa que el valor de la ciudad europea contemporánea es un modelo de la ciudad que inspira y aspira a ser una ciudad saludable. Es un lugar de experimentación, un lugar de complicidad en que conjuntamente los ciudadanos, los gobiernos locales, nacionales e incluso dinero público desde Bruselas ha ido construyendo esta constelación de ciudades saludables. Y yo diría que esto es una imagen bastante familiar para nosotros en muchas ciudades europeas como en el caso relacionado con las protestas por los recortes, además de ser también una reacción a la amenaza que representa esta posibilidad de transformar todo lo que hemos ganado durante estos 25 años construyendo ciudades que aspiran a ser saludables.

Lo que espero en esta conferencia, es hacer una especie de gran *tour* visitando algunas obras concretas para hacer una recopilación de ideas que han contribuido a una definición de esta nueva ciudad europea.

Primero quería definir el título de mi charla, cuya primera palabra es *salud*, perfeccionando un poco lo que se ha dicho con anterioridad. Nos hemos alejado de la energía de la medicina como un mero instrumento para arreglar algo roto y cada vez nos

interesa más mejorar las maneras de la atención médica, la cual puede formar parte de un sistema que se dedica a mejorar la salud de las personas, un sistema que prioriza que el concepto del entorno influye mucho en nuestro bienestar.

La segunda palabra es *arquitectura*, arquitectura entendida como un espacio que alberga una gran gama de escalas y conceptos y sobre todo obras públicas y, en muchos casos, proyectos que son el resultado de concursos públicos.

Por último, la palabra *ciudad* implica una definición que debe estar relacionada con la idea de comunidad, convivencia, lugares que pueden ser centros densos, pudiendo ser la periferia de las grandes ciudades, áreas suburbanas e incluso semiurbanas. Arquitectura siempre entendida como un elemento de la construcción de la ciudad y por supuesto con una gran diversidad. Berlín no es Londres, Barcelona no es Estocolmo y Porto no es Londres.

Un gran elemento de construcción de ciudad es el espacio público. El espacio público europeo es el espacio por excelencia y es un elemento que la gente reclama. Forma parte de los grandes problemas de los arquitectos europeos; es muy difícil y, yo diría, imposible, entender la arquitectura europea contemporánea sin ligarla y entenderla como la ciudad y la construcción de la ciudad, así como la extrapolación de los espacios públicos.

Para empezar este *tour* por Europa, quería dar un poco de contexto: el programa de salud como elemento generado y de necesidad más progresista, la arquitectura y el urbanismo del movimiento moderno de los años veinte y treinta del siglo pasado, incluso a través de las obras más emblemáticas de esta época que eran, precisamente, sanatorios destinados a combatir la tuberculosis, donde consideraciones como la luz, la máxima comodidad para los pacientes, los desarrollos tecnológicos y un entorno limpio y ajardinado fueron de suma importancia. Casos como el Sanatorio de Pilmean en Finlandia de 1932, de Alvar Alto que sigue no como un sanatorio, pero sí como un hospital y por último el dispensario de Barcelona de 1938 de Torres Clave y Batista Sveral, una de las obras modernas de la península ibérica considerada como un edificio clave del movimiento moderno. A diferencia de otras obras, ésta es una obra sumamente urbana en la zona de Rabal de Barcelona. El edificio estaba terminado antes de la guerra civil y nunca fue utilizado como sanatorio. Estuvo cerrado por muchos años y fue restaurado en 1992, hoy es un centro de atención primaria para el barrio de Rabal y creo que es muy interesante que esta idea de una obra emblemática del movimiento moderno esté siendo utilizada ahora en un barrio.

Iniciando el *tour*, en el centro histórico de Barcelona, el edificio a mostrar es el Centro de Discapacitados, al cual deberían cambiarle de nombre, debido a que la gente no es diferente, todos somos iguales. Como podemos ver, está entre dos bloques de vivienda, está situado en un entorno no muy favorable. Lo que es importante de este proyecto son sus calidades y cualidades luminosas y, debido a la fachada, la gente no sabe qué es el sitio. Es una obra de Iñaki Aldae y es de 2007. Entramos; podemos ver la luminosidad adentro y la idea de organizar el edificio alrededor de diferentes patios ajardinados. Continuando con Barcelona, me gustaría hablar de otros proyectos que tienen que ver con esta idea sobre la prevención, promoción de la salud y concretamente sobre unos proyectos enfocados en el espacio público. El programa del edificio Biblioteca es un centro de día para gente mayor y un espacio público. Es una obra de RCR Arquitectos de 2011. Lo importante de la biblioteca son los grandes ventanales y las grandes escaleras que se convierten en su interior en un gran espacio público para jóvenes; el jardín interno de la biblioteca nos lleva a un gran espacio abierto. Esto forma parte de un programa del Ayuntamiento de Barcelona, que consiste en recuperar los interiores de las manzanas; esto antiguamente era una fábrica y lo importante del proyecto es la colisión de diferentes usuarios: la idea de una biblioteca o un edificio público para gente mayor y estructurando todo alrededor de un espacio público donde los mayores pueden estar compartiendo el espacio con los jóvenes.

Cambiando de país, ahora vamos a Copenhague, Dinamarca. Les muestro una obra de los arquitectos White, mismos que se encargaron de un hospital en Estocolmo, Suecia. El programa de esta obra es un área de balneario público para disfrutar del mar, camino de la ciudad de Copenhague hasta el aeropuerto; es un lugar público. Está abierto las 24 horas del día y está habilitado para gente con silla de ruedas, lo cual es una importante consideración para tener en mente; la posibilidad de accesibilidad.

Otro proyecto es la idea de un espacio público abierto al mar en la ciudad de Sedar en Croacia. Se llama el Órgano del mar y es del arquitecto Nicolás Bazec, terminado en 2007, un lugar de gran belleza. Incluso Adolf Hitchcock comentó que este lugar tiene las puestas de sol más bellas del mundo. El nombre del proyecto, “Órgano del mar”, se refiere a lo siguiente: el arquitecto colocó un sistema para que cuando el agua fluya al interior de los escalones que generen un ruido casi como un viento y la idea es que la gente pueda interactuar con el mar y este sitio tan bello y, a la vez, vivan

la experiencia del sonido. Hay que mencionar otro tema dentro de las necesidades del espacio público que es el turismo. Es un tema fundamental para el crecimiento de las ciudades en cuestión económica y forma parte de la idea de las ciudades saludables y la vida saludable. Tenemos que luchar en contra del turismo de basura, del desarrollo bestial que no contribuye a la cultura del lugar donde está localizado.

Pasando a otro proyecto, un proyecto en España realizado en la década de 1990 que ayudó al país a colocarse en el mapa internacional en cuestión de arquitectura, del Arquitecto Enrique Miralles. Es el cementerio de Igualada, en España. Debemos pensar en la idea de la vida saludable y los procesos de curación, de la vida, e incluso de la muerte. Y que estos espacios que son para el descanso de los muertos, son espacios que se consideran para la cultura de curación, ayudando a curar a la gente que se queda.

Del mismo arquitecto, Enrique Miralles, en colaboración con Benedetta Tagliabue, tenemos el mercado Santa Catarina, el cual es una rehabilitación de un mercado antiguo y podemos observar la gran cubierta: con una especie de patrón digitalizado y abstraído de frutas y verduras a partir de colores. La importancia de esta obra es que por un lado el mercado es un espacio fundamental para las ciudades y, por otro lado, la idea del espacio saludable, esta idea de formar una nueva relación con la comida y el espacio, y mediante el mercado y su rehabilitación se mejoró la vida y disminuye el consumo de alimentos chatarra. Los mercados son espacios donde las personas tradicionalmente se juntan y donde pueden disfrutar su entorno y comprar sus alimentos, detrás del mercado existen dentro del proyecto una serie de viviendas sociales para gente de la tercera edad. Esto significa que el mercado se convierte en un espacio público, familiar y para la gente mayor.

El último proyecto que voy a mostrar con respecto al espacio público es en la ciudad de Copenhague. Es del despacho BIG (Bjarke Ingels Group) y es un proyecto de 2013. Se llama “Súper Ruta”. Anteriormente, el sitio era una zona abandonada en medio de la ciudad de Copenhague; el típico lugar usado para el consumo de drogas y con altas tasas de criminalidad, en verdad desagradable. Destaca que esta zona era de gran concentración de inmigrantes y no fue la típica zona pues, para resolver el problema, hubo que fomentar la selección de la población del barrio, de modo que la gente que vivía en el lugar tenía que marcharse, a causa del alza de los precios, debido al mejoramiento urbano. En este proyecto, la idea era que el

despacho, en conjunto con artistas, paisajistas, diseñadores y con los mismos habitantes de la zona, en una serie de reuniones con la gente del lugar, pidiera sus opiniones de cómo el espacio tenía que hacerse a la medida, para ellos. Es un lugar donde a los individuos provenientes de muchos sitios diferentes: Senegal y muchos lugares de África, se les pidió que dijeran cuáles eran los símbolos importantes para ellos; cómo hacer que este lugar significara algo para los residentes y no simplemente se pusieron diseños aleatorios.

[...] Quiero cerrar con sólo un par de palabras: todas estas obras tienen en común que forman parte de la vida cotidiana de sus propios entornos; en consecuencia, son ejemplos de cómo el diseño del espacio público y los espacios ajardinados, en combinación con los sistemas sanitarios, pueden ser elementos fundamentales en la agenda social contemporánea que aspira a construir comunidades y ciudades saludables.

[...]

## La arquitectura social de la provincia de Santa Fe, Argentina

*Silvana Codina*

[...] Muchísimas gracias por esta oportunidad de encontrarnos aquí en México, donde se produce un encuentro muy emotivo para mí, porque estuve en este mismo congreso hace más de una década hablando de lo que fue un proyecto, presentado por el arquitecto Mario Corea, sobre el hospital de emergencias de la ciudad de Rosario. En ese entonces era de verdad un sueño, era un proyecto sólo en el papel y tuve la invitación de la SMAES para traerlo a esta misma sala. De modo que, después de 15 años, me encuentro aquí, contando una verdadera línea del tiempo que se vio reflejada en el primer día, cuando en la exposición del Palacio de Bellas Artes observábamos esta misma obra, legitimada por varios años de uso de la ciudad; este proyecto fue la primera experiencia que me llevó a trabajar con un equipo que represento hoy aquí, junto con el arquitecto Mario Corea, nuestro maestro, en una experiencia y un recorrido que he intentado como un paseo, a lo largo de estos 15 años. Espero poder transmitir a partir de ese primer gran desafío lo que fue esta obra del hospital y una serie de obras en salud que se realizaron después de ésta y que finaliza en un proyecto que también

está en obra. Espero poder correr este ciclo y llegar a comentar la experiencia de su uso, de tal manera que, dicho esto y agradeciendo fundamentalmente a todos los presentes y a tantos amigos que encuentro en este viaje, explicarles un poco el sentido de la exposición que va a ser a partir de esta obra que explicó el arquitecto Corea y de la cual simplemente voy a comentar dos a tres aspectos de su proyecto arquitectónico y correlación con la medicina.

Hacer un recorrido, un cambio fundamentalmente de escala, de escala urbana de la ciudad de Rosario y territorial, provincial y nacional, conocida como la provincia de Santa Fe, donde me toca, por la responsabilidad de trabajar como secretaria de Estado de Arquitectura, y donde el tema de salud se integra a la agenda social de edificios de educación, cultura, justicia, etc.

Dentro de Argentina, la provincia de Santa Fe es una gran planicie surcada por uno de los ríos más caudalosos del mundo, el Paraná. Con una leve inclinación hacia este río, la provincia de Santa Fe tiene 365 localidades y nos toca actuar como arquitectos dentro de todo este gran territorio provincial. Como conté, el antecedente de las obras de salud fue el hospital de urgencias hace 15 años, que fue un edificio de salud en una ciudad. La idea de un hospital la transmitió muy bien el arquitecto Corea y recordó simplemente que simbolizó para nosotros un desafío muy grande. Hacía 100 años que no se construía un hospital, de manera tal que nos tocó dar testimonio de lo que era un hospital mirando hacia el futuro y, como arquitectos, entendimos que debíamos transmitir a la comunidad que la salud pública que se iba a brindar en ese hospital iba a tener un sentido simbólico muy importante. Este sentido simbólico estuvo representado para brindar la sensación de cobertura, mediante un gran trecho que cubre la salud pública y gratuita de todos los habitantes y ciudadanos, y que a su vez lo hace con transparencia. Por eso ese gran espacio público que como se vio hacer es una instancia donde la ciudad se une al hospital. La ciudad no termina de no ser ciudad y el hospital no empieza a ser hospital; en ese lugar tuvimos la oportunidad de reflejar la transparencia, la pérdida del temor del ciudadano a la recuperación de la salud o a introducirse al hospital.

Uno de los aspectos que nosotros destacamos en cuanto a la interlocución con los médicos fue tratar de ponerles un orden a ese diálogo que luego se congela finalmente en un edificio, y una de las reglas que establecimos en conjunto con los médicos fue imaginar que la práctica que se lleva a cabo dentro del hospital la imagináramos como dentro un tablero de ajedrez. En ese tablero de ajede-

dre todo lo que estuviera y que fuera muy público y que estuviera muy en contacto con la actividad pública, la actividad ciudadana, se diera hacia abajo. Y a medida que la práctica se iba haciendo más específica, subiendo en el número del uno al ocho, y como este era un hospital de urgencias, a medida que la actividad se desarrollara, ésta fuera más programada y estuviera más cerca de las primeras letras del abecedario, y a medida que la práctica se desarrollara con cierto grado de programación, donde fuera la urgencia propiamente dicha, avanzar en el sentido de las letras hacia la H. De esta manera, mediante este simple sistema de entendimiento de reglas de juego, pudimos comprendernos.

Seis años atrás, con el mismo equipo que integro de arquitectos, tomamos la responsabilidad de plantear edificios de la agenda social para el territorio nacional. En ese entonces, la provincia de Santa Fe no tenía una división homogénea para sus diversos asuntos institucionales: la educación, la salud, la justicia, la cultura. Si uno hubiera podido efectuar una especie de mapa con superposiciones en transparencias, ninguna coincidiría: habría un número determinado de jurisdicciones de educación y otras de salud; otros de justicia, y un mismo individuo tenía una pertenencia a diferentes áreas. Se estableció a nivel gubernamental un plan de regeneración social, y es ahí donde se da la salud integral a las otras instituciones gubernamentales. Un ordenamiento físico que se dio en llamar Plan Estratégico Provincial, dentro de un mapa de la salud, identificó un total de cinco regiones para la jurisdicción, y la salud entró dentro de esa identificación en estas importaciones.

La tarea de identificar estas regiones y la dinámica con la población se estableció mediante asambleas ciudadanas que a los arquitectos nos permitió un vínculo muy concreto y directo con el territorio, de manera tal que pudimos palpar y escuchar directamente a un número muy grande de asistentes a cargo de estas asambleas ciudadanas, en distintos puntos del territorio, las necesidades y la demanda directa de la población que en salud tiene un grado relativo, pero lo que sí es que nos dio la clara idea que debíamos responder con la arquitectura al espacio público en cada uno de los edificios que se planteaban como los necesarios para crear el espacio. Y también un orden cronológico donde tratar de resolver la problemática de la infraestructura física en lugares donde la demanda era mayor.

Esos sitios no se correspondían con una densidad de población y no se correspondían con las distancias. De esta manera, fue muy clara la necesidad de establecer una red, y en ese concepto de red,

ubicar los efectos y factores que con mayor necesidad debíamos de responder mediante proyectos y luego ejecuciones de obra.

Fue acompañado con un nuevo modelo de salud pública y una nueva ley de salud que estaba fundada en los criterios de universalidad, de integralidad, de gratuidad y de oportunidad y continuidad. Organizados por tres niveles de cuidado, nos identificaron la necesidad de construir ochenta centros de salud para reforzar la estrategia de atención primaria en un segundo nivel, de hospitales de mediana complejidad que se localizaron en los puntos que tenían mayor lejanía hacia los grandes centros densamente poblados en nuestra provincia.

La población se divide en 3.5 millones de habitantes, la gran mayoría se encuentra en la ciudad de Rosario, que no es la capital; la cuarta parte, en la ciudad capital en Santa Fe y el resto, distribuido en trescientas sesenta localidades, con lo cual como arquitectos nos vimos ante un reto, el cual era cómo dar respuestas a un vasto territorio. A ochenta centros de salud, cuando teníamos la formación y la idea de la relación de arquitectura y lugar, de arquitectura y contexto.

Aquí nos vimos ante un problema sobre el que debimos reflexionar; ¿cómo actuar? Teníamos el encargo de construir 80 centros de salud. Asfixiados por los tiempos políticos que nos exigían una respuesta muy rápida, de no repetir un prototipo de centro de salud indiscriminadamente en un territorio tan vasto, que si bien tiene una homogeneidad geográfica, porque es una planicie, la diversidad cultural es muy importante. También la realidad de cada uno de las trescientas sesenta localidades en las cuales se distribuye la población, por lo que nos vimos en una dificultad con los centros de salud, y encontramos otra vez una analogía con el ajedrez; la utilizamos para explicar el criterio. Denominamos este problema como el de un sistema proyectual. Esto es, entendimos que cada uno de estos centros de salud que teníamos que dar respuesta en el territorio tenían piezas que eran repetibles, los cuales eran los locales de los médicos; teníamos una idea de cómo se resolverán estos espacios por medio de su materialidad, y la calidad de los materiales, pero lo que nos impusimos como regla fundamental en primer lugar, fue el conocer el sitio de cada uno de los ochenta centros y cada uno de los arquitectos analizó el terreno y jugó una partida que fuera única. El juego que se daba en cada pueblo y en cada ciudad era una partida única como la de ajedrez. Esto nos facilitó mucho la tarea y tuvimos entonces el desarrollo, en ese primer nivel de atención de diferentes prototipos de mayor o menor tamaño de acuerdo con la demanda médica y también de diferentes disposiciones digitales, conforme

a si se tratara de un edificio en esquina, de un edificio frente a un espacio público o de un edificio con diferente localización física.

Lo que también tuvimos muy en cuenta para el desarrollo de estos ochenta centros de salud fue el sitio que ocupaba ese centro de salud en la ciudad o en el pueblo y también la manera en que este centro irradiaba al territorio, de manera tal que, siguiendo la debilidad del derrame, la actuación realizada en cada uno de los centros de salud fundamentalmente era atender la construcción del espacio público entendido como espacio circundante, pero también hacia adentro de cada una de estas unidades. Porque dentro de cada uno de estos centros de salud, hay una sala o un espacio de usos múltiples que no se utiliza de manera exclusiva para el centro de salud, para la atención médica, pues en algunos lugares se convierte en el único espacio público de reunión de la localidad, por ejemplo en pueblos muy pequeños.

En cuestión de avance, podemos ver que el conjuntar las habilidades de los proyectos con las habilidades de la comunidad puede apoyar a crear espacios urbanos y de servicio para la gente y mejorar su calidad de vida.

[...]

## Ciudad y salud

*Mario Schjetnan Garduño*

[...] Muchas gracias por esta participación que me han otorgado a este Congreso Internacional del Hospital del Futuro, en particular en el área de salud y ciudad. Felicidades a la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud por este Congreso interdisciplinario sobre la ciudad, cuyo tema es nuevo y muy interesante por su interdisciplinariedad, que no tiene que ver solamente con los hospitales, sino con la salud como un concepto global.

Cuando me invitaron como ponente, empecé a analizar los datos y en particular la prensa. Estados Unidos está en el lugar número 27 en expectativas de salud, y entre todos los países de la OCDE se encuentra en el número 31 en mortalidad infantil. Curiosamente, es el tercer país más rico del mundo por ingreso *per cápita*. También es el que más gasta en salud *per cápita*, 8 000 dólares por persona al año. Esto salta en esta preocupación nueva de concebir la salud de manera integral desde las ciudades, la comida, las actividades, la movilidad y todos los aspectos de la salud psicológica de la población.

Curiosamente en 1980 Estados Unidos de América estaba en el lugar número 15, es decir, que entre 1980 y 2009 cayó del lugar 15 al lugar 2, a pesar de este enorme gasto en salud; lo cual nos da con precisión la división de la pertenencia y la actualidad de este congreso y este tema.

De igual manera, México en 1980 estaba en el lugar número 32 en expectativa de vida, según los países de la OCDE y en la actualidad ocupa el lugar 30. Es decir, que es un gran avance porque en 1980 teníamos una población mucho menor. Es decir, en unos 30 años ha crecido la población y hemos mejorado dos lugares en expectativa de vida. Yo me avoqué a hacer un análisis del área metropolitana y me encontré con dos cosas: en primer lugar, existe muy poca información, lo cual habla muy mal de nuestras universidades en términos de publicar e investigar y esta información no tuve que buscarla en los datos económicos mundiales, la cual se ha estado desarrollando en los últimos años sin un estudio comparativo mundial de ciudades en todo el mundo, en el cual se hizo un estudio de la ciudad de México.

Hemos hallado algunos datos de nuestra área metropolitana muy importantes. De lo que hemos encontrado, es muy difícil saber cuándo se está hablando del área metropolitana y cuándo se está hablando de la ciudad de México; se confunden mucho las estadísticas en estos dos temas completamente diferentes.

En 1900, había 400 000 habitantes en la zona metropolitana; para 1950, a mediados del siglo xx, había 3.1 millones de habitantes, mientras que en 2001, el total era de 19 millones de habitantes. Pero, por ejemplo, en promedio se ocupan 2 horas y 30 minutos de movilidad de un habitante del área metropolitana para trasladarse a su trabajo diario en términos de una jornada de ocho horas de trabajo. En comparación con una hora y 24 minutos en Londres, 55% de los movimientos se hacen en minibús o en colectivo. Esta información se obtuvo directamente del *London School of Economics, Urban Age* y se puede hacer un muestreo comparativo de las principales ciudades más grandes del mundo para ubicar a la ciudad de México en el contexto internacional.

Una gráfica en cuestiones de salud en donde están situadas las ciudades de: Londres, México, Johannesburgo y Berlín muestra la pertenencia de automóviles por cada 1 000 habitantes; México es uno de los países que más unidades tiene en comparación con Nueva York, Londres y Berlín. También podemos ver las muertes por cada 100 000 habitantes; en Nueva York la cifra es de 4.1; en

Shanghai, de 2.5; en Londres, 2.9, y en México, hay 28.7 muertes por cada 100 000 habitantes en relación con el uso indebido de automóviles. Esto denota así que la ciudad de México es una de las más peligrosas para los peatones.

Muy importante es que únicamente 1% de la población llega en bicicleta o caminando su trabajo; 78% de la gente utiliza el transporte público y apenas 20% tienen vehículo propio. La ciudad de México es una ciudad orientada sobre todo al uso del automóvil aunque la mayoría de la población utiliza como medio un transporte público. Sin embargo, se invierte la mayoría del dinero hacia el automóvil particular, es decir, que pensamos que lo que ha hecho el gobierno durante los últimos 18 años en la ciudad de México en viaductos, nuevas líneas de metro y metrobús es para el automóvil. La ciudad misma induce el uso de los automotores privados.

La ciudad de Curitiba cumple 25 años de haber implementado su sistema de transporte colectivo Transmilenio, y que eso ha revolucionado el uso del transporte público. A la ciudad de México llegó bastante tarde al uso del metrobús, y aunque ha desarrollado una parte muy importante de movilidad, sigue siendo un sistema totalmente minoritario: sólo 1% de movilidad y las “combis” siguen cubriendo 60% de movilidad requerida para la ciudad, haciendo que necesitemos seguir incrementando el uso de transportes públicos de calidad.

También en este sector, 52% de las personas que pierden la vida en accidentes viales son peatones, 16 000 muertes en accidentes, 1 millón de personas lesionadas y más de 40 000 personas con incapacidades permanentes.

En el área metropolitana tenemos 8.8 millones de habitantes en la ciudad de México y 12 millones se encuentran viviendo en la parte conurbada a la zona metropolitana del Valle de México desde el Estado de México, donde vemos que el problema ya no es sólo de la ciudad de México. El problema está en el resto de las áreas conurbadas, las áreas periféricas, que en ocasiones son las más desprotegidas. Curiosamente entre 15 y 20% de la población total de nuestro país se encuentra dentro de esta zona.

En relación con espacios abiertos y cultura, en un análisis de mi propia autoría, se ve dónde se encuentran las principales áreas verdes de la ciudad de México y de la zona metropolitana: desde la zona centro de la ciudad de México, hasta la zona sur y al poniente, como en el caso de Chapultepec, y algunos otros como los parques Naucalli y Tezozómoc. Sin embargo, hay regiones con una ausencia total de parques, como el caso de Ecatepec, que tiene más de

3 millones de habitantes, y Nezahualcóyotl, con otros 3 millones de habitantes. Entonces, hay una desproporción y desequilibrio en la equidad del espacio público. Y no es casual que, curiosamente estas zonas como Iztapalapa y todo el oriente, sean las zonas más violentas del área metropolitana.

Otro dato de la ONU es que de las 50 ciudades más violentas del mundo, 30 están en Latinoamérica, lo que marca una cosa importante en lo que estamos haciendo y es cómo están dirigiendo las políticas públicas en nuestros respectivos países.

Otra parte que establece el bienestar hacia el espacio público es el equipamiento metropolitano cultural y recreativo, una lista de espacios que pudiera parecer un tanto insuficiente para la cantidad de personas que viven en la zona metropolitana, en contraposición de una absoluta ausencia de esta parte de bienestar cultural y recreativa del espacio público, sin referirme a cines, está poder asistir a lugares públicos que sean prioritariamente accesibles para la población.

121

Se habla mucho de sustentabilidad de cultura y se realizó una lista gráfica que muestra lo que para nosotros representa una ciudad sustentable con vivienda, empleo, economía, transporte, comunicaciones, cultura y educación, recreación y esparcimiento, áreas verdes y paisaje, parques deportivos y culturales, campos deportivos y estadios. Y, a su vez, debería estar relacionada con una administración limpia y una gobernabilidad, particularmente en el espacio público.

El espacio público, del que se ha comentado mucho, lo concibo como parques, calles, centros de entretenimiento y cultura, zonas verdes, zonas boscosas de la periferia, pero también, centros de entretenimiento.

Se destacan las necesidades que debe cubrir el espacio público, las cuales son el tema de accesibilidad, la equidad, el espacio y la equidad, la seguridad, que el equipamiento del lugar sea sustentable. Y pues todo esto con operación y gobernabilidad.

En otra parte voy a presentar los proyectos que hemos hecho en los últimos 10 años en las diversas partes de la ciudad de México, del país y en Estados Unidos en relación con estos espacios públicos.

En primer lugar, la experiencia que hemos tenido con la restauración de Chapultepec es muy interesante. Como proyecto, surgió de una iniciativa ciudadana que ha estado conformada con gran continuidad y donde se han conseguido fondos privados o donaciones de la ciudadanía para restaurar Chapultepec. En 9 años que se lleva actuando, se han recaudado cerca de 25 millones de dólares a nivel de donaciones y otros 20 millones de aportaciones de la ciudad.

Uno de los rubros importantes del Bosque de Chapultepec atañe a que de los 20 millones de habitantes de la zona metropolitana, el bosque recibe 17 millones de visitantes al año; 11 millones en la primera sección, 5 millones en la segunda y 1 millón en la tercera. La capacidad de Chapultepec en términos de espacio abierto forestal verde es mucho más importante y, en realidad, es bastante baja la ocupación en sí del parque. Han aumentado las visitas; cuando hicimos los primeros estudios, las visitas eran de 15 millones y en estos días se encuentran entre los 15 y los 18 millones de habitantes. Para mencionar un dato, por ejemplo, simplemente en el zoológico, que es un área restaurada, se ha triplicado la posibilidad de visitantes entre antes y después de la rehabilitación.

Otro dato interesantes que podemos ver es que Chapultepec tiene cinco estaciones de metro y 32% de la población vive dentro del área conurbada. Esto quiere decir que en el área conurbada, sí hay posibilidad de llegar a Chapultepec con 5 pesos. En términos de porcentajes, Chapultepec es visitado por 58% de habitantes de la ciudad de México, 32% de la zona conurbada, 8% de los estados y 1% por extranjeros. Lo que se hizo en Chapultepec fue una rehabilitación integral de la parte social, socioeconómica; desde el comercio informal hasta el agravamiento de las zonas ambientales, la infraestructura, concesiones. Algunos espacios públicos nuevos en los que participamos, como el corredor que une a los dos museos, el de Antropología y el Tamayo, ha aumentado la visita este último en 30%, simplemente con este corredor. Para nosotros, es muy importante poder vivir la ciudad como un hogar. Este lugar (el corredor) era peligroso y bastante inaccesible, aun cuando estaba a aproximadamente 60 metros de la Avenida Paseo de la Reforma, ya no lo es. De igual manera, la calidad del agua y las concesiones se han estado rehabilitando y en la actualidad es otro nivel de servicio del parque. Pero lo más importante de este proceso es que es un proceso ciudadano; es un proceso de participación; es un proceso tripartita. Hay un consejo rector, un fideicomiso, una parte gubernamental que lo ha aceptado y que participa y trabaja, que da información, que se une tanto para todos los aspectos sociales como para los físicos de infraestructura e inversión.

Con brevedad comento el caso de los proyectos del Parque Metropolitano de Chapultepec, el cual es de 18 hectáreas, ubicado en Puebla. Este caso muestra la nueva visión, precisamente, de integrar la infraestructura verde o azul; el gran cuerpo de agua, que era una presa de protección de inundaciones importante para la ciudad

en esta parte metropolitana al suroeste de la ciudad. Se reconfiguró la presa para que dejara de funcionar como tal, cuya edad era de 30 o 40 años y, se reconvirtió en un parque público accesible a todos.

Otro proyecto es el IMMSA, el Plan de Desarrollo de la Ciudad de San Luis Potosí, el cual se ha configurado en espacios verdes, como espacios de protección entre zona industrial y lo que llegará a ser zonas habitacionales. Reunió la participación multidisciplinaria: con ingenieros, geólogos, con el fin de restaurar la zona utilizada para minería de cobre, y se diseñó con el fin de que 33% de esta zona fuera principalmente áreas verdes. Se comenzó con el proyecto del parque lineal de 1.5 km. que configura el colchón verde entre el anillo periférico y las zonas industriales. La topografía está diseñada en función de los suelos contaminados, está dada en relación de crear cuerpos forestales, con ciclopistas, juegos para niños, entre otros elementos; un parque público, el cual fue pagado por la iniciativa pública y que fue donado a la ciudad. Por supuesto, todas las plantas son endémicas de la ciudad de San Luis Potosí.

El penúltimo proyecto que presentaré es uno en Azcapotzalco, en la zona norte de la ZMVM, el cual era una zona de creación de acero y varillas que se cerró en 1990, con el fin de mejorar el aire en la ciudad de México. Este terreno de 16 hectáreas se vendió a unos promotores privados y se planeó el centro de alta tecnología como un lugar precisamente de creación de empleo y de activación de la zona de Azcapotzalco, al norte de la ciudad de México. Se comentó que no se podía usar más agua de la que tenía la planta y que no se podía echar un solo litro de agua al drenaje pluvial ni al drenaje de la zona de Azcapotzalco ya que éste se encontraba completamente saturado. En esta creación de híbrido de infraestructura, ingeniería, arquitectura, urbanismo y paisaje, se planteó la solución de la captación de aguas de lluvias en los techos de los diversos edificios. El depósito en unos tanques de almacenamiento, para después inyectarlos a 85 metros en el subsuelo de la ciudad de México. Y, al mismo tiempo, todos los baños, todas las plantas de tratamiento que se desarrollan *in situ* para el riego de las áreas verdes, para el lavado de los pisos, plazas, entre otros, y observamos que a partir de esa problemática, se estableció un conjunto de cisternas en donde el agua pluvial está abajo y el agua tratada, arriba. En principio, lo que era un problema se volvió una oportunidad y una característica del proyecto. Y, por supuesto, donde 1 500 obreros trabajaban en la industria siderúrgica, se generó el triple de empleos a partir de centros de informática y tecnología. El lugar tiene una guardería y área para juegos de niños.

Por último, menciono un proyecto realizado en la zona de San Francisco, en Estados Unidos, el cual era una zona industrial, era una fábrica de barcos y de mantenimiento de estas naves. Se abandonó y se desarrolló un parque público para transformar el uso industrial a habitacional. El proyecto tiene acceso al mar, a la bahía, y lo más importante es que se desarrolla una ciclista que va a ser una de las más grandes de Estados Unidos, que recorrerá la bahía de San Francisco, cerca de 150 km. Cada porción constructiva del área de la bahía tiene que construirla cada gobierno. El sitio se ubicó en tres zonas, y un elemento especial se convirtió en el símbolo del proyecto, la construcción de éste es por iniciativa de la comunidad.

## La ciudad saludable y sustentable

124

*Hugo González Liquidano*

El objetivo final es crear ciudades más limpias, saludables e inclusivas. Por lo tanto, una ciudad saludable y sustentable implica todo un proceso, no solamente un resultado final. En el caso del proyecto “Ciudades Saludables” de la Organización Mundial de la Salud, se trata de un movimiento mundial, que compromete a los gobiernos locales en el desarrollo de la salud, por medio de un proceso de compromiso político, el cambio institucional, la creación de capacidades, la planeación basada en la asociación y proyectos innovadores. El objetivo principal de la Red Europea de Ciudades Saludables de la Organización Mundial de la Salud, es poner prioritariamente a la salud en la agenda económica, política y social de los gobiernos de las diferentes ciudades. La *salud* es el interés de todos los sectores y los gobiernos locales. Está en una posición de liderazgo única, con poder de proteger y promover la salud y el bienestar de sus ciudadanos. En este caso, el movimiento de “Ciudades Saludables” promueve políticas y la planeación integral y sistemática para la salud. Además, hace énfasis en los siguientes puntos:

- *La necesidad de abordar la desigualdad en la salud y sobretodo en la pobreza urbana*
- *Las necesidades de los grupos vulnerables*
- *La gobernanza participativa*
- *Los determinantes sociales, económicos y ambientales que están ligados a la salud*

Esto no sólo se trata del sector salud, incluye además consideraciones de los esfuerzos económicos y de desarrollo urbano. Esto es a lo

que se refiere tanto la Organización Mundial de la Salud como el movimiento de “Ciudades Saludables”. En México, desafortunadamente, no hemos tenido un empuje, una atención a este concepto de las Ciudades Saludables. Existen varias condiciones que se necesitan cumplir para poder considerar que una ciudad es saludable. Más allá de lo que significa en términos estrictos y desde el punto de vista de salubridad o sanidad, que vamos a analizar en el transcurso de esta charla.

El modelo económico actual está basado en la producción y el consumo. Ha optado por el crecimiento con base en nuevas tecnologías y en el uso indiscriminado y desenfrenado de los recursos naturales, por lo que el costo ambiental ha superado con creces el beneficio económico. Por lo cual no es sostenible en el largo plazo, debido a que los recursos económicos y ambientales de los que dependen, se agotan o se deterioran con rapidez. Este crecimiento no toma en cuenta ni la finitud ni el deterioro de los recursos ni la equidad en el reparto del bienestar. Los parámetros que cuentan son fundamentalmente los de la producción, el consumo y la ganancia. Este modelo se ha promovido de manera generalizada en todo el globo terrestre. A pesar de las cifras espectaculares de riquezas, que pueden arrojar ciertas naciones y ciertas condiciones para algunas naciones en el corto plazo, pocos son los países que han logrado un nivel de vida satisfactorio para la gran mayoría de la población.

En cuanto a la dimensión económica que incluye todo un conjunto de actividades humanas relacionadas con la producción, la distribución y el consumo de los bienes y servicios, dentro de este ámbito, se encuentra toda una serie de elementos que normalmente no estamos considerando en el ámbito de las ciudades saludables y sustentables. Tal es el caso de elementos como el capital, el dinero, la abundancia, la escasez, el trabajo, la necesidad, el empleo, el salario, el ingreso, la productividad, la oferta y la demanda, el comercio, el intercambio, los servicios de mercado, los costos, los precios y un sinnúmero de elementos dentro de la economía que normalmente no se toman en cuenta, o por lo menos no aparecen en un primer análisis.

Las prolongadas y recurrentes crisis financieras y económicas que hemos experimentado a lo largo de varias décadas han llevado a la población y a los gobiernos a que reexaminen el estado actual de nuestra economía. Las crisis se han traducido en mayores desigualdades entre la población, los bajos niveles de crecimiento y, de hecho, en pleno estancamiento de una economía. Este último se manifiesta de diferentes formas a través de los distintos estratos económicos y sociales.

Por un lado, tenemos que la disminución de los niveles de inversión extranjera directa que afectan directamente a la generación de empleo. Y, por el otro, un despido masivo de trabajadores, en especial de determinadas áreas y ramas productivas industriales y de servicio, así como en oficinas gubernamentales, con el objeto de abaratar costos operativos para poder ser competitivos.

Los gobiernos se han visto en la necesidad de optar por una serie de medidas contendientes para paliar los efectos adversos de la crisis, que los obliga a adoptar medidas económicas, las cuales tienen que ver directamente con el ingreso y el empleo. Éstas afectan de manera directa las conquistas laborales de la clase trabajadora y las prestaciones sociales de las clases media y popular. En este caso, México se encuentra dentro de las mayores economías de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), sin embargo, debido a la productividad relativamente baja del país, la diferencia en los niveles de vida con respecto al resto de los países de la OCDE se amplió durante la última década. Sus tasas de desigualdad y pobreza se encuentran dentro de las más altas de los países de la OCDE. México cuenta con una amplia base de activos naturales. Sus patrones de producción y consumo son menos intensivos en energía y en materiales que en economías más desarrolladas, aunque esta diferencia se ha reducido de manera drástica en los últimos tiempos. La rápida urbanización, el crecimiento demográfico y el aumento en el nivel de ingresos están generando una serie de presiones sobre el medio ambiente. Muchos subsidios llevan aplicándose por mucho tiempo con el propósito de aliviar la pobreza. La tasa de pobreza de México es la más alta de la OCDE, siendo particularmente alta entre la población indígena. No obstante, la mayoría de estos subsidios resultan más benéficos para los ricos que para los pobres.

Hay elementos sumamente preocupantes en el análisis de la economía mexicana. Entre otros, se presenta la desaceleración, la bajísima capacidad de la economía para crecer y la mínima competencia mexicana para generar ingresos tributarios, lo que incide de manera directa en la dotación de recursos económicos para el sector salud y para implementar programas para erradicar la pobreza. El creciente ensanchamiento de la brecha social es ocasionado por la desigualdad en la distribución de la riqueza en el país y, por lo tanto, en el distanciamiento de lo que se ha dado en llamar la economía del bienestar.

La dimensión social considera para el acceso equitativo a los bienes de la naturaleza, tanto en términos intergeneracionales como in-

trageneracionales, entre géneros, entre cultura, entre grupos y clases sociales, así como también a escala del individuo, que es necesario redefinir conceptos de la economía tradicional, en especial los conceptos de necesidades y de satisfactores. Las necesidades materiales e inmateriales, sociales e individuales se consideran, entre otros grupos de la población, la educación, la salud, la cultura, la vivienda, el abasto, la religión, la política y la calidad de vida, y éstos están fuera del acceso de los servicios urbanos y de los satisfactores básicos.

Los determinantes de desigualdad en salud a nivel urbano, consideran aspectos tanto económicos como sociales, físicos y ambientales. Las desigualdades en salud son muy pronunciadas y muestran con claridad que la población que reside en barrios populares y en zonas marginadas y urbanas y suburbanas tienen las condiciones higiénicas y de salud más precarias. Los niveles de salud varían en función de los diversos ejes de desigualdad, las clases sociales, el género, la edad, la etnia, el estatus migratorio y la locación geográfica en donde se encuentran estos asentamientos. Hay zonas marginadas, por ejemplo, en el casco antiguo de la ciudad, en los nuevos y en los antiguos barrios populares, en los cerros y cauces de los ríos y alrededor de los nuevos desarrollos habitacionales en la periferia. Esto significa que cada uno de estas situaciones implica otras diferentes desde el punto de vista de acceso a los servicios y en especial a los servicios de salud.

En nuestro país se presenta una tendencia a la mayor concentración de la población en las urbes como resultado del proceso de expulsión de la población rural, que tiene su origen en procesos económicos relacionados con la menor inversión al campo. El abarataamiento de los productos agropecuarios, las limitantes de transporte y un sinnúmero de elementos de deterioro de la economía rural, así como el incremento acelerado en el consumo y la producción de estupefacientes, la presencia del crimen organizado en las instituciones encargadas de dar seguridad e impartir justicia han deteriorado la economía rural. La distribución territorial de la pobreza en México está dada por las líneas de pobreza. En México hay 52 millones de personas en esta circunstancia. El Coneval indica que son pobres quienes tienen al menos una carencia social y un ingreso menor a la línea de bienestar social. Solamente uno de cada cinco mexicanos tiene ingresos suficientes para cubrir todas sus necesidades de alimentación, vivienda y salud, ya que sólo 19.3% de la población, que es el equivalente a 21.8 millones no son pobres ni tienen carencias de ningún tipo. Mientras que 4.1 millones de personas no tienen acceso ni a la alimentación. La pobreza extrema es no tener para comer, sin embargo, tenemos

programas asistenciales que tratan fundamentalmente de atacar el problema de la alimentación, paradójicamente.

México, según un informe de la ONU publicado en junio pasado, es el país con más obesos en el mundo. Uno de cada tres adultos mexicanos sufre sobrepeso y obesidad. La desigualdad es lo más relevante, incluso más que el combate a la pobreza, pues es una actividad que refuerza el combate a ésta.

En México, las mediciones de desigualdad más empleadas no han mostrado muchos cambios en los últimos 20 años, lo cual quiere decir que pese al crecimiento, la mayor parte de esos beneficios se queda en la mejor parte de la población. Esto agrava la situación de los más pobres, pues por más que llegue a ellos la asistencia de los programas sociales, su situación real difícilmente cambiará.

Por otro lado, tenemos la dimensión ambiental en cuanto a la atmósfera, la presencia en el aire de materias o formas de energía que tienen riesgo, daño o molestia para las personas que vienen en cualquier parte de la naturaleza. Pueden atacar a distintos materiales, reducir la visibilidad o producir olores desagradables. Son alteraciones que tienen efectos perniciosos en los seres vivos y en los elementos materiales.

La contaminación de la atmósfera es un problema que daña la salud y la economía, ya que se asocia con cinco de las diez principales causas de muerte en México: enfermedades del corazón, tumores malignos, neumonía e influenza, enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares u obstructivas crónicas y que pueden limitar la competitividad de las ciudades. Las enfermedades generan gastos en la salud ya sea en las familias o en el sector público. Asimismo, reducen la productividad de los trabajadores por ausentismo laboral y bajo rendimiento en el largo plazo. Se desincentivan las inversiones y se generan enfermedades crónicas con sus respectivos costos y gastos.

La contaminación atmosférica se puede catalogar según su fuente emisora y también por el tipo de contaminantes, si es físico, químico o biológico. La principal fuente de contaminación atmosférica sigue siendo el transporte, vehículos particulares, taxis, microbuses, camiones, etc. que producen más de 84% del volumen total de la contaminación. Después vienen las llamadas fuentes de consumo de solvente, limpieza de superficies, etc. que aportan 12%, siguen las fuentes fijas, la industria, la generación de energía eléctrica y con 3% las fuentes biogénicas, que es el suelo y la vegetación con sólo 1%.

En la zona metropolitana del Valle de México en la década de los noventa alrededor de 88% de los días de cada año se rebasó la

norma de protección a la salud. En la actualidad, la época seca-caliente que abarca los meses de marzo a mayo, presenta condiciones de mayor riesgo para la salud de la población, ya que en ella, el mayor porcentaje de excedencias en la norma de ozono y los niveles de PM<sub>10</sub>, se elevan de manera considerable.

En cuanto a la contaminación del suelo, se presentan los compuestos químicos hechos por el hombre y otro tipo de alteraciones al ambiente natural. Su riesgo es primordialmente en la salud en forma directa y entra en contacto con fuentes de agua potable. La delimitación de las zonas contaminadas y la resultante limpieza de estas áreas consumen mucho tiempo y dinero. Entre los contaminantes de los suelos urbanos encontramos los desechos sólidos, orgánicos, inorgánicos, las sustancias y residuos peligrosos, así como los residuos biológico-infecciosos que se generan fundamentalmente en el sector salud [...]

Por otro lado, tenemos el agua. El agua presenta dos aspectos que son muy importantes; si escasea, es un problema y si se encuentra en exceso, también es un problema. Creo que tenemos ejemplos muy recientes de cómo el mal manejo, no sólo del agua, sino de las cuestiones urbanas da como resultado una serie de tragedias.

En la actualidad, el abastecimiento del agua potable en el Distrito Federal es de 35.2 metros cúbicos por segundo, conformado por fuentes locales y externas. Las fuentes locales representan 63% del suministro y se componen básicamente por el acuífero del Lerma y el acuífero de la ciudad de México, suministrando esta agua a 50% del Distrito Federal. El 17% del agua potable es para uso industrial y comercial y 46% es para uso doméstico. El consumo diario promedio de agua por habitante recomendado para las grandes ciudades es de 150 litros por día. El consumo diario promedio del agua por habitante en la ciudad de México es de 360 litros por día, lo cual nos está implicando que tenemos una gran diferencia en cuanto al manejo y al consumo sustentable del agua. Se requiere toda una serie de programas para poder hacer un adecuado manejo del agua.

Por otro lado, tenemos todo el proceso de urbanización, que a pesar de las políticas de descentralización implementadas en las últimas décadas, la ciudad de México sigue siendo el centro político, económico y cultural del país. El rápido crecimiento en los últimos 60 años se ha caracterizado por la expansión de áreas urbanas y residenciales planeadas para la clase media y alta como por la invasión ilegal de tierras y los asentamientos no planificados en las áreas periféricas. Por razones históricas y políticas, México es un país muy

centralizado. A causa de esto, los servicios gubernamentales y el desarrollo industrial se han concentrado en la ciudad de México. En ella se localiza 45% de la actividad industrial nacional. Se genera 36% del PIB y junto con la zona conurbada concentra 20% de la población. La ciudad alberga casi todas las oficinas de gobierno, los centros de negocios nacionales e internacionales, las principales actividades culturales, los centros educativos, las universidades y los institutos de educación y de investigación más importantes.

El México contemporáneo es un país urbano en el que el conjunto de las 93 ciudades con población superior a los 100 mil habitantes contribuyen con 88% de la producción bruta total de la nación. Sin embargo, el patrón de ocupación territorial que presentan las urbes atentan gravemente contra el desarrollo del país. Nuestras ciudades han crecido siguiendo un modelo de 3D, que no es tercera dimensión, sino distante, disperso y desconectado. Éste se caracteriza por la expansión desproporcionada fragmentada y no planificada de la mancha urbana. Así, mientras la población urbana de México se duplicó en los últimos 30 años, la superficie urbanizada se multiplicó por seis. Un modelo de ocupación territorial así resulta altamente improductivo, profundiza las desigualdades y genera altos niveles de contaminación y emisión de gases de efecto invernadero. A su vez, esto afecta el riesgo urbano al cambio climático que se potencia por la ocupación de territorios susceptibles a fenómenos meteorológicos extremos. El modelo de 3D que comentamos es el resultado de la carencia de un sistema integral de instrumentos de planeación urbana y de una institucionalidad débil y fragmentada, en la cual lo urbano queda disperso en numerosas dependencias que no actúan de manera coordinada ni tienen la capacidad real para incidir en cómo se desarrollan nuestras ciudades. A esto se suma la existencia de un marco legal que no favorece la planeación del territorio, no desincentiva la especulación del suelo ni brinda los incentivos adecuados para el aprovechamiento de terrenos intraurbanos.

La construcción inadecuada de infraestructura, la destrucción del medio ambiente, la sobrepoblación en zonas peligrosas, el crecimiento urbano desordenado, la sobreexplotación y uso de los recursos naturales son alguna de las vías que la gran mayoría de las ciudades han seguido para elevar sus niveles de desarrollo, pero al mismo tiempo son factores que han contribuido a incrementar la vulnerabilidad o acumular una serie de vulnerabilidades a lo largo del tiempo. La gestión de riesgos de desastre es el proceso de adopción de políticas, estrategias y prácticas orientadas a poder reducir los riesgos de desastre o minimi-

zar sus efectos. Ninguno de estos elementos de gestión de riesgo tiene aplicación real actual en nuestro país.

Por otro lado, tenemos el transporte y la movilidad urbana. Los servicios de transporte actuales, constan de diferentes medios que, si bien permiten la movilidad de la mayor parte de la población, no operan con eficiencia ni calidad. Esto genera un sinnúmero de problemas: contaminación, tráfico, estrés, pérdida de horas hombre, etc. que reduce la calidad de vida de la población.

Para lograr una mayor calidad de vida de la población, hay que resolver los problemas y hacer énfasis en una adecuada movilidad urbana que se base en políticas enfocadas; en transportes públicos de calidad y no en la construcción de más calles para una pequeña población privilegiada con acceso al automóvil. Este proceso de la concentración de la población en las áreas externas de la ciudad ha provocado cambios importantes en los patrones de viaje. Una implicación importante de la expansión urbana es el crecimiento de la demanda de viajes que no ha ido acompañada de una red de infraestructura de transporte adecuada. De esta forma, la movilidad en el Valle de México se enfrenta a varias distorsiones e insuficiencias, tanto en los varios modos de transporte como en la red vial disponible. Es una contradicción entre una masa de 35 millones de vehículos y una red de vialidades saturadas con desarticulaciones e ineficiencias en la coordinación en los diversos modos de transporte. Por otro lado, el número total de vehículos muestra varios rasgos que complican su eficiencia y equidad. Hay un claro predominio de los automóviles particulares a pesar de que sólo representan alrededor de 16% de los viajes persona día. El número de vehículos en circulación es de más 2 millones de automóviles particulares con placas del Distrito Federal y casi un millón de automóviles con placas del Estado de México. En conjunto más de 95% del total de vehículos automotores que operan en la zona metropolitana del Valle de México captaron menos de 20% del total de la demanda en tramos de viaje.

Ahora bien, estas condiciones no sustentables del metabolismo urbano afectan a los usuarios del transporte público y privado, quienes dedican diariamente casi 20 millones de horas, es decir el equivalente a 3 millones de jornadas de 8 horas de trabajo. A esto hay que agregar el consumo energético, la depreciación del equipo de infraestructura y el deterioro de la salud humana. Ante esto ¿qué podemos hacer? Necesitamos ciudades saludables y sustentables y, dado que parte de la población conjunta de las 59 zonas metropo-

litanas que representan la categoría más alta en el sistema urbano nacional de acuerdo con el Inegi, el Conapo y la Sedesol es de más de 63 millones de habitantes, lo que equivale a 57% del total de la población, más de la mitad de la población se concentra en las zonas metropolitanas de México.

Es primordial recuperar el carácter normativo del sistema de salud en el contexto urbano para poder alcanzar objetivos de trascendencia nacional que no pueden depender de iniciativas locales aisladas cuyos alcances no atienden las problemáticas metropolitanas. La propuesta es que no hagamos ciudades sustentables y saludables sino que hagamos zonas metropolitanas sustentables y saludables, porque esto implica que cada una de estas zonas metropolitanas está en un estado o en más de un municipio.

Coordinar los esfuerzos gubernamentales para tratar de organizar un sistema de salud requiere implementar una comisión intersecretarial para coordinar e integrar los esfuerzos del sector salud de los tres niveles de gobierno tendientes a la construcción de un modelo para las zonas metropolitanas saludables que involucren a grupos de la población en espacios muy definidos y que traten de buscar una equidad en la salud mediante la creación de un marco integral de fortalecimiento de la capacidad institucional metropolitana. El objetivo es crear ciudades limpias, saludables, para lo cual se requiere involucrar a los gobiernos federal, estatal y municipal en la integración de un sistema de salud metropolitano por medio de un proceso de compromiso político que incluya el cambio interinstitucional, adecuaciones legislativas y administrativas, la creación de capacidades, la planeación basada en la asociación y coordinación metropolitana, la generación de proyectos innovadores y la creación de una infraestructura en categorías para que cubran las necesidades metropolitanas de atención a la salud.

Un aspecto importante para el logro de los objetivos es la disminución de la brecha de desigualdad abatiendo los niveles de pobreza urbana, mediante la implementación de programas generadores de empleo y productores de valor así como fortalecimiento de la educación, mejorar las condiciones alimentarias, sanitarias de salud de la población más necesitada y más vulnerable. Hay que elaborar los programas de salud de cada una de las zonas metropolitanas con objetivos claros, metas alcanzables y medibles, indicadores de desempeño, sistemas de seguimiento, evaluación y actualización para construir zonas metropolitanas saludables y sostenibles. Deben considerarse elementos de planeación y prospectiva, incluso

hay que incluir esto en el proceso de ordenamiento territorial y utilizar tecnologías y técnicas de sistemas de información geográfica y de infraestructura de datos espaciales. Es muy importante poder lograr esto.  
[...]

## Ciudad saludable... ciudad sustentable

*Alberto Ramos y Bolaños*

Vamos a partir de la base de que la ciudad saludable tiene que ser una *ciudad eminentemente sustentable*. Me voy a referir a algunos conceptos que se dirigen de manera específica al ámbito internacional en el que estamos, en el desarrollo urbano y en qué acciones se están siguiendo en términos de la planeación del desarrollo urbano para las ciudades en el mundo y en nuestro país.

Dos hechos fundamentales tan significativos en los siglos xx y xxi: por un lado la globalización económica y las comunicaciones masivas y, por el otro lado, el proceso eminente de urbanización en el territorio para formar ciudades que en muchos de los casos son eminentemente inoperables y de alto riesgo. Dentro del contexto mundial, la población urbana en el mundo en el año 2000 era de 30%, para 2010 fue de 50% y se estima que para 2025 será de 70%, aproximadamente.

En el mundo, en 1950 existían 80 ciudades de más de un millón de habitantes, en el año 2000, 365 y para 2025 se estima que superen las 500 ciudades. Por otra parte lo que vendría siendo el consumo de la energía en el mundo, como ustedes podrán observar, en los años setenta, tomando como base el 100, a proyectarlo para 2025 se ha ido incrementando de una forma geométrica muy importante llegando a los 350. O sea, se ha triplicado el consumo de energía. Sin embargo, podemos observar que en este mismo periodo, el consumo de energía en los países industrializados tiende a disminuir, a diferencia del de los países en proceso de desarrollo, que tiende a aumentar. Esto trae como consecuencia un proceso de inestabilidad en los procesos del desarrollo urbano en lo que se refiere a las energías. Por otro lado, 92% de las energías que estamos consumiendo en el mundo son no renovables y sólo casi 8% de ellas son de carácter renovable. La distribución del consumo de energía es más o menos equilibrada. Sin embargo, 40% de esta energía la consumimos en la vivienda.

Dentro del panorama del contexto nacional, podemos observar cómo las oportunidades en la población en edades laborales tienden a

crecer. Pero también estamos en un proceso de envejecimiento de nuestra población a nivel nacional. Por otro lado el apalancamiento económico supera 13% del PIB fortaleciendo el mercado para la construcción y, dentro de ésta, el equipamiento y equipamiento hospitalario.

Los retos que tenemos hoy en día tienen que ver con que a partir de 2040 se estima que la demanda de vivienda no va a estar dada por la formación de nuevas parejas sino por el rezago habitacional; por el deterioro que va a haber de la vivienda. Por otra parte, hay que resolver una serie de regulaciones excesivas para la conformación de tierra. Uno de los problemas del desarrollo urbano es la falta de reservas territoriales y la disponibilidad de tierra adecuada para el desarrollo urbano.

Los cambios demográficos tendrán impactos de una manera muy significativa en lo que se refiere a los equipamientos. Hoy en día cada estado de la República tiene legislación y regulación diferente para la dosificación de los equipamientos urbanos. En algunos casos ni se exige y, en otros casos, se exige, pero enfocado a los equipamientos básicos. Hay localidades del país en donde sobran escuelas primarias y secundarias y faltan preparatorias, porque se cumple con lo que regularmente dice el libro en términos de la dosificación del equipamiento urbano.

Por otro lado, vamos a ver cuál es el modelo de crecimiento que hemos tenido en términos del desarrollo urbano. El hecho de no haber una política definida de lo que es la vivienda y la existencia de una política financiera diferente de la política social, en relación con la vivienda, trajeron como consecuencia este tipo de desarrollos. Los desarrollos actuales son crecimientos de expansión, casi nuevas ciudades que no son ciudades y que evidentemente han causado una serie de problemas que ya casi todos conocemos.

De tal manera que podemos observar que la falta de éxito en la política del gobierno federal en términos de vivienda trajo como consecuencia un ritmo de crecimiento de la vivienda muy grande; con pura vivienda nueva. Hubo exceso de vivienda nueva, olvidándonos de lo que son las políticas y una nueva serie de reconversiones adicionales en ese término. Por otro lado es evidente que esto supera la disponibilidad de infraestructura.

En lo que se refiere al crecimiento, también podemos observar cuáles son los componentes que da este proceso para la conformación de las infraestructuras y equipamiento: desde lo que es la disponibilidad de la tierra y espacio para su construcción, la conformación de los servicios de infraestructura y los procesos de construcción para llegar a la función de los diferentes equipamientos y la vivienda. De tal manera que los costos financieros que tenemos durante los procesos

iniciales son muy altos para los procesos de producción en términos de crecimiento urbano.

En estudios realizados por la Secretaría de Desarrollo Urbano (la Sedesol), podemos observar que, en el caso de Querétaro, los procesos de expansión territorial, tanto en la mancha urbana como en el crecimiento de la población están creciendo en una tasa del orden de 4.7%, en tanto que la población solamente crece en una tasa de 2% en promedio. La población de Toluca en los últimos 30 años creció tres veces y veinticinco veces su expansión territorial, de tal manera que, la densidad de población disminuyó en estas tres décadas. Por otra parte en Ciudad Juárez, Puebla, Aguascalientes, han crecido entre 1.5 y 3.8 veces, en tanto que la expansión territorial ha crecido entre 6 y 21 veces.

Nosotros contábamos con ciudades y las usábamos de forma peatonal. Antes, caminábamos por nuestras ciudades y teníamos espacios suficientes, pero cuando aparecieron los vehículos, empezaron a surgir las banquetas, se comenzaron a pavimentar las calles y, por lo tanto, estos espacios que tuvimos en la ciudad se empezaron a perder.

Un ejemplo claro del desarrollo urbano equilibrado es la colonia. La colonia Hipódromo Condesa se desarrolló bajo los esquemas de sustentabilidad en la que combinaban los aspectos de carácter natural y el diseño urbano. Hoy en día todavía podemos ver espacios que a pesar de conciliarlos con los vehículos, aún son espacios agradables. Tenemos senderos arbolados por los que aún es agradable caminar. Empezamos a recuperar las dimensiones de las banquetas.

Se crearon los ejes viales, áreas hostiles que no dan ese ámbito de sustentabilidad que tratamos de buscar. No atacamos el problema, damos paliativos costosos con soluciones que son insuficientes.

De tal manera que, para recuperar la ciudad, también se trató de recuperar lo constitucional dando la facultad de desarrollo urbano a los municipios. Si bien eso es una reivindicación de nuestra revolución y de nuestra constitución, operativamente ha sido un desastre. Los municipios no tienen la capacidad ni técnica ni administrativa para poder hacer la gestión del desarrollo urbano ni mucho menos dinero; de tal forma que ha significado una serie de problemas. Hoy en día se habla de la voracidad de muchos de los desarrollos (de los desarrolladores) de vivienda que invadieron municipios de una manera muy agresiva, construyendo grandes conjuntos habitacionales.

Hay que entender a un presidente municipal, que dura tres años en su administración, a quien acude un desarrollador que le

ofrece el pago de un conjunto habitacional de diez mil viviendas. Con seguridad hace el cambio de uso de suelo y lo autoriza. Esto ha generado una serie de problemas de esta naturaleza en el crecimiento urbano.

Hay que entender que una ciudad saludable necesariamente tiene que ser sustentable. No puede haber una ciudad que sea saludable si no es sustentable, de tal manera que este término de sustentabilidad se ha usado ya de varias maneras y se viene usando desde hace mucho tiempo en el ámbito de la planeación del desarrollo urbano. Además, ha estado dentro de la agenda pública. Hoy en día sigue estando, sin embargo, no existen los elementos sustantivos que le permitan blindaje para su operación.

Si partimos de la base de la sustentabilidad urbana, que de alguna manera busca el desarrollo urbano sostenible –concepto derivado del informe de Naciones Unidas, que denominó nuestro futuro común desde 1987 y que se puso en práctica por Naciones Unidas–, lo sustentable se refiere a tratar de desarrollar nuestros recursos sin comprometer los recursos de otras generaciones, de tal forma, que este proceso tiene dimensiones científicas, económicas y políticas que se concentran en los tres elementos que describen lo que es la sustentabilidad social, económica y ambiental.

En 1993 aparece el término de ciudad saludable y se vincula con la sustentabilidad. Hoy en día nuestra planeación de desarrollo urbano moderno identifica tres categorías de ciudad o tres posibles categorías de ciudad: por un lado, la ciudad sustentable y, por el otro lado, las ciudades inteligentes. Sin embargo, esta última categoría en realidad implica un desarrollo de la tecnología en el interior de las ciudades que va a permitir lograr y controlar o perseguir de la manera más adecuada lo que vendría siendo la sustentabilidad.

Este concepto de *ciudad saludable* identificó tres elementos:

- *Establece que los aspectos de salud no necesariamente le van a dar salud a las ciudades, sino que son otros elementos adicionales*
- *El concepto más importante es el ser humano*
- *Uno de los objetivos no sólo es la salud*

Dentro del contexto de ciudades sustentables se está tratando de poner en marcha un modelo de desarrollo urbano. En este sentido, a las ciudades sustentables se les ha llamado proyectos de desarrollo sustentable y se está tratando de vincularlos con la nueva estrategia de desarrollo urbano. Las ciudades sustentables tienen como determinantes por un lado la eficiencia territorial: deben ser eficientemen-

te densas. Por otro lado, tenemos aspectos de movilidad, finanzas públicas sanas, competitividad y dinamismo. La gestión debe ser eficiente y la seguridad pública tiene que ser determinante. Estos son algunos de los elementos que observa la sustentabilidad.

En el marco de este paradigma es donde aparecen estos proyectos y los proyectos que, en algún momento determinado, la administración pública empezó a echar a andar como desarrollos urbanos integrales sustentables (DUIS), que es una figura que se ha desarrollado desde los años setenta del siglo pasado como el Infnavit en sus inicios. Todos sus proyectos tenían una visión integral y partían de una base fundamental: ubicar los proyectos próximos a las zonas de trabajo, aspecto que se perdió con el tiempo. Todas las ciudades del mundo en su historia se fundan a partir de las actividades económicas que se generan, y no las viviendas generan actividades económicas. Con ese criterio, en el año 2000 más o menos se echaron a andar los desarrollos urbanos integrales. Esto con el propósito de dar respuesta a los grandes proyectos derivados de la política financiera de vivienda que se integraron a la ciudad. Tratan de evitar este tipo de aspectos: de 2000 a 2006 se crearon ciudades dormitorio. En la actualidad, cerca de 18% de la vivienda que se construyó en la última administración está desocupada. Mucha gente adquirió vivienda para ejercer su crédito sin necesitarlo.

Los desarrollos integrales son evidentes áreas de desarrollo integralmente planeadas. Se pretende que sean motores de desarrollo regional y, de alguna manera, son proyectos en donde hay una participación mixta dentro de los gobiernos locales, federales y sobre todo una participación de la iniciativa privada. El interés de la iniciativa privada de los desarrollos de participar en estos proyectos es por los estímulos a fondo perdido que puede haber para la infraestructura de cabecera de sus proyectos. Es por esa razón que los promotores más importantes fueron promotores de vivienda y no desarrolladores urbanos. Los DUIS son de dos tipos: unos, los que son intraurbanos que hoy en día es la política que se está siguiendo y los proyectos de ensanche que se llaman de expansión, que vienen siendo los de nuevas ciudades. Los promotores vendrían siendo los gobiernos locales estatales y municipales, desarrolladores urbanos y desarrolladores de vivienda.

¿Cuáles son los elementos que hay que tomar en cuenta para la sustentabilidad urbana? Tiene que tener una proyección de gran visión y, por lo tanto, esa sustentabilidad va encaminada a ciertos conceptos. Por un lado deben ser de largo plazo y, eso no hay que

olvidarlo, continuidad. Por otro lado, debe ser una plataforma estratégica para el desarrollo económico. Hay que hacer un diagnóstico integral de las zonas de desarrollo y también para ir las reordenando, de tal manera, que observamos tres elementos en términos de medio ambiente, desarrollo urbano y las áreas de gestión gubernamental.

Tenemos tres elementos determinantes para el proceso de desarrollo urbano: necesitamos el ordenamiento territorial a partir del Plan Nacional de Desarrollo; los programas de desarrollo, de una política de estado, que es a la que aspiraríamos, que la planeación del desarrollo fuera de Estado y la certeza jurídica y la continuidad de los proyectos. Estos elementos son los que van a conformar la posibilidad de dar un ordenamiento territorial congruente.

También una estrategia de desarrollo en términos económicos con una regionalización, una serie de elementos complementarios urbanos para el funcionamiento de esta estrategia, la inserción territorial, coherencia del medio ambiente y el diálogo con el paisaje.

La movilidad es un elemento importante, de personas y mercancías, así como también la diversidad tipológica y mezcla de usos, la gestión de las actividades económicas, una gestión del agua, la utilización de energías alternativas, los espacios públicos integrados, autoridad y orden, los esquemas de regionalización complementarios, la gestión integral de los recursos y los residuos, la voluntad política, diseño bioclimático y conectividad.

Los desafíos que tenemos van desde las tendencias de las necesidades históricas de la urbanización hasta la creación y renovación permanente de la infraestructura, pasando por alianzas público privadas y elevar la productividad de las ciudades. Hoy en día tenemos un reto que desde hace algunos años, desde antes del siglo xx se planteó: la ciudad es un elemento muy importante y no sabemos si vamos a tener los recursos para poderla lograr.

La decadencia de las ciudades se debe a la falta del interés público; necesitamos que las ciudades, nuestros hijos, puedan ver por ellas.

## Atención de urgencias en una ciudad compleja

*Manuel Ramiro Hernández*

[...] Agradezco la invitación. Quiero presentarles un problema que me ha inquietado desde hace muchos años. Surgió cuando fui jefe de un hospital de urgencias en la ciudad de México y vi cotidianamente la complejidad y la tragedia que surgía por el transporte

de los pacientes y su llegada. Además de la mala distribución de los enfermos, lo que ocasionaba una mortalidad y una morbilidad mayor a la que se podría esperar si esto fuera de manera adecuada.

Las causas de mortalidad más frecuente en estos años en México tienen que ver con la necesidad de un transporte rápido de los pacientes. Las enfermedades isquémicas son una de las mayores causas de muerte. Las probabilidades de un mejoramiento en la calidad de vida del paciente con una enfermedad isquémica radican principalmente en el tiempo de transporte del paciente al hospital y el seguimiento que se tiene que hacer durante las 6 primeras horas, con seguridad durante las tres primeras, que se inició con el cuadro clínico.

Luego, las enfermedades cerebrovasculares, la trombosis e infarto al miocardio; ahí los tiempos se reducen a la mitad. Dicen que son 3 horas, pero sin duda, para tener un buen resultado, el procedimiento se tiene que tratar antes de dos horas de haberse iniciado el cuadro para poder revertir la obstrucción y que el tejido no se dañe. Es más sensible el tejido cerebral que el tejido cardiaco, por eso el tiempo es menor. Además están los homicidios, los accidentes con transportes y los suicidios. Aquí, y esta es una estadística de mortalidad, si hubo 27 000 muertes por homicidio, ¿cuántos heridos por arma de fuego, por arma blanca habrá habido en ese año?; si hubo 17 000 muertos por accidentes de tránsito y transporte, con seguridad hubo 10 o 15 veces más heridos, de los cuales 10% queda con secuelas considerables al final.

El suicidio es un verdadero reto y una verdadera tragedia porque, además, sucede en etapas muy tempranas de la vida. De los 5 700 muertos por esta causa que hubo en 2011, 80% correspondía al sexo masculino y más de 60% era menor de 30 años. Una de las maneras en que esto se pudiera abatir, además de muchas políticas de salud alrededor, es que los pacientes puedan acceder al criterio ampliamente.

Las posibilidades actuales de trasladar a un paciente a un hospital con rapidez sólo las tiene el sistema de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que es el ERUM (Escuadrón de Rescate de Unidades Médicas), la Cruz Roja y otros. El ERUM está muy bien sistematizado y muy bien establecido, pero dada la amplitud de la ciudad y la multitud de necesidades, evidentemente no alcanza a llegar de manera oportuna a todos los sitios y luego trasladar al sitio adecuado a cada paciente, que es el otro problema.

Las instalaciones que tiene la Secretaría de Salud para atender estas urgencias son los siguientes hospitales: el Hospital General de Xoco, el Hospital General Dr. Rubén Leñero, El hospital General Balbuena, el Hospital General La Villa y, en menor escala, el Hospital General de

Ticomán y el Hospital General Doctor Gregorio Salas. El Hospital de la Villa cambió de nombre al actual: Hospital General “La Villa”, es decir ahora se atienden y se tiene que atender allí una gran cantidad de pacientes de otras patologías que no son las urgencias.

La necesidad de atender con el nuevo sistema de Seguro Popular, que marca la Secretaría de Salud, obligó a estos hospitales –algunos construidos en 1948, como el Hospital “Rubén Leñero”–, no sólo a atender urgencias, sino también a atender a los enfermos de todos los padecimientos, por lo cual, baja su capacidad de resolución. Desde luego, existe la posibilidad de que si el enfermo no responde y tiene seguro social, entonces lo trasladarán a uno de los tres hospitales que en el área metropolitana tiene el IMSS, que tienen urgencias de traumatología, aunque debo decir que su vocación se ha ido desviando más hacia la ortopedia que hacia la resolución de trauma. La Cruz Roja, por lo general, es la que llega primero por el paciente y entonces lo traslada al Hospital Central de la Cruz Roja, que es un hospital que también ha ido desviando su vocación de urgencias hacia la atención de diversas patologías.

En primer lugar, la propuesta es que estos sistemas de transporte del paciente accidentado o con una patología médica y quirúrgica que requiera un traslado rápido al hospital sea un servicio único, que sea institucional del gobierno del Distrito Federal, y que sea rápido, eficiente y barato, si no es que gratuito.

Segundo, no existe una interconexión hospitalaria rápida, eficiente, cotidiana e incluso constante. Puede ser que el Hospital de Xoco en este momento reciba a los traumatizados de cráneo; el Hospital de la Villa, reciba más traumatizados de columna y el Rubén Leñero reciba a los quemados, pero puede suceder, por ejemplo, que el paciente que va a ser trasladado por un traumatismo craneoencefálico al Hospital de Xoco o al de Balbuena, encuentra que a su llegada, de los tres neurocirujanos que debieran estar en el hospital, dos estén operando y uno no haya asistido. Entonces, la solución no se lleva a cabo, o bien, cosa que también sucede todos los días, el tomógrafo de ese hospital puede no estar en funcionamiento en ese momento, debido a que está en mantenimiento.

Debería haber un sistema en que al ocurrir un accidente con un paciente, pueda haber una comunicación entre hospitales y ambulancias y sepamos a dónde llevarlo, para que sea atendido de manera rápida y eficiente. Creo que estamos en un momento –ya no me atrevo a decirlo después de haber visto todas las necesidades que hay en la ciudad– en que debemos evaluar nuevos servicios de urgencia que sean suficien-

tes y que constituyan parte de hospitales y transporte. La ciudad no ha invertido o no se ha fijado [esas metas], es cierto que hay instituciones que lo han hecho, como el IMSS, que tiene tres grandes hospitales, dos en el Distrito Federal y uno recientemente inaugurado.

Hay que buscar dentro de este plan la colocación estratégica de los [... hospitales] tomando en cuenta dos consideraciones: uno las consideraciones epidemiológicas y las consideraciones metropolitanas. Es decir, este plan rebasa al gobierno de la ciudad y debería incluir a los municipios circunvecinos, de tal manera que sea solucionable. Quiero decirles que hubo un hospital, que en un plan muy inicial, iba a ser de los accidentes de la carretera de Cuernavaca, en Topilejo, pero acabó siendo un Centro de Salud grande que no resuelve ni siquiera los problemas de la localidad.

Otro aspecto muy importante son los recursos humanos que manejan estos traslados y estas emergencias. Aunque es el punto menos deficiente de ese grupo de ambulancias que, llamo otros, porque incluso los no médicos que trabajan en esto, tienen un entrenamiento. Aunque a veces no estén plenamente calificados, los sistemas de reanimación cardiaca y de sostén vital se han difundido de tal manera que sí han impactado en la calidad de atención. Hay que voltear a ver la calidad de atención a partir del entrenamiento, la calificación y la certificación adecuada para que se lleve a cabo.

Esto se ha resuelto en otras ciudades. A principios del siglo xx, en Madrid había un caos mayor al nuestro, fue creciendo la necesidad y se pusieron como plan un sistema de transporte que tardara menos de 10 minutos a la ciudad para atender al paciente. Tiene por nombre Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR) y lo han conseguido. Tienen una intercomunicación con los hospitales; desde que están en el sitio, ya tienen comunicación para saber a dónde llevar al paciente, tienen 21 bases operativas, 190 vehículos y cuentan con enfermeras, médicos y personal especializado. Han solucionado el llegar rápido, más que con helicópteros, con motocicletas, mediante las cuales un médico y un auxiliar se adelantan y llegan con mayor prontitud.

Los catalanes decidieron hacer un plan provincial abarcando toda la provincia de Cataluña y tienen muchas instalaciones que consiguen a partir de siete puntos, incluido un centro de atención en los Pirineos durante el invierno para llevar a los heridos en las estaciones de esquí. Poseen cuatro helicópteros y, sobre todo, tienen la intercomunicación para saber a dónde llevar a los pacientes. Vale la pena tener en cuenta que, además de los problemas planteados, hay que considerar que se necesita la interacción de muchos factores.

Quiero decirles yo, que estuve como jefe de urgencia y posteriormente como director de Regulación de Servicios de Salud, que coordinar una ciudad como ésta –con instituciones tan complejas como el IMSS, el ISSSTE, la SS del Distrito Federal, la Cruz Roja– es muy difícil y conlleva a vivir en este caos que vivimos. Como ejemplo, para terminar, quiero resaltar el accidente que hubo hace unos días en el INR: tuvo 4 muertos y 2 heridos. Este hospital tiene la unidad más sofisticada de Urgencias de Latinoamérica, sin embargo, los 2 heridos fueron llevados uno por helicóptero y otro por ambulancia; uno al hospital de Traumatología del Sur y el otro al Hospital 32 del IMSS. ¿Cómo se puede uno explicar que suceda esto?

Esto es lo que les dejo de tarea.

[...]

## El hospital seguro frente a desastres

*Ferdinand Recio Solano*

[...] Queremos agradecer a la mesa directiva de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud, así como a la Academia Nacional de Medicina, un recinto especial, por la hospitalidad que brinda, por los eventos que se hacen aquí –y que ahora se transmiten a nivel internacional– y por la oportunidad que nos da de ver diferentes factores.

Yo he tenido el privilegio de estar con ustedes hablando sobre el programa de Hospitales Seguros frente a Desastres en función de que el 25 enero de 2010 se cumplieron ya tres años del inicio del Programa Hospital Seguro, firmado por 158 países en Yoko, Japón. México es el país que conformó el Comité Nacional de Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro de 2002, presidido por la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación. En la actualidad, se cuentan con tres de los comités estatales de evaluación del Programa Hospital Seguro y son aproximadamente 1 300.

A la fecha se han evaluado 320 hospitales clasificados como hospitales rojos por ser de alta complejidad técnica en zonas de alto riesgo. El Comité Nacional cuenta con un grupo técnico asesor, formado por expertos representantes de instituciones del sector salud, público, privado, social y académico. Dentro de ese grupo académico, hay compañeros de esta asociación que están participando.

México presentó sus avances en la Primera Reunión de la Plataforma Regional de Reducción de Desastres, organizada por la OPS/OMS,

en Marzo de 2009, en la ciudad de Panamá, donde se entregó la guía práctica para funcionarios de salud y el tríptico para la población.

A partir de Mayo de 2009, se organizó junto con los expertos de la OPS/OMS el curso “Hospital Seguro frente a Emergencias Epidemiológicas”, con el que se prepararon 474 evaluadores y se aplicaron los lineamientos en 136 hospitales, de los cuales 111 son del sector público y 25 del sector privado. Si ustedes recuerdan, cuando tuvimos el problema de la influenza, en 2009, el problema principal fue que al inicio nadie sabía de qué se trataba. Pacientes que llegaba en apariencia sólo con gripa y que antes de las 72 horas pasaban al área de patología y después morían. Hubo profesionales de la medicina que también murieron por no tener la protección adecuada.

La licenciada Laura Gurza, coordinadora general de Protección Civil, participó en la Segunda Sesión de la Plataforma Global para la Reducción de Riesgos de Desastres, en Junio de 2009, en Ginebra, Suiza.

En la XLIX Sesión Anual del Consejo Directivo y en la LXI Sesión del Comité de la OPS/OMS, realizada en septiembre de 2009, en Washington, D. C., la licenciada Gurza participó en la mesa redonda “Hospitales seguros, una meta a nuestro alcance”.

También se participó en la reunión técnica para la implementación del tema: “Hospital seguro frente a desastres en la región latinoamericana”, realizada en diciembre de 2009 en Lima, Perú.

En dicha reunión de Lima, Perú, se generó una serie de lineamientos de plan de acción regional de hospitales seguros para 2010 a 2015, a los que se comprometió nuestro país, junto con los 156 países participantes, con base en los siguientes puntos:

- *A 2011 todos los países han establecido un Programa Nacional de Hospitales Seguros*
- *A 2013, todos los países cuentan con un sistema de información sobre la construcción de nuevos hospitales o mejoramiento de los existentes*
- *A 2013, los países de la región han establecido mecanismos de supervisión de las obras de construcción de hospitales y grandes inversiones en establecimientos de salud*
- *A 2015, todos los países habrán incorporado medidas que aseguren el funcionamiento de los establecimientos de salud en casos de desastres en todos los nuevos proyectos de inversión en salud. Contarán con normas actualizadas para el diseño, construcción y operación de nuevos establecimientos de salud seguros. Habrán mejorado la seguridad frente a desastres en los establecimientos de salud existentes*

En México, esta actualización de Hospitales Seguros ante Desastres genera una serie de compromisos, los cuales son los siguientes:

- *Desarrollo y aplicación de metodologías y herramientas para identificar los nuevos proyectos de inversión en salud de 2011 a 2015*
- *Desarrollo de instrumentos de seguimiento y evaluación del avance de la implementación del Programa de Hospitales Seguros 2013*
- *Adopción de mecanismos de transparencia en el financiamiento y ejecución de establecimientos de salud 2013*
- *Desarrollo de guías técnicas para el análisis de la ubicación de establecimientos de salud y en su entorno en 2013*
- *Desarrollo de recursos humanos para la evaluación de proyectos de inversión en salud 2013*
- *Creación y mantenimiento de un directorio regional, subregional y nacional de expertos en seguridad estructural, no estructural y funcional de establecimientos de salud 2014*
- *Aplicación de guías técnicas para incorporar la mitigación de daños en los proyectos de nuevos establecimientos de salud e incluirlos como términos de referencia en los procesos de licitación de diseño, construcción y operación, para desarrollar un marco legal que asegure que los nuevos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, cuenten con condiciones mínimas para seguir funcionando en casos de desastres 2015*
- *Intervención de vulnerabilidad en establecimientos de salud prioritarios*
- *Elaboración de planes de respuesta frente a desastres en los establecimientos de salud*
- *Capacitación del personal de salud en gestión de riesgos y atención de desastres*

Estos son los principales compromisos de este programa. Pero, ¿quién hace la construcción?, ¿cuándo se reunieron esos arquitectos con el área médica? Otro punto importante, hay que considerar la localización del hospital para poder atender las necesidades del paciente, entonces, se tiene que acudir al que va a resolver el problema; esto implica que los servicios estén en condiciones operables.

Hoy me sentía maravillado de ver a buenos arquitectos. Se nota que Porfirio Díaz en 1905 sí se encontró con funcionarios que quisieron hacer un verdadero hospital, con un buen diseño y una buena arquitectura. Pero tenemos una sorpresa mayor, ¿que nos sucede con un hospital como el de Jesús?, con más de 400 años y que lo tenemos en el centro de la ciudad, en la avenida 20 de Noviembre, subsiste y está en servicio. Esto nos demuestra que cuando respetamos lo que el arquitecto diseñó y cuando hay una buena combinación del área de construcción y el que va a vivir adentro, llámese médico, enfermera o trabajador social y personal administrativo, la unidad sale adelante.

Lo que vengo a suplicarles, señores, es que [observen] una nueva ley: la *Ley general de protección civil*, que acaba de promulgar el gobierno federal, por medio de la cual ahora los programas internos de protección civil tienen que estar aunados a los programas de Hospital Seguro. En este sexenio, se dice que tendremos más de ciento cincuenta nuevas unidades de salud; yo suplicaría que éstas tuvieran un muy buen intercambio con las instituciones del sistema de salud y, más cuando hablamos del Seguro Popular, pero... ¿cuánta gente tiene acceso a éste? Y algo muy importante, ¿cuántos de nosotros por los accidentes automovilísticos que se dan o por la agresión colectiva que vivimos en esta ciudad tendremos que ir al área de urgencias? ¿Realmente sabrán nuestros familiares cómo actuar?, ¿qué pedir? Nadie está exento, queda en sus manos que si tenemos que llegar a un área de urgencias, si es el espacio tiene los requisitos médico arquitectónicos, que el servicio que recibamos en realidad nos salve la vida, no nos deje con vida pero lisiados. Recordemos que el vivir es muy importante, y es la única operación matemática en la que sumamos y restamos; todos los días sumamos un día de vida, pero también restamos uno.

[...]

145

## Proyectos de la Autoridad del Espacio Público de la Seduvi del Distrito Federal

*Eduardo Aguilar*

La Autoridad del Espacio Público es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda del Distrito Federal (Seduvi) que tiene como fin la gestión y la mejora del espacio público en la ciudad. Entendiendo el *espacio público* como la banqueta, la calle, la estación de metro, todo el espacio en el que nos movemos, en que trabajamos, convivimos, nos movemos. Es así como consideramos el espacio público, con base en el cual trabajamos los proyectos vinculados y los distintos planes de desarrollo.

El espacio público debe ser siempre eficiente, equitativo, incluyente y sustentable, eficiente y funcional para lo que fue creado. Debe ser equitativo, incluyente en las capacidades físicas de los usuarios del espacio público. Hemos tenido mesas de trabajo con expertos en el tema de ciudades como Colombia, en particular con el arquitecto Peñaloza y una fundación que él tiene que se llama Ocho Ochenta, donde él manifiesta el espacio público como igual de accesible y útil

para un niño de 8 años que para una persona de 80 años. Y sustentable, que ha sido un tema que hemos venido discutiendo en estas mesas, en temas sociales, ambientales y económicos.

Algunos objetivos específicos son:

- *La creación y recuperación de espacios públicos*
- *Dignificación de espacios peatonales*
- *Lineamientos en parte de normatividad y reglamentos para el espacio público*
- *Mejoramiento de la movilidad urbana, donde se desprende el programa de parquímetros Eco Parc*
- *Mejoramiento del paisaje urbano donde se desprenden programas de publicidad exterior en términos de limpieza*

En particular, quiero hablar del tema de accesibilidad universal en el espacio público. SEDUVI, por medio de la Autoridad del Espacio Público, ha generado manuales técnicos de accesibilidad. Existen estos lineamientos que han sido revisados por expertos a nivel internacional. Estamos trabajando con algunos miembros de la Asamblea para que esto no quede en lineamientos, y se vuelvan una ley, un derecho a la seguridad en el espacio público.

Año con año se hacen obras públicas; algunas autoridades sí consideran el tema de la accesibilidad, aunque sin los lineamientos técnicos, y otras no lo hacen. De ahí el interés de que estos manuales se conviertan en leyes, como un derecho a la seguridad en el espacio público. Hemos venido hablando, por ejemplo, de la importancia de llegar a tiempo a un centro médico. Hemos visto los datos sobre el número de accidentes automovilísticos causados en la vía pública, el tiempo para llegar a un hospital y las muertes que esto genera.

Lo que buscamos nosotros es todavía un paso adelante. Que estos accidentes no sucedan, que no haya necesidad de llegar a un hospital. Que este número se reduzca de manera significativa.

Dentro de estos manuales vemos temas de espacios accesibles, generar corredores accesibles, creamos una isla en medio del entorno urbano. Asegurar la circulación libre sin obstáculos, mobiliario, vegetación, postes. El tema también del ambulante, que trabajamos muy de la mano con las delegaciones, el tema de protección civil, fuera de las estaciones de metro. Hemos venido trabajando para tener un radio de 25 metros perimetrales en caso de que suceda un siniestro y puedan evacuarse estos espacios públicos. Banquetas, con una franja mínima de 1.20, rampas de accesibilidad, con pendientes mí-

nimas, cruceros seguros; materiales también accesibles, tanto secos como húmedos. Todos estos lineamientos los implementamos y son prioridad dentro de los que se ejecutan en el gobierno de la ciudad.

Un caso particular es el caso de la calle 16 de septiembre, en donde uno de los objetivos es garantizar el libre acceso, mejorar la movilidad peatonal, brindar accesibilidad universal, proporcionar seguridad peatonal y ordenar la vialidad. Este proyecto en particular es muy innovador, ya que es el primer modelo que estamos desarrollando y al que le llamamos calle compartida. Es un ejemplo de calle, donde la prioridad la lleva el peatón. Por años hemos venido haciendo calles para automóviles, dejando el remanente para el peatón, considerándolo como el usuario de segunda, quitándole cualquier prioridad.

Otro caso es la calle Homero, esta calle se hace con recursos del programa de Parquímetros. Nuevamente también fomentando los cruces seguros, ampliando las banquetas, rampas, priorizando y dejando libres los cruces peatonales. Como les comento, todos los proyectos llevan el tema de la accesibilidad universal.

Otro programa, que muchas veces no vinculamos con el tema de la salud (se hablaba de las ciudades sanas), es el de Eco Parc, el programa de parquímetros o de ordenamiento de estacionamiento en la vía pública. Muchas veces mal entendido como un programa de recaudación. Pero en el fondo es uno que busca desincentivar el estacionamiento en vía pública y el uso del automóvil, lo que hemos venido logrando, resultado que conocemos por medio de la implementación de estudios que evalúan los beneficios que trae el programa. Éste, como saben, está siendo aplicado en colonias como Polanco, Lomas, Anzures y algunas zonas de la Roma y la Condesa.

El caso particular que les quiero presentar es el de Polanco. Luego de un año del programa, hicimos un estudio de resultados. Teníamos insuficiencia en el estacionamiento, en la privatización con el “franelero”, que es una verdadera privatización del espacio, abuso que vivimos día a día. Los resultados que tenemos después de la operación e implementación de este programa es: en Polanco teníamos 120% de ocupación en la vía pública. Esto quiere decir que estaba ocupado 100% de los cajones y había 20% de automóviles “dando vueltas”, esperando que uno de estos cajones se desocupara. Una vez que se implementó el programa, se redujo la ocupación a 50%, y hoy tenemos entre 60 y 70% de ocupación de cajones en vía pública. Esto genera que el tiempo de búsqueda que andaba entre 20 y 25 minutos en esta colonia se redujera entre 5 y 7 minutos al día de hoy.

¿Qué beneficios genera esto para una ciudad sana y sustentable? En horas hombre usadas en búsqueda de cajón por año, estamos hablando de 8.7 millones antes de parquímetro, lo cual se reduce a 2 millones. Esto es un ahorro de 6.7 millones, que si les ponemos pesos y nos vamos a números duros estamos hablando de alrededor de 200 millones anuales. El promedio anual de las distancias recorridas en búsqueda de cajón, antes del parquímetro, era de 104 millones de km, después de los parquímetro es de 23 millones de km, un ahorro de 80 millones de km que dejan de circularse en esta colonia. En el tema de ahorro de combustibles, vinculando los millones de km circulados a los litros de gasolina, estamos hablando de que los casi 10 millones de litros de gasolina que se estaban gastando sólo en buscar cajones en esta colonia, se reducen a 2.2 millones, es decir un ahorro de 7.7 millones de litros de gasolina. Y si queremos hablar de un monto económico de este ahorro, estamos hablando de 81 millones de pesos al año y esto también nos beneficia directamente en la calidad del aire. Antes de parquímetro se generaba unas 23 mil toneladas de CO<sub>2</sub>, las cuales se han reducido a 5 mil toneladas anuales y esto implica un ahorro de 7 millones de pesos cada año.

Los beneficios del programa van más allá del ordenamiento y del acceso a cajones en la vía pública. Son beneficios ambientales, económicos, de eficiencia, que nos hacen ser una ciudad más eficiente, más limpia y más práctica. Además, está el tema de los recursos que generan. De éstos, se destina 30% a mejoras en la colonia y es el Comité de Vecinos quienes deciden a donde quieren destinar este recurso. Nosotros trabajamos con las delegaciones y hacemos un catálogo de proyectos para que los vecinos decidan qué proyecto ejecutar, pero estos proyectos siempre van de la mano con temas de sustentabilidad y temas de eficiencia, es decir, banquetas accesibles, espacios públicos, seguridad, jardines. Nunca hacia temas de pavimentación o estacionamientos, es decir, buscamos que el daño que genere el auto se compense con este pago y genere obras para incentivar otros temas de transporte sustentable, eco bici, etc. Este año en Polanco, les comentaba, el proyecto de las banquetas de Homero, una inversión de 20 millones, que se generaron en este polígono durante un año aquí, por ejemplo, destinado a cruces seguros. En la calle Homero había un problema, que muchas veces en horas tráfico, la gente se quedaba a la mitad de la calle y después tenía que cruzar de alguna manera desprotegida.

Parques Públicos de Bolsillo, un programa presentado por Miguel Ángel Mancera y publicado desde su campaña. Este es un pro-

grama que tiene sus orígenes en ciudades densamente pobladas como la nuestra. Ciudades como Nueva York, Hong Kong, Barcelona e, incluso, la ciudad de México han desarrollado este proyecto que tiene como fin recuperar espacios remanentes que muchas veces están invadidos y ocupados, de nuevo, por automóviles. Se trata de capitalizar en beneficio de los ciudadanos espacios que eran subutilizados o se convertían en tiraderos, espacios que ni siquiera sabíamos que teníamos y que, de repente, se han convertido en espacio público. El primero que hicimos fue el del Zócalo, en la Plaza de la Constitución.

Esta era una zona un poco ambigua que no era ni para el peatón ni para el automóvil, y lo convertimos en este espacio público con una sencilla intervención que consistió en pintar el piso para generar esta seguridad, colocar mobiliario urbano y generar un nuevo espacio público que, además del tema de embellecimiento, también tiene como prioridad el tema de la seguridad. Ya que al diseñar estos parques de bolsillo hacemos un trabajo tanto de rampas y accesibilidad como de cruces seguros, para que las personas que cruzaran en este caso particular, pudieran usar esta isla de seguridad y continuar su trayecto o usar el espacio.

Tenemos estas zonas ambiguas, inseguras, entre automóviles y peatones. Creamos el balizamiento, definimos bien dónde son los cruces, protegemos al peatón y el interior puede ser muy variable. Trabajamos con los vecinos para definir si es un gimnasio, juegos infantiles o área de estar.

Hay casos similares en otras partes del mundo. En el caso de la ciudad de México, hicimos un estudio de vida pública, para saber cómo vivimos el espacio público, no lo vivimos igual que un neoyorkino o singaporense. Vimos qué tipo de actividades realizamos en esta ciudad en espacios públicos, qué horarios, qué nos gusta, qué no, qué buscamos que tenga nuestro espacio público. Y algo muy importante que salió fue el tema de comer. Las características de la ciudad nos impiden que nos podamos trasladar a nuestras casas para comer allí, y es muy común que tengamos que hacerlo en la oficina o donde nos encontremos a la hora de la comida. Entonces, empezamos a desarrollar áreas de comida pública con dignidad, con condiciones de higiene, con seguridad, para que no se nos obligue a entrar a un restaurante para poder sentarnos y comer en un lugar seguro; lugares adonde podemos llegar con nuestros alimentos y comerlos allí han sido muy exitosos.

# Conclusiones generales del congreso

*Jaime Latapí López*

Entre las conclusiones del Congreso “Hospital del Futuro + Arquitectura + Salud...” organizado por la SMAES y la ANM, dentro del cual se incluyó el “Encuentro Internacional de Ciudades Saludables”, el arquitecto Latapí expuso que nunca antes se había tomado el tema de la ciudad saludable dentro de los congresos realizados por la SMAES. Además, que es importante solucionar los problemas de la sociedad mexicana, no sólo creando infraestructura hospitalaria, sino creando ciudades para el beneficio de la salud.

En los cinco módulos del XIV Congreso Internacional Hospital del Futuro, estuvieron presentes cincuenta conferencistas, quienes desarrollaron los siguientes temas:

- *Lo actual y lo futuro*
- *La visión estratégica de las instituciones para crear y competir*
- *Más arquitectura, más salud*
- *El compromiso ético y profesional de los arquitectos especializados en salud*
- *La ciudad y la salud*

Los objetivos cumplidos de cada uno de los módulos se detallan en seguida.

## **Lo actual y lo futuro**

- *Conocer la información y los programas de inversión de las instituciones prestadoras de servicios de salud del sector público*
- *Visualizar el impacto de las políticas en el futuro de la infraestructura para la salud del país*
- *Proporcionar recomendaciones a las instituciones de salud del país*
- *Iniciar planes de trabajo conjuntos*
- *Generar planes maestros de las diversas instituciones incorporando el criterio de universalidad*
- *Integrar el concepto de sustentabilidad holística y no sólo desde la perspectiva ecológica*

## La visión estratégica de las instituciones para crear y competir

- *Conocer las fortalezas y debilidades de los actuales esquemas de financiamiento y contratación para el diseño, edificación y mantenimiento de la infraestructura en salud*
- *Apertura hacia nuevos esquemas*
- *Analizar los actuales procedimientos de contratación del equipamiento médico*
- *Proponer a las instituciones observaciones y recomendaciones a los modelos de contratación*

## Más arquitectura, más salud

- *Exponer un modelo de planeación regional considerando diversas variables*
- *Presentar herramientas para las redes de atención a la salud*
- *Promover la conciencia de la arquitectura en y para el hombre*
- *Enfatizar la perspectiva de derecho humanos del usuario y sus familiares como eje principal de la arquitectura para la salud*
- *Aplicar nuevas herramientas tecnológicas de apoyo para la integración de todas las fases del proyecto de las distintas especialidades*
- *Reconocer la importancia de la diversidad cultural en los espacios de salud*
- *Conocer la introducción de algunos servicios de control y entrega de medicamentos para hacer más eficiente la prestación de servicios de salud*
- *Destacar la relevancia e impacto de la calidad y costo de la conservación de los inmuebles para la salud*
- *Conjuntar la visión médica de las nuevas tecnologías al presente con la arquitectónica*
- *Conocer las experiencias internacionales de arquitectura para la salud*
- 

151

## Compromiso ético para los espacios para la salud

- *Promover un compromiso ético entre todos los actores en el proceso de la generación de la infraestructura para la salud y su equipamiento*
- *Reiterar la importancia de la capacitación y certificación, donde la SMAES funja como garante de la ética y seriedad de sus agremiados*
- *Destacar el papel de la SMAES como expresión de profesionalismo y seriedad de los arquitectos*
- *Reconocer la importancia de la arquitectura hospitalaria del pasado para vislumbrar el futuro*

## La ciudad y la salud

- *Definir los conceptos de una ciudad saludable*
- *Conocer las experiencias nacionales e internacionales*
- *Definir las prioridades para llevar a las ciudades latinoamericanas a considerarlas ciudades saludables*
- *Identificar los retos a superar*
- *Vincular la SMAES con las instituciones oficiales para definir programas y establecer equipos de trabajo*
- *Utilizar la información recabada para establecer un plan de trabajo, de análisis y consideraciones aplicables al futuro*

152

## Conclusiones del Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables

Se exponen las siguientes recomendaciones que tienen como finalidad orientar acciones hacia la transformación de la ciudad en *ciudad saludable y sustentable*, entendiendo que se trata de un proceso continuo y permanente que requiere decisiones que competen tanto a los diferentes niveles de gobierno, como al sistema de salud, instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil, así como a la comunidad en general.

- *Reconstitución de un cuerpo colegiado de profesionistas, de actores sociales, de expertos en diversos temas y disciplinas afines, con el objetivo de definir el esquema de un nuevo mecanismo de gestión y planeación de la ciudad; con ejes temáticos fundamentales para la ciudad como: sustentabilidad, equidad, calidad de vida, espacio público, gobernabilidad, participación social y competitividad, constituidos en mesas de trabajo para discutir y definir estrategias orientadas al diseño de una nueva política en materia de desarrollo de la ciudad, que incluya un planteamiento a la autoridad, que involucre a todos los órganos de gobierno, para que en forma coordinada e integral se trabaje hacia el mismo objetivo.*
- *Crear espacios recreativos, verdes y culturales de libre acceso, en las zonas de la ciudad que carecen de ellos, aprovechando terrenos baldíos, entre otros; estos espacios deberán contar con: accesibilidad universal, equidad, seguridad, equipamiento, sustentabilidad y gestión comunitaria. En la periferia de la ciudad, desarrollar zonas de bosque.*

## Recomendaciones para promover y planificar de manera integral y sistemática la salud

- *Abordar la desigualdad en la salud y la pobreza urbana*
- *Atender las necesidades de los grupos vulnerables*
- *Generar una gobernanza participativa*
- *Atender los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud*
- *Implementar una comisión intersecretarial para coordinar e integrar los tres niveles de gobierno bajo un modelo de Zonas Metropolitanas Saludables (ZOMESA)*

## Recomendaciones para generar sustentabilidad urbana y beneficio a la salud

153

A continuación, se presentan recomendaciones para aplicar elementos de gran visión que generen sustentabilidad urbana y beneficio a la salud de los habitantes de las ciudades.

- *Concepto de gran visión: identificar las posibilidades de una nueva plataforma estratégica de soporte económico a largo plazo*
- *Diagnosticar de manera integral el ambiente, el desarrollo urbano y el área fiscal y su gobernabilidad*
- *Ordenamiento del territorio, ejecución de planes y programas de desarrollo, políticas con certeza jurídica y continuidad*
- *Estrategias de desarrollo, generar esquemas de desarrollo económico, regionalización económica y perfiles urbanos complementarios*
- *Inserción territorial, coherencia con las edificaciones y vocación urbana con el medio físico, como soporte de modelos urbanos*
- *Movilidad y transporte, incrementar el impulso hacia el uso de transporte público de calidad, eficiente, seguro y sustentable, incentivar y crear las condiciones para el uso de transporte no motorizado (ciclistas). Espacios peatonales adecuados: banquetas, cruces, andadores, paseos...*
- *Diversidad tipológica, mezcla de usos por niveles y actividades y variedad de tipos de vivienda, usos mixtos del suelo*
- *Gestión de actividades económicas, competitividad y asociaciones público-privadas*
- *Gestión integral y reúso intensivo del agua*
- *Utilización de energías alternativas, energías reguladas bajo promoción y estímulos efectivos y con esquemas financieros en asociación*

- *Espacios públicos, generar una cultura ciudadana, con cohesión social y variedad del espacio público*
- *Equipamientos, estructurados en niveles básicos y regionales, con vocaciones productivas y reglamentadas bajo una localización y dosificación*
- *Gestión integral de residuos, aplicación de los conceptos de separación, recolección, disposición, voluntad política y enfoque económico*
- *Diseño bioclimático, aplicado en lo arquitectónico, urbano y con enfoques realistas*
- *Modelos urbanísticos concentrados, mixtos e incluyentes*
- *Alta conectividad y accesibilidad, vías y medios de transporte específico para la población, fusionado con las tecnologías de información y comunicación*

## **Propuestas y compromisos de actualización en hospitales seguros**

- *Desarrollo y aplicación de metodologías y herramientas para identificar los nuevos proyectos de inversión en salud de 2011 a 2015*
- *Desarrollo de instrumentos de seguimiento y evaluación del avance de la implementación del Programa de Hospitales Seguros 2013*
- *Adopción de mecanismos de transparencia en el financiamiento y ejecución de establecimientos de salud 2013*
- *Desarrollo de guías técnicas para el análisis de la ubicación de establecimientos de salud y en su entorno 2013*
- *Desarrollo de recursos humanos para la evaluación de proyectos de inversión en salud 2013*
- *Creación y mantenimiento de un directorio regional, subregional y nacional de expertos en seguridad estructural, no estructural y funcional de establecimientos de salud 2014*
- *Aplicación de guías técnicas para incorporar la mitigación de daños en los proyectos de nuevos establecimientos de salud e incluirlos como términos de referencia en los procesos de licitación de diseño, construcción y operación 2015*
- *Desarrollo de un marco legal que asegure que los nuevos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo cuenten con condiciones mínimas para seguir funcionando en casos de desastres 2015*
- *Intervención de vulnerabilidad en establecimientos de salud prioritarios 2015*

- *Elaboración de planes de respuesta frente a desastres en los establecimientos de salud 2015*
- *Capacitación del personal de salud en gestión de riesgos y atención de desastres 2015*

## **Recomendación para atención de urgencias en una ciudad compleja**

- *Establecer sistemas de redes de comunicación entre unidades móviles (ambulancias) y hospitales, mediante la aplicación de servicios universales para la pronta atención de las urgencias, en la zona metropolitana de la ciudad de México*



# RECOMENDACIONES

Se considera sumamente recomendable disminuir la curva de aprendizaje en las instituciones mexicanas involucradas en el tema de las ciudades mexicanas saludables, tomando en cuenta la mayor experiencia de otras instituciones internacionales. Con base en los estudios realizados en el presente documento, nos permitimos presentar las siguientes recomendaciones:

- *Definir una instancia con apoyo oficial reconocida, para dar seguimiento a la continuidad de estudios y de recopilación de información en el tema de infraestructura física, servicios y espacios para la salud en las ciudades y comunidades de otras partes del mundo*
- *Continuar en la búsqueda de información internacional sobre el tema, identificando y estableciendo contacto oficial con otros países y las instituciones enfocadas al desarrollo de ciudades saludables. Estas instituciones podrán ser dependencias oficiales, institutos de investigación y/o universidades extranjeras*
- *Intercambio de experiencias con otros países del mundo, haciendo énfasis en las ciudades latinoamericanas*
- *Incorporación oficial al programa de Ciudades Saludables, coordinado por la OMS y/o la OPS*
- *Integración de un grupo multidisciplinario de expertos en el seguimiento de un plan de trabajo permanente sobre el tema, que entregue continuamente productos aplicables en México*
- *Proporcionar información y recomendaciones sobre entornos, comunidades y ciudades saludables en el ámbito internacional, a las instituciones mexicanas involucradas en el tema*
- *Apoyar a las universidades e instituciones oficiales en la formación de recursos humanos especializados en el tema de infraestructura para la salud en las ciudades*

- *Investigar los ajustes que tuvieron que hacer las instituciones internacionales de cada país para realizar y consolidar el programa "Ciudades Saludables", así como los cambios en sus legislaciones y programas oficiales*

## Acrónimos

ANM	Academia Nacional de Medicina
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
BMW	Bayerische Motoren Werke (Fábricas Bávaras de Motores)
CAM-SAM	Colegio de Arquitectos de México. Sociedad de Arquitectos de México
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Cepal	Comisión Económica para América Latina
CO <sub>2</sub>	Dióxido de carbono
Conacyt	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Conapo	Consejo Nacional de Población
Conduse	Consejo para el desarrollo Urbano Sustentable
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DIUS	Desarrollos Urbanos Integrales Sustentables
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
Ecosol	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
ECP	Evaluación Común para los Países
ERUM	Escuadrón de Rescate de Unidades Médicas
FEMOCCPAALC	Federación de Mujeres Organizadas en Centrales de Comedores Populares Autogestionarios y Afines de Lima y Callao
IDH	Índice Humano de Desarrollo
ILPES	Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social
IMMSA	Industrias Metálicas de Monclova, S.A.
IMMS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Inegi	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Infonavit	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
INR	Instituto Nacional de Rehabilitación
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
MID	Marco Integral de Desarrollo
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDESC	Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PIB	Producto Interno Bruto
PNB	Producto Nacional Bruto
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
	Prodere Programas de Desarrollo de Desplazados y Refugiados
	Sedesol Secretaría de Desarrollo Social
	Seduvi Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda
Sida	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SMAES	Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud
SMALP	Cooperación italiana de Salud, Medio Ambiente y Lucha contra la Pobreza
SS	Secretaría de Salud
STP	Salud en Todas las Políticas
Unicef	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
VMOEPA	Visión General de Planificación Estratégica (Visión, Misión, Objetivos, Estrategias, Plan de Acción)
ZMVM	Zona metropolitana del Valle de México
Zomesa	Zona Metropolitana Saludable



- Calderón y Servén (2004). Ferro y Lentini (2008) en Boletín FAL, núm. 268, Santiago de Chile, citados por Cepal. Naciones Unidas. *Boletín FAL*. Edición núm. 293, número 1 de 2011. Unidad de Servicios de infraestructura. División de Recursos Naturales e Infraestructura [www.cepal.org/transporte](http://www.cepal.org/transporte)
- Camás, Javier (compilador). *Descentralización o Desarticulación urbana*. Antologías Universitarias. Instituto Mora/Ciesas. México, 1999.
- Caminando hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción en las Américas*. OPS/OMS 2007. Primer Foro Regional de Salud Urbana. Disponible en: [Org\\_Panamericana\\_de\\_Salud\\_Caminando\\_hacia\\_un\\_marco\\_conceptual\\_de\\_salud\\_urbana-2007.pdf](http://Org_Panamericana_de_Salud_Caminando_hacia_un_marco_conceptual_de_salud_urbana-2007.pdf).
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud-pdf
- Castells, citado por Singer, Paul: *Urbanización, dependencia y marginalidad en América Latina*. Camás, Javier (compilador). Descentralización o Desarticulación urbana. Antologías Universitarias. Instituto Mora/Ciesas. México, 1999.
- Cepal / DGEC, 1988a citado por: Feres, Juan Carlos y Xavier Mancero en: *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*. Cepal. Santiago de Chile, 2001.
- Cepal. *Panorama Social de América Latina*. Documento informativo 2012.
- Chueca Goitia, Fernando: *Ciudades saludables*. [http://www.cuentayrazon.org/revista/pdf/113/Num113\\_010.pdf](http://www.cuentayrazon.org/revista/pdf/113/Num113_010.pdf)
- “Ciudades Saludables”, folleto de la red española de ciudades saludables. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/ciudadesSaludables/docs/folletoCiudadSalud.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 2007, LC/G 2335, citado por Estevez, Ariadna y Daniel Vázquez: *Los derechos humanos en las ciencias sociales: una perspectiva disciplinaria*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/38107/P38107.xml&xsl=/mexico/tpl/p9f.xsl&base=/mexico/tpl/top-bottom.xsl>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/mexico/noticias/paginas/3/7873/P7873.xml&xsl=/mexico/tpl/p18f-st.xsl&base=/mexico/tpl/top-bottom.xsl>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). *Indicadores Sociales Básicos de la Subregión Norte de América Latina y el Caribe*. Edición 2008-2009. 10 de diciembre de 2009. LC/MEX/L.947. Comisión Europea. Dirección General de Salud y Consumidores. *La salud en todas las políticas*. [ec.europa.eu/health/eu\\_world/police/index\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health/eu_world/police/index_es.htm)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). *Objetivos y Funciones*. LC/MEX/L.410/Rev.2. 27 de agosto de 2001.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). [www.cepal.org/publicaciones/xml/4/6564/lcl1491e.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/6564/lcl1491e.pdf)

- Conferencias Mundiales de Promoción de la salud, desde Ottawa hasta Helsinki.*  
Publicado el 22/07/2013 por el Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud. <http://bloqs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29>
- Consejo Nacional de Evaluación. *Indicadores para resultados.* <http://www.coneval.gob.mx/coordinacion/Paginas/monitoreo/mir/mir.aspx>.
- Construyendo comunidades saludables; 10 años de esfuerzos compartidos; a 10 años del Programa de Entornos Saludables;* Secretaría de Salud y Secretarías de Salud Estatales
- De Ottawa a Bangkok; un recorrido de 20 Años en la promoción de la salud.*
- Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.* Alma\_Ata, URSS, 6-12 septiembre de 1978, OMS. Disponible en: [Declaracion\\_Alma\\_Ata\\_1978\\_es.pdf](#)
- Declaración de Zagreb para ciudades saludables 2008. Salud y equidad en todas las políticas locales.*
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA). División de Desarrollo Sostenible. <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/sdissues.htm>
- Department of Economics and Social Affairs (DESA). Economic and Social Council Social Policy and Development Division. <http://undesadspd.org/commission-forSocialDevelopment.aspx>
- Documento principal de Ciudades Saludables /Comunidades Saludables. [www.recs.es/descargas/Zagreb\\_Declaration\\_20081018.pdf](http://www.recs.es/descargas/Zagreb_Declaration_20081018.pdf)<http://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/vision-general/modelos-de-desarrollo-para-la-salud-en-la-comunidad/ciudades-saludables-comunidades-saludables/principal>
- Escuela Andaluza de Salud Pública y Bienestar Social. [www.easp.es](http://www.easp.es)
- Feres, Juan Carlos y Xavier Mancero, citado en: *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina.* Cepal. Santiago de Chile, 2001.
- Fernández Ruiz, Jorge. *Servicios públicos municipales.* INAP. UNAM. México, 2002.
- Gross F., Patricio *et al.* *Metropolización en América Latina y el Caribe: Calidad de vida y pobreza urbana,* en: *Revista Eure.* Volumen XIV. Núm. 43. pp. 7-51. Santiago de Chile 1988.
- Grupo de Naciones Unidas para el Desarrollo. [http://www.onu.org.gt/contenido.www.undg.org/docs/11576/8-Five-programming-Principles\\_Spanish.pdf](http://www.onu.org.gt/contenido.www.undg.org/docs/11576/8-Five-programming-Principles_Spanish.pdf) [http://www.undg.org/docs/11576/8-Five-programming-Principles\\_Spanish.pdf?tg=1385-1337-instrumentos-de-la-reforma](http://www.undg.org/docs/11576/8-Five-programming-Principles_Spanish.pdf?tg=1385-1337-instrumentos-de-la-reforma).
- Grupo de Naciones Unidas para el Desarrollo. [www.undg.org/docs/11576/8-Five-programming-Principles\\_Spanish.pdf](http://www.undg.org/docs/11576/8-Five-programming-Principles_Spanish.pdf)
- Grupo de Naciones Unidas para el Desarrollo. <http://hdr.undp.org/es/content/indice-de-pobreza-multidimensional-ipm>
- Guía Metodológica de Municipios Saludables.* Perú.
- Hacia una mayor equidad,* Santa Fe Ciudad de México, 05 de junio de 2000. OMS. [http://www.pathfinder-peru.org/site/DocServer/Gu%C3%ADa\\_Municipos\\_Saludables.pdf?docID=161](http://www.pathfinder-peru.org/site/DocServer/Gu%C3%ADa_Municipos_Saludables.pdf?docID=161)

- Hancock y Duhl, 1986-Traducción\_Trevor\_Hancock.pdf-6a4eb1625e6599d1b-8936d3ad70cedao.pdf
- Hancock, Trevor. *Gobernabilidad para ciudades y pueblos sanos: de salud a desarrollo humano sostenible*, 2007. Primera reunión del Foro de Salud Urbana, Ciudad de México. Disponible en: Traducción\_Trevor\_Hancock.pdf-6a4eb1625e6599d1b8936d3ad70cedao.pdf
- Healthy Communities Institute  
www.healthycommunitiesinstitute.com
- Healthy People 2020  
https://www.healthypeople.gov/  
http://www.pathfinder-peru.org/site/DocServer/Gu%C3%ADa\_Municipios\_Saludables.pdf?docID=161  
http://www.un.org/es/ecosoc/about/subsidiary.shtml  
http://www2.ohchr.org/english/  
http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm  
http://www2.udec.cl--promesa/doc3.htm
- Indicadores de caracterización social <http://observatorio.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/indicadores/preguntasfrecuentes.php>
- Inegi. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
- Informe Lalonde. [www.adeps.org/wiki/lalonde\\_report](http://www.adeps.org/wiki/lalonde_report)
- Jauraritz, Fusco/Gobierno Vasco. [www.itekia.euzkadi.net/es/news/1340](http://www.itekia.euzkadi.net/es/news/1340)
- Kaztman (coordinador). *Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/10772/P10772.xml&xsl=/uruguay/tpl/p9f.xsl&base=/uruguay/tpl/top-bottom.xsl>
- La estrategia de ciudades saludables de la OMS*. <http://www.famp.es/racs/otras-inf/cs-oms.htm>
- La estrategia de ciudades saludables de la OMS*. <http://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/Uo643933.pdf>
- Lalonde, Marc. *Informe Lalonde. "Una nueva perspectiva" sobre la salud de los canadienses*. [www.adeps.org/wiki/lalonde\\_report](http://www.adeps.org/wiki/lalonde_report)
- Las Conferencias de Promoción de la Salud, analizadas hasta el 2005, Código ISPN de la publicación EEFVIZVVZLPISEANAE. <http://ilustrados.com/tema/7998>
- Martelli, Giorgio. Compilador. *Guía de Gestión Urbana*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). 2003.
- Mensaje de Anna Kajumulo Tibaijua. Directora Ejecutiva de ONU-Hábitat en Monterrey N.L. 2007 en la presentación de la *Guía del espacio público, seguro, incluyente y sustentable*.
- Módulo 3. *Lectura Complementaria 3: Municipios y Comunidades Saludables* <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fursos.campusvirtualsp>

- org%2Fmod%2Fresource%2Fview.php%3Fid%3D1685&ei=-c8xVLvqE4aTyQ  
S41YLIBg&usg=AFQjCNH3PIXvLgRGJMdS6SSCQaUb1Vz9jg
- Naciones Unidas. Consejo Económico y Social (ECOSOC). Información básica.  
<http://www.un.org/es/ecosoc/about/>
- Naciones Unidas. Consejo Económico y Social (ECOSOC). *Órganos Subsidiarios del Consejo Económico y Social*. <http://www.un.org/es/ecosoc/about/members.shtm/>
- Norris, Tyler. *America's Best Kept Secret: The Healthy Communities Movement*. (Reimpreso por Healthy Communities Massachusetts from the National Civic Review, introduction, Spring, 1997.)
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. <http://www2.ohchr.org/english/>
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Salud. Publicaciones. <http://www.ohchr.org/EN/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx#publications>
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- Olavide, Vera. *Conferencias mundiales de salud*. 14 de Febrero de 2014. <http://www.upo.es/diario/taq/conferencias/page/2>
- OPS/OMS. *Resoluciones de la 30a Asamblea Mundial de la Salud y de la 60a Reunión del Consejo Ejecutivo de Interés para el Comité Regional*. 1977, Washington, D. C. Disponible en: [www.hist.library.paho.org/spanish/GOV/CD/26209.pdf](http://www.hist.library.paho.org/spanish/GOV/CD/26209.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. <http://www.un.org/es/ecosoc/about/members.shtml>
- Organización de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. <http://www.un.org/es/ecosoc/about/subsidiary.shtml>
- Organización de las Naciones Unidas. Departamento de Economía y Asuntos Sociales. División de Política Social y Desarrollo. <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/mdg/index.shtml>
- Organización de las Naciones Unidas. Departamento de Economía y Asuntos Sociales. División de Política Social y Desarrollo. <http://undesadspd.org/CommissionforSocialDevelopment.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas. División de Desarrollo Sostenible. <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/sdissues.htm>
- Organización de las Naciones Unidas. División de Desarrollo Sostenible. Programa 2 <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21>
- Organización Mundial de la Salud. *Milestones in Health*.
- Organización Mundial de la Salud. *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. Núm. 1, julio de 2002.

- Organización Panamericana de la Salud. *Caribbean Health Promotion Charter. First Caribbean Conference on health Promotion*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, 1993.
- Organización Panamericana de la Salud. *El Movimiento de Municipios Saludables América*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la salud, Agosto, 1992.
- Organización Panamericana de la Salud. *Los sistemas locales de salud en las Américas: una estrategia social en marcha*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud 1993.
- Organización Panamericana de la Salud/Ministerio de Salud de Colombia. *Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Promoción de la Salud y Equidad*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, 1992
- Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion* 1987; 1 (4): 405-462.
- Pan American Health Organization. *Healthy Municipalities and Communities: Mayors' Guide for Promoting Quality of Life*. Washington, DC, 2002
- PROINPASA, Universidad Industrial de Santander. [www.vis/edu.co](http://www.vis/edu.co)
- Public Health, Vol. 115, núms. 2 y 3, marzo/abril y mayo/Junio, 2000. *Focus on Healthy Communities*.
- Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud  
[http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6\\_Declaracion\\_Mexico.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6_Declaracion_Mexico.pdf)
- Real Academia Española. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*.  
<http://lema.rae.es/drae/?val=facilidades>
- Restrepo, Helena E., Guillermo Llanos, Alfonso Contreras, Fernando Recabado, Socorro Gross, Julio Suárez y Julio González. *La Experiencia de OPS/OMS en América Latina con los Municipios Saludables*. División de Promoción y Protección de la Salud, en Conferencia Internacional de Ciudades Saludables y Ecológicas, Madrid. 22-25, Marzo, 1995. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/residuos/restrep.pdf>
- Safa, Helen I. *Urbanización, economía informal y política estatal en América Latina*, en: Camas, Javier (compilador). *Descentralización o Desarticulación urbana*. Colección Antologías Universitarias. Instituto Mora/Ciesas, México, 1999.
- Secretaría de Salud. *Programa de Acción específico 2007-2012 Entornos comunidades saludables*. Secretaría de Salud/Subsecretaria de Prevención y promoción a la salud; primera edición.
- "Una nueva perspectiva sobre la salud pública" (cap. 8), en: Rutty, Christopher y Sue C. Sullivan. *This is Public Health: A Canadian History*, 2010. The Canadian Public Health Association. Disponible en: [www.cpha.ca/uploads/history/book/History-book-chapter8\\_s.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/history/book/History-book-chapter8_s.pdf)

- Unesco. Instituto Internacional para la Planeación de la Educación. [planipolis.iiep.unesco.org/upload/Mexico/Mexico%20UNDAF.pdf](http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Mexico/Mexico%20UNDAF.pdf)
- V fase Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS* (pdf). [www.recs.es/fase-VOMS.pdf](http://www.recs.es/fase-VOMS.pdf)
- Valls, Robert. *Latinoamérica: la más urbanizada del mundo, pero no la más planificada*. <http://actualidadlocal.blogspot.com.ar/2014/04/latinoamerica-las-urbanizadas-del.html>
- Wilkinson, Richard y Michael Marmot (eds.). *The Solid Facts: Social Determinants of Health*. World Health Organization, Copenhagen, 1998.
- World Health Organization, *Healthy Cities Concept*. Webpage [www.fcm.unr.edu.ar/ingreso/documentos/1992](http://www.fcm.unr.edu.ar/ingreso/documentos/1992)



## Referencias y notas

1. Una nueva perspectiva sobre la salud pública, en: Rutty, Christopher y Sue C. Sullivan This is Public Health: A Canadian History. The Canadian Public Health Association, 2010. Disponible en: [www.cpha.ca/uploads/history/book/History-book-chapter8\\_s.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/history/book/History-book-chapter8_s.pdf)
2. OPS/OMS. Resoluciones de la 30a. Asamblea Mundial de la Salud y de la 60a. Reunion del Consejo Ejecutivo de Interes para el Comité Regional.1977, Washington, D. C. Disponible en: [www.hist.library.paho.org/spanish/GOV/CD/26209.pdf](http://www.hist.library.paho.org/spanish/GOV/CD/26209.pdf)
3. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre de 1978, OMS. Disponible en : [Declaracion\\_Alma\\_Atata\\_1978\\_es.pdf](#)
4. Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata 1978 OMS. Salud para Todos N°1 Disponible en: [whqlibdoc.who.int/publications/9243541358](http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358)
5. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud-pdf
6. Hancock, Trevor. Gobernabilidad para ciudades y pueblos sanos: De salud a desarrollo humano sostenible, 2007. Primera reunión del Foro de Salud Urbana, Ciudad de México. Disponible en: [Traducción\\_Trevor\\_Hancock.pdf-6a4e-b1625e6599d1b8936d3ad70cedao.pdf](#)
7. Mensaje de Anna Kajumulo Tibaijuca, directora Ejecutiva de ONU-Hábitat en Monterrey N.L. 2007 en la presentación de la Guía del espacio público, seguro, incluyente y sustentable.
8. Atehortúa, Sara Catalina, Restrepo, Jairo Humberto. Ciudad saludable: concepto y situación de Medellín, 2006. Universidad de Antioquía. Grupo de Economía de la Salud. GES. Disponible en: [Observatorio Univ. De Antioquía.pdf](#)
9. Caminando hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción en las Américas. OPS/OMS 2007. Primer Foro Regional de Salud Urbana. Disponible en [Org\\_Panamericana\\_de\\_Salud\\_Caminando\\_hacia\\_un\\_marco\\_conceptual\\_de\\_salud\\_urbana-2007.pdf](#).

10. Organización Mundial de la Salud. Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. Núm. 1, julio de 2002, p. 26
11. [http://www.onu.org.gt/contenido.www.undg.or/docs/11576/8-Five-programming-Principles\\_Spanish.pdf](http://www.onu.org.gt/contenido.www.undg.or/docs/11576/8-Five-programming-Principles_Spanish.pdf) php?ctg=1385-1337-instrumentos-de-la-reforma. También en [www.undg.org/docs/11576/8-five-programming-Principles\\_Spanish.pdf](http://www.undg.org/docs/11576/8-five-programming-Principles_Spanish.pdf)
12. [planipolis.iiep.unesco.org/upload/Mexico/Mexico%20UNDAF.pdf](http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Mexico/Mexico%20UNDAF.pdf)
13. Organización Mundial de la Salud. Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. Núm. 1, julio de 2002, p. 28
14. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
15. <http://www.un.org/es/ecosoc/about/>
16. <http://www.un.org/es/ecosoc/about/members.shtml/>
17. <http://www.un.org/es/ecosoc/about/subsidiary.shtml>
18. <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/mdg/index.shtml>
19. <http://undesadspd.org/commissionforSocialDevelopment.aspx>
20. <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/sdissues.htm>
21. Nota: Programa 21 es un plan de acción exhaustivo que habrá de ser adoptado universal, nacional y localmente por organizaciones del Sistema de Naciones Unidas, gobiernos y grupos de principales de cada zona en la cual el ser humano influya en el medio ambiente. Agenda 21, la Declaración de Río sobre el medio ambiente y el desarrollo y la Declaración de principios para la gestión sostenible de los bosques se firmaron por más de 178 países en la Conferencia de Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (UNCED), que tuvo lugar en Río de Janeiro, Brasil entre el 3 y el 14 de junio de 1992.  
<http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/agenda21spchapter6.htm>
22. <http://www2.ohchr.org/english/>
23. <http://www.ohchr.org/EN/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx#publications>
24. <http://lema.rae.es/drae/?val=facilidades>
25. <http://lema.rae.es/drae/?val=condiciones>
26. Cepal (2007). Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile. LC/G 2335 citado por Estévez Ariadna y Vázquez Daniel. Los derechos humanos en las ciencias sociales: Una perspectiva disciplinaria, p. 104  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
27. Chueca-Goitia F. Ciudades saludables.  
[http://www.cuentayazon.org/revista/pdf/113/Num113\\_010.pdf](http://www.cuentayazon.org/revista/pdf/113/Num113_010.pdf)
28. Ídem.
29. Atehortúa, Sara C. y Restrepo, Humberto Jairo. Ciudad saludable: conceptos y situación de Medellín. Universidad de Antioquía, Facultad de Ciencias Económicas, “GES” Grupo de Economía de la Salud. Mayo 2007.

30. Documento principal de Ciudades saludables /Comunidades saludables pdf<http://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/vision-general/modelos-de-desarrollo-para-la-salud-en-la-comunidad/cuidades-saludables-comunidades-saludables/principal>
31. Carta de Ottawa. Carta de Ottawa. 2\_carta\_de\_ottawa.pdf
32. Ídem.
33. <http://www.famp.es/racs/otrasinf/cs-oms.htm>
34. <http://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/U0643933.pdf>
35. Ídem.
36. Ídem.
37. Ídem.
38. Ídem.
39. Ídem.
40. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/mexico/noticias/paginas/3/7873/P7873.xml&xsl=/mexico/tpl/p18f-st.xsl&base=/mexico/tpl/top-bottom.xsl>.
41. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos y Funciones. LC/MEX/L.410/Rev.2. 27 de agosto de 2001, p. 2
42. *Ibidem*, p. 3. Disponible en <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/mexico/noticias/paginas/3/7873/P7873.xml&xsl=/mexico/tpl/p18f-st.xsl&base=/mexico/tpl/top-bottom.xsl>.
43. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos y Funciones. LC/MEX/L.410/Rev.2. 27 de agosto de 2001. Anexo I
44. *Ibidem*, p. 5.
45. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Indicadores Sociales Básicos de la Subregión Norte de América Latina y el Caribe. Edición 2008-2009. 10 de diciembre de 2009. LC/MEX/L.947, p. 1
46. Valls, Robert. Latinoamérica: la más urbanizada del mundo, pero no la más planificada. <http://actualidadlocal.blogspot.com.ar/2014/04/latinoamerica-la-mas-urbanizada-del.html>
47. <http://datos.bancomundial.org/region/LAC>
48. Valls, Robert, *op. cit.*
49. Calderón y Servén (2004). Ferro y Lentini (2008) en Boletín FALNo. 268, Santiago de Chile, citados por CEPAL. Naciones Unidas. Boletín FAL. Edición Núm. 293, número 1 de 2011. Unidad de Servicios de infraestructura. División de Recursos Naturales e Infraestructura. [www.cepal.org/transporte](http://www.cepal.org/transporte)
50. Véase: Gross Fuentes, Patricio *et al.* “Metropolización en América Latina y el Caribe: Calidad de vida y pobreza urbana“, en Revista Eure. Volumen XIV, núm. 43, p. 7-51. Santiago de Chile, 1988, p. 12

51. CEPAL/DGEC, 1988a citado por Feres Juan Carlos y Mancero Xavier en: El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. CEPAL. Santiago de Chile 2001, p. 6
52. Altimir, 1979 citado por: Feres, Juan Carlos y Xavier Mancero en: El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. CEPAL. Santiago de Chile, 2001, p. 6
53. Banco Mundial <http://databank.bancomundial.org/data/views/variable-Selection/selectvariables.aspx?source=estad%c3%adsticas-sobre-salud,-nutrici%c3%b3n-y-poblaci%c3%b3n>
54. Indicadores de caracterización social <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/preguntasfrecuentes.php>
55. <http://hdr.undp.org/es/content/indice-de-pobreza-multidimensional-ipm>
56. Indicadores para resultados.
57. Coneval <http://www.coneval.gob.mx/coordinacion/Paginas/monitoreo/mir/mir.aspx>.
58. Inegi <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
59. <http://datos.bancomundial.org/region/LAC>
60. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.aspx?xml=/publicaciones/xml/7/38107/P38107.xml&xsl=/mexico/tpl/p9f.xsl&base=/mexico/tpl/top-bottom.xsl>
61. Kaztman (coord.). Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.aspx?xml=/publicaciones/xml/2/10772/P10772.xml&xsl=/uruguay/tpl/p9f.xsl&base=/uruguay/tpl/top-bottom.xsl>
62. Arriagada, Camilo, citado por Feres, Juan Carlos y Mancero Xavier en El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. CEPAL. Santiago de Chile 2001, p. 6
63. [www.cepal.org/publicaciones/xml/4/6564/lcl1491e.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/6564/lcl1491e.pdf)
64. El “Mapa de extrema pobreza” para Chile (1975) es el primer trabajo que identificó geográficamente las principales carencias de la población. Sin embargo, fue el trabajo conjunto del INDEC y la CEPAL para la Argentina (1984) el que sentó las bases metodológicas para las aplicaciones posteriores.
65. Jordán Ricardo y Daniela Simioni (coord. ed.); Martelli, Giorgio (comp.). Guía de Gestión Urbana. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2003, p. 34
66. Feres, Juan Carlos y Xavier Mancero en: El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. CEPAL. Santiago de Chile 2001, p. 35
67. Véase: Jordán, Ricardo y Simioni Daniela (coord. ed.); Martelli, Giorgio (comp.), op. cit., p. 32.
68. CEPAL. Panorama Social de América Latina. Documento informativo 2012, p. 22

69. Véase: Camas, Javier (comp.). Descentralización o desarticulación urbana. Antologías Universitarias. Instituto Mora/Ciesas. México, 1999.
70. Véase: Jordán, Ricardo y Simioni Daniela (coord. ed.); Martelli, Giorgio (comp.), op. cit., p. 36.
71. Véase: Gross Fuentes, Patricio et al. “Metropolización en América Latina y el Caribe: Calidad de vida y pobreza urbana”, en Revista Eure. Volumen XIV. núm. 43, pp. 7-51. Santiago de Chile 1988, p. 10.
72. Véase: Safa, Helen I. “Urbanización, economía informal y política estatal en América Latina”, en: Camas Javier, (comp.). Descentralización o desarticulación urbana. Antologías Universitarias. Instituto Mora/Ciesas, México, 1999, p. 212 ss.
73. Véase: Jordán, Ricardo y Simioni Daniela (coord. ed.); Martelli, Giorgio (comp.), op. cit., p. 32.
74. Ídem.
75. Ibídem, p. 31.
76. Castells, citado por Singer, Paul. “Urbanización, dependencia y marginalidad en América Latina”, en: Camas, Javier (comp.). Descentralización o desarticulación urbana. Antologías Universitarias. Instituto Mora/Ciesas, México, 1999, p. 145 ss.
77. Jordán Ricardo y Simioni Daniela (coord. ed.). Martelli, Giorgio (comp.), op. cit. p. 37.
78. Fernández Ruiz, Jorge. Servicios públicos municipales. INAP/UNAM. México, 2002, p. 94.
79. Ibídem, p. 96.
80. Ibídem, p. 121.
81. Ibídem, p. 122.
82. Jordán Ricardo y Simioni Daniela (coord. ed.). Martelli, Giorgio (comp.), op. cit., p. 22.
83. Ídem.
84. Ibídem, p. 21.
85. Un ejemplo interesantemente documentado en la obra: Bernache Pérez, Gerardo et al. Basura metrópoli. Gestión social y pública de los residuos municipales en la zona metropolitana de Guadalajara. Universidad de Guadalajara. CIESAS/ITESO/Gobierno de Jalisco, México, 1998.
86. Véase: Jordán Ricardo y Daniela Simioni (coord. ed.). Martelli, Giorgio (comp op. cit., p. 25.
87. Ibídem, p. 22.
88. Ibíd., p. 21.
89. Ibíd., p. 37.
90. Ibíd., p. 28.
91. Ibíd., p. 27.

92. *Ibíd.*, p. 27.
93. *Ibíd.*, p. 36.
94. *Ibíd.*, p. 37.

# ÍNDICE

La letra *c* refiere a cuadros; la *f* a figuras.

## A

- abastecimiento del agua potable, 129
  - Distrito Federal, 129
- Academia Nacional de Medicina, 31
- acción comunitaria, 40
- ambientes (entornos) favorables, 4, 12, 13, 39, 43
  - aprovechamiento, 70, 71
  - cobro, 71
  - definición y características, 70, 71
  - ejercicio de autoridad, 71
  - importancia, 71
  - necesidad, 71
  - reconocimiento e inclusión de la mujer, 13
  - régimen jurídico, 71
  - tercera conferencia internacional, 12, 13
- Antecedentes de Ciudades Saludables, 1
  - comunidades saludables, 1
    - Carta de Ottawa, 3
    - Declaración de Alma-Ata, URSS, 2
    - Informe Lalonde*, 1
  - Conferencias internacionales sobre promoción de la salud
    - (1978-2013), 6
    - Cuarta Conferencia Internacional “Promoción de la Salud”, Yakarta, 18
    - Declaración Alma-Ata, Conferencia Internacional
- sobre Atención Primaria de la Salud, 7

- Declaración de Bogotá, Conferencia Internacional en América Latina de Promoción de la Salud, Bogotá, 14
- Octava Conferencia Internacional de Promoción de la Salud “Salud en Todas las Políticas”, Helsinki, 25
- Primera Conferencia Internacional “Promoción de la Salud”, Ottawa, 8
- Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud “Hacia una Mejor Equidad”, Ciudad de México, 19
- Segunda Conferencia Internacional “Políticas Públicas Favorables a la Salud”, Adelaide, 10
- Séptima Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Nairobi, 24
- Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Bangkok, 22
- Tercera Conferencia Internacional “Ambientes Favorables”, Sundsvall, 12
- Derechos económicos, sociales y culturales en el contexto de las ciudades saludables, 27
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), 32
- derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 32
- pacto de derechos económicos, sociales y culturales, 28
- seguimiento de los compromisos asumidos por el pacto de derechos económicos, sociales y culturales, 30
- atención primaria de salud, 3, 8, 24, 26 30

## B

- Bangkok, 22
- carta de, 22
- conferencia internacional, 22
- factores que influyen en la salud, 22
- Bosque de Chapultepec, 120, 121

## C

- campo de salud, 1
- Carta de Bangkok, 22
- Carta de las Naciones Unidas, 30
- Carta de Ottawa, 3, 4, 6, 9, 10, 12, 16, 18, 22

Organización Mundial de la Salud (OMS), 8  
 para la promoción de la salud, 8

CDESC. *Véase* Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)

Cepal. *Véase* Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal)

ciudad(es), 111, 152

- calidad de vida, 43
- compleja, 139, 142, 155
  - atención de urgencias, 155
- contaminación, 99
- crecimiento, 101, 113
- definición, 111, 152
- diseño, mesas de trabajo, 101
- habitantes, 99
- ideal, 102
- implicaciones de la definición, 111
- infraestructura y servicios de una, saludable, 61
- más pobladas en 2020, 80
- mayor concentración de gente, 107
- padecimientos por vivir en la, 100
- planeación de la, 104
- población mundial que vive en, 4
- pobreza, 68
- polarización social, 69
- propagación de enfermedades, 101
- saludable(s), 1-7, 9-13, 15-19, 21, 23, 25-29, 31, 32, 34, 37, 41, 43, 60, 61-90, 91, 93, 94, 95, 97
  - servicios urbanos, 72
  - urbanización, 68
  - valores centrales en el desarrollo de, 44
  - y salud, 118-124

Ciudad(es) Saludable(s), 1-7, 9-13, 15-19, 21, 23, 25-29, 31, 32, 34, 37, 41, 43, 60, 61-90, 91, 93, 94, 95, 97

- acción comunitaria, 66
- características, 35, 36, 37, 69
- ciudad sustentable, 121, 124, 125, 132, 133, 136, 148, 152,
- componentes de una iniciativa de
- definición, 35, 98
- derechos económicos, sociales y culturales, 40, 159
- desarrollo urbano integral sustentable, 241

- en Europa, 42, 43, 60
- encuentro de, 91, 93, 94, 95, 97
- estrategia para implementar una iniciativa, 80
- municipios saludables, 6, 37, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 90
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 4, 11, 14, 19, 20, 41, 124, 125, 160
- participantes, 70
- primer encuentro internacional, 91, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 102, 103, 105-107, 109-111, 113-115, 117-119, 121, 123, 124, 125, 127-139-139, 141, 143, 145-147, 149-153, 155
  - transcripciones y relatorías, 145-152
- Red Europea, 41, 42, 43, 124
- situación en América Latina, 138
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), 62
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), 30, 32
- compleja, ciudad, 139, 142, 155
  - atención de urgencias, 155
- Compromiso en los especialistas en la salud, 94, 95
  - ético, 94, 150, 152, 154
  - profesional, 94, 152, 154
- comunidades saludables, antecedentes, 1
  - definiciones, 35
- concepto de la salud, 3, 17
- Conduse. Véase Consejo para el Desarrollo Urbano Sustentable (Conduse)
- conflictos de seguridad existentes en el mundo, 55f
- Congreso Internacional del Hospital del Futuro, 92
- Consejo para el Desarrollo Urbano Sustentable (Conduse), 103
  - Programa General de Desarrollo Urbano, 103, 104
- construcción de ciudades saludables, 31
- consumo de energía, 126, 133
  - por persona por país, 58f
- contexto internacional, 35
  - ciudades saludables y/o comunidades saludables, 35
  - definiciones y premisas de las ciudades saludables
- y/o comunidades saludables, 35
  - fases, Red Europea, 41, 42, 43
  - fases de la Red Europea de Ciudades Saludables, 41, 42, 43
    - Fase I, 41
    - Fase II, 41
    - Fase III, 42

- Fase IV, 42
- Fase V, 43
- mapas del desarrollo mundial, 45
  - conflictos de seguridad existentes en el mundo, 55
  - consumo de energía por persona en el mundo, 58
  - desigualdad económica en el mundo, 50
  - emisiones de dióxido de carbono por país, 57
  - estado de la democracia en el mundo, 47
  - índice de paz en el mundo, 54
  - libertad de prensa en el mundo, 47
  - mejores y peores países para nacer, 54
  - nivel de percepción de la corrupción, 48
  - países con mayor y menor PIB, 49
  - países donde las personas se sienten más y menos queridas, 51
  - países más y menos “felices” del mundo, 52
  - países más y menos fumadores del mundo, 60
  - países que destinan más dinero a Ayuda Oficial al Desarrollo, 53
  - países según el índice de desarrollo humano, 59
  - principales religiones del mundo, 46
  - tasa de suicidios en el mundo, 60
  - tolerancia racial, 51
  - violencia sexual en el mundo, 56
- situación en América Latina sobre ciudades saludables, 61
  - ámbito de la intervención gubernamental, 75
  - Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 62
  - ejemplos de experiencias en América Latina, 83
  - generalidades en América Latina, 64
  - municipios saludables en América Latina, 79
  - oportunidades de la estrategia de municipios saludables
    - en América Latina, 81
  - participación de la comunidad como eje, 74
  - retos de la estrategia de municipios saludables en América Latina, 82
- Costa Rica, 63, 64, 67, 80, 83, 87
- Cantón de San Carlos, 83, 84, 87
- creación de entornos favorables, 39
  - comunitario, 40
  - construido, 40
  - económico, 40

Declaración de Alma-Ata, 2, 6, 7  
    atención primaria de salud, 3, 8, 24, 26 30  
    conferencia internacional sobre atención primaria de la salud, 2, 3, 6, 7  
Declaración de Bogotá, 7, 14  
    definición del significado de promoción de la salud, 14  
Declaración de Yakarta, 28  
    objetivo final, 28  
    promoción de la salud, 28  
Declaración Ministerial de México, 20  
desarrollo sustentable, 5, 12, 13, 19, 23  
desigualdad económica en el mundo, 50f  
dióxido de carbono por país, emisiones, 57f

## E

180

efecto Médici, 96, 97  
El hospital del futuro, 94, 97, 98, 100, 102, 105, 118, 150  
    cumplimiento por parte de la autoridad, 105, 124, 32, 144  
    lo actual y lo futuro, 150, 151  
    visión estratégica, 93, 150, 151  
    XIV Congreso Internacional, 118-124, 150, 152,  
emisiones de dióxido de carbono por país, 57f  
entorno(s)  
    comprensivos, 44  
    físico, 37  
    familiar, 40  
    favorables, 39  
    laboral, 40  
    natural, 39  
    ocio, 40  
    político, 40  
    social, 37, 40  
    solidarios, 44  
entornos (ambientes) favorables, 4, 12, 13, 39, 43  
    reconocimiento e inclusión de la mujer, 13  
    tercera conferencia internacional, 12, 13  
espacio público, 86, 104, 105, 106, 107, 111-118, 120-123, 132, 134, 135,  
    138, 145-154  
    autoridad del, 145-150  
estado de la democracia en el mundo, 48f

## F

Fundación Mies Van der Rohe, 109, 110

## G

Guggenheim, museo, 103

Guggenheim de Bilbao, museo 110

## H

Hacia una Mejor Equidad, 19

conferencia internacional, 19, 20

Declaración Ministerial de México, 20

objetivos básicos, 20

productos de la conferencia, 21

Helsinki, 7, 25

conferencia internacional, 25

objetivos, 25

hospital seguro, 142-145

compromisos de actualización, 266

frente a emergencias epidemiológicas, 143

propuestas de actualización, 266

## I

índice de paz en el mundo, 55<sup>f</sup>

índice de pobreza humana multidimensional, 65, 66, 67

*Informe Lalonde*, 1, 2

infraestructura y servicios de una ciudad saludable, 61

ingreso *per cápita*, 66

## L

Lalonde, informe, 1, 2

Ley general de protección civil, 142, 145

libertad de prensa en el mundo, 47<sup>f</sup>

mejores y peores países para nacer, 54<sup>f</sup>

## M

Método Integrado (MI), 66

metrobús, 120

México, 7, 19, 20, 21, 31, 63, 64, 67, 68, 80, 81, 83, 85, 91, 93, 95, 102,

103, 105, 109, 114, 119-123, 125-132, 139, 142, 143, 144, 149, 155, 157

Coneval, 127

Contaminación de la atmósfera, 229  
    zona metropolitana del Valle de México, 122, 128  
contemporáneo, 102, 130  
expansión territorial, 135  
modelo en 3d, 130  
Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 118, 119, 126  
MI. Véase Método Integrado (MI)  
Municipios por la salud, 6, 85  
municipios saludables, 6, 37, 41, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 88, 89, 90  
    América Latina, en, 79, 80, 81, 85, 86, 88, 89, 90  
    estrategia de, 81, 82  
    idea-fuerza, 82, 85  
    movimiento de, 80  
    proyectos de, 37  
    Red Nacional de Municipios por la Salud, 85  
    retos de la estrategia de, 82, 83  
municipios saludables, 6, 37, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 90  
Museo Guggenheim, 110  
Museo Guggenheim de Bilbao, 103

## N

Nairobi, 7, 24  
    compromisos adquiridos, 38  
    compromisos básicos para la promoción de la salud, 23  
    conferencia internacional, 37  
    declaración de, 38  
    estrategias de promoción de la salud, 23  
NBI. Véase Necesidades Básicas Insatisfechas, (NBI)  
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), 66  
nueva ciudad europea, definición, 110

## O

OCDE. Véase Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)  
OMS. Véase Organización Mundial de la salud (OMS)  
Organización Mundial de la salud (OMS), 4, 11, 14, 19, 20, 41, 124, 125, 160  
    políticas, 11, 19  
    Red Europea de Ciudades Saludables, 41, 42, 43, 124

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE),  
118, 119, 126

## P

- Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 30
  - compromisos asumidos, 30
- países donde las personas se sienten más y menos queridas, 51f
- países más y menos felices del mundo, 52f
- países más y menos fumadores del mundo, 60f
- países que destinan más dinero a Ayuda Oficial al Desarrollo, 53f
- países racialmente más y menos tolerantes, 51f
- países según el índice de desarrollo humano, 59f
- Parque Metropolitano de Chapultepec, 122
- parques públicos de bolsillo, 149
- percepción de la corrupción, 49f
- pobreza
  - case by case*, escenario, 77
  - conceptualización, 77
  - y ciudad, 118-124
- Primer Encuentro Internacional Sobre Ciudades Saludables, 91
  - Congreso Internacional "El Hospital del Futuro", 94
  - atención de urgencias en una ciudad compleja, 139
  - ciudad saludable... ciudad sustentable, 133
  - ciudad y salud, 118
  - ciudades saludables y el hospital del futuro, 97
  - conclusiones del Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables, 152
  - recomendaciones para promover y planificar de manera integral
    - y sistemática la salud, 153
  - conclusiones generales del congreso, 150
  - el hospital seguro frente a desastres, 142
  - XIV Congreso Internacional "Hospital del Futuro + Arquitectura + Salud...", 94
    - compromiso ético y profesional de los especializados en salud, 94
    - la visión estratégica de las instituciones para crear y competir, 93
    - lo actual y lo futuro, 95
    - más arquitectura, más salud, 93
    - Primer Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables, 94

- transcripciones del Primer Encuentro Internacional sobre
  - arquitectura social de la provincia de Santa Fe, Argentina, 114
  - bienvenida al Encuentro Internacional sobre Ciudades
    - Saludables, 95
    - ciudad saludable y sustentable, 124
    - Ciudades Saludables, 95
    - proyectos de la autoridad del Espacio Público
- de la Seduvi
  - del Distrito Federal, 145
  - recomendación para atención de urgencias en una ciudad compleja, 155
  - recomendaciones para generar sustentabilidad urbana y beneficio a la salud, 153
  - propuestas y compromisos de actualización en hospitales seguros, 154
  - salud, arquitectura y ciudad, 109
    - enfoque no generalizado para el urbanismo
- y la arquitectura de la atención
  - sanitaria, 105
- principales religiones del mundo, 46f
- promoción de la salud, 6, 18, 26
  - compromisos, 17, 25
  - conferencias internacionales, 18, 19, 22, 24
  - estrategias, 16
  - políticas públicas favorables a la salud, 6, 10
    - recomendaciones de Adelaide, 10
  - promoción de la salud, 8, 10
  - Organización Mundial de la Salud (OMS), 4, 11, 14, 19, 20, 41, 124, 125, 160
  - políticas, 11, 19

## R

- Recomendaciones, 157
- Red Europea, 41, 42, 43, 124
  - fases, 41, 42, 43, 44

## S

- Salud en todas las políticas, 25

salud para todos en el año 2000, 9  
servicios de salud, reorientación, 21  
servicios públicos, 64, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77  
    definición, 70, 71  
servicios sanitarios, 4  
    reorientación, 4, 9  
SMAES. Véase Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en  
    Salud (SMAES)  
Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud, 79, 85, 91, 92,  
    94, 94, 95, 97, 114, 150, 152  
Súper Ruta, 113

## T

tasa de suicidios en el mundo, 61f  
titularidad, 71  
tolerancia racial, 51f

185

## V

Venezuela, 31, 83  
    Baruta, 83  
    Hatillo, 83  
violencia sexual en el mundo, 56f

## Y

Yacarta, 7, 18, 19, 20  
    conferencia internacional, 18  
    declaración, 28



# NOTAS

---



# NOTAS

---



# NOTAS



# NOTAS

---



# NOTAS

---



Esta edición consta de 1000 ejemplares y terminó de imprimirse en abril de 2015 en Surtidora Gráfica, Calle Oriente 233 No. 297, Col. Agrícola Oriental, México, D. F. Hecho en México.

La Academia Nacional de Medicina se congratula de festejar su sesquicentenario publicando, con el apoyo de CONACYT, una colección de libros de contenidos variados sobre temas trascendentes analizados desde diferentes perspectivas, que seguramente será lectura muy interesante para la comunidad médica no sólo de México sino también de otras latitudes en esta era global.

En los temas se entrelazan vivencias, pensamientos, ideas, inquietudes, sentimientos, todos escritos con erudición y amplio sentido humano y humanístico que se convierten en una aportación cultural y científica que exhibe la riqueza de experiencias de sus autores, quienes viven (o vivieron) en entornos fascinantes, enfrentando realidades y avances científicos y tecnológicos que los obligaron a desmitificar el halo con que habían sido cubiertos en el pasado para afrontar con objetividad los retos del nuevo milenio.

Con esta docta amalgama temática, la Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864, honra la memoria de sus fundadores, notables pioneros del surgimiento de la medicina mexicana moderna.



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

