

UNA VISIÓN GLOBAL DEL PROYECTO DE CIUDADES SALUDABLES*

John Ashton

Departamento de Medicina Comunitaria. Universidad de Liverpool

Introducción

Cuando en el invierno de 1985-86 la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició este proyecto, estableció como propósito del mismo el que: «El proyecto Ciudades Saludables apoyará el desarrollo de un proceso de promoción de la salud. Su duración sería de cinco años (WHO 1986).» La OMS esperaba que, «por medio de su actuación concreta en ejemplos de promoción de la salud, incluyendo la motivación a la participación comunitaria y la acción intersectorial, este proyecto suponga la ocasión para que el marco de referencia y la filosofía de la OMS salgan de los despachos y conecten con las calles de las ciudades europeas». En general, se mantenía que estas acciones iban a ilustrar tres aspectos centrales de la promoción de la Salud: El establecimiento de una agenda; el aumento de la concienciación; y el desarrollo de modelos de buena práctica^{1,2}.

Este marco triple se inspiró en el desarrollo de una estrategia de promoción de la salud, basada en Salud para Todos, que se estaba llevando a cabo en la región de Mersey, en el Reino Unido^{3,4}.

La premisa básica del proyecto era que, en la actualidad, ya es posible empezar a planificar para la salud y no únicamente para el tratamiento de la enfermedad y que «hoy en día la ciudad, con su mandato político propio y el sentimiento de orgullo cívico que ha desarrollado, es de nuevo el marco ideal para las iniciativas de promoción de la salud, que son necesarias para enfrentar-

nos a los problemas de salud del siglo XXI, y que se basan en la capacidad de respuesta de los propios ciudadanos. Al ser el nivel administrativo más descentralizado, con posibilidad de distribuir los recursos necesarios y con una amplia gama de responsabilidades y redes, constituye la situación ideal para apoyar el tipo de proceso intersectorial que pueda conducir a formas de actuación creativas, efectivas y eficientes⁵».

La propia filosofía del proyecto se basaba, en gran parte, en los movimientos feministas y en varias organizaciones verdes que daban más importancia a los procesos y a la ecología que a las estructuras y al poder. Un estímulo importante para el desarrollo del proyecto fue la reunión celebrada, en 1984, en Toronto bajo el lema de «Más allá de la asistencia sanitaria»^{6,7}. La ponencia marco de Leonard Duhl y la experiencia de Canadá en general y Toronto en particular, fueron algunos de los elementos filosóficos clave que se unieron para crear el proyecto^{8,9}.

El papel de la OMS era el de actuar como catalizador y facilitador junto con las ciudades participantes, coordinando, como organismo central, las actividades del proyecto en su conjunto, particularmente mediante el desarrollo de contactos con los grupos académicos relevantes a nivel local. En un principio se estableció un centro coordinador en la Universidad de Liverpool pero ya desde entonces se mantuvo que, debido al espíritu descentralizador del proyecto, cada ciudad participante debería, en el término de 5 años establecer su propio centro de apoyo para desarrollar a nivel local planes y acciones basadas

en la estrategia de *Salud para Todos*. Por ello se consideraba innecesario e indeseable que el proyecto continuara con una organización centralizada. Esta idea de descentralización es, por supuesto, una noción básica en *Salud para Todos*.

Los elementos del proyecto

Los objetivos finales del proyecto Ciudades Saludables contenían cuatro aspectos importantes:

1. El desarrollo de iniciativas y procesos, denominados «modelos de buena práctica», que podían suponer distintos puntos de entrada para conseguir una ciudad saludable.

2. La implantación y evaluación de estos modelos de buena práctica.

3. La diseminación de ideas y experiencias entre las ciudades colaboradoras.

4. El apoyo mutuo, la colaboración y el aprendizaje entre las ciudades de Europa participantes en el proyecto².

Para empezar, se hizo evidente que era necesario disponer de una visión más amplia de una ciudad saludable pues «aunque los planes deben hacerse adecuándolos a su factibilidad y a la disponibilidad de recursos siempre debemos comenzar por generar ideas. Si empezamos con «realismo» nunca alcanzaremos objetivos ideales. Esta necesidad de establecer visiones más amplias fue la base de unos talleres cuyo objetivo era producir una «visión» de la Ciudad Saludable^{10,11}.

Durante el primer año del proyecto, estos cuatro elementos fueron transfor-

*Traducción: Carlos Álvarez-Dardet. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad de Alicante.

mándose en lo que pueden considerarse como las 7 actividades principales a realizar por las ciudades participantes:

1. *El establecimiento de un grupo intersectorial a alto nivel político.* Con el propósito de reunir a responsables políticos clave de la ciudad y así obtener una visión general de la salud en la ciudad que permita, a las distintas autoridades, instituciones y servicios, realizar acciones intersectoriales.

2. *El establecimiento de un grupo técnico* que lleve a cabo análisis, produzca informes y recomiende intervenciones trans-sectoriales diseñadas para mejorar la salud en la ciudad.

3. *El establecimiento de lazos de unión con las instituciones educativas y departamentos apropiados* para desarrollar programas de investigación y formación como apoyo del proyecto.

4. *La producción de un diagnóstico comunitario para la ciudad* con énfasis en la identificación de las desigualdades en salud a nivel de distrito y barrio. El diagnóstico debe basarse en un análisis conjunto de datos que provengan de diferentes sectores y desarrollar, asimismo, nuevos instrumentos de medida en consonancia con los indicadores y objetivos de Salud para Todos. Parte de este trabajo supone también, la evaluación del impacto sobre la salud de las políticas y actividades que estén desarrollando las instituciones participantes.

5. *La generación de un debate sobre la salud en la ciudad.* Ello supone el desarrollo de estrechas relaciones de trabajo con los medios de comunicación y explorar la forma en que, otras instituciones de la ciudad, como bibliotecas, galerías de arte, museos y teatros pueden usarse para implicar al público en este debate y dialogar sobre la salud en la ciudad. También deben explorarse maneras de desarrollar actividades de defensa de la salud.

6. *El establecimiento de modelos de buena práctica que ilustren los principios de la Promoción de la Salud y de la Salud para Todos.* Por ejemplo, el énfasis en la reducción de las desigualdades en salud, la promoción de la participación comunitaria, el desarrollo de la colaboración intersectorial y la reorientación de los servicios sanitarios.

7. *El desarrollo de relaciones de colaboración,* a muchos niveles diferentes, entre las ciudades participantes para potenciar el apoyo mutuo, la colaboración y el aprendizaje. Incluyendo el desarrollo de intercambios culturales y la disseminación de modelos de buena práctica.

Progresos

La idea original del proyecto de la OMS era que juntando a un pequeño número de ciudades, éstas podrían cooperar en el desarrollo de modelos de buena práctica y beneficiarse del intercambio mutuo de experiencias.

Sin embargo, ha sido tal el interés en el proyecto que ha tenido que ampliarse a 24 ciudades de la región europea. También muchas de estas ciudades han tomado la iniciativa de desarrollar redes nacionales de Ciudades Saludables; así, actualmente unas 200 ciudades europeas están implicadas en el proceso. Sólo en el Reino Unido 40 ciudades enviaron delegaciones multisectoriales al congreso nacional de 1988 y alrededor de 70 pueblos y ciudades son miembros de la red nacional que está siguiendo los 7 puntos ya enunciados.

Además de todo esto, la Asociación Canadiense de Salud Pública y los Departamentos de Salud y Bienestar de Canadá han comenzado su propio proyecto «Comunidades Sanas»; proyectos similares se han establecido en Australia y Nueva Zelanda y hay gran interés en adoptar el enfoque Ciudades Saludables en muchas otras partes del mundo. La Declaración de BRIONI, que surgió de una reunión de países de varias regiones de la OMS, planteaba en 1986, que «Ciudades Saludables» debería ser una iniciativa global de todas las Regiones de la OMS. Claramente, lo que comenzó siendo un proyecto, en 1986 ha dejado de serlo, para convertirse en un movimiento mucho más amplio hacia la mejora de la calidad de la vida en las ciudades. Una de las dificultades que más a menudo han surgido, en los últimos dos años y medio, ha sido el desarrollo de tensiones basadas en la idea de que había, de alguna manera, un cierto elitismo entre las ciudades que

participaban oficialmente en la red de la OMS y que otras ciudades, con igual o incluso superior interés en la promoción de la Salud, habían sido excluidas.

Este problema ha quedado resuelto actualmente en muchos casos, porque han surgido otras redes y porque cada vez es más evidente que el papel de la OMS es más, el de actuar como catalizador, que el de mantener una estructura organizativa.

Los comienzos y la propiedad del proyecto

La experiencia demuestra que generalmente, lo más importante para empezar es contar con un apoyo político decidido. En la práctica la iniciativa de implicar una ciudad suele venir de uno de estos cinco sectores: político, burocrático, académico, voluntariado y comercial.

Desde un punto de vista organizativo las iniciativas burocráticas o políticas suelen proceder de los Ayuntamientos, las autoridades sanitarias (médicas), o de ambas. Pueden surgir problemas, si desde los responsables locales no se coordina suficientemente el grado de participación de políticos y tecnócratas o académicos, en el liderazgo del proyecto. No es extraño que nos encontremos con experiencias de mala comunicación entre los diferentes sectores que necesitan colaborar entre sí, debido a diferencias políticas o por conflictos profesionales e incluso personales. La aspiración debe ser que la noción de «Ciudad Saludable» sea capaz de crear un calendario de actuación común que logre vencer estas dificultades. Cuando el introductor de la idea en una ciudad no es un político sino que es un técnico o un universitario, la idea de cómo manejar la propiedad del proyecto se hace especialmente relevante. En otras ocasiones, la iniciativa parte de una asociación en la comunidad que asume el liderazgo. Así ha ocurrido y aparentemente con éxito en Noarlunga (Australia); en estos casos la capacidad del gobierno municipal para asumir este planteamiento surgido desde la comunidad es decisivo¹².

El proceso que subyace en todas es-

tas iniciativas, es una clave importante en todas las experiencias de Promoción de la Salud y Desarrollo Comunitario que tienen éxito. Tiene fuertes similitudes con el consejo y el estilo de los psicólogos y se ilustra muy bien en el siguiente poema chino:¹³

*«Ve hacia la gente
vive con ellos*

*Empieza por lo que ellos conocen
Construye sobre lo que ellos tienen
De los mejores líderes, cuando han
cumplido su tarea, cuando el
trabajo está hecho,
todo el mundo recuerda:
lo hicimos nosotros mismos.»*

El estilo es la antítesis del burocratismo centralizado o de la dominación profesional.

La contribución académica

En el lenguaje normal se usa muchas veces la frase «Torre de marfil» para describir a las Universidades que están aisladas de las comunidades en las que se hallan ubicadas. Creo que esta idea ilustra muy bien el problema. El punto 3, de los 7 antes expuestos del proyecto, trata también de este aspecto.

En efecto, esto supone que existe la necesidad de que los universitarios se ensucien las manos y respondan a las demandas locales de asistencia en el área de investigación, análisis y presentación de datos y en el desarrollo de cursos apropiados a diversos niveles. Un ejemplo de este tipo de iniciativas en marcha es la experiencia de algunos profesores de la Universidad y del Politécnico de Liverpool que celebraron un taller para identificar las disciplinas, las habilidades y los métodos de investigación de que disponían en su propia área y en qué medida los estudiantes podían implicarse en experiencias locales como parte de su trabajo de prácticas. Además de esto, se han desarrollado varias actividades educativas como la conferencia anual de Salud Pública, seminarios a la hora de comer, cursos cortos y varios programas master basados en Salud para Todos.

Cuentos e historias verídicas, ¿cuáles son los modelos de buena práctica?

Las iniciativas de Ciudades Saludables no empezaron en... ¡ciudades sanas! El movimiento de los jardines comunitarios en América del Norte es un buen ejemplo del tipo de iniciativas que, orientadas desde una concepción ecologista, armonizan bien con la filosofía de Salud para Todos. Otros ejemplos pueden ser «Rails to trails» en Estados Unidos y «Sustrans» en Inglaterra, organizaciones comunitarias que están convirtiendo de forma activa los trazados de ferrocarril abandonados en rutas para pasear e ir en bicicleta. En Nueva York, en el sur del Bronx, las granjas G.L.I.E. han dado en el clavo de los alimentos saludables, al emprender con mucho éxito un negocio comunitario de cultivos, y poner en el mercado verdura fresca para uso en hoteles y restaurantes obteniéndolos de tierras ocupadas por industrias abandonadas y todo ello en medio de una comunidad demoralizada por el crimen y el abuso de drogas. Historias parecidas de regeneración urbana están empezando a surgir en otras diferentes partes de América¹⁴.

Es importante tener presente las diferencias que hay entre las iniciativas que surgen de la comunidad, y las iniciativas tradicionales de corte paternalista profesional, que son controladas de forma centralizada. Desde esta óptica pueden identificarse tres tipos distintos de iniciativas:

Tipo I. Programas con origen profesional o burocrático en respuesta a un análisis centralista de un problema. Este grupo incluiría algunos de los clásicos errores en urbanismo como los grandes bloques de viviendas de los años 60 o, los programas de vacunación que no tuvieron en cuenta las preocupaciones de los padres, u otras variables como la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios.

Uno de los temas más útiles que se pueden abordar desde el principio, como paso hacia la creación de la ciudad sana, es realizar un inventario de

las iniciativas que en este momento existen y que apoyan efectivamente la Salud para Todos, y ver qué tipo de asistencia necesitan.

Monitorización y evaluación

Cualquier proceso de planificación supone un ciclo de recogida de información, análisis y disseminación. El problema al que se enfrentan las Ciudades Saludables potenciales es saber qué cantidad de datos es posible o deseable recoger. Este tema se trató en la reunión de la OMS sobre indicadores en Ciudades Saludables celebrada en Barcelona. Parece que en general, las ciudades prefieren desarrollar indicadores derivados de la aplicación de los 38 objetivos de la OMS en su localidad. Un buen ejemplo de este tipo de trabajo es el realizado en Sheffield¹⁵. Lo mismo probablemente puede aplicarse a monitorizar los avances del proyecto. Se puede hacer bastante en esta área sin desarrollar esquemas de análisis muy complicados, basta con revisar los avances en los 7 pasos hacia la ciudad sana que antes se describieron.

Tipo II. Programas con origen profesional o burocrático en los que una organización de la comunidad actúa como líder, con el apoyo técnico y administrativo necesario. Hay elementos de este tipo en la respuesta al SIDA en algunas zonas de los Estados Unidos.

Tipo III. Iniciativas originadas y conducidas por la comunidad. Apoyadas técnica y administrativamente cuando es necesario. La mayoría de ciudades contienen probablemente cientos de ejemplos de iniciativas del tipo III.

El problema para muchas ciudades es la incapacidad gubernamental, y a veces de grupos no gubernamentales, para trabajar con la comunidad en sus propios términos y con una verdadera comprensión de lo que significa la participación en el sentido enunciado por Arnstein¹⁶: Control ciudadano/Poder delegado/Colaboración/Pacificación/Consulta/Información/Tratamiento/Manipulación. (La escalera de la participación del público.)

Un aspecto todavía no resuelto

La organización es el aspecto más importante que queda por resolver. Independientemente de la evolución futura del proyecto de la OMS por sí mismo, está claro que ya existe un amplio movimiento de base para mejorar la calidad de vida en las ciudades. Es imposible burocratizar un movimiento, sin embargo es interesante desarrollar algunos mecanismos para expresar esta voz de forma colectiva. Durante el siglo XIX, en el Reino Unido se desarrolló la Asociación para la Salud en las Ciudades que se convirtió en una poderosa defensora de la Salud Pública. En la actualidad, en el Reino Unido una iniciativa parecida parece viable, habida cuenta de la ya importante red de ciudades y pueblos que están adoptando el marco de Salud para Todos. La cuestión radica en si es posible una iniciativa parecida de dimensión europea. La historia nos demuestra como los movimientos que son forzados artificial-

mente desde arriba no funcionan, así pues las iniciativas deben surgir desde la base.

Durante el siglo XIX, uno de los resultados de las actividades de la Asociación para la Salud en las ciudades, y también de otros grupos, fue el paquete de medidas legislativas que crearon el marco legal para el desarrollo de la Salud Pública. Un posible resultado del nuevo movimiento de Salud en las Ciudades pudiera ser el desarrollo de medidas legales claramente necesarias a nivel local, nacional e internacional.

Bibliografía

1. WHO Healthy Cities. *Action strategies for Health Promotion*. Liverpool: Liverpool University Department of Community Health, 1986.
2. Ashton J, Grey P, Barnard K. Healthy Cities WHO's New Public Health Initiative. *Health Promotion* 1986; 1 (3): 319-25.
3. Ashton J, Seymour H, Ingledew D et al. *Health Education Journal* 1986; 45 (3): 174-9.
4. Ashton J, Seymour H. *The New Public Health - The Liverpool experience*. Portsmouth: Open University Press, 1988.
5. WHO Healthy Cities - *Action strategies for Health Promotion*. Liverpool: Liverpool University Department of Community Health, 1986.
6. Beyond Health Care. Proceedings of a working conference on Healthy public policy. *Can J Public Health* 1985; 76 (Suppl 1): 1-104.
7. Milio N. Promoting health through public policy. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.
8. Duhi LJ. The Healthy City: Its function and its future. *Health Promotion* 1986; 1; 55-60.
9. Hancock T. Lalonde and Beyond: looking back on «La New Perspective on the Health of Canadian's». *Health Promotion* 1986; 1: 93-100.
10. Hancock T. Healthy Toronto 2000: a vision of a Healthy City. En: *Concepts and Visions*. Liverpool: Liverpool University Department of Community Health, 1988.
11. Ashton J. *Esmedune 2000: Vision or dream*. Liverpool: Liverpool University Department of Community Health, 1988.
12. Baum F. Noarlunga and Healthy Cities. *Healthy Cities (cities fit to live in)* 1988; 2.
13. Chabot JHT. The Chinese system of Health Care. *Tropical Geographical Medicine*. 1976; 28: 87-134.
14. Rodale R. Visions of Regeneration. Ponencia del *UK Healthy Cities Conference*. London: Kings Fund, 1988.
15. Sheffield City Council. *Targets for Health for All*. Sheffield: published by Sheffield Health Planning Team, 1987.
16. Arnstein S. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners* 1969.

