



Salud pública Urbanismo Espacios verdes

Entrevista a **Carlos Álvarez-Dardet**



Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Director del Observatorio de Políticas Públicas y Salud.
Universidad de Alicante

¿Cómo debería ser la ciudad desde el punto de vista de una mejor salud pública?

Quizás lo más importante es que debería ser más democrática, y no me estoy refiriendo a democracia formal representativa sino a que el diseño, el mantenimiento de las ciudades, y la resolución de sus crisis debería ser resultado de procesos mucho más participativos que los que tenemos hoy día en Europa.

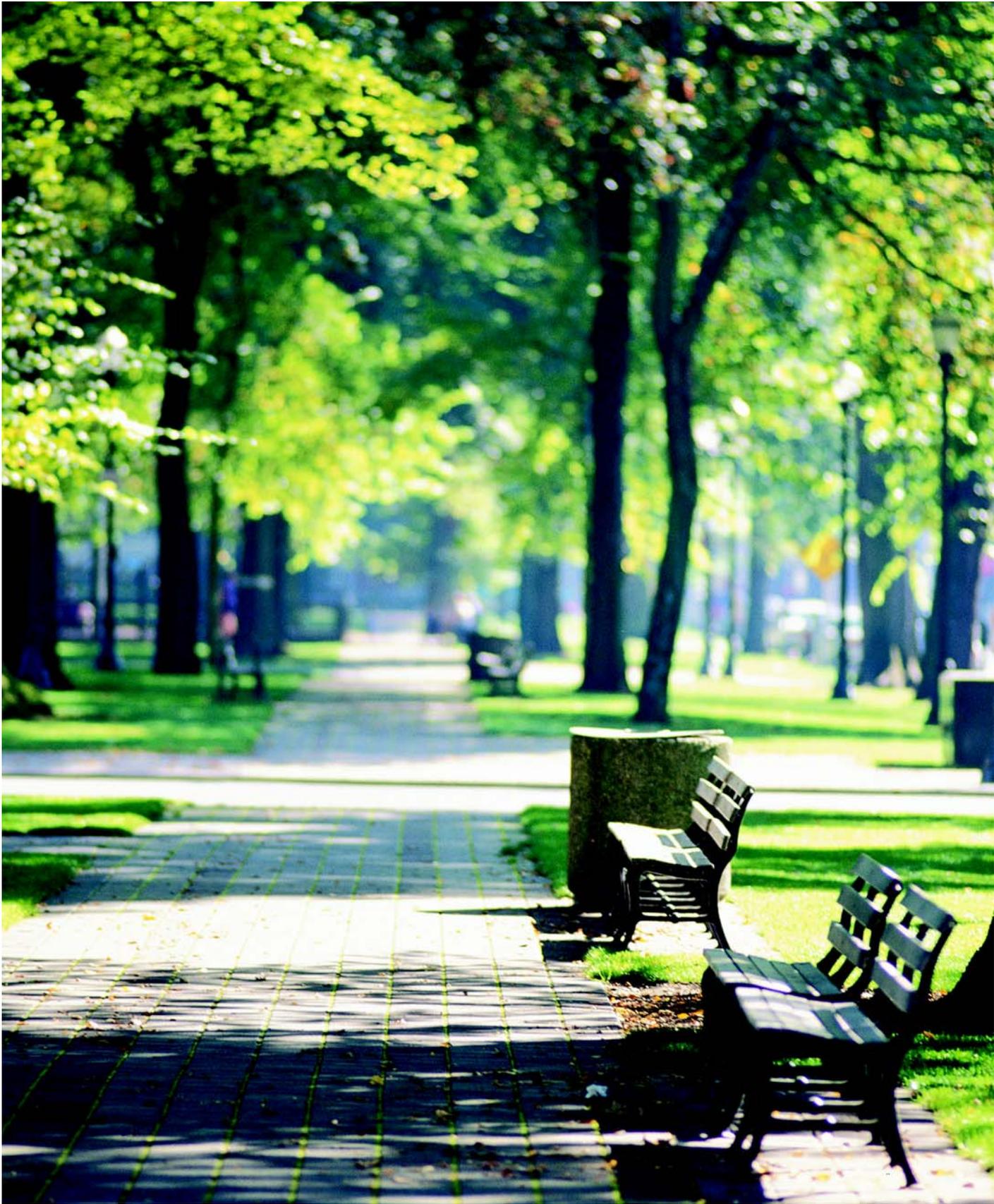
La democracia, según Amartya Sen, al fin y al cabo no es más que el sistema político que más maximiza que los seres humanos se presten ayuda a sí mismos y presten ayuda a los otros. En la medida en que perfeccionemos los sistemas de participación en la ciudad irá tomando más y más dimensiones humanas.

En una ciudad realmente democrática no puede haber excluidos, porque la toma de decisiones se hace teniendo en cuenta todas las voces. Las ciudades de hoy discriminan, y mucho, a las mujeres, a los niños, a los ancianos, a las personas con menos recursos, a los inmigrantes. En fin, al final resulta que nuestra ciudad discrimina a la inmensa mayoría de la población y está concebida casi exclusivamente para satisfacer las necesidades de los varones jóvenes de clase alta.

Una ciudad saludable tiene capacidad para curar sus propios problemas, y esto supone que no sólo pensemos en estructuras, sino también en infraestructuras y que, cuando pensamos en infraestructuras, no solo pensemos en las infraestructuras duras (saneamiento, transportes, abastecimientos, telecomunicación) sino también en infraestructuras blandas.

Las infraestructuras blandas, que son la base real de la ciudad, son los activos de virtudes cívicas que una ciudad contiene, aprende, desarrolla

Una ciudad saludable tiene capacidad para curar sus propios problemas.



y transmite. Es su capacidad de ser solidaria, tolerante, inclusiva u orgulloso. Son la materia humana discursiva que construye la única infraestructura blanda imprescindible para que la ciudad sea ciudad: la confianza.

Las ciudades son la expresión topográfica del nosotros. Sin ese nosotros, sin confianza, sencillamente no hay ciudades. Los guettos son la expresión urbanística del déficit de confianza, y éstos ocurren cuando los actos de virtudes cívicas existentes no son suficientes para reaccionar adecuadamente ante las crisis.

■
¿Qué límites deberíamos plantearnos a la hora de tomar decisiones como, por ejemplo, el uso del coche en las ciudades?

El uso del automóvil es el problema de salud pública más importante al que nos enfrentamos en las ciudades, y no es sólo por las cuestiones de contaminación acústica y atmosférica, ni siquiera por el riesgo de lesiones por colisión o atropello. Los automóviles suponen también un factor de riesgo de enorme importancia para las enfermedades cardiovasculares.

El abuso del automóvil es precisamente consecuencia de la falta de democracia a la que antes aludíamos. El coche es el icono de la dominancia en la ciudad. Precisamente la lucha contra el automóvil trasciende las consideraciones técnicas- menos contaminación, menos ruido, menos accidentes- para constituirse en espacio semiótico de la lucha por la democracia en la ciudad.

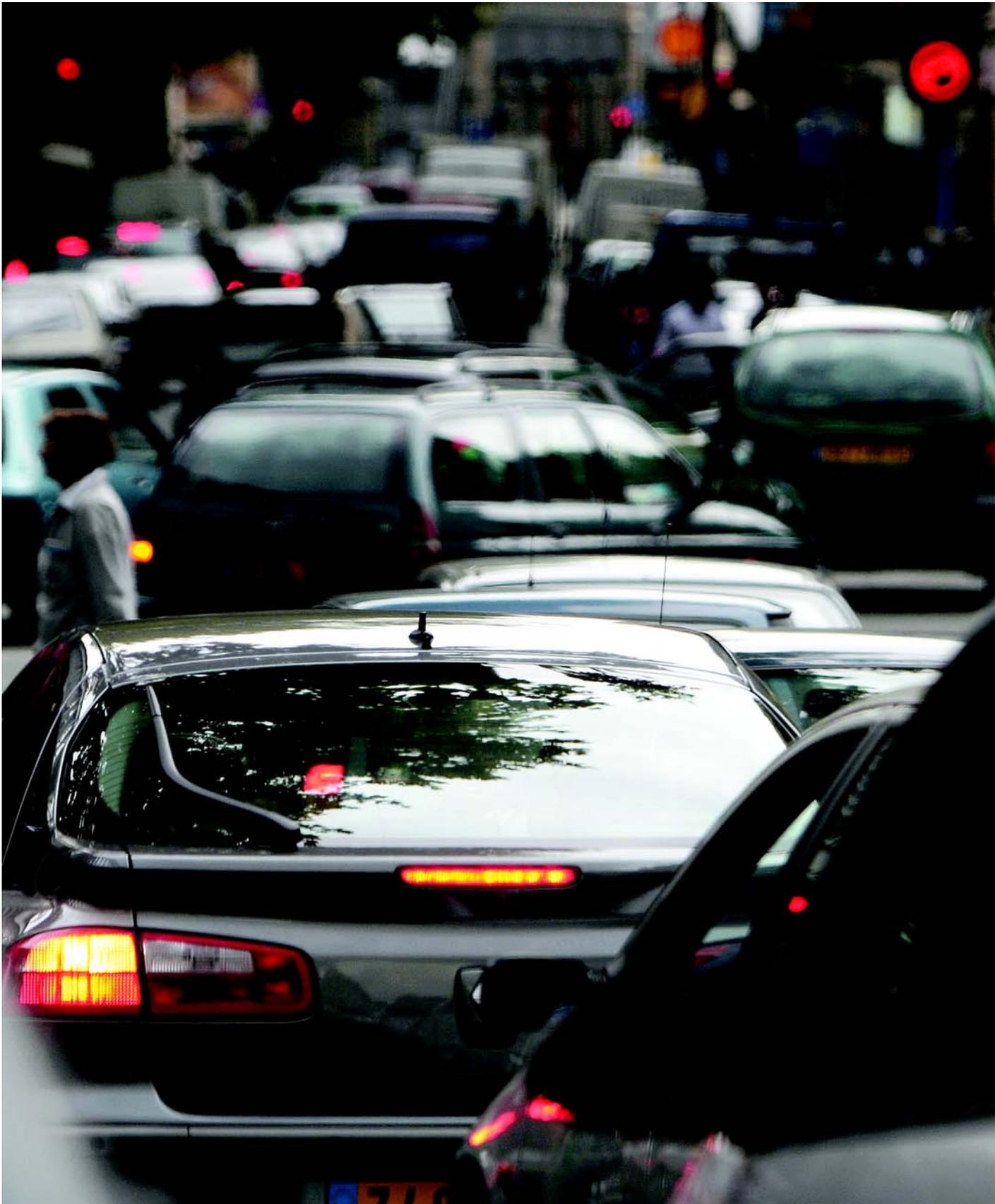
Podría estudiarse formalmente, pero creo que las ciudades que consiguen hacer frente con éxito al coche, limitar su uso, devienen en espacios más democráticos que las que no inician esta batalla o las que, iniciándola, la pierden. Quizás porque obligan a apearse de su objeto-símbolo a los detentadores del poder. En una ciudad sin coches todos vamos a pie. La política necesita puntos de entrada para la acción hacia el cambio. Necesitamos tomas de la Bastilla o del Palacio de Invierno. El coche y la lucha contra él tienen, para mí, ese status de símbolo político.

■
¿Existe una relación directa entre las enfermedades que padece el urbanita y la toma de decisiones en el ámbito del desarrollo urbano?

Claro; aunque quizás poco conocido por el gran público, existe una gran tradición de estudio del efecto de la ciudad, sus transformaciones y la salud. Es más, antes del siglo XIX el urbanismo y la salud pública eran la misma disciplina y la misma profesión.

La salud pública nació en las ciudades, pero en la medida en que el poder territorial se centralizó en los gobiernos nacionales fueron necesarias soluciones más «técnicas» y menos amenazadoras para el status quo. Como consecuencia de esta presión, el urbanismo se separó de la salud pública y se acercó tristemente a la arquitectura y la ingeniería. Por su lado, la salud pública hizo lo propio en un camino reduccionista, no menos triste, de acercamiento a la medicina. La ciudad y su bienestar dejó de ser el objeto de interés para fraccionarse en «el enfermo», «la casa» o «el puente» como elementos aislados sin conexión.

El uso del automóvil es el problema de salud pública más importante al que nos enfrentamos en las ciudades.



Sin embargo, en los últimos años, quizás como un síntoma del debilitamiento de los estados nación y el renacer político de las ciudades, el interés mutuo vuelve a ser relevante. El estudio de las características de la vivienda, las zonas ajardinadas, el desarrollo de la barriadas y la salud está dando lugar a una gran cantidad de información. Hoy sabemos que la salud de la gente está determinada, y en gran medida, por su barrio y por cómo éste se ha conformado y las relaciones que establece con la ciudad.

Sin embargo, el problema es que este conocimiento no se aplica, los estándares de salubridad de las viviendas siguen patrones muy tradicionales, muy desde la perspectiva técnica del arquitecto o el ingeniero y del médico.

El problema es muy sencillo, a los médicos les interesan los enfermos de uno en uno y a los arquitectos e ingenieros las casas y los puentes de uno en uno. Ni una ni otra disciplina se responsabiliza de la ciudad como organismo de conjunto.

En España, por ejemplo, los estándares legales para la construcción de viviendas en materia de salubridad se refieren exclusivamente a la tuberculosis (necesidad de suficiente luz solar y aireación) y al cólera (necesidad de acometida de saneamiento). Y no hay más estándares.

Resulta del todo espectral que construyamos las viviendas (de una en una) para prevenir enfermedades (a nivel individual), que ya no existen entre nosotros, y no nos preocupemos de las que existen. Un urbanita de hoy no muere de cólera, porque tiene agua corriente y cuarto de baño. Tampoco de tuberculosis, porque las ventanas son grandes y se pueden abrir. Muere de accidentes y enfermedades cardiovasculares y sufre de depresión. Esto está producido por cómo construimos nuestras ciudades.

Hoy sabemos que la salud de la gente está determinada y en gran medida por su barrio y por como este se ha conformado y las relaciones que establece con la ciudad.

A la hora de decidir y aplicar normativa de planeamiento urbano y de gestión municipal. ¿Se tiene en cuenta la opinión de expertos en salud pública? Si es así, ¿qué grado de repercusión tienen en la toma de decisiones?

La salud pública prácticamente ha desaparecido de los ayuntamientos españoles, esta en manos de los gobiernos autonómicos desde los años 80. En la práctica esto significa que, salvo casos residuales de enfermedades del pasado, la salud pública está por completo fuera de la toma de decisiones en planeación urbana. Como consecuencia de ello, las élites que toman las decisiones no tienen casi nunca en cuenta el impacto en salud de las decisiones.

Pero lo más grave es que esta invisibilización de las relaciones ciudad-salud hurta esta dimensión del debate político y público. Ante cualquier iniciativa, políticos, concernidos y ciudadanos hablan de estética, funcionalidad, dinero, ecología... de muchas cosas, pero casi nunca de la salud.



¿Existen ciudades a escala mundial que tengan en cuenta las opiniones de expertos en salud pública?; ¿algún referente claro?; ¿cuál es su modelo de gestión?

El proyecto de Ciudades Saludables, iniciado por la Organización Mundial de la Salud a final de los años 80, ha supuesto un intento muy relevante de desarrollar estos vínculos. Sin embargo, más que ciudades que tengan en cuenta la salud, en la planificación se puede hablar de proyectos más o menos exitosos y más o menos duraderos. Han tenido éxito las ciudades que tenían alcaldes comprometidos, un equipo técnico a la altura y gobiernos centrales o federales que lo propiciaran. Son demasiados ingredientes para la sostenibilidad política. Los alcaldes cambian, los gobiernos también.

Y volvemos con ello a la cuestión crucial de la democracia en las ciudades. Cuando la OMS lanzó el proyecto uno de los problemas más graves que existía, y aun existe aunque en menor medida, es que incluso en países con gobiernos democráticos, los alcaldes eran elegidos por los gobiernos centrales.

¿Cuáles son los agentes nocivos ambientales que intervienen en la salud del urbanita?

Quizás sería importante hacer notar que el medio ambiente no es sólo físico-químico, sino social, y que incluso el ambiente físico-químico es el resultado histórico de la corporización territorial de fuerzas sociales. Vivimos en un mundo que separa «lo biológico» de «lo social»; esta separación, aparte de falsa, es interesadamente reduccionista.

Pongamos un ejemplo: los perros, casi todo el mundo aceptará, que los perros son entes biológicos, parte de la «naturaleza». Sin embargo, si miramos con atención, nos damos cuenta de que las razas de perro (todas indistinguibles genéticamente del lobo), son una especie de museo etnográfico de la historia social de la humanidad. Cuando la humanidad se sustentaba en la caza, desarrolló los perros «de caza», cuando creó asentamientos y ganadería desarrolló perros «pastores» y «guardianes». El desarrollo de las ciudades también tuvo su impacto en la biología canina. Con las ciudades aparecieron los perros de «salón» o compañía.

No existen, pues, elementos físico-químicos nocivos sino políticas injustas que se corporizan en las ciudades en forma de deterioro medioambiental. De ellas las favorecedoras del sedentarismo son probablemente las que más afectan a la salud física, y las favorecedoras del aislamiento las que más influyen en la salud mental.

Por ejemplo, se ha comprobado recientemente en ciudades japonesas que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es directamente proporcional a la distancia entre la vivienda y los parques. Esta relación es especialmente intensa en el caso de las personas mayores. También sabemos que los estresores -ruido, delincuencia, desestructuración, paratiénen un efecto contextual en la aparición de enfermedades mentales, especialmente depresión.

Se ha comprobado recientemente en ciudades japonesas que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es directamente proporcional a la distancia entre la vivienda y los parques.