

LA SALUD Y LA CIUDAD

John Ashton

En la primera mitad del siglo XIX los ayuntamientos ingleses se enfrentan a los graves problemas de salud pública, que surgen como efecto de la rápida urbanización e industrialización, creando instituciones como la Asociación de la Salud de las Ciudades.

Gracias a los informes de estas asociaciones se van comparando hechos y datos aislados que permitirán, con el tiempo, relacionar el hacinamiento, la falta de agua potable o la carencia de higiene en los alimentos con las epidemias, permitiendo así que los municipios puedan dictar normas públicas de prevención en las ciudades.

A partir de aquí, el autor, expone las cuatro etapas del desarrollo de la Salud Pública, hasta enlazar con el Proyecto de Ciudades Saludables de la OMS, iniciado en 1986.

Health and the city

The paper tells of how, in the first half of the 19th century, English cities were faced with health problems brought upon them by their being rapidly built up consequent upon the galloping industrialization rife in that period. It then speaks of the steps made to meet this situation, among these the setting up of bodies such as the Association for Health in the Cities. Thanks to the findings of such associations, scattered information could be gathered together from which, in time, it was clearly discerned that overcrowding, a lack of fresh water or of a strict control of foodstuff hygiene must lead on to epidemics. These studies opened the way for preventive municipal health legislation.

Having thus established its grounds, the paper goes on in detail some four periods that public health thinking could be said to have gone through before reaching the WHO's 1986 Healthy Cities Project.

El 11 de diciembre de 1844, en una asamblea pública celebrada en el Ayuntamiento de Exeter, en Inglaterra, se constituyó la primera Asociación de la Salud de las Ciudades (FINER, 1952). Finer lo describe como un «órgano propagandista declarado... de importancia capital». En esta primera asamblea se declaró que la Asociación se había de constituir con la finalidad de compartir la información obtenida de estudios recientes realizados sobre las terribles condiciones de vida de gran parte de la población. La finalidad era ayudar a lograr cambios legislativos que dieran margen a la realización de mejoras preparando al público para aquellos cambios que fueran necesarios.

Esta iniciativa y otras semejantes fueron parte

de una respuesta a la amenaza que, para la salud pública, suponía la industrialización y la rápida urbanización. En toda Europa, los carentes de recursos vivían en espantosas condiciones de insalubridad, hacinados en viviendas que eran verdaderos tugurios urbanos y expuestos a todo tipo de enfermedad infecciosa epidémica. Los gobiernos aparentaban no querer introducir reformas y la Asociación de la Salud de las Ciudades fue un órgano que podría desempeñar un importante papel ejerciendo presión en el gobierno para que introdujera una reforma.

Después de la primera asamblea de la Asociación de la Salud de las Ciudades, de ámbito nacional, celebrada en diciembre de 1844, Lewis escribe cómo se formaron rápidamente ramificaciones en Edimburgo, Liverpool, Manchester, York, Halifax, Derby, Bath, Rugby, Marlborough, Walsall, Plymouth y Worcester (LEWIS, 1952).

Los órganos locales trabajaron diseminando hechos y cifras obtenidos de los informes oficiales, organizando conferencias públicas sobre el asunto, denunciando problemas de carácter sanitario de su distrito y organizando asambleas públicas de petición al Parlamento. Su enfoque estuvo orientado a las deliberaciones de la Comisión de la Salud de las Ciudades, que había sido constituida por el Gobierno en 1843 y había estado dirigida por Edwin Chadwick para la confección de informes detallados sobre las condiciones de los pobres existentes en las ciudades (CHADWICK, 1842). A partir de estas deliberaciones surgió lo que se ha llegado a conocer como «La Idea Sanitaria», la noción de que el hacinamiento, unas condiciones inadecuadas de salubridad y la ausencia de agua potable y alimentos con garantías de seguridad creaban el caldo de cultivo en el que se podían desarrollar las epidemias.

La utilización de esta idea, y su inserción en la formulación de normas públicas en muchos sectores, produjo un notable efecto sobre la salud pública en Gran Bretaña en un espacio de tiempo comparativamente corto.

En Londres se organizó una Asociación Metropolitana de Clases Trabajadoras, auxiliar, para mejorar la salud pública, bajo el lema «No podemos rendir más si no es con más bienestar». En muchas ciudades las clases trabajadoras establecieron asociaciones que fueron prolíficas en consejos para sus asociados trabajadores. Aunque tales iniciativas se debieron frecuentemente a una combinación de las clases trabajadoras bajo la dirección de la clase media, Lewis observa que no en todas partes existía esta fácil aceptación de la tutoría de la clase media, y Chadwick tuvo noticias de que en Glasgow «algunos ruidosos, alborotadores y turbulentos pancartistas se habían mezclado con los manifestantes» y que «su modo de hacer las cosas había disgustado a los más discretos».

Los oponentes al movimiento en favor de la salud pública sostenían que los informes de las Asociaciones sobre las condiciones de las ciudades eran exagerados. Urquhart las acusó de «las calumnias más libres; las declaraciones más infundadas; el lenguaje más indecoroso y las proposiciones más absurdas» (FINER, 1952). Las acusó de corrupción, de ser una conspiración de doctores e ingenieros para lograr los cargos que la legislación sobre salud pública había de proporcionar. A pesar de todo, estas organizaciones de propaganda fueron eficaces en el plano nacional, así como en el local, y en 1948 la Ley del Parlamento sobre Salud Pública unificó la legislación y las disposiciones de la organización en materia de salud pública. Una vez en vigor esta legislación, y habiendo pasado la amenaza del cólera, Lewis afirma que el entusiasmo popular por la reforma sanitaria remitió rápidamente, aunque algunos de los más prominentes reformadores finalmente lograron cargos públicos.

Los organizadores de las campañas dejaron tras de sí un planteamiento y una serie de medidas que habían surgido de la idea sanitaria. Se pueden resumir como sigue:

1. La legitimidad de trabajar localmente.
2. Iniciativa y pragmatismo.
3. Humanitarismo y un sólido aspecto moral.
4. El reconocimiento de la necesidad de técnicas y cualificaciones especiales.
5. Investigación y consulta social apropiadas.
6. La necesidad de dar un enfoque positivo a la salud.
7. El valor de la confección de informes sobre el estado de la salud de la población.
8. Populismo.
9. Defensa de la salud.
10. La necesidad de persistir y trabajar siguiendo las tendencias.
11. La necesidad de organización.
12. El reconocimiento de que la salud pública tiene que estar bajo la responsabilidad de un órgano democráticamente responsable.

Las lecciones que se tienen que aprender de este período de Salud Pública Británica aparecen perfectamente descritas en la obra recopilada de Sidney Chave (WARREN y FRANCIS, 1987).

CUATRO ERAS DE LA SALUD PUBLICA

Partiendo del movimiento sanitario en Gran Bretaña alrededor de 1840, se pueden identificar cuatro eras de Salud Pública, de las que la Nueva Salud Pública es la cuarta:

1. La Era Sanitaria (c. 1840-1880)

La Era Sanitaria comenzó en las ciudades industrializadas como reacción a la tasa de mortalidad y enfermedad entre las clases trabajadoras que vivían en una pobreza abyecta. El desplazamiento de una gran masa de población, emigrantes del campo con el final del feudalismo, fue el principal factor motivador y las ciudades, en su fase de crecimiento, con su promesa de libertad y de un mayor nivel de vida, actuaron como un imán de las poblaciones desplazadas. Las promesas fueron en general ilusiones; la ecología, predominantemente rural, del hábitat humano se descompuso y fue sustituida por otra en la cual una hirviente masa de seres humanos se vio obligada a vivir en la miseria. La respuesta organizada fue el desarrollo de un Movimiento de Salud Pública, con departamentos locales de salud pública apoyados por legislación.

La vigorosa aplicación de la «idea sanitaria» tuvo indudablemente una gran incidencia en un plazo de tiempo comparativamente corto. No obstante, ahora comenzamos a observar la li-

mitaciones de lo que en esencia fue un planteamiento maquinal y ecológicamente erróneo de los problemas medioambientales. Alejando del hogar paulatinamente las consecuencias de la actividad humana (v. g., las aguas fecales y los residuos sólidos), se pudo ganar tiempo, pero en su momento los problemas medioambientales, consecuencia de este planteamiento, han comenzado a dejarse sentir.

2. La Era de la Prevención Personal (c. 1890-1930)

El énfasis medioambiental de la Era Sanitaria cedió gradualmente terreno a la Prevención Personal y un planteamiento más individualista tomó plaza debido a la teoría de que todas las enfermedades eran producidas por gérmenes. Inicialmente la inmunización y la planificación familiar y, ulteriormente, los servicios de comidas en las escuelas, los servicios sanitarios y los órganos de obra social tuvieron una gran incidencia en el bienestar sanitario y social. Esta fase dio lugar a la creciente dedicación del Estado en favor del bienestar médico y social mediante el establecimiento de servicios hospitalarios y clínicos.

3. La Era del Tratamiento (c. 1930-1974)

La Era Preventiva fue, a su vez, sustituida por la Era del Tratamiento, que data de los años treinta, con la aparición de la insulina y del grupo de fármacos de la sulfonamida y después con la eclosión de posibilidades terapéuticas. El comienzo de esta Era coincidió con la aparente desaparición de las enfermedades infecciosas, por un lado, y el desarrollo de políticas en favor de estados de bienestar en muchos países desarrollados, por otro lado. Históricamente, acusó un debilitamiento de los departamentos de salud pública y del papel de los profesionales de la medicina general, en parte debido a un establecimiento erróneo de la idea de que, en el futuro, existiría un «proyector mágico» para cada enfermedad y que la prevención había dejado de ser particularmente importante. Esta era duró hasta principios de los años setenta.

4. La Era de la Nueva Salud Pública (1974-?)

Lo que surge como la Nueva Salud Pública es un planteamiento que aúna el cambio medioambiental con intervenciones apropiadas preventivas y terapéuticas, especialmente en lo que se refiere al anciano y al impedido. En el meollo del planteamiento podemos ahora observar lo que, quizá con mayor propiedad, debería llamarse «la idea ecológica». Esta idea va más allá de la idea sanitaria mecánica, hasta el reconocimiento de que debemos tener un conocimiento holístico de los seres humanos, los modelos de vida, los há-

bitats y el medio ambiente, si es que deseamos proteger tanto a los seres humanos como al planeta. Reconocer su interdependencia.

Los orígenes de esta nueva era se pueden hallar en el conocimiento creciente de las limitaciones de la terapia y el análisis histórico de las razones existentes para un mejoramiento de las condiciones sanitarias, realizado en el pasado por Thomas McKeown, por un lado, y en las acusaciones al devastador tratamiento del medio ambiente por parte de los seres humanos hechas, por ejemplo, por Rachel Carson, por otro lado (McKEOWN, 1976; CARSON, 1962).

En su extenso análisis de la evolución de las tasas de mortalidad en Inglaterra y País de Gales desde 1838 hasta 1970, McKeown llegó a la conclusión de que las elevadas tasas de mortalidad del pasado eran atribuibles, en grado notable, a una combinación de enfermedades infecciosas con factores de nutrición y otros medio ambientales. McKeown sostenía que la mayor parte de la reducción de la tasa de mortalidad debida a enfermedades infecciosas llegó antes de que hubieran tratamientos eficaces y que las reducciones podían ser atribuidas a mejoras del medio ambiente (sanidad, agua potable y alimentos sanos, y el desarrollo económico) y al cambio experimentado por el comportamiento (la adopción del control de natalidad). McKeown llegó a todas estas conclusiones en el contexto de que la enfermedad surge cuando la población vive en condiciones que son radicalmente diferentes a las condiciones en las cuales evolucionó la especie humana. Carson, en su obra humanista sobre el medio ambiente, significó las consecuencias que tendrán para la naturaleza el continuar tratando el medio ambiente del planeta de un modo simplista y maquinal.

De la obra de McKeown resulta evidente que, en el pasado, la medicina ha tenido una mayor incidencia en la recuperación física que en la evitación de la muerte y que es probable que siga ocurriendo así en el futuro. El padrón contemporáneo de muerte prematura e incapacitación en los países desarrollados es como sigue:

1. Enfermedades cardíacas.
2. Ataques.
3. Cáncer.
4. Accidentes.
5. Alcohol, drogas, suicidio.
6. SIDA.

La mayoría de estos casos se pueden evitar en líneas generales, o bien demorarse hasta la última fase de la vida. De nuevo, las mejoras se deberán principalmente al resultado de planes de acción en los sectores de la vida cotidiana más que en los del tratamiento médico. En la medida que ha aumentado la esperanza de vida se ha constituido en un factor clave la calidad de vida, más que simplemente su cantidad, y en paralelo con este concepto ha surgido el conocimiento de las consecuencias medioambientales que conllevan los estilos de vida de masas que

explotan la tierra sin prestar atención a su equilibrio ecológico.

Partiendo del análisis de McKeown, se ha creado un impulso para un nuevo movimiento de salud pública que integra lo mejor de las tres eras anteriores y lo fija en un contexto ecológico. Este impulso se ha visto favorecido por diversas iniciativas de la Organización Mundial de la Salud, que ha puesto de relieve la filosofía diferente que es necesaria para un nuevo movimiento de salud pública comparado con el de la era victoriana (OMS, 1978, 1981, 1984, 1985, 1986). En particular, se ha puesto de relieve la necesidad de reducir las desigualdades en materia de salud; aumentar la participación pública; mejorar la integración de esfuerzos de órganos y sectores diferentes que aúnen sus esfuerzos en favor de la salud, y la reorientación de la asistencia sanitaria trasladándola de un tratamiento hospitalario hacia una asistencia y prevención primarias y comunitarias.

LA SALUD Y LA CIUDAD

En un sentido, la rueda ha dado una vuelta completa. Del debate en torno a la Nueva Salud Pública ha surgido el proyecto de las Ciudades Saludables de la OMS, que no se inició hasta 1986, pero que ya ha ayudado a alimentar un movimiento internacional (ASHTON y colaboradores, 1986; ASHTON y SEYMOUR, 1988).

La exposición racional de principios para enfocar la atención a las ciudades tiene un fundamento sólido. Para el año 2000, el 75 por 100 de los europeos, y la mayoría de la población mundial, vivirán en ciudades o grandes núcleos de población. Se espera que algunas ciudades del Tercer Mundo alcancen dimensiones extraordinarias para finales del siglo: México, 31 millones; São Paulo, 26 millones; Río de Janeiro, Bombay, Calcuta y Jakarta, cada una más de 16 millones (HARPHAM y colaboradores, 1988; Banco Mundial, 1984).

La iniciativa de la OMS sigue una trayectoria similar a la de las Asociaciones de Salud en las Ciudades de hace casi hace ciento cincuenta años al abordar cuestiones tanto en el plano local como en el plano nacional. La iniciativa ha fomentado el establecimiento de mecanismos para garantizar que el interés de la salud pública sea tenido en consideración en todos los sectores de la vida que puedan tener incidencia (ASHTON, 1988). Un buen ejemplo de las cuestiones que habrán de surgir cuando se adopte este plantea-

miento es la expresión de «Colectividades Sanas» de la América Latina, fomentada por la Organización Panamericana de la Salud en Washington, en forma de un conjunto de preguntas para seminarios a los que asistieran políticos, burocratas, técnicos y dirigentes de asociaciones de vecinos y colectividades (fig. 1).

Preguntas de esta naturaleza pueden ayudar a hacer que sean más explícitas la información, las técnicas y la capacitación necesarias para insertar la cuestión de la salud pública en los primeros asuntos de la agenda pública. No obstante, es probable que el éxito o el fracaso de estos esfuerzos se articule en el grado en que la idea ecológica, en la década de 1990, pueda llegar a tener tanta fuerza general como lo tuvo la idea sanitaria en la década de 1840.

Figura 1

COLECTIVIDADES SANAS

Su ciudad, pueblo o vecindad puede constituirse en una parte del movimiento «Colectividades Sanas» en las Américas.

He aquí algunas de las preguntas a las que se tiene que dar respuesta:

1. ¿Sabemos qué problemas principales en materia de salud y de condiciones sanitarias se encuentran en cada parte de la colectividad y en cada edad y estatus de vida?
2. ¿Se encuentra esta información a disposición de toda la colectividad, de manera que toda la población esté en disposición de exponer qué necesidades se han de satisfacer para mejorar la salud?
3. ¿Se tiene acceso a información relativa a los servicios sanitarios disponibles y cómo la población puede acceder a los mismos cuando sea necesario?
4. ¿Se están adoptando medidas dirigidas a crear un ambiente físico y social, más seguro y más sano, en apoyo de modelos de vida más sanos?
5. ¿Se dedican todos los sectores de la vida cotidiana —públicos y privados— a planificar y trabajar en favor de una mayor sanidad?
6. ¿Existe un modo eficaz de hacer que todos aúnen sus esfuerzos en el plano vecinal?
7. ¿Existen líderes de la colectividad identificados que hablen en favor de una mayor salud y se aseguren de que aquellos factores que influyen en la salud sean comprendidos por todo el público?
8. ¿Tiene su colectividad un plan específico para recopilar y distribuir la información necesaria respecto a cuestiones de salud, desarrollar una cooperación intersectorial más sólida y facilitar recursos adecuados para la salud?

Si su respuesta es afirmativa a la mayoría de estas preguntas, su colectividad está en camino de constituirse en una colectividad sana. En caso contrario, ¿Qué medidas debería adoptar para establecer las vías que condujeran a una mayor salud?

BIBLIOGRAFIA

- ASHTON, J.; GREY, P., y BARNARD, K. (1986): *Healthy Cities: Who's New Public Health Initiative*, Health Promotion; 1 (3): 319-324.
- ASHTON, J., y SEYMOUR, H. (1988): *The New Public Health*, Milton Keynes, Open University Press.
- ASHTON, J. (1988): *Healthy Cities*, World Health June, págs. 9-11.
- CARSON, R. (1962): *Silent Spring*, Londres, Hamish Hamilton.
- CHADWICK, E. (1842): *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, edición facsimil publicada por Edinburgh University, 1965, con una introducción de M. W. Flinn.
- FINER, S. E. (1952): *The Life and Times of Sir Edwin Chadwick*, Londres, Methuen.
- HARPHAM, T.; LUSTY, T., y VAUGHAN, P. (eds.) (1988): *In the Shadow of the City: Community Health and the Urban Poor*, Oxford, Oxford University Press.
- LEWIS, R. A. (1952): *Edwin Chadwick and the Public Health Movement 1832-1854*, Londres, Longmans, Green and Co.
- MCKEOWN, T. (1976): *The Role of Medicine-Dream, Mirage or Nemesis*, Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- WARREN, y FRANCIS, H. (1987): *Recalling the Medical Officer of Health-Writings of Sidney Chave*, Londres, King Edwards Hospital Fund for London.
- WORLD BANK (1984): *World Developments Report*, Oxford, Oxford University Press.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1978): *Alma Ata 1977, Primary Health Care*, Génova, UNICEF.
- (1981): *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Génova, WHO.
- (1984): *Health Promotion-A Discussion Document on the Concepts and Principles*, Copenhagen, WHO.
- (1985): *Targets for Health for ALL*, Copenhagen: WHO.
- (1986): *Health and Welfare Canada*, Canadian Public Health Association, Ottawa Charter for Health Promotion, Copenhagen, WHO.