

NUMERO 89



CIUDAD Y TERRITORIO

VERANO 3/1991

NUMERO 89

CONTENIDO

3	EDITORIAL Carmen Gavira	51	ZONIFICACION SANITARIA Y MAPA DE SALUD Encarnación Aracil Rodríguez
5	CIUDAD, SALUD Y PARTICIPACION Elvira Ramos García, Antonio Sánchez Moreno y Pedro Marset Campos	61	BALNEARIO-CIUDAD DE LAS AGUAS. SU PRESENCIA EN ESPAÑA María A. Leboreiro Amaro
17	LA SALUD Y LA CIUDAD John Ashton	78	MAPA DE BALNEARIOS DE ESPAÑA Santos Madrazo
23	LA NUEVA SALUD PUBLICA EN ESPAÑA Carlos Alvarez-Dardet y Concha Colomer	81	REFORMA SOCIAL, SERVICIOS ASISTENCIALES E HIGIENISMO EN LA BARCELONA DE FINES DEL SIGLO XIX (1876-1900) Horacio Capel y Mercedes Tatjer
29	BARCELONA: EL PROYECTO DE «CIUDADES SALUDABLES». UN MARCO PARA LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Eduardo Spagnolo y Jaime Costa	95	PAISAJE URBANO, CIUDAD LINEAL Y MASONERIA Antonio Bonet Correa
37	TRES AÑOS DE EXPERIENCIA CON «CIUDADES SANAS» EN LA COMUNIDAD VALENCIANA Carlos Alvarez-Dardet y Concha Colomer	119	NECESIDADES ACTUALES DE DIVULGACION Y ENSEÑANZA DE LOS SISTEMA DE INFORMACION CARTOGRAFICA (SIG) Miguel Calvo Melero
43	SITUACION DE SALUD EN PERU. LA EPIDEMIA DE COLERA David Tejada de Rivera	129	NOTICIAS BIBLIOGRAFICAS

EDICION: Instituto Nacional de Administración Pública.

DIRECCION: Carmen Gavira Golpe. DIRECTOR ADJUNTO: Joaquín Jalvo Mínguez. SECRETARIA DE REDACCION: Mercedes de Lope Rebollo y Luis Sanz Fernández.

CONSEJO DE REDACCION:

PRESIDENTE: José Constantino Nalda García, Presidente del INAP. VOCALES: Angel Aparicio Mourelo, Antonio Bonet Corréa, Ramón Ganyet Solé, Javier García-Bellido García de Diego, Eduardo García de Enterría, Carmen Gavira Golpe, Josefina Gómez Mendoza, Fernando González Bernáldez, Jorge-Enrique Hardoy, Laureano Lázaro Araujo, Jesús Leal Maldonado, Ramón López de Lucio, Santos Madrazo Madrazo, Angel Menéndez Rexach, Luis Moya González, Manuel Ribas Piera, Javier Russinés y Torregrosa y Carlos Sambricio Echegaray.

COLABORADORES CORRESPONSALES:

Gustavo Bacacorzo (Perú), Giuseppe Campos Venuti (Italia), Thomas F. Glick (América del Norte), Alicia-María González (América del Norte), Maruja Gutiérrez (Bélgica), Samuel Jaramillo (Colombia), Claude Leiong (Francia), Rubén Pesci (Argentina), Nuno Portas (Portugal), José Luis Ramírez González (Suecia), Juan Rodríguez Lores (Alemania) y Roberto Segre (Cuba).

TRADUCCION RESUMENES: John Pownall. DIAGRAMACION: Olegario Torralba López.

EDITA: MINISTERIO PARA LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS
SECRETARIA GENERAL TECNICA
INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACION PUBLICA

Depósito legal: M. 10422-1970
CODEN: CITEEL
ISSN: 0210-0487
NIPO: 329-89-013-X
Fotomecánica e impresión:
Closas-Orcoven, S. L.

DIRECCION, REDACCION Y ADMINISTRACION:
Santa Engracia, 7.
28010 MADRID

Tel. (91) 446 17 00.
FAX: (91) 445 08 39.

Suscripción anual: 6.000 ptas. (cuatrimestral).
Número sencillo: 1.500 ptas.
Número doble: 3.000 ptas.
Más 6 por 100 de IVA y 200 ptas. de gastos de envío.

EDITORIAL

Enlazando con los problemas técnicos del abastecimiento y distribución del agua en la ciudad, planteados en el número 88, queremos ahora presentar otro aspecto mucho más amplio y complejo: LA SALUD Y LA CIUDAD, sobre el que se ha abierto actualmente un profundo debate que está obligando a replantear muchas de las ideas hasta ahora aceptadas, y por tanto, a cuestionar de nuevo el papel de las instituciones públicas, especialmente de los municipios, como garantes de la salud de los ciudadanos.

Los cambios de la primera Revolución Industrial en el último cuarto del siglo XIX, llevaron a la aprobación de los primeros planes de saneamiento, las nuevas Ordenanzas municipales y a la creación de los Institutos Municipales de Higiene, que son ahora denunciados como obsoletos por los propios Ayuntamientos al cuestionar la validez de estas antiguas estructuras frente a las nuevas necesidades sanitarias de la ciudad postindustrial.

Nuevos problemas y nuevas situaciones, como las epidemias que creíamos ya superadas, obligan a una reflexión en la que el agua, ligada a la nutrición, a la higiene, a la cultura, a la producción o al turismo, vuelve a aparecer como elemento clave de la vida urbana.

Son muchas las personas e instituciones que nos han ayudado a recoger y elaborar el material de este número, y quisiéramos desde aquí agradecer especialmente la colaboración de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, que nos ha facilitado el texto de las conferencias pronunciadas el pasado mes de julio dentro del Seminario «La salud y la ciudad», realizado en colaboración con la Universidad Menéndez Pelayo. Al igual que al Seminario de Relaciones Internacionales de la Universidad de Salamanca, que nos ha permitido reproducir la intervención del Dr. David Tejada pronunciada en el Foro de Iberoamérica en el mes de abril.

De la Universidad de Murcia procede el trabajo de los Doctores Elvira Ramos, Pedro Marset y Antonio Sánchez, «Ciudad, salud y participación» y de la Universidad de Barcelona el de los profesores Horacio Capel y Mercedes Tatjer, «Reforma social, servicios asistenciales e higienismo en la Barcelona del siglo XIX», que ha requerido un importante esfuerzo de traducción y síntesis para adaptar este extenso estudio a las páginas de la Revista. El texto presentado por la arquitecta María A. Leboeiro, «Balneario, ciudad de las aguas, su presencia en España», nos ofrece un resumen de su recién finalizada Tesis Doc-

toral, por lo que esta síntesis ha supuesto, por las fechas exigidas, un trabajo especialmente duro para ella. Este artículo se complementa con el «Mapa de Balnearios de España», que nos ha facilitado el Profesor Santos Madrazo.

El artículo de la Profesora Encarnación Aracil Rodríguez, «Zonificación sanitaria y Mapa de salud» recoge la metodología de un extenso estudio realizado por la autora, cuya laboriosa elaboración agradecemos especialmente, al igual que en el caso del Profesor de la Universidad del País Vasco Miguel Calvo Melero, que ha realizado una

adaptación de su texto original, «Necesidades actuales de la divulgación y enseñanza de los SIG», para hacerlo más comprensible a los lectores no especializados en estos temas. Por último, damos las gracias al Profesor Antonio Bonet por haber tenido la deferencia de facilitarnos su estudio «Paisaje urbano, Ciudad Lineal y Masonería», que por su interesante contenido y su riqueza gráfica era asediado por numerosos pretendientes.

Carmen Gavira

CIUDAD, SALUD Y PARTICIPACION

Elvira Ramos García
Antonio Sánchez Moreno
Pedro Marset Campos

La ciudad de la Grecia clásica fue el escenario en el que surgió la medicina hipocrática, adquiriendo en su ambiente social democrático y racional una dimensión especial la relación de diálogo entre el médico y el enfermo. La ciudad a partir de la Edad Media se convierte en la suministradora de experiencias para luchar socialmente contra la enfermedad. La higiene pública y la patología social deben su configuración al análisis que proporciona su variada realidad. La Revolución Industrial transforma profundamente el escenario urbano y sanitario, y plantea a la población, mayoritariamente obrera, contradicciones y necesidades de participación de carácter eminentemente políticas. Precisamente la cuestión de la participación popular en materia de salud en un contexto de crisis del Estado de Bienestar lleva a desvelar su íntima naturaleza política, por encima de las apariencias tecnocráticas o filantrópicas.

The city, its health and taking part in keeping it

The paper explains how the cities of classical Greece saw the birth of hipocratic medicine and gave to it, thanks to the democratic and rational milieu that reigned in them, a special slant: patient and doctor discussed the case. It goes on to explain how from the Middle Ages onwards, the city became a hot bed for diseases that had to be counteracted civilly. Public Hygiene and Social Pathology were both born of and shaped by this their nursery. The Industrial Revolution altered both the city and its health requirements beyond recognition and faced new population, for the main part workers, with contradictions and a need for participation, in both cases of a decidedly political nature. The paper concludes that this question of popular participation in Public Health, within the overall context of a crisis of the Welfare State, has brought out more clearly than ever the deeply political undertow of the issue despite its usual trappings of philanthropy and mere expertise.

1. DEMOCRACIA CIUDADANA Y SALUD, UNA CUESTION NO RESUELTA

La medicina científica occidental, la medicina hipocrática, surge en el siglo VI a. C. en la Grecia clásica, como uno de los frutos del desarrollo conjunto de las ciudades, de la democracia y del pensamiento racional. Uno de los aspectos más interesantes y menos tenidos en cuenta de esta primera versión de la medicina, tanto en su dimensión teórica como en la práctica, reside en el lugar que otorga al trato con el paciente. Dialogar con el enfermo es imprescindible no sólo

para obtener una necesaria anamnesis que permita un buen diagnóstico, sino para hacer comprensible y racional el proceso de enfermar y sobre todo el de recuperación de la salud con la colaboración del paciente (1). El médico y el enfermo son por lo general ciudadanos libres, iguales, y a veces puede ocurrir que el paciente sea de un estrato o nivel social superior al del médico. Todo ello contribuye a una experiencia única en cuanto a la naturaleza de la relación médico-enfermo.

La desaparición de la democracia y la configuración de un *corpus* científico sistemático, el galenismo, explican la pérdida de interés por

Elvira Ramos García es profesora titular de Salud Pública. Facultad de Medicina. Murcia.

Antonio Sánchez Moreno es profesor de F. P. Sanitaria. Instituto Politécnico. Murcia.

Pedro Marset Campos es Catedrático de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Murcia.

(1) Lain Entralgo, P. (39).

dialogar y razonar con el paciente (2). Sólo interesará de la anamnesis la obtención de signos patognomónicos que permitan la precisa catalogación del tipo y clase de enfermedad que se tiene delante. El ontologismo nosológico concede tanta consistencia a la entidad morbosa que se puede afirmar que se independizan las enfermedades y los individuos pasan a ser meros sujetos pasivos de ellas. Por otra parte el ambiente social de la Roma imperial en el que tiene lugar esta transformación científica favorece la creación de una imagen clasista de la élite médica que a su vez establecerá una relación vertical con los pacientes. El enfermo tiene que obedecer las indicaciones técnicas del médico que es quien conoce los secretos del funcionamiento de la naturaleza. Frente a la relación democrática y horizontal existente en la Grecia clásica se configura en esta época romana una relación autoritaria.

Mientras se desarrolla esta nueva relación entre los individuos que protagonizan el acto médico tiene lugar en el ámbito ciudadano la aparición de un fenómeno sanitario nuevo. Debido a la creciente complejidad de la vida urbana y a la adopción de pautas culturales en las que el baño público desempeña un papel social importante, se hace necesario no solamente garantizar un suministro abundante y continuo de agua a las urbes, sino además controlar y vigilar la idoneidad en que se desarrollan todos los pasos de este proceso. Las normas, regulaciones e infraestructura material y humana que tal hecho desencadena constituyen, sin lugar a dudas, un hito en la historia de la higiene (3).

A través de una trayectoria verdaderamente compleja se puede afirmar que la historia de la medicina occidental, en su vertiente salubrista, ha estado fuertemente influida por la historia de las ciudades. Cuando éstas casi desaparecen la medicina se estanca. Con el resurgir de la vida ciudadana se recupera la ciencia médica y se le imprime una dinámica renovadora. Sin embargo, la disyuntiva entre una concepción tecnocrática y vertical del ejercicio de la medicina y otra global y social siempre ha existido y ha reflejado en cierta forma la tensión presente en las relaciones sociales que acaecen en el ámbito urbano.

En el momento actual, tras el pleno desarrollo de la Revolución Industrial con su acelerado proceso de urbanización y la paulatina adopción de esquemas sanitarios públicos, reaparece bajo nuevas formulaciones la «clásica» cuestión del diálogo, participación, de los profesionales sanitarios con los ciudadanos. No es por ello un tema menor, sino que alcanza tal importancia que la propia OMS cuando formula su famoso lema y objetivo «Salud para todos en el año 2000» (4) sugiere claramente que para conseguirlo es ne-

cesario involucrar a la población, y que para ello el ámbito idóneo es el primario, el localizado precisamente en el contexto normal donde se desenvuelve la vida cotidiana de los ciudadanos, y no en instancias superiores (5).

Pero resulta que justamente la medicina del presente siglo ha ido desarrollándose científica y técnicamente por unos derroteros opuestos a los de la participación o diálogo. En nuestros días mientras por una parte se postula la necesidad de tal participación ciudadana, elevándola a categoría no solamente de declaración pública, sino de norma legal y más aún fundamentándose epistemológicamente (6), por otra se asiste a su marginación y olvido, o las más de las veces a su tergiversación adoptando formas organizativas que en la práctica la vacían de contenido (7).

Pensamos que vale la pena desentrañar las razones que existen para tal paradoja, teorización máxima favorable a un papel activo de los ciudadanos en la gestión de los asuntos sanitarios y praxis concreta favorable a una gestión tecnocrática y vertical.

2. LA CIUDAD EN LA CREACION DE UNA CONCIENCIA SANITARIA

Si el hundimiento del Imperio Romano supuso entre otras cosas una reruralización de la vida social, llevó aparejada también la pérdida de los niveles científicos y culturales preexistentes. La vida agraria hizo retroceder las pautas culturales a niveles semejantes a los de los pueblos primitivos. La práctica médica no escapó a tal reflujo simplificándose y esquematizándose tremendamente su base teórica. En esta nueva situación el cristianismo por una parte brindó su mesianismo para vertebrar y compensar las exiguas eficacia y teoría, pero por otra ofreció sistematizaciones como las de San Isidoro (8) que permitieron ulteriores desarrollos conceptuales (9).

Tras la configuración y creciente éxito del sistema feudal el resurgir de las ciudades facilita el desarrollo de nuevas conquistas médicas e higiénicas. El espacio social y cultural urbano como ámbito diferente al del mundo feudal se enfrenta pronto con los problemas sanitarios que plantea la vida urbana. El mecanismo participativo inherente al funcionamiento urbano crea tempranamente la figura de las Juntas o Consejos de Salud municipales (10) como órgano político y público responsable de regular y ejecutar actuaciones tendentes a garantizar la salud de la urbe.

Es interesante señalar cómo estas organizaciones ciudadanas encargadas de velar por la salud de la población que al principio aceptaban sin más el título profesional de médico expedido

(2) García Ballester, L. (27).

(3) Rosen, G. (57).

(4) OMS (53).

(5) Vuori, H. (73).

(6) Rifkin, S. B. (55).

(7) Antoñanzas, A. (4).

(8) Crombie, A. C. (19).

(9) Lain Entralgo, P., y García Ballester, L. (40).

(10) Cipolla, C. M. (17).

por cualquier Facultad de Medicina europea para poder ejercer la profesión en la respectiva ciudad, añaden posteriormente la realización de una prueba ante un jurado con el fin de garantizar el dominio en las técnicas y conocimientos profesionales (11).

Sin embargo, la prueba de fuego para estas Juntas de Salud va a llegar con las epidemias de peste. Típica consecuencia del nuevo espacio social creado, con la consolidación de las ciudades se producen las condiciones favorables para que se desencadenen y transmitan las epidemias de peste. El hacinamiento y densidad demográfica, el incremento del comercio y de los desplazamientos y comunicaciones, la existencia de hábitats favorables para las ratas negras, el hecho de albergar estas ciudades contingentes humanos en situación vital precaria huidos del sistema feudal, etc., todo contribuye a la aparición de enfermedades infecciosas de índole epidémica, siendo la peste la más virulenta y letal. Es temprana la identificación entre ciudad y epidemia, por lo que ante sus primeros síntomas la población huye despavorida hacia las zonas rurales, aisladas. La oposición campo-ciudad tiene en estas epidemias una de sus fuentes (12).

Las epidemias de peste poseen tales efectos disgregadores en las normas y relaciones sociales que se impone la necesidad de dotar a los comités o juntas municipales creados para combatirlos de atribuciones especiales para asegurar su éxito. Todas las personas, poderes e instituciones han de someterse a los dictados de la Junta, incluidos los médicos. De nuevo hay que destacar que no es la instancia técnica, la de los médicos, la que se erige con o a la que se le confieren las máximas atribuciones, sino que recaen éstas en la Junta que es elegida por el Concejo, por los representantes ciudadanos. La Junta pide consejo y ayuda naturalmente, entre otros, a los médicos, pero en última instancia es ella la responsable de coordinar y autorizar todas las actuaciones, desde las sanitarias hasta las económicas, de seguridad o religiosas (13).

Se puede afirmar que estas iniciales organizaciones sanitarias de las ciudades no son, por tanto, fundamentalmente técnicas, sino que por el contrario son «políticas». Son instancias en las que están representados los intereses y los colectivos más significativos de la vida ciudadana. Poseen, claro está, un objetivo eminentemente sanitario, combatir la epidemia, pero precisamente por la importancia e implicaciones del mismo la organización y funcionamiento del instrumento social creado no está dirigido por los sanitarios sino por los propios ciudadanos.

La composición de estas Juntas o Comités va a responder obviamente a los grupos de poder dentro de la ciudad, a las fuerzas sociales más

interesadas en que la ciudad vuelva a las actividades económicas que la sustentan. Los únicos protagonistas son estos colectivos sociales.

Cuando en torno al Renacimiento y con ocasión del auge que toman las ciudades al ir configurándose las monarquías nacionales se produzca otro fenómeno sanitario de gran trascendencia, la creación de los hospitales (14), nos volveremos a encontrar con un hecho social parecido al expuesto. Si el objetivo técnico que justifica la construcción de los hospitales es albergar a los vagabundos enfermos con la finalidad, entre otras, de evitar un peligro a la ciudadanía (15), resulta ilustrativo que la responsabilidad máxima para el funcionamiento del hospital no descansa en los médicos, sino, en la gran mayoría de los casos, en organizaciones ciudadanas, con adecuada representación de los intereses económicos de la ciudad (16). Sí que tendrán, como es lógico, un gran papel y cometido los médicos en el quehacer diario y técnico de los hospitales (17), pero la suprema autoridad está reservada a los grupos sociales más importantes de la ciudad, y si algún médico forma parte de esta organización lo será por haber alcanzado el *status* social requerido pero no por su condición profesional. De nuevo parece obvio señalar que quienes no tienen ningún papel activo en el funcionamiento del hospital son los vagabundos y los enfermos hospitalizados. Hará falta un cambio de mentalidad para que se pueda vislumbrar una actitud distinta ante esta parte de la población urbana.

La evolución sociopolítica de Europa a partir del Renacimiento concede creciente protagonismo normativo a las monarquías (18) en detrimento paulatino de la autonomía que gozaban las ciudades. La necesidad de racionalizar y homogeneizar la vida nacional obliga a reservar la máxima capacidad resolutoria a la instancia central y aunque las ciudades retienen un amplio margen de competencias y maniobra siempre existe la eventualidad de una última autorización real para llevar a cabo lo acordado (19). De esta forma las ciudades son la fuente de la experiencia social y el marco en el que se desarrollan las diversas iniciativas e innovaciones, pero será en el ámbito nacional en donde se consagrarán jurídicamente, en última instancia, tales avances.

Precisamente en un ambiente de gran dinamismo socioeconómico, como lo constituye la Inglaterra del siglo XVII, se hace evidente la importancia de tomar en consideración las condiciones en que vive la población para conseguir mayores cotas de riqueza en todo el país, para toda la nación.

A partir del análisis de la evolución de la mortalidad en las parroquias de las grandes ciudades John Graunt no solamente funda la estadística médica (20), sino que encuentra argumen-

(11) Bullough, U. L. (12).

(12) Gottfried, R. S. (29).

(13) Becht, H. P. (9).

(14) Jetter, D. (36).

(15) Vanzan Marchini, N. E. (71).

(16) Rubio, A. (61).

(17) López Terrada, M. L. (44).

(18) Maravall, J. A. (46).

(19) Asensi, V. (6).

(20) Greenwood, M. (30).

tos para demostrar la no aleatoriedad de la muerte ni de la enfermedad, sino que ambas dependen de concretos factores sociales, y por tanto, ello justifica el que se proponga a la monarquía (suprema representación de los intereses colectivos) la adopción de medidas públicas que eviten tales desgracias (21).

El aumento en la complejidad de la vida urbana a lo largo de los siglos XVII y XVIII coincide con una creciente diversificación en la estratificación social, y con el desarrollo de lo que más tarde será la conciencia de los derechos humanos. Las barreras estamentales ya no son aceptadas tan acrítica ni fácilmente como antes y se va imponiendo la necesidad de reconocimiento en la participación de los asuntos públicos. El desarrollo del mercantilismo va a suponer un importante impulso para las grandes ciudades, lo que a su vez generará en gran escala espacios nuevos para la reclusión y para la marginación (22).

El resquebrajamiento progresivo del mundo agrario feudal da lugar entre otras cosas a la desintegración del marco global familiar y al surgimiento de múltiples personas que aisladas, o en pequeños grupos, engrosarán las filas de la pobreza y marginación urbanas. Se puede afirmar que un correlato de la hegemonía mercantilista es la individuación y atomización de los valores y mercancías como unidades intercambiables y que ello favorece la consideración igualmente atomística de los individuos en la sociedad o de ésta como suma aritmética de individuos (23). Paralelamente a este proceso y quizá precisamente por ello se desarrolla una atención especial hacia los individuos aislados que pueblan estas ciudades, y que si en teoría pueden ser sujetos activos del concepto de Contrato Social, en la práctica viven privados de las mínimas condiciones de dignidad humana. El desarrollo del concepto de Derechos del Hombre se realiza en gran parte como contraste y reacción ante una realidad sangrante que afecta a grandes contingentes demográficos urbanos en los ámbitos más diversos: cárceles, hospitales, asilos, niños, mujeres, locos, enfermos, minusválidos, vagabundos, pobres, etcétera.

La figura que simboliza en este siglo XVIII esta nueva mentalidad, Rousseau, con su *Discurso sobre la desigualdad* y más tarde con su *Contrato Social* (24), aboga por una recuperación de las condiciones naturales de convivencia humana frente a la verdadera causa de perversión y de enfermedad, la estructura social irracional, aberrante procedente del aún vigente régimen feudal. En realidad sólo se entiende la enorme carga emancipadora y liberadora de la Ilustración cuando se la pone en relación con la realidad social nueva que ha forzado a modificar mentalidades acomodaticias.

En relación con nuestro interés, el de la salud pública, los tres campos en los que se manifiesta esta nueva realidad son el de la práctica municipal, adoptando los ayuntamientos con mayor celeridad decisiones para resolver (difícilmente) las situaciones novedosas (25), el del desarrollo de experiencias nuevas (26) de relación entre los profesionales y los artesanos favoreciendo un campo de nuevas realidades a teorizar (psiquiatría, obstetricia, pediatría, etc.) y el de teorización especializada, culminando con la obra de Johann Peter Frank en la Viena imperial, al dar carta de nacimiento a la higiene pública con su *Medizinische Polizei* (27). El objetivo global de la obra de J. P. Frank se sitúa precisamente en los tres ámbitos. En el de la actuación pública, en su caso no sólo desde los municipios, sino fundamentalmente desde la Corona, con su confianza en las posibilidades del Despotismo Ilustrado. Deposita en la preocupación que por el bien de todos debe presidir la acción del monarca (como así ocurría con José II) (28) la capacidad para conseguir una sociedad sin fuentes ni causas de enfermedad. En segundo lugar, al incluir como campo de estudio la realidad social creada por las nuevas condiciones de vida y de trabajo de las masas desfavorecidas de la población. En sus cargos anteriores al de Viena ha podido llevar a efecto Frank experiencias en colaboración con otros profesionales encaminadas a la erradicación de los focos insalubres (29). Por último, y como fruto de lo anterior, se plantea la interpretación del fenómeno de la distribución de la enfermedad en la sociedad como un hecho social y no exclusivamente biológico e individual. Desarrolla la acertada indicación de Rousseau: «Todas éstas son las tristes pruebas de que la mayoría de las dolencias que nos afectan han sido causadas por nosotros mismos y que las hubiéramos podido evitar todas si viviéramos con la sencillez y con el retiro que impone la naturaleza» (30). Frank ya señala en su discurso de 1766 en Heidelberg, recogiendo estas ideas de Rousseau: «La mayor parte de las dolencias que nos afectan proceden del propio hombre» (31).

De forma sistemática, guiado por el espíritu de la Ilustración, va repasando Frank las principales causas sociales de enfermedad, y proponiendo soluciones públicas, que a pesar de ser adoptadas por la monarquía van encaminadas a la abolición del feudalismo (32). Se podría afirmar, en consonancia con la evolución personal de J. P. Frank, que si por una parte su obra científica fue de gran trascendencia erigiendo una nueva disciplina, la Higiene Pública, precisamente el fracaso en sus intentos reformadores tanto en Viena tras la muerte de José II como en San Petersburgo señala el agotamiento de la fórmula del despotismo ilustrado, y abre las puertas a

(21) *Ibidem*.

(22) Foucault, M. (25).

(23) Condorcet (18).

(24) Rousseau, J. J. (60).

(25) Sáez Gómez, J. M. (62).

(26) Marset, P. (47).

(27) Frank, J. P. (26).

(28) Lesky, E. (42).

(29) Breyer, H. (11).

(30) Lesky, E. (42).

(31) *Ibidem*.

(32) Sigerist, H. (65).

nuevas experiencias sociosanitarias gracias a la Revolución Francesa y a la Revolución Industrial.

En la evolución y avance del pensamiento ilustrado a lo largo del siglo XVIII al final del mismo la Revolución Francesa va a suponer con la Declaración de Derechos del Hombre la culminación en la construcción racional de un horizonte de libertad e igualdad extraído por oposición al panorama de injusticia y arbitrariedad del *Ancien Regime*. En concreto el Derecho a la Salud va a ser protegido por el nuevo Estado para los indigentes y necesitados con el establecimiento del sistema público de la Beneficencia. Todo el espíritu humanitario y filantrópico que se había construido con el Despotismo Ilustrado se traspa- sa de la monarquía al nuevo Estado, con la misma orientación paternalista. La reordenación de los hospitales de París (33), la liberación de los locos (34), la atención a los marginados (35), etcétera, todo va a estar presidido por esta concepción a la vez liberadora y dirigista.

3. CIUDAD Y SALUD EN LA REVOLUCION INDUSTRIAL

El lento y largo proceso social en el que se desarrolla la Revolución Industrial produce como una de sus consecuencias más importantes la profunda transformación de las ciudades. Estas, que hasta este momento habían sido una necesidad del comercio y a su vez un espacio propicio a la cultura y a la libertad, pero siempre como entidad subordinada o al marco global feudal o a las monarquías, pasan ahora a ser las protagonistas del nuevo orden social. En la construcción de los nuevos Estados que genera la Revolución Industrial la dinámica urbana, en el amplio sentido de todas sus implicaciones, va a ir aportando los componentes constitutivos.

Las transformaciones sociales son de tal envergadura que en el campo de la salud van a dar lugar a una era totalmente nueva. Y en concreto en la cuestión que nos atañe, la de la relación entre la población y los profesionales sanitarios, fundamentalmente su eventual participación, dependerá de los avatares por los que pase la nueva clase social, el proletariado, dentro del Estado industrial.

Efectivamente, la Revolución Industrial va a desencadenar unas transformaciones en la salud de la población de gran envergadura (36). Todas ellas van a tener a la ciudad como sujeto activo. Todos los países europeos, cuando inician su despegue industrial, lo hacen con la industria ligera, concretamente la del algodón (Manchester y Lancashire en Gran Bretaña). Así, si en 1781 produce Inglaterra 2,5 millones de kilos de algodón, frente a 25 de lana, en 1831 ya son 125 millones de kilos de algodón cuando de

lana sólo se han producido 40. Esta enorme demanda de algodón tendrá dos consecuencias inmediatas: una primera, impulsar hasta límites escalofriantes el comercio de negros esclavos de África a América, y la segunda, eliminar la competencia de la incipiente industrialización algodonera de la India, y reconvertirla en colonia completa. Lo primero va a introducir en etnología, antropología, psicología y medicina el concepto de diferencias esenciales entre el organismo humano de color blanco (superior) y el de color negro (inferior), racismo que de una u otra forma llega hasta nuestros días, así como favorecerá el que en sociología, economía y otras disciplinas sociales, al amparo del crecimiento de las nuevas desigualdades sociales urbanas, se fomenta el darwinismo social (37). Lo segundo, el mantener las colonias como suministradoras de materias primas, va a suponer empobrecer y romper el equilibrio ecológico y cultural de estos pueblos, sobre todo de la India e Indochina, y esta población depauperada y mal nutrida será fácil presa de todo género de epidemias como las del cólera, etc., que anteriormente no poseían tal virulencia. Unida esta rotura ecológica con la intensificación de las comunicaciones a nivel planetario a causa de las necesidades de la industria (el mundo se hace más pequeño) se desencadenarán las epidemias de cólera que alcanzarán una y otra vez a Europa a lo largo del siglo XIX, haciendo estragos fundamentalmente en las ciudades fabriles superpobladas y hacinadas.

El crecimiento de la lógica capitalista e industrializadora lleva a que continuamente se erijan fábricas, atrayendo a una gran cantidad de población campesina. La densidad en las ciudades crece continuamente, mientras que sus condiciones sanitarias por el contrario empeoran. Si por ejemplo en la Alemania de 1800 de sus 23 millones de habitantes sólo hay 85.000 trabajadores industriales y el resto son siervos, en 1830 con 33 millones de habitantes (un 50 por 100 más) ya hay un millón de trabajadores en la industria (1.200 veces más). Si Manchester tenía en 1760 17.000 habitantes, en 1830 la población alcanzó los 180.000 (38). Los suburbios, negruzcos, enlodados, fríos y húmedos, crecen vertiginosamente. Las casas son pequeñas, su alquiler caro, con lo que se produce un hacinamiento creciente, sin las mínimas condiciones de habitabilidad. A veces faltan sillas y camas y un colchón es la única pieza del mobiliario. Como media por habitación llegan a contabilizarse a veces cinco personas. No existen lavabos, retretes, alcantarillado, ni agua potable. El poder adquisitivo de los salarios desciende, y la adulteración de los alimentos es la norma (39). Ya en 1822 John Lowe encuentra en Inglaterra, al comparar la evolución anual del precio del trigo y la mor-

(33) Ackerknecht, E. H. (1).

(34) Marset, P. (47).

(35) Foucault, M. (25).

(36) Marset, P. (48).

(37) Thompson, E. P. (69).

(38) Engels, F. (23).

(39) Thompson, E. J. (69).

talidad, una relación directa entre ésta y la carestía (40). La tendencia descendente de la tasa de mortalidad existente a lo largo del siglo XVIII, durante los años iniciales de la Revolución Industrial, se invierte, vuelve a aumentar, afectando principalmente a los niños (41). Cada epidemia de cólera, de difteria, de fiebre amarilla, etc., se cierne sobre todo en los barrios pobres de las ciudades.

Esta creciente pobreza de las ciudades contrasta con la enorme riqueza de los menos. En 1821 hay en Gran Bretaña 883 grandes magnates que ingresan por sí solos lo mismo que un millón de trabajadores, unos 35 millones de libras. Mientras el ingreso anual de aquéllos se cifraba en unas 40.000 libras, la familia del trabajador sólo percibía unas 35 libras al año (42). Ya Casper en Alemania en 1830 destacó que de cada 1.000 niños nacidos vivos llegaban a los quince años 584 de las familias trabajadoras, frente a 911 de las clases medias (43).

A estas condiciones hay que añadir el problema de emplear en estas fábricas de algodón, de papel, etc., preferentemente a mujeres y niños, por ser más baratos (la mujer la mitad del salario del hombre y el niño la cuarta parte o menos) y por ser el manejo de las máquinas tan sencillo que no requería gran fuerza física ni aprendizaje especial, a lo cual se añade también la menor combatividad de mujeres y niños a la hora de exigir mayores salarios. De esta forma se llega al cuadro habitual en gran parte de las familias: el padre desocupado en casa cuidando de los pequeños, o en la taberna borracho mientras la esposa y los niños mayores (a veces desde los cuatro años) se encuentran trabajando jornadas de catorce horas los niños y de hasta dieciocho los adultos (44).

Todo ello da idea de la enorme tensión a que estaba sometida esta masa de población de las grandes ciudades. Su antigua vida familiar, con sencillas costumbres, se ha roto totalmente. Aquí ya no hay familia, hay ciudadanos, individualidades, capaces de firmar un contrato leonino. No hay guía espiritual, la selva del más fuerte es la pauta de conducta que están viendo como modelo. La ausencia de moral, de escrúpulos es lo que priva. No hay derechos. Todo lleva a una gran desmoralización, a una pérdida de horizontes y un sentirse desprotegidos. Todo sigue igual, no se produce ningún cambio. De esta forma se les empuja a la prostitución, alcoholismo, delincuencia, mendicidad, etc. Lo que entonces se llamaban las costumbres «degeneradas» de los trabajadores (45).

No es extraño que de esta situación tan deplorable salga una enorme masa de personas enfermas que llenará los hospitales: tuberculosos,

sifilíticos, paralíticos, etc.; otra masa importante llena las prisiones en los casos de adultos y los reformatorios en los casos de los niños, y un tercer grupo llena los hospitales psiquiátricos por su locura como respuesta a esta irracionalidad de la sociedad (46).

Las ciudades se ven obligadas a construir grandes hospitales para albergar a tanto enfermo, llegando así a la especialización de los hospitales: para niños, sifilíticos, tísicos, enfermedades de los ojos, etc. (47). Además las ciudades se hacen cada día más insalubres. El número de informes sanitarios acerca de la situación de las viviendas de los trabajadores, de su alimentación y de sus condiciones de trabajo se multiplican en Gran Bretaña, Francia, Alemania y España (48). Por ejemplo, se calcula que en Liverpool, en 1840, la vida media para la familia de profesionales es de treinta y cinco años, para la de negociantes de veintidós y para el proletariado de quince (49).

Es lógico pensar, y así sucede en la realidad, que esta masa enorme, hacinada en las ciudades, que constituyen un fenómeno totalmente nuevo en la historia de la humanidad, sólo tenga una salida para mejorar sus condiciones de vida: la agrupación, su unión. Al principio en las llamadas *friendly societies*, para a través de una cuota semanal con el médico y el boticario poder enfrentarse con la pérdida de la salud, que es su única posesión a la hora de intercambiar horas de trabajo por un salario. La idea de solidaridad y de confiar únicamente en sus propias fuerzas hace surgir una ética totalmente nueva. A medida que crece la sociedad industrial a lo largo del siglo XIX, lo hace la masa proletaria y, por tanto, es más importante el papel que juega en la vida cultural, social y política.

La aparición de la industria produce también profundos cambios en el ejercicio de la medicina. En épocas anteriores la mayor parte de la población era atendida por barberos, cirujanos, boticarios, curanderos, algebristas, etc., que iban de pueblo en pueblo visitando al enfermo en su casa, mientras los médicos salidos de las facultades se preocupaban sobre todo de la salud de las familias acomodadas. En estas enormes ciudades, en las que ha desaparecido la posibilidad de que la familia atienda a los enfermos, no les queda más remedio a éstos que acudir a los hospitales. Los hospitales van a ser el lugar donde gracias a este acúmulo de casos se pueda, por la multiplicación de autopsias y exploraciones clínicas, construir toda una nueva doctrina de la enfermedad. Como llama Ackerknecht, los hospitales de estas ciudades industriales son *Fábricas de enfermos* (50). Los hospitales se van especializando en distintas enfermedades. París,

(40) Hobsbawm, E. J. (33).

(41) Mc Keown, Th., Lowe, C. R. (45).

(42) Engels, F. (43).

(43) Casper, J. L. (14).

(44) Thompson, E. P. (69).

(45) Villermé, M. (72).

(46) Schneider, M. (63).

(47) Ackerknecht, E. H. (1).

(48) Chadwick, E. (20); Villermé, L. R. (72); Casper, J. L. (13); López Piñero, J. M.; García Ballester, L.; Faus Sevilla, P. (43); Spree, R. (67).

(49) Chadwick, E. (20).

(50) Ackerknecht, E. H. (1).

por su reforma política con la Revolución Francesa, se convertirá en el centro científico médico del mundo (51). No es ninguna casualidad que se describa la tuberculosis, se constituya la pediatría, la psiquiatría o la higiene en esta ciudad.

Pero esta medicina hospitalaria va a traer dos consecuencias: la primera, la aparición de la figura del especialista, que encargado generalmente de la patología específica existente en una sala de hospital adquiere máxima experiencia en un tipo concreto de enfermos pasando a ejercer su especialidad en la misma ciudad. Van a ir juntos el hospital, el especialista y la ciudad. Como contrapartida, la medicina rural quedará abandonada, así como su homólogo en las ciudades, el médico de cabecera, privados ambos, en la mayoría de los casos, del acceso al hospital.

Al ser el hospital un centro donde se adquiere prestigio y *status* social, se van a multiplicar enormemente durante el siglo XIX, a veces con fines meramente lucrativos (52). Pero además el hospital trae otra consecuencia, la necesidad de una persona con un mínimo de conocimiento técnico para el cuidado del enfermo durante todo el día. El éxito obtenido por el sistema de asistencia desarrollado por Florence Nightingale en la guerra de Crimea le permite fundar en 1860 una escuela de enfermeras en el St. Thomas Hospital (53).

Existen, por último, elementos del conocimiento médico que se desarrollan por el avance de la industria. Podemos clasificarlos en tres niveles según su procedencia. El máximo nivel de abstracción afecta a las disciplinas que se relacionan con la nueva concepción del individuo humano. La psiquiatría, la psicología y la medicina legal. La Revolución Industrial ha empujado a miles de personas, como los enfermos mentales, a los hospitales, y es la conducta que allí presentan lo que se estudia por los médicos. La nueva psiquiatría exclusivamente hospitalaria, más sólida que la anterior, galénica, desembocará en el modelo (54) Pinel-Kraepelin tan sólidamente construido.

A un nivel intermedio de abstracción están aquellas disciplinas médicas que se enfrentan con las consecuencias sanitarias creadas por la industrialización. La primera es la higiene. Se crea todo un nuevo cuerpo de doctrina sobre las relaciones entre las condiciones de vida, trabajo, alimentación y la enfermedad. A este respecto destaca en Francia la obra de Villermé, Moreau de la Sarthe, Foderé, Parent, Duchatelet, Philippe Buchez, Trelat, Collard, Quetelet. No es ninguna casualidad que se edite en Francia la primera revista de higiene, los *Annales d'Higie-*

ne et de la Médecine Legale (1829), como el que se creen en Francia los Conseils de Salubrité (55).

Es, sin embargo, en Gran Bretaña gracias al impulso del *sanitary movement* donde más estudios realizan los médicos sobre este aspecto, destacando J. Love, Turner Thacrach, J. Philip Kay, Simon Gaskell, Farr, Arnott, Southwood Smith, y los trabajos de la Comisión Sanitaria guiada por Chadwick (56). En Alemania, una vez superada la etapa negativa de influencia de la *Naturphilosophie*, junto con el desarrollo de las ciudades se despierta la conciencia de los médicos, y aparte de los estudios del ya mencionado Casper, destacan por su trascendencia las obras de Neumann y de Virchow de 1847-48. Su estudio de la distribución de la enfermedad y de sus características les lleva a exclamar que la medicina en su contenido es una ciencia social, tal como afirma Neumann (57). En este sentido, al comprobar que lo único que posee el trabajador es su fuerza de trabajo, o sea su salud, Virchow afirma que los abogados naturales de los pobres, sus defensores, son los médicos (58). Esta preocupación creciente en Alemania, que por una parte lleva a la institucionalización de la Higiene como disciplina con la obra de Max von Pettenkofer (59), por otra cristaliza en una nueva disciplina, la Patología Social. Los estudios de Hirsch Mosse, Tugendreich y Gottstein desembocan en la figura creadora de Grotjahn (60), primer profesor de esta disciplina.

Gracias a la extensión de esta mentalidad higienista en un panorama de masivas epidemias de cólera y extensión de la tuberculosis las ciudades van cambiando entre final del siglo XIX y los primeros años del siglo XX (61). Se procede a la instauración definitiva de agua potable y alcantarillado, a la limpieza viaria, control de locales públicos, promoción de la educación sanitaria (62) tanto en la enseñanza obligatoria como en los adultos, y al asociacionismo higienista, con clara conciencia de reivindicar e incidir en la vía pública, en los gobiernos y parlamentos. Sin embargo, todo este movimiento que parecía indicar la instauración definitiva de la mentalidad salubrista, higienista, en el quehacer médico se ve obstaculizado, interrumpido e incluso en parte anulado por el desenlace de la pugna entre dos paradigmas competidores en la interpretación, explicación y adopción de partes de actuación ante el desencadenamiento de las epidemias, el miasmático-telúrico de naturaleza ecologista y social y el microbiológico (63).

Paradójicamente la fecunda línea científica de observación y contrastación que en medicina había iniciado Sydenham en el siglo XVII (64), y que triunfa con la mentalidad anatomoclínica en Pa-

(51) *Ibidem*.

(52) Ayers, G. M. (7).

(53) Eyler, J. M. (24).

(54) Dörner, K. (22).

(55) Marse, P. (47).

(56) Chadwick, E. (20).

(57) Neumann, S. (51).

(58) Jacob, W. (35).

(59) Breyer, H. (11).

(60) Gebhard, B. (28).

(61) Balaguer, E.; Ballester, R. (8).

(62) Rosen, G. (58).

(63) Rosen, G. (56).

(64) Dewhurst, K. (21).

rís (65), desarrollando los componentes positivistas, llevará a un nuevo ontologismo nosológico (moderna versión del pensamiento tipificador y clasificatorio galénico) despreciando al enfermo concreto (66). El desenlace de la mencionada pugna entre los «higienistas», los que concebían la enfermedad ligada a las condiciones sociales de vida, y los «microbiologistas», los que «positivamente» sólo ligaban la «entidad morbosa» a la relación causal con un determinado microbio (67), no es un triunfo aséptico, «objetivo», de un paradigma frente a otro, sino que además y quizá fundamentalmente refleja la hegemonía finisecular del conservadurismo social propiciado por la nueva fase del sistema capitalista, opuesto a interpretaciones globales (68).

Las investigaciones científicas sobre la naturaleza social de la enfermedad encaminadas a la adopción de medidas sociales en el proceso del enfermar pierden parte de su interés y todo el cuerpo de conocimiento acumulado sobre la patología social, medicina preventiva, higiene pública, se dirigirá a la obtención de indicadores sobre posibles peligros de epidemias con el fin de actuar públicamente en consecuencia. La epidemiología se disocia en una actividad práctica limitada por el papel adjudicado al Estado en su posible intervención pública y una teorización matematizadora con pretensión biológica desconectada de la estructura conflictiva de la sociedad (69). En un contexto liberal en el que el Estado es árbitro y testigo de las transacciones y relaciones sociales, pero no parte activa de las mismas, sólo podrá intervenir en casos de «fuerza mayor», los peligros de epidemia. Los registros de mortalidad (y de morbilidad) sólo sirven para desencadenar intervenciones específicas en caso de detectar las señales de alarma preestablecidas.

Es realmente sorprendente el contraste existente entre la eficacia y minuciosidad metodológica con que se aplican de forma integrada los sucesivos descubrimientos biológicos y técnicos del siglo xx a la interpretación de la enfermedad con la escasez de estudios y ausencia de integración en la aplicación de los avances de la sociología, antropología, economía, política, historia, etc., en la comprensión de la enfermedad y la salud. Hasta tal punto es así que aún carecemos hoy en día, en las ciencias de la salud, de un modelo y una metodología científicas que integren de forma global y eficaz todas las disciplinas que aportan conceptos y técnicas sobre el fenómeno de la enfermedad en la sociedad.

4. PARTICIPAR EN SALUD, UNA CUESTION POLITICA

El fracaso de la revolución de 1848 trae entre otras consecuencias una reorientación de la lucha proletaria favoreciendo la adopción por par-

te de ésta de los instrumentos que ofrece el contexto político burgués. Por una parte se fortalece el sindicalismo para la consecución de mejoras en las condiciones de vida y por otra se acepta el campo político parlamentario para el logro de conquistas sociales y políticas. Precisamente las condiciones que posibilitan en la unificada Alemania el proceso de industrialización acelerada lleva a que alcancen protagonismo, a pesar de los obstáculos continuos que pone Bismarck al juego democrático, los avances políticos del Partido Socialdemócrata. Las grandes ciudades con sus suburbios proletarios van convirtiéndose en fortalezas de la izquierda. El temor a perder la mayoría la coalición gubernamental del empresariado con la nobleza, a pesar de la implacable actuación represiva de la policía, lleva a Bismarck a implantar como medida captadora de votos entre los obreros el esquema de Seguro Obligatorio de Enfermedad (70). Esta primacía política de la lucha obrera explica que sea Alemania el primer país en el que se adopta este esquema de SOE y no Inglaterra, con más larga tradición industrial y mayor masa obrera y urbana. A partir de este momento van a ir unidos los avances en los sistemas sanitarios y la lucha política del proletariado. Hasta tal punto es esto así que los sucesivos esquemas de SOE se adoptarán en Gran Bretaña, Francia, Bélgica, Italia, etc., en relación con la presencia e influencia de los sindicatos de clase y partidos de izquierda, mientras que en contextos igualmente industrializados y urbanos pero en los que se haya eliminado el carácter de clase de los sindicatos o yugulado la presencia de partidos de izquierda, como en los Estados Unidos de Norteamérica, no se aprobarán esquemas de SOE.

La comprensión de la naturaleza política de estas iniciativas del Estado pretendiendo la integración de los trabajadores en la lógica del sistema capitalista es lo que llevó en los primeros momentos a que los sindicatos y partidos políticos de izquierda las rechazaran (71), insistiendo en controlar por sí mismos tales mecanismos aseguradores, y no traspasarlos sin ninguna posibilidad de participación al Estado, por definición instrumento de la clase opuesta, la burguesía.

El siguiente paso, la adopción de esquemas más amplios para toda la población y para todas las facetas de la salud, no sólo para la curación, sino para la prevención y para la promoción de la salud, los Servicios Nacionales de Salud (SNS) aparecerán en Occidente tras la Segunda Guerra Mundial (SGM). El desarrollo de la SGM aumentó el componente de solidaridad en los pueblos europeos y expresión clara de ello fue el enorme auge de los partidos comunistas y so-

(65) Ackerknecht, E. H. (1).

(66) Leonard, J. (41).

(67) Rosen, G. (59).

(68) Cerroni, U. (16).

(69) Terris, M. (68).

(70) Sigerist, H. E. (66).

(71) Labisch, A.; Spree, R. (38).

cialistas en Francia, Italia, Gran Bretaña, etc., al finalizar la guerra. El veto puesto por los Estados Unidos de Norteamérica a cualquier eventualidad de transformación profunda de la estructura socioeconómica en Europa occidental, la implantación de la OTAN con las consecuencias de bipolaridad, el plan Marshall, la aceptación del reparto de zonas de influencia, resignándose la clase trabajadora a la imposibilidad de un cambio revolucionario, reconduce sus objetivos y lleva a aceptar el marco capitalista y procurar fundamentalmente una continua mejora de las condiciones de vida, tanto a través del salario directo como del indirecto.

Esta combinación de factores, bajo un marco conceptual keynesiano, convierte al anterior Estado liberal en un Estado protector, del Bienestar, y acoge la ola progresiva de la clase trabajadora y masas populares con los esquemas de la Seguridad Social, siendo Gran Bretaña el primer país capitalista en adoptar un National Health Service (Servicio Nacional de Salud) en 1948 (72). Continúa, por tanto, la fórmula iniciada por Bismarck en 1883 de tomar medidas sanitarias ante la clase trabajadora por razones políticas. A su vez, se inicia el modelo socialdemócrata y con él su época dorada.

Efectivamente, la paulatina construcción del Estado del Bienestar tras la SGM consolidando y aumentando las prestaciones sociales (pensiones, jubilaciones, subsidios de desempleo, Seguro Obligatorio de Enfermedad o SNS según las condiciones, enseñanza, servicios sociales, etc.), junto con la involucración pública en ramas de la producción, aumenta el papel del Estado en la economía a porcentajes que, en algunos casos, se acercan y superan el 50 por 100.

En la construcción de los SNS la lógica científica y curativa del modelo médico biólogo configura como núcleo organizador al hospital y como espacio subsidiario la región o la comarca o área sanitaria, generalmente de ámbito superior al urbano. La dinámica vertical, tecnocrática, impuesta por este núcleo organizador, y el hecho de que el ámbito de actuación sea generalmente supraurbano va eliminando protagonismo a la participación ciudadana y a las competencias municipales. Por otra parte, la propia evolución favorable de las economías nacionales bajo el Estado de Bienestar y la asunción de la dirección y gestión del SNS por entidades de rango estatal conduce a un incremento continuo de los gastos sanitarios (hospitalarios y curativos) en un ambiente de individualismo y ausencia de participación y control social.

Tras el desencadenamiento de la Crisis Fiscal del Estado de Bienestar en 1973 (73), como consecuencia de la lógica keynesiana, se van adop-

tando medidas políticas restrictivas (74) que afectan, entre otros, a los servicios sanitarios, cuestionándose el volumen, la eficacia y la eficiencia de la estructura sanitaria.

A partir de Alma-Ata (75) se constata el agotamiento del modelo tradicional de asistencia sanitaria centrado en la interpretación biologicista de la enfermedad y en la asistencia a la demanda, y se postula un nuevo modelo, el de Atención Primaria de Salud (APS), basado en una interpretación sociosanitaria de la enfermedad, en la promoción de la salud y en la participación de los ciudadanos. Ello supone todo un giro copernicano en la filosofía médica (76).

En diversos contextos, desde comienzos del siglo xx [Estados Unidos años veinte (77), Chile de Allende (78), Cuba de Fidel (79), México (80), Estados Unidos años sesenta (81)] se han dado experiencias de atención sanitaria con participación de la población al calor del impulso del movimiento ciudadano que hoy incluiríamos en el modelo de APS. Vale la pena señalar cómo la experiencia norteamericana (82) de los años sesenta, producida a partir del programa del Presidente Johnson de lucha contra la pobreza en las ciudades, desemboca en la APS como consecuencia de la actividad de un sector no médico como era el de desarrollo comunitario. Esta experiencia organizativa y asistencial desplegó todas sus potencialidades integradoras de recursos y de conocimientos y fue adoptando una orientación transformadora. Hasta tal punto adquirieron estas organizaciones ciudadanas dinamismo y respaldo popular en sus actividades, muchas de ellas reivindicativas, que terminaron por ser eliminadas en favor de otras propuestas *light* de participación comunitaria [autocuidado, voluntariado para enfermedades específicas, atención domiciliaria, etc. (83)].

La situación política, económica y social desarrollada tras la crisis del Estado de Bienestar tiende a defender alternativas individualistas frente a las colectivas y solidarias, máxime cuando el tema de la participación comunitaria y la toma de decisiones es una cuestión de poder y de control. Teniendo en cuenta la tendencia dominante de convertir los Estados en instrumentos técnicos crecientemente eficaces en la consecución de los objetivos de las empresas multinacionales en una coyuntura económicamente crítica, es comprensible que se pretenda eliminar la participación ciudadana de aquellos sectores que puedan implicar aumento de los gastos sociales (84). Si a su vez se toman en consideración las dificultades crecientes para la vida asociativa en las ciudades y el distanciamiento hacia la actuación política, a la vez que la dependencia del poder político de la captación de

(72) Allsop, J. (2).

(73) O'Connor, J. (52).

(74) Marset, P. (49).

(75) OMS (53).

(76) Vuori, H. (73).

(77) Krause, E. H. (37).

(78) Navarro, V. (50).

(79) Araujo, L.; Llorens, J. (5).

(80) Hulshof, J. (34).

(81) Tranquada, R. F. (70); Sidel, V. W.; Sidel, R. (64).

(82) Tranquada, R. F. (70).

(83) Anderson, J. M. (3).

(84) Hasenfeld, Y.; Rafferty, J. A.; Zald, M. N. (32).

votos, se comprende que frente a la participación ciudadana en la salud con todas las consecuencias (planificación, gestión y control) se ofrezcan sucedáneos de participación (centrados en cuestiones sectoriales) o imágenes de cierto sentimiento de identificación pero que en la práctica la suprimen [Programa de Ciudades Saludables (85)].

Este panorama se ensombrece en las ciudades fundamentalmente por las consecuencias que acarrea paradójicamente la eficacia del modelo keynesiano. En efecto, al satisfacer las continuas y lógicas demandas salariales de los sindicatos se recurre: 1) al aumento del rendimiento de la hora trabajada, para así mantener la tasa de ganancia, con la introducción de la innovación tecnológica periódicamente; 2) al aumento de la desigualdad en el intercambio ciudad/campo, materia prima/producto industrial, atenuando al Tercer Mundo, y 3) al aumento e incorporación a la lógica del consumo, tanto individual como público, de mayores zonas y ámbitos de la conducta y culturas humanas, en una dinámica alienante, mixtificadora y represora (86). La mayor eficacia productiva ligada a la innovación tecnológica da lugar al surgimiento de paro estructural fundamentalmente entre los jóvenes, fragmenta la clase trabajadora, terciariza la producción, disgrega contingentes demográficos en la economía sumergida. La continuidad en la relación desigual internacional hace aparecer la deuda externa creciente con su correlato de inflación de tres y cuatro cifras, empobrecimiento, violencia, dictaduras, expolios ecológicos y emigración masiva desde estos países a las metrópolis occidentales. La reducción del horizonte cultural de realización personal lleva a la ilusión del consumismo alienador o a la desaparición del propio horizonte cultural con el consumo de drogas alienantes u otras formas de desintegración social urbana (87). A este panorama hay que añadirle la modificación de los pa-

trones epidemiológicos, con mayor importancia de las llamadas enfermedades crónicas, de la civilización, y el aumento de la longevidad de la población occidental. El resultado es una profunda transformación de la relación entre los pacientes y los profesionales en un contexto de crisis (88).

Parece evidente que con el actual concepto de salud, el ejercicio de la medicina requiera el restablecimiento de la fórmula hipocrática de diálogo democrático entre el médico y el paciente, pero esta vez superando las limitaciones mencionadas, centrando este diálogo no entre dos personas sino entre dos colectivos, el de los profesionales de la salud y el de la población. A su vez los canales de comunicación no son los ocasionales o determinados por la irrupción de una enfermedad aguda, sino que son continuos, permanentes, alrededor precisamente de la promoción de la salud, de la prevención de la enfermedad, y en un contexto definido, el órgano de participación estable, el Consejo de Salud. Por último, esta participación no tiene entidad en sí misma como una cuestión sanitaria, sino que forma parte de la superación de un concepto de Estado y de un concepto de democracia surgido por y para los intereses de una clase social en el siglo XIX. Hoy se convierte, justamente en las ciudades, la participación en forma de democracia directa, complemento necesario de la democracia indirecta.

Se puede afirmar que lejos de estar agotada comienza en estos momentos toda una nueva era en la medicina occidental gracias fundamentalmente al proceso de dinamización urbana que va transformando esquemas anquilosados de funcionamiento social. La medicina como ciencia biológica individual centrada en la enfermedad sí que ha terminado esencialmente su ciclo, como ciencia sociosanitaria centrada en la salud individual y colectiva inicia ahora su trayectoria en un mundo fundamentalmente urbano, «político».

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERKNECHT, E. E. (1967): *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*, The Johns Hopkins Press, Baltimore.
2. ALLSOP, J. (1984): *Health Policy and the National Health Service*, Essex, Longman.
3. ANDERSON, J. M. (1990): «Home care management in chronic illness and the self-care movement: An analysis of ideologies and economic processes influencing policy decision», *Adv. Nurs. Sci.*, núm. 12, págs. 71-83.
4. ANTONANZAS, A., y RUIZ-GIMENEZ AGUILAR, J. L. (1990): «A vueltas con la participación», *IX Jornadas de debates sobre Sanidad Pública*, Pamplona.
5. ARAUJO BERNAL, L., y LLORENS FIGUEROA, J. (1985): *La lucha por la salud en Cuba*, Siglo XXI, México.
6. ASENSI, V. (1991): *La sanidad municipal en Murcia durante el reinado de los Reyes Católicos*, Universidad, Murcia.
7. AYERS, G. M. (1971): *England's first State Hospitals 1867-1930*, Wellcome Institute of the History of Medicine, Londres.
8. BALAGUER, E., y BALLESTER, R. (1988): «La ciudad y el desarrollo de la higiene pública: el ejemplo del Alicante de principios de siglo», *VIII Congreso Nacional sobre Historia de la Medicina*, Murcia, págs. 451-470.
9. BECHT, H. P. (1982): «Medizinische Implikationen der historischen Pestforschung am Beispiel des "Schwarzen Todes" von 1347-1351», *Stadt in der Geschichte*, Jan Thorbecke V. G. C., Sigmaringen, vol. 9, págs. 78-94.
10. BREYER, H. (1983): *Johann Peter Frank*, S. Hirzel V., Leipzig.
11. BREYER, H. (1985): *Max von Pettenkofer*, S. Hirzel V., Leipzig.
12. BULLOUGH, V. L. (1966): *The development of medicine as a profession*, S. Karger, Basel.

(85) Hancock, T.; Duhl, L. J. (31).

(86) Castells, M. (15).

(87) Marset, P. (49).

(88) O'Neill, P. D. (54).

13. CASPER, J. L. (1825): *Beiträge zur medizinischen Statistik und Staatsarzneikunde*, Berlin.
14. CASPER, J. L. (1835): *Die Wahrscheinlichen Lebensdauer des Menschen in den verschiedenen bürgerlichen und gesselligen Verhältnissen, nach ihren Bedingungen und Hemmissen untersucht*, Berlin.
15. CASTELLS, M. (1978): *La crisis económica mundial y el capitalismo americano*, Laia, Barcelona.
16. CERRONI, U. (1971): *Metodología y ciencia social*, Martínez Roca, Barcelona.
17. CIPOLLA, C. M. (1976): *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*, C. U. P., Cambridge.
18. CONDORCET (1974): *Mathématique et société*, Hermann, Paris.
19. CROMBIE, A. C. (1987): *Historia de la ciencia: de San Agustín a Galileo*, Alianza Editorial, Madrid.
20. CHADWICK, E. (1965): *The sanitary condition of the labouring population of Gt. Britain*, E. U. P., Edimburgo.
21. DEWHURST, K. (1966): *Dr. Thomas Sydenham (1624-1689)*, The Wellcome Historical Medical Library, Londres.
22. DÖRNER, K. (1969): *Bürger und Irre*, Europäische V., Frankfurt.
23. ENGELS, F. (1976): *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Akal, Madrid.
24. EYLER, J. M. (1979): *Victorian Social Medicine*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
25. FOUCAULT, M. (1978): *Vigilar y castigar*, Siglo XXI, Madrid.
26. FRANK, J. P. (1779-1819): *System einer vollständigen medizinischen Polizei*, Mannheim-Stuttgart-Wien.
27. GARCIA BALLESTER, L. (1972): *Alma y enfermedad en la obra de Galeno*, Cuadernos Historia Medicina, Valencia.
28. GEBHARD, B. (1984): «La "Soziale Pathologie" de Alfred Grotjahn y su influencia en la medicina social inglesa y norteamericana en Lesky, E.», *Medicina Social*, Ministerio de Sanidad, Madrid.
29. GOTTFRIED, R. S. (1986): *The Black Death*, Papermac, Londres.
30. GREENWOOD, M. (1948): *Medical Statistics from Graunt to Farr*, C. U. P., Cambridge.
31. HANCOK, T., y DUHL, L. J. (1986): *Healthy cities: Promoting health in the urban context*, W. H. O., Copenhagen.
32. HASENFELD, Y.; RAFFERTY, J. A., y ZALD, M. N. (1987): «The Welfare State, Citizenship and bureaucratic encounters», *Ann. Rev. Sociol.*, núm. 13, págs. 387-415.
33. HOBBSBAWM, E. J. (1971): *Las revoluciones burguesas*, Alianza Editorial, Madrid.
34. HULSHOF, J. (1988): *Economía política del sistema de salud*, Desco, Lima.
35. JACOB, W. (1984): «El legado médicosocial de Rudolf Virchow», en Lesky, E., *Medicina social*, Ministerio de Sanidad, Madrid, págs. 165-186.
36. JETTER, D. (1966): *Geschichte des Hospitals*, Wiesbaden.
37. KRAUSE, E. H. (1977): *Power and Illness*, Elsevier, Nueva York.
38. LABISCH, A., y SPREE, R. (1989): *Medizinische Deutungsmacht im Sozialen Wandel*, Psychiatrie V., Bonn.
39. LAIN ENTRALGO, P. (1970): *La Medicina Hipocrática*, Revista de Occidente, Madrid.
40. LAIN ENTRALGO, P., y GARCIA BALLESTER, L. (1972): «Medicina bizantina» en LAIN ENTRALGO, P., *Historia Universal de la Medicina*, Salvat, Barcelona, vol. 3, págs. 9-40.
41. LEONARD, J. (1981): *La Médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Aubiers Montaigne, Paris.
42. LESKY, E. (1984): *Medicina Social*, Ministerio de Sanidad, Madrid.
43. LOPEZ PINERO, J. M.; GARCIA BALLESTER, L., y FAUS SEVILLA, P. (1964): *Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid.
44. LOPEZ TERRADA, M. L. (1987): *El Hospital General de Valencia en el siglo XVI*, Universitat, Valencia.
45. MC KEOWN, TH., y LOWE, C. R. (1981): *Introducción a la Medicina Social*, Siglo XXI, México.
46. MARAVALL, J. A. (1972): *Estado Moderno y Mentalidad Social*, Revista de Occidente, Madrid.
47. MARSET, P. (1978): «La psiquiatría durante la Revolución Francesa: la obra de Philippe Pinel», *Est. Hist. Social*, núm. 7, págs. 217-287.
48. MARSET, P. (1979): «Repercusión de la industria en la medicina del siglo XIX», *An. Univ. Murcia*, núm. 24, págs. 91-106.
49. MARSET, P. (1991): «Políticas neoliberales en salud», en *La ofensiva neoliberal y la sanidad pública*, FIM, Madrid.
50. NAVARRO, V. (1976): *Medicine under capitalism*, Prodist, Nueva York.
51. NEUMANN, S. (1847): *Die Öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum*, Berlin.
52. O'CONNOR, J. (1973): *The Fiscal Crisis of the State*, St. Martin's Press, Nueva York.
53. OMS (1978): «Alma-Ata, Atención Primaria de Salud», *Salud para Todos*, núm. 1.
54. O'NEILL, P. D. (1982): *Health Crisis 2000*, W. H. O., Copenhagen.
55. RIFKIN, S. B. (1986): «Lessons from community participation in health programs», *Health Policy and Planning*, núm. 1, págs. 240-249.
56. ROSEN, G. (1957): «The Fate of the Concept of Medical Police, 1790-1890», *Centauros*, núm. 5, págs. 97-113.
57. ROSEN, G. (1958): *A history of Public Health*, M. D. Pub, Nueva York.
58. ROSEN, G. (1973): «Disease, Debility and Death en Dyos», H. J. y WOLFF, M., *The Victorian City: Images and Realities*, Londres, vol. 2, págs. 625-667.
59. ROSEN, G. (1974): *De la policía médica a la medicina social*, Siglo XXI, México.
60. ROUSSEAU, J. J. (1966): *Du Contrat Social*, Garnier-Flammarion, Paris.
61. RUBIO, A. (1984): *Pobreza y enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*, Inst. Alfonso Magnánimo, Valencia.
62. SAEZ GOMEZ, J. M. (1990): *La sanidad municipal en la Murcia del siglo XVIII*, Universidad, Murcia.
63. SCHNEIDER, M. (1980): *Neurosis y lucha de clases*, Siglo XXI, Madrid.
64. SIDEL, V. M., y SIDEL, R. (1977): «Primary Health Care in relation to socio-political structure», *Soc. Sci. Med.*, núm. 19, págs. 415-419.
65. SINGERIST, H. E. (1981): *Hitos en la historia de la salud pública*, Siglo XXI, México.
66. SINGERIST, H. E. (1984): «De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre Seguridad Social», en LESKY, E., *Medicina Social*, Ministerio de Sanidad, Madrid, págs. 187-210.
67. SPREE, R. (1988): *Health and Social Class in Imperial Germany*, Berg, Oxford.
68. TERRIS, M. (1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social*, Siglo XXI, México.
69. THOMPSON, E. P. (1968): *The making of the english working class*, Londres.
70. TRANQUADA, R. F. (1973): «Participation of the poverty community in health care planning», *Soc. Sci. Med.*, núm. 7, págs. 719-728.
71. VANZAN MARCHINI, N. E. (1985): «Dall'Ospedale dei Mendicanti alla grande fabbrica della salute», en *La memoria della salute. Venezia e il suo Ospedale dal XVI al XX secolo*, Arsenale Ed., Venecia, págs. 41-52.
72. VILLERME, L. R. (1971): *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*, U. G. E., Paris.
73. VUORI, H. (1989): *Construcción de la Atención Primaria de Salud*, Universidad, Murcia.

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 the 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 PÚBLICA

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 las 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 Yakarta, 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 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 planteamiento 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 facsímil 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.

LA NUEVA SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA

**Carlos Alvarez-Dardet
Concha Colomer**

La historia de la salud pública en España ha estado jalonada de desarrollos muy interesantes, a veces de carácter pionero a nivel mundial que han estado muy limitados por nuestra propia historia de falta de libertades. Sin embargo, esta tendencia parece haber cambiado en los últimos años, el inicio de la estrategia de salud para todos coincide con el inicio de la transición en España, y eso ha hecho posible que muchas de sus ideas se hayan reflejado en desarrollos legislativos como la Ley General de Sanidad, y en iniciativas, como la creación de escuelas de salud pública en varias comunidades autónomas.

Up-dating Spanish public health

The paper sees the history of spanish public health as marked by many interesting developments, some of which were pioneer experiences for their times but nipped in the bud by that wintry lack of civic and public liberties that likewise blighted so much of that which was best in her history. Recent years have shown an appreciable change in this as in so much else. The paper tells of how, the drive for universal public health has gone along in step with the transitional advances of the period and many of its ideas have been taken up and embodied in legislation such as The General Public Health Act and other similar though lesser initiatives such as the setting up of schools of public health in the Autonomous Regions' respective areas of influence.

La mayoría de los libros de salud pública y, por supuesto, todos los anglosajones otorgan a Goldberger el mérito de haber descubierto en 1914 las causas de la pelagra. Sin embargo, entre nosotros es bien conocido que fue el médico asturiano Gaspar de Casal quien, mucho tiempo antes, en la primera mitad del siglo XVIII, había descubierto el origen de la enfermedad. Debido a la relación entre dieta y pobreza y a las implicaciones políticas de su descubrimiento, Casal, por miedo a la Inquisición, publicó su estudio en Francia, y eso hizo que tuviera poco eco como documento movilizador en nuestro país.

El ejemplo de Casal es en buena forma paradigmático de lo que ha sido el desarrollo de la salud pública en España, en donde han existido

personalidades de gran talla, como Mateo Seoane, L. Felipe Monlau o Marcelino Pascua, e incluso movimientos más amplios de corrientes de opinión en favor de la salud pública, pero que siempre se han visto limitados o incluso abruptamente interrumpidos por situaciones históricas de falta de libertad, como la Inquisición, las monarquías absolutistas o las dictaduras militares.

Otros ejemplos nos recuerdan situaciones parecidas. Así, la palabra epidemiología parece haber sido acuñada en nuestro país por Tito Angelero en el siglo XVI y usada posteriormente en la conocida obra de Villalba *Epidemiología española o historia cronológica de las pestes y epizootias*, editado en 1802. Sin embargo, la primera sociedad científica sobre esta disciplina no se desarrolló en España, sino en Londres, en el siglo pasado. La Sociedad Española de Epidemiología no se fundó hasta muy recientemente, en

1977. En este mismo sentido, y en cuanto a la legislación, merece la pena recordar que las Cortes de Cádiz reconocieron de forma pionera en una Carta Magna europea el derecho a la salud en 1812. Pero, después de su corta vida, el derecho a la salud de los españoles no volvió a reconocerse hasta la Constitución de 1977.

Parece que el grado de tradición histórica y la contribución científica española al cuerpo de conocimientos de la salud pública han sido inferiores a los existentes en otros países. Pero la recuperación mediante trabajos de investigación histórica de esta figuras y de estos movimientos, en el sentido de la serie que viene publicando el Ministerio de Sanidad dirigida por el profesor J. M. López Piñero, puede servir de ayuda para contextualizar muchas de las iniciativas que están empezando a desarrollarse en España y que quizá sus propios protagonistas consideran como nuevas.

En este sentido de recuperar experiencias del pasado para aprender de ellas, Rosa Ballester ha encontrado un interesantísimo precedente histórico del proyecto Ciudades Sanas de la oficina europea de la OMS, desarrollado a finales del siglo XIX en la ciudad de Alicante. En unos años en que la ciudad tuvo en la alcaldía a alguien con la doble condición de médico y arquitecto, el doctor José Gadea, se impulsó un proyecto denominado «Una nueva ciudad para un nuevo siglo».

El proyecto liderado por José Gadea pretendía que «las vidas y la salud de los habitantes de Alicante sean nuestro objetivo más importante». Aglutinó a su alrededor a un importante grupo de médicos, abogados, farmacéuticos y arquitectos con un gran apoyo de la Cámara de Comercio y la Sociedad Económica de Amigos del País. El proyecto basó su acción en el desarrollo de medidas de saneamiento, la planificación urbana, las mejoras educativas, la disminución de la mortalidad, la reducción del número de pobres, el control de las industrias contaminantes, la reforma de los servicios municipales y la mejora de los hospitales. Es interesante no sólo la recuperación para nuestra memoria de este precedente, sino también el análisis que la autora hace de las razones de los fallos de este proyecto, esencialmente hijo de un espíritu ilustrado y paternalista, que no supo conectar con los ciudadanos desde la base. Esta situación recuperada del pasado se parece obviamente a muchas experiencias de nuestros días que no alcanzan sus objetivos por falta de implicación de la comunidad.

En general podríamos aceptar que las ideas y los movimientos en salud pública han llegado con cierto retraso a nuestro país y que su efecto, desgraciadamente, ha sido amortiguado en muchas ocasiones por la situación política. Sin embargo, en los últimos diez años se están produciendo situaciones que en cierta manera contradicen esta tendencia histórica, ya que, paralelamente a la crisis del modelo biologicista y terapéutico en todo el mundo durante los años se-

tenta, en España comenzó un nuevo período político en el cual lo «público» tenía más posibilidades de desarrollarse. Esta situación nos ha llevado a poder disfrutar de un momento especialmente interesante para nuestro país, con un desarrollo acelerado de las iniciativas de salud pública, a las que se incorporan rápidamente las corrientes y los modelos de acción que van surgiendo en la salud pública mundial.

Los textos críticos de McKeown e Iván Illich y la Declaración de Alma Ata se publican en un período especialmente fértil para el desarrollo de la vida democrática en España. Esto hace que sean aceptados y difundidos por grupos de profesionales en nuestro país que, además, consiguieron reflejarlos tanto a nivel de legislación como a nivel de nuevos modelos asistenciales y preventivos. En España, especialmente en algunas comunidades autónomas, las ideas de Alma Ata se han visto reflejadas en un aumento realmente espectacular en su inicio de inversiones y cobertura poblacional de atención primaria, superando con mucho la que tienen la mayoría de los países europeos. Por ejemplo, en comparación con el Reino Unido, país al que se dedica la mayoría de los ejemplos de este texto, España supera bastante su cobertura poblacional de centros de atención primaria, siendo ésta del 25 por 100 en Gran Bretaña y ya del 31 por 100 en España.

En el terreno de la formación en salud pública, la labor pionera y solitaria durante sesenta años de la Escuela Nacional de Sanidad se ha visto acompañada en los últimos cinco años por la creación de la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Escuela de Navarra, el Instituto Valenciano de Salud Pública y el Centro Universitario de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Asimismo muchos grupos universitarios están ofreciendo programas *Master* y doctorados en salud pública como una manifestación de la fuerte demanda existente.

LA SALUD Y LOS SERVICIOS SANITARIOS

Al igual que en otros países europeos, en España se han producido enormes avances en el estado de salud de la población durante el último siglo. Las figuras 1 y 2, tomadas de trabajos de Joaquín Leguina y Francisco Bolmar, lo muestran claramente. También ha existido una notable reducción, del 76 por 100, de la mortalidad general, que ha pasado de 33,9 por 1.000 en 1980 a 8,07 por 1.000 en 1978. Al igual que en el trabajo de McKeown en Inglaterra y Gales y que se comenta en el capítulo 1, en España la disminución de la mortalidad se ha debido primordialmente al descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas.

El 26 por 100 del total de dicho descenso se debe a la reducción de enfermedades diarreicas, el 13 por 100 a la de tuberculosis, el 11 por 100 a la neumonía y el 10 por 100 a la de bronquitis crónica. En la actualidad, España presen-

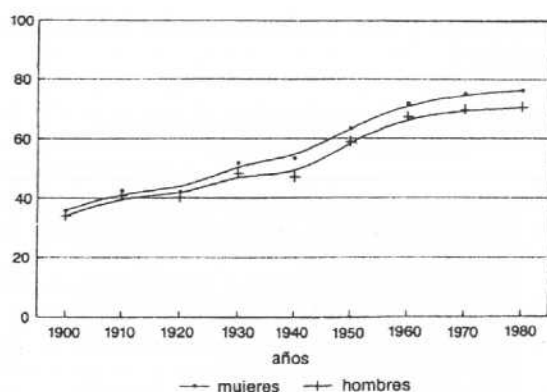


FIG. 1. Esperanza de vida al nacer. (Fuente: OCDE.)

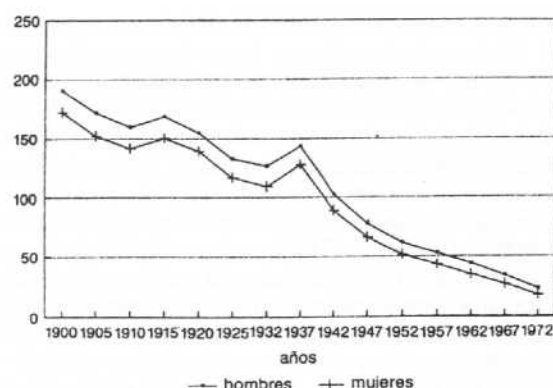


FIG. 2. Mortalidad infantil, 1900-1976. (Fuente: Bolumar, F., y cols.)

ta un patrón de mortalidad muy parecido al del resto de los países europeos, tanto en la mortalidad general como en la mortalidad infantil y, por tanto, en la esperanza de vida. Sin embargo, la mayoría de los avances se produjeron antes de que el gasto sanitario comenzara a aumentar considerablemente en España como consecuencia de la construcción de grandes hospitales en la década de los sesenta (fig. 3). Desde entonces hasta ahora el gasto sanitario ha pasado del 2,7 por 100 del producto interior bruto (PIB) en 1960 al 6,7 por 100 en 1988, superándose a principio de los ochenta el porcentaje del PIB destinado a asistencia sanitaria en el Reino Unido.

La pregunta obligada que surge de la comparación de las tres figuras es: ¿Podremos conseguir en nuestro país mejoras sustanciales de salud con nuestros actuales y crecientes niveles de gasto sanitario o será necesario plantearse políticas alternativas? En la línea de intentar buscar respuestas a esta pregunta, García Benavides ha estimado la ganancia en la esperanza de vida que se conseguiría en la Comunidad Valenciana si no ocurriera ninguna defunción prevenible o tratable con el actual nivel de conocimientos médicos y desde los servicios sanitarios. La estimación de García Benavides es de aproximadamente una mejora alentadora de la esperanza de vida de cuatro meses. Probablemente este nivel de rendimiento ideal de los servicios sanitarios supondría un aumento de varios puntos en el gasto sanitario, habida cuenta de que en países como Francia o Estados Unidos, con porcentajes de PIB superiores en gasto sanitario, ocurren también defunciones prevenibles o tratables. Por el contrario, la previsión sobre prevención de muertes producidas por enfermedades como carcinoma de pulmón, accidentes de tráfico y cirrosis, más dependientes de políticas de salud a desarrollar desde fuera de los servicios sanitarios, incrementaría mucho más la esperanza de vida, ya que se obtienen resultados de dieciocho y seis meses en hombres y mujeres, respectivamente, y con un costo sensiblemente menor.

Parece, pues, evidente, a semejanza de otros países, que no podremos esperar mejoras sustanciales en la salud de los españoles desde

el sector curativo y que se hace imperativa la reorientación de los servicios sanitarios.

SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA. REORDENACION Y REORIENTACION

Los cambios acontecidos en España en los últimos diez años han tenido su expresión legislativa en la Ley General de Sanidad de 1986. En la tabla 1 se resumen los aspectos de Alma Ata y de la nueva salud pública que han sido integrados en la ley, según Enrique Nájera y colaboradores.

Tabla 1. Artículos de la Ley General de Sanidad de 1986

Artículos	Prioridad
3.3	Superación de desigualdades en salud.
3.1	Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
4.1	Concepción íntegra de los servicios.
4.6	Universalización.
8.1	Utilización de la epidemiología.

Nájera plantea que, en la evolución de los servicios sanitarios en España, se pueden distinguir dos fases: una primera de reordenación, que es la que estamos viviendo en la actualidad y que

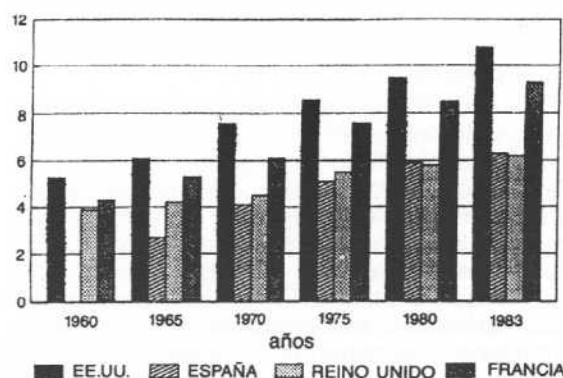


FIG. 3. Evolución de los gastos en salud, porcentaje sobre el PIB, 1960-1982. (Fuente: OCDE.)

permitirá, una vez terminado el proceso, encaminar las energías políticas hacia la segunda fase de verdadera reorientación de nuestro sistema sanitario haciendo efectivas la defensa de la salud, la atención primaria como eje y base del sistema, la participación comunitaria, la descentralización y la acción intersectorial.

Resulta evidente que a cuatro años de la promulgación de la Ley General de Sanidad no se ha producido todo el desarrollo que la propia Ley propugna. Probablemente, los elementos que mayor importancia han tenido como freno de este proceso los podríamos identificar entre los grupos de presión de profesionales de la salud y, en un marco general, en los problemas presupuestarios que han favorecido políticas de contención del gasto en los servicios sanitarios, haciendo difíciles las nuevas inversiones en atención primaria y servicios de salud pública.

Sin embargo, todo parece indicar que la situación económica es mejor que a principios de los ochenta y que no deberíamos confundir la opinión de los dirigentes de colegios profesionales y sindicatos de élite con la opinión de los profesionales de salud en España.

En una encuesta realizada en la Comunidad Valenciana, siguiendo el método Delphi, a la que contestaron 846 profesionales de la salud de los 1.500 contactados, la atención primaria de salud y el desarrollo de la salud pública figuraban entre las prioridades más votadas (tabla 2). Todo parece indicar, pues, que en España se dan buenas condiciones para profundizar en el proceso de reorientación de los servicios sanitarios.

En bastantes párrafos de este libro se ponen de manifiesto los problemas derivados de la reorganización del Sistema Nacional de Salud británico a mediados de los años setenta. En muchos aspectos, en España en la actualidad se están produciendo cambios organizativos parecidos a los que ocurrieron en Gran Bretaña entonces. La casi desaparición de la Sanidad Nacional, la desaparición de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y la corta vida de las Direcciones Generales de Salud Pública en muchas Comunidades Autónomas, junto con la inclusión de los antes independientes

Servicios de Salud Pública en las burocracias asistenciales, son hechos que limitan la acción y el desarrollo de la nueva salud pública y que quizá no han sido discutidos en profundidad todavía en España.

Esta situación es especialmente preocupante en unos momentos en que la contención del gasto sanitario parece tener una alta prioridad política. La inclusión de los servicios de salud pública en la misma estructura que los servicios sanitarios puede tener primordialmente dos consecuencias negativas para aquéllos. La primera es la dificultad para actuar fuera de los propios servicios sanitarios, desarrollando acciones intersectoriales, y la segunda es la posible competencia presupuestaria con los servicios clínicos en momentos de contención del gasto y con los problemas de visibilidad política que tiene la sa-

lud pública y que se ilustra con el ejemplo del capítulo 4.

Tabla 2. Prioridades en salud en la Comunidad Valenciana. Método Delphi

1. Mejora de la gestión sanitaria, profundizando en la reforma sanitaria, aumentando la calidad de la asistencia e incrementando los recursos asignados a la salud.....	2.964
2. Potenciación de la atención primaria para conseguir su desmasificación, mejorando su dotación y recursos humanos y aumentando la coordinación con los hospitales.....	2.471
3. Desarrollo de la medicina preventiva, especialmente de la educación para la salud.....	1.638
4. Aumento de los recursos destinados a la asistencia hospitalaria.....	874
5. Problemas de salud mental, fundamentalmente de los derivados de las drogodependencias.....	458
6. Acciones sobre el medio ambiente, con especial referencia a los contaminantes de las aguas.....	390
7. Actividades preventivas enfocadas hacia las enfermedades cardiovasculares.....	283
8. Enfermedades infecciosas, especialmente el SIDA, las toxiinfecciones alimentarias y las enfermedades de transmisión sexual.....	280
9. Mejora de los servicios de urgencias a través de un aumento de los recursos, principalmente a nivel extrahospitalario.....	224
10. Atención especial a ciertos grupos de edad, como los niños y los ancianos.....	123

Por otra parte, dicha situación puede tener también la ventaja de facilitar la coordinación entre los profesionales que trabajan en atención primaria y los encargados de temas específicos de salud pública. La elaboración de programas conjuntos y el apoyo y el soporte mutuos en todos los temas comunitarios pueden verse favorecidos por la proximidad administrativa. Este es el reto planteado en la actualidad en este campo: diferenciarnos de lo sucedido en otros países y, mediante la colaboración y el respeto mutuos, trabajar en la mejora de la salud de la comunidad.

En este sentido existen ya algunas experiencias interesantes en las CCAA en las que se han desarrollado servicios de salud pública de área o distrito que coexisten (incluso físicamente en el mismo edificio) con los de atención primaria, como por ejemplo en la Comunidad Valenciana. La descentralización a través de aquéllos de las actividades de vigilancia epidemiológica y de implantación de programas de promoción de salud sobre todo ha supuesto un mayor contacto con el terreno con mejora en los servicios.

Es importante destacar en este proceso de innovación el papel catalizador de experiencias de algunas instituciones docentes ligadas a la administración sanitaria. La Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) con sus programas de formación e investigación, especialmente el desarrollo de la «Red de Actividades de Promoción de la Salud», y el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP), como impulsor del proyecto Ciudades Sanas, están teniendo un papel de gran importancia en la actualidad. Es un

momento de inquietud y motivación por el cambio, pero con escaso desarrollo de experiencias y metodologías para él. De ahí que cualquier actividad encaminada a fortalecer el intercambio de experiencias es, y será, la base para el impulso del cambio.

Aspectos que se reconocen ya en la actualidad como fundamentales para conseguir una mejora en la salud de los ciudadanos y que se recogen en la Declaración de Ottawa, como la intersectorialidad, la participación de la comunidad, la reorientación de los servicios, etc., requieren unos planteamientos nuevos para los que falta, por ahora, si no el interés, sí la metodología.

Es realmente sorprendente la rapidez con que las ideas de la nueva salud pública se han difundido por España. Esto quizá tenga que ver con la fase de desarrollo que está viviendo la salud pública en nuestro país y que comentábamos al principio del capítulo. A modo de ejemplo de este desarrollo, a continuación presentamos dos experiencias recientes e importantes que incluyen algunas de las iniciativas que están en la actualidad en desarrollo.

RED DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Esta red, cuya primera publicación de experiencias apareció en 1989, se plantea como un banco de datos dinámico y actualizado para intercambio de información. Hasta el momento recoge 142 experiencias, en curso, primordialmente de Andalucía, pero también de la Comunidad Valenciana, Cataluña, Cantabria, Navarra, Castilla-La Mancha, Baleares, Madrid y algunas realizadas en el extranjero.

La mayoría de estas experiencias se refieren a salud materno-infantil, reflejando seguramente la tradición de promoción de la salud que existe en estos grupos de población y la esperanza de mejora futura que en ellos se deposita. Por otra parte, una característica mayoritaria es que muchas de estas experiencias utilizan como método de trabajo la educación para la salud, demostrándose esta herramienta de la promoción de la salud como la más accesible para los profesionales sanitarios en España. Sin embargo, otros planteamientos van empezando también a desarrollarse desde puntos de vista del trabajo intersectorial (trabajo junto con servicios sanitarios, universidad, ayuntamientos y organizaciones no gubernamentales), la participación comunitaria (consejos de salud, asociaciones, medios de comunicación) y la reorientación de servicios sanitarios (asistencia domiciliaria, intervención en poblaciones marginales, hemodonación).

Todo esto parece reflejar la situación actual de cambio hacia nuevos métodos, la búsqueda de nuevas vías y el descubrimiento de caminos que

nos lleven de una forma más eficaz a la mejora de nuestra salud.

La mayoría de estas experiencias conectan también con el espíritu del Proyecto Ciudades Sanas y con las tendencias de «pensar globalmente y actuar localmente». Así, desde el Centro de Salud de Cumbres Mayores en Huelva realizan un programa de radio, que, distanciándose del profesionalismo, se titula «Quítate la bata». Desde el centro de salud de Torremolinos, en Málaga, hacen otro cada semana titulado «Torresalud, tu centro de salud informa».

Cualquier grupo interesado puede participar en la red. Para ello pueden solicitar los impresos de registro a la Red de Actividades de Promoción de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Avda. del Sur, 11, 18014 Granada.

EL PROYECTO CIUDADES SANAS EN ESPAÑA

Desde que en 1986 la OMS lanzó el Proyecto Ciudades Sanas hasta ahora se ha producido una verdadera explosión de interés por el tema tanto entre los profesionales de salud pública como entre los políticos y también en la población. En cuanto a la evaluación del proceso, por su difusión podemos decir que el éxito ha sorprendido incluso a los grupos promotores de la idea en España.

A la segunda reunión de Ciudades Sanas de la Comunidad Valenciana celebrada en Valencia acudieron representantes de 82 ciudades españolas. Posteriormente, en marzo de 1989, se constituyó oficialmente la Red Española de Ciudades Saludables en Alicante, en un congreso fundacional al que prestaron su apoyo político tanto los municipios agrupados en la Federación Española de Municipios y Provincias como el Ministerio de Sanidad y Consumo. En la conferencia de clausura, el Ministro de Sanidad, señor García Vargas, aseguró que el apoyo al proyecto sería una de las líneas prioritarias de su departamento.

Por su parte, las comunidades autónomas de Navarra, País Vasco, Cataluña y Valencia están desarrollando redes locales de gran actividad. Existen, pues, varios niveles de redes.

Las ciudades de Barcelona y Sevilla participan en la Red Europea de Ciudades Sanas coordinadas por la Oficina Europea en Copenhague. A su vez, estas dos ciudades forman parte con otras capitales españolas de la Red Española de Ciudades Saludables, y algunas de las ciudades que participan en la red española forman parte a su vez de redes locales.

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) ha prestado mucha atención al desarrollo de las ideas de Ciudades Sanas. Tanto en el Congreso de Madrid, de 1987, como en el de Bilbao, en 1989, se han celebrado mesas redondas sobre promoción de la salud en las ciudades. También la revista de

la SESPAS, la *Gaceta Sanitaria*, ha iniciado una serie de artículos que pretende recoger y publicar tanto los desarrollos metodológicos como las experiencias de acción que se produzcan en este área.

Diversos autores han puesto de manifiesto que lo que empezó como un proyecto, hasta cierto punto restringido, se ha convertido en un movimiento en el que están implicadas cientos de ciudades de todo el mundo.

Tabla 3. El movimiento de ciudades sanas en España. Niveles de organización

Nivel	Coordinación	Núm. de ciudades
Internacional	OMS-Europa, Copenhague	Barcelona, Sevilla
Nacional	FEMP, Madrid	Alicante, Madrid, Santander, Valladolid, Barcelona, Pamplona, Sevilla, Zaragoza
Local	Gobiernos autónomos, IVESP, ayuntamientos	Indeterminado, alrededor de 100

Exactamente la misma tendencia es la que se ha producido en nuestro país, en donde la enorme demanda está produciendo un esquema muy interesante de organización para dar cabida a todas las iniciativas (tabla 3).

En la actualidad, el primer problema que se presenta a todos los implicados en este proceso es precisamente cómo gestionar este éxito y

cómo lograr que esta adecuada gestión de un movimiento creciente redunde en una mejora del estado de salud. El segundo problema que se plantea es el de conseguir esquemas prácticos de participación comunitaria. A modo de sugerencia podría plantearse una serie de puntos que es necesario resolver en un corto período de tiempo:

1. Establecer líneas de conexión y vertebración entre los distintos niveles de organización que existen hasta el momento. La red europea con la red española y éstas con las redes locales.

2. Creación de grupos estables que elaboren y negocien una estrategia política con el horizonte en 1992, que es cuando la OMS llevará a cabo la evaluación del programa.

3. Implicación activa de más municipios y otras instituciones que puedan apoyar el movimiento.

4. Definición de papel, incluyendo aspectos presupuestarios del Sistema Nacional de Salud.

5. Apoyo técnico y, sobre todo, apoyo económico a los grupos, profesionales o no, que desde la comunidad están desarrollando iniciativas en línea con la filosofía del movimiento de Ciudades Sanas.

6. Institucionalización de los grupos intersectoriales políticos y técnicos a nivel de las distintas ciudades y desarrollo de coaliciones con personas, grupos o asociaciones con intereses coincidentes.

BIBLIOGRAFIA

ANONIMO (1989): *Red de actividades de promoción de salud*, núm. 1. EASP.

ASHTON, J. (1987): *La promoción de la salud: un nuevo concepto para una nueva sanidad*, IVESP, Monografías Sanitarias, Serie D, núm. 1, 8-19, Valencia.

BALLESTER, R. (1989): *A new city for a new century. A healthy cities project at the turn of the last century*, Health Promotion (en prensa).

BOLUMAR, F. (1981): «La mortalidad en España I. La mortalidad infantil en España, 1900-1976», *Rev. San. Hig. Pub.*, 55: 1205-1219.

BUCK, C.; LLOPIS, A.; NAJERA, E., y TERRIS, M. (eds.) (1988): *El desafío de la Epidemiología*, Ops-OMS, publicación científica, núm. 505, Washington.

CARBONELL, M. C., y GASCON, E. (1988): *Prioridades sanitarias en la Comunidad Valenciana: Un estudio Delphi*, Monografías Sanitarias, Conselleria de Sanitat, serie Salud para Todos, IVESP, Valencia.

CASAL, G. (1762): *Historia Natural y Médica del Principado de Asturias*, ed. 1959, Diputación Provincial, Oviedo.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOCION DE LA SALUD (1987): Declaración de Ottawa para la Promoción de la Salud, *Rev. San. Hig. Pub.*, 61: 129-133.

COSTA, J., y ALVAREZ-DARDET, C. (1989): «Ciudades saludables: un movimiento para la nueva salud pública», *Gaceta Sanitaria*, mayo-junio, 407-408.

COSTA, J., y COLOMER, C. (1989): «El proyecto Healthy Cities en España», *Revisiones en Salud Pública*, 1: 159-173.

GARCIA BENAVIDES, F.: Comunicación personal.

KICKBUSH, I. (1988): *Healthy cities: a working project and a growing movement*, Healthy Cities Symposium, Zagreb.

LEGUINA, J. (1985): *Fundamentos de Demografía*, Siglo XXI, Madrid.

NAJERA, E.; CORTES, M., y GARCIA GIL, C. (1989): «La reorientación del sistema sanitario», *Revisiones en Salud Pública*, 1: 15-30.

TERRIS, M. (ed.) (1964): *Goldberger on pellagra*, Baton Rouge, Louisiana State, University Press.

VILLALBA, J. de (1802): *Epidemiología española o historia cronológica de las partes, contagios, epidemias y epizootias*, 2 tomos, M. Repullés, Madrid.

BARCELONA: EL PROYECTO CIUDADES SALUDABLES. UN MARCO PARA LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Eduardo Spagnolo de la Torre
Jaume Costa Galobart

**Barcelona: The «healthy cities» project as a frame work
fir local health administration systems**

Es evidente que la salud de la población se mejora a través de acciones desde fuera del sector sanitario (toda acción que aumente el grado de educación, de calidad de vida, de libertad y de solidaridad de los ciudadanos estará aumentando también su salud), y es por esto que la salud es en primer lugar un asunto político y solamente en segundo lugar una cuestión técnica.

Este trabajo presenta la experiencia de Barcelona y analiza el impacto potencial sobre la salud de los ciudadanos de las distintas iniciativas sociopolíticas desarrolladas desde las primeras elecciones democráticas dentro del marco conceptual de «Ciudades Saludables».

The paper holds that the overall well being of any population is bettered by action from without the usual strict limits of what is considered to be sanitation proper. Thus all that promotes better education, standards of living, freedom and public spiritedness as among the population at large is thought to favour their health. It is thus argued that health is first and foremost a matter politic and only after being so a subject for mere technical consideration.

The paper offers Barcelona as a discussion point, annalizing the potential impact upon the health of its citizens of its variform political developments from the beginning of the transitional period to the present doing this within the overall terms of reference of the «Healthy Cities» project's ideas.

En el mes de junio de 1986 la Comisión de Gobierno de la ciudad de Barcelona aceptó participar en el proyecto Ciudades Saludables de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud. Antes de producirse esta decisión oficial la política local de salud de Barcelona había cambiado de forma significativa.

La llegada de la democracia posibilitó la renovación de los gobiernos locales y en el Area de Salud Pública, del Ayuntamiento de Barcelona, después de las primeras elecciones democráticas, en 1979, se inició un cambio profundo en su funcionamiento (Ajuntament de Barcelona,

1979). Este cambio abarcó la concepción de la política local de salud:

«Es evidente que incrementaremos la salud de la población a través de acciones desde fuera del sector sanitario (toda acción que aumente el grado de educación, de calidad de vida, de libertad y de solidaridad de los ciudadanos estará aumentando también su salud), y es por esto que la salud es en primer lugar un asunto político y solamente en segundo lugar una cuestión técnica. Por tanto, los responsables de la salud, además de los técnicos, han de ser, por un lado, cada individuo y, por el otro, la sociedad en general, a través de sus formas de organización y de sus instituciones» (Ajuntament de Barcelona, 1979.)

Ambos cambios, en el funcionamiento del Area de Salud Pública y en la concepción de la política local de salud, deben situarse en el mar-

Eduardo Spagnolo de la Torre es coordinador del Area de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona.

Jaume Costa Galobart es responsable del Proyecto Ciudades Saludables del Ayuntamiento de Barcelona.

co de las características estructurales y organizacionales de la ciudad.

1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACION SOCIOPOLITICA DE LA CIUDAD

Barcelona es una urbe de 1.720.000 habitantes que se encuentra rodeada por un cinturón de municipios que en total configuran una metrópolis de unos cuatro millones de habitantes. La población, a semejanza de otras ciudades europeas, durante los últimos años ha sufrido un proceso de ligera disminución y propensión al envejecimiento. La baja tasa de natalidad, que ha disminuido casi un 50 por 100 entre 1975 y 1985, en el año 1987 fue de 8,1 por 1.000; el aumento de la esperanza de vida, setenta y tres y setenta y nueve años al nacer para hombres y mujeres, respectivamente, en el año 1986, y un saldo migratorio negativo, más de 10.000 personas en 1987, son las variables demográficas que explican la ligera disminución de la población y el progresivo envejecimiento. Así en 1986, un 14,60 por 100 tienen más de sesenta y cuatro años, y un 19,47 por 100 menos de quince.

La superficie del municipio es de 99 kilómetros y se divide en 10 distritos que son unidades político-administrativas de la ciudad. Al frente de cada distrito está el concejal responsable del mismo que es asesorado por el consejo de distrito, en el que participan los partidos políticos con representación en el distrito. Una proporción importante de los recursos, presupuestarios y de personal, antes situados en las áreas, departamentos centrales del municipio, han sido desplazados a los distritos. Los objetivos de este proceso de descentralización, actualmente en curso, son facilitar la coordinación intersectorial y la participación ciudadana. Así, algunos programas de salud pública anteriormente coordinados desde el área central son hoy en día competencia de los distritos. Pero aún de mayor importancia son los nuevos programas horizontales planificados desde los distritos que reúnen la salud pública con los servicios sociales, los servicios de educación, los servicios de juventud, los servicios deportivos... y también con las asociaciones del barrio y los grupos voluntarios.

La coordinación de las áreas municipales centrales es también política y administrativa. Un teniente de alcalde coordina a los concejales de varias áreas que constituyen una macroárea. El Área de Salud Pública forma parte de la Macroárea de Bienestar Social, que contiene también las áreas de servicios sociales, educación, deportes y juventud. La creación de esta estructura organizativa ha posibilitado el desarrollo de diversos planes horizontales (infancia, voluntariado, mujer, tercera edad...) que están siendo discutidos, en estos momentos, por las asociaciones ciudadanas relacionadas con el tema del plan y la administración municipal.

En conclusión, descentralización y macroáreas suponen cambios organizativos coherentes

con la filosofía de acción intersectorial y participación ciudadana del proyecto Ciudades Saludables.

Un buen ejemplo del impacto de estas políticas sobre el medio sanitario es el caso del distrito de Ciudad Vieja. Este distrito es el más pobre de la ciudad, con el porcentaje más alto de población inmigrada y anciana, prostitución, viviendas antiguas en malas condiciones e infraestructura sanitaria deficiente. Las estadísticas sanitarias demuestran que presenta la más alta mortalidad infantil y la más baja esperanza de vida de la ciudad, a la vez que la más alta mortalidad por causas externas, en especial mortalidad relacionada con las drogas. La descentralización ha permitido elaborar programas específicos para responder a los problemas del distrito (DIEZ, 1988). Una sociedad mixta de capital privado y público se ha constituido para la rehabilitación urbanística, varios viejos edificios serán recuperados como centros culturales para toda la ciudad, serán construidas nuevas viviendas y se repararán las antiguas, y por otro lado se han desarrollado programas para los grupos más débiles: madres y niños, consumidores de drogas parenterales... Los vecinos del barrio han desarrollado un papel muy activo, especialmente en algunos aspectos, como la denuncia de las «mafias».

2. PROBLEMAS SOCIOECONOMICOS MAS IMPORTANTES Y RELEVANTES PARA LA SALUD

El caso del distrito de Ciudad Vieja ilustra de forma gráfica las íntimas relaciones entre los problemas socioeconómicos y los de salud.

La estructura económica de Barcelona y su cinturón industrial ha cambiado profundamente en los últimos años. Desde el año 1974 la crisis económica ha producido altas tasas de paro, un 18 por 100 en 1987 (Ajuntament de Barcelona, 1988), y una distribución de la población activa entre los sectores productivos. El sector industrial ha disminuido, aunque unas 180.000 personas aún trabajan en este sector (Ajuntament de Barcelona, 1988), y el sector servicios ha aumentado su peso relativo debido a las nuevas tecnologías y a la evolución de la economía mundial. La mayor parte de las inversiones industriales se han dirigido a la reducción de los costes salariales y no al aumento de la producción global. Además un mercado competitivo ha producido una mayor concentración de capital con mayor importancia del capital extranjero y la destrucción de unidades productivas (LLARCH, 1987).

Los Juegos Olímpicos, en cuanto suponen un importante elemento «rompedor de la uniformidad» (MARAGALL, 1986), encierran un potencial de reactivación económica que ya se ha manifestado en algunos sectores, como, por ejemplo, en la construcción, en donde se ha producido un déficit de mano de obra. El Plan Estratégico de Barcelona, actualmente en discusión entre la ad-

ministración municipal, grupos empresariales y asociaciones ciudadanas tiene como objetivo aprovechar el potencial dinamizador de la ciudad, establecer objetivos futuros de desarrollo y superar la atonía que podría producirse después del acontecimiento olímpico.

Pero este clima de reactivación económica no es obstáculo para que continúen las desigualdades socioeconómicas entre los distritos de la ciudad. Las tasas de paro, analfabetismo, niveles de renta varían de forma importante entre los distritos y esto se refleja también en los indicadores sanitarios. Así la tasa de mortalidad infantil en el distrito de Ciudad Vieja es una vez y media mayor que en el distrito más rico de la ciudad, 14,506 y 9,71, respectivamente; las razones de mortalidad estándar por tuberculosis pulmonar y por cirrosis hepática son más de tres veces mayores en Ciudad Vieja que en el distrito de mayor nivel socioeconómico, y la utilización de los servicios sanitarios, en un nivel de necesidad similar, es menor en las clases sociales bajas que en las altas (ALONSO, 1988).

Las condiciones de las viviendas también presentan variaciones significativas entre los diferentes distritos. Aunque, a nivel de toda la ciudad, son una minoría las que carecen de los equipamientos sanitarios mínimos: un 0,12 por 100 de los domicilios no tienen WC, un 0,43 por 100 no disponen de agua corriente y un 5 por 100 no poseen ducha (ANTO, 1985). Además el barraquismo se ha reducido en un 50 por 100 en los últimos cinco años, estando censadas solamente 321 barracas en el año 1987, la mayoría de las cuales están ocupadas por gitanos (Ajuntament de Barcelona, 1988).

3. NIVELES DE SALUD DE LA CIUDAD EXPRESADOS EN TASA DE MORBI/MORTALIDAD, ABASTECIMIENTO DE AGUA Y DISPOSICION DE DESECHOS SOLIDOS

Una de las primeras preocupaciones de los responsables democráticos del Area de Salud Pública fue la creación de un sistema de información sanitaria para conocer los problemas de salud de la población y la eficiencia de los servicios de salud (Ajuntament de Barcelona, 1979). Los indicadores objetivos como la mortalidad, la morbilidad, los diagnósticos de altas hospitalarias, la contaminación atmosférica se combinan con informaciones subjetivas como la encuesta de salud domiciliaria que mide la morbilidad percibida, la utilización de los servicios de salud y la opinión de los ciudadanos sobre su propia salud (SPAGNOLO, 1988). Un informe anual que recoge todas estas informaciones con las prioridades para el año próximo, *La Salud en Barcelona*, es presentado por el concejal responsable de la salud pública al pleno del Ayuntamiento desde 1984. La publicación y distribución de este informe permite difundir entre los ciudada-

nos y los profesionales temas frecuentemente olvidados, como las diferencias en los niveles de salud entre los barrios de la ciudad.

3.1. Mortalidad

La tasa de mortalidad por 1.000 habitantes fue de 8,95 en 1987 para toda la ciudad (Ajuntament de Barcelona, 1988). La primera causa de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, un 25 por 100 de todas las muertes, seguidas de los tumores del aparato respiratorio, un 4,56 por 100, y de las causas externas, 4,03 por 100. Son, sin embargo, estas últimas el primer motivo de los años de vida potencial perdidos en la ciudad para ambos sexos. La mortalidad presenta diferencias importantes según los sexos: en los hombres la cardiopatía isquémica, el tumor maligno de pulmón y la cirrosis son causas importantes en relación con los años de vida potencial perdidos; en cambio, en las mujeres el cáncer de mama, la cirrosis y las enfermedades cerebrovasculares ocupan un lugar destacado. La mortalidad infantil representó 10,4 por cada 1.000 nacidos vivos en el año 1986 (ALONSO, 1987).

3.2. Morbilidad

El patrón de morbilidad, predominancia de las patologías crónicas en detrimento de las transmisibles, es congruente con la mortalidad. Así durante el año 1987 no se notificaron casos de cólera, peste, fiebre amarilla, rabia, difteria, fiebre exantemática, poliomielitis o triquinosis. Otras como el sarampión disminuyeron de forma notable, probablemente por los altos niveles de cobertura vacunal. El aumento reciente de las tasas de tuberculosis detectadas, 46,42 por 100.000 habitantes en 1987, es resultado de una búsqueda activa de los casos y de una mayor incidencia de tuberculosis entre los usuarios de drogas endovenosas (CAYLA, 1988). Este último grupo es el más afectado por el SIDA, 54,6 por 100 de los casos, seguido de los varones con conductas homosexuales o bisexuales, 32,9 por 100 de los casos (Institut Municipal de la Salut, 1988).

En relación con las enfermedades crónicas, un 54,6 por 100 declara padecer algún trastorno crónico, según la encuesta de salud domiciliaria de 1986. De mayor a menor frecuencia son: artrosis o reumatismo, «mala circulación», «alergia», varices, cefalea...

En cambio, los principales motivos de consulta médica son las enfermedades respiratorias, seguidas de las infecciosas y las dermatológicas. Por otro lado, los más frecuentes motivos de ingreso hospitalario en los hombres son las patologías digestivas, respiratorias y circulatorias; en las mujeres, el embarazo, los procesos genitourinarios y digestivos (ALONSO, 1987).

La prevalencia de consumidores de opiáceos se sitúa entre el tres y el seis por cada 1.000 per-

sonas de quince-treinta y nueve años (ALONSO, 1987). En relación con las drogas legales, un 48,9 por 100 de los hombres y un 17 por 100 de las mujeres mayores de catorce años son fumadores habituales y un 7 por 100 de la población declara un consumo diario de alcohol superior a 59 gramos (ANTO, 1985).

3.3. Abastecimiento de agua

Las aguas de las cuencas de dos ríos cercanos a la ciudad, el Llobregat y el Besós, son tratadas para garantizar su calidad sanitaria y abastecer a la ciudad.

La gestión del abastecimiento la realiza una empresa privada, mientras que el Área de Salud Pública controla su calidad a través de una red de muestreo que incluye la salida de las instalaciones de depuración, los depósitos principales y varios puntos de consumo. Para la evaluación se utilizan varios tipos de indicadores: medidas *in situ*, concretamente características organolépticas, cloro libre residual, cloro combinado residual, cloro residual total, pH y conductividad, y medidas en el laboratorio municipal, que incluyen parámetros físicos, químicos y microbiológicos.

La calidad de las aguas de abastecimiento público de Barcelona se puede calificar como de sanitariamente aceptable; excepción son algunos manantiales que surtían a pequeñas zonas de la ciudad y que fueron clausurados por una concentración de nitritos superior a los niveles admisibles.

El control de la calidad de las aguas es una competencia municipal compartida por otras administraciones: la entidad metropolitana de aguas, la Comunidad Autónoma de Cataluña y la administración central (Ajuntament de Barcelona, 1985).

3.4. Disposición de desechos sólidos

En el año 1988 los desechos sólidos producidos en Barcelona han sido un total de 958 millones de toneladas, que se desglosan en las siguientes clases (Unitat Operativa de Neteja, 1988):

	Miles Tm.
Residuos domiciliarios	580,98
Residuos de la limpieza de las calles	13,44
Residuos procedentes de los mercados	29,65
Muebles viejos	20,08
Escombros	41,07
Vidrio	4,21
Papel	0,43
Medicamentos (kg)	4.071,00

Los residuos domiciliarios son introducidos por los ciudadanos en bolsas de plástico homologadas que se depositan en contenedores de 1.100 litros. Los contenedores se acoplan y va-

cían mecánicamente en los camiones encargados de la recogida de los residuos domiciliarios.

La eliminación de los desechos se gestiona a través de un vertedero controlado, 576.000 toneladas, de una planta incineradora de basuras, 273.000 toneladas, y del reciclaje de los mismos, 24.000 toneladas (Unitat Operativa de la Neteja, 1989).

La planta incineradora produce energía eléctrica que es aprovechada para las instalaciones de la propia planta, o vendida. El reciclaje se basa en la recogida selectiva de diferentes materiales residuales, vidrio y papel, a través de contenedores específicos que se distribuyen por varios puntos de la ciudad. Los beneficios de la recogida de vidrio, en cada distrito de la ciudad, se adjudican al consejo de distrito; esto supone un estímulo visible que refuerza el comportamiento ciudadano en relación con la recogida de vidrio. Otros materiales, muebles viejos, medicamentos, escombros, son también objeto de recogidas selectivas por sus especiales características. Aunque las experiencias de recogida selectiva son relativamente recientes, sus resultados resultan esperanzadores y se sitúan en el marco del modelo ecológico de ciudad (WHO, 1988) y en la filosofía de construcción de entornos saludables postulados por el proyecto Ciudades Saludables (HANCOCK, 1988).

4. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

4.1. Redes de servicios

La aprobación de la Ley General de Sanidad por el Parlamento español en 1986 supone los siguientes principios:

— El Estado garantiza la cobertura sanitaria de toda la población.

En Barcelona los servicios de asistencia sanitaria ofrecen cobertura «pública» actualmente a un 95 por 100 de la población (ALONSO, 1987).

— Las comunidades autónomas, gobiernos regionales, son responsables de la planificación y gestión de los servicios sanitarios en su territorio.

— La salud pública se ha de estructurar en una única red, bajo la dirección de las comunidades autónomas y con la participación política de la administración local. Esto supone la integración de centros sanitarios de diversas administraciones públicas (Seguridad Social, ayuntamientos, diputaciones...) en una única red de asistencia sanitaria.

— Esta única red se divide en áreas territoriales sanitarias de gestión y planificación, las cuales incluyen centros de atención primaria y hospitales.

— Los servicios sanitarios privados pueden participar en la red pública a través de conciertos, y los poderes públicos ejercen su vigilancia a través de criterios precisos de acreditación.

El Ayuntamiento de Barcelona ha firmado un convenio con la Comunidad Autónoma de Cataluña para la implantación de estos principios. Barcelona se constituye como una única área sanitaria, el municipio participará en el consejo de dirección del área, con un 40 por 100 de los consejeros, y además el área se divide en sectores sanitarios que coinciden con los diez distritos municipales, lo que facilitará la participación ciudadana y la coordinación de los servicios de asistencia sanitaria con los servicios municipales (ANONIMO, 1988).

4.1.1. Servicios hospitalarios

La ciudad cuenta con 71 hospitales de agudos, de los cuales sólo 25 disponen de más de 100 camas, pero éstos suponen un 79,2 por 100 de las camas de agudos de la ciudad. El total de camas de agudos es de 10.191, lo que implica una tasa de 5,8 camas por 1.000 habitantes frente a una tasa de 3,9 en Cataluña. Sin embargo, se concentran en Barcelona un 46 por 100 de todas las camas de la Comunidad Autónoma de Cataluña y sólo un 29 por 100 de la población catalana, así la tasa relativamente alta de camas de agudos se explica por la atracción que ejerce la capital sobre toda la Comunidad Autónoma (CASAS, 1984).

La distribución geográfica de las camas no es homogénea, ni atiende a criterios poblacionales. Sin embargo existe una accesibilidad a los hospitales de la ciudad de un máximo de treinta minutos, con transporte colectivo, para un 83 por 100 de los ciudadanos (CASAS, 1984a).

Respecto a la propiedad de las camas, un 49 por 100 son de gestión pública y el resto se reparten entre el sector benéfico-privado, Iglesia (9,2 por 100) y Cruz Roja (2,8 por 100) entre otros, y el sector privado (36 por 100) (CASAS, 1984a). Esto ha facilitado la constitución del Consorcio de Hospitales de Barcelona, contemplado en el Convenio entre la Comunidad Autónoma y el Ayuntamiento, cuyo objetivo es permitir una mayor capacidad financiera y de gestión del conjunto hospitalario para abordar inversiones de alta tecnología, promocionar la investigación biomédica, coordinarse para la formación universitaria y la organización de los Juegos Olímpicos (ANONIMO, 1988). Hay que destacar, en relación con el tema de la propiedad, que solamente un 22 por 100 de las camas de la ciudad no están concertadas con la red pública (CASAS, 1984a).

La tasa de ingresos hospitalarios de los residentes en la ciudad es de 93,41 por 1.000 habitantes. El grupo de edad con más ingresos es el de mayores de sesenta y cuatro años, 174,5 por cada 1.000 habitantes. Del conjunto de los ingresados un 55 por 100 son intervenidos quirúrgicamente (ALONSO, 1987).

4.1.2. Servicios de asistencia primaria

Existen en la ciudad 44 centros de asistencia primaria de la red pública que ofrecen, en régimen ambulatorio y domiciliario, servicios de medicina general, pediatría y enfermería, además nueve de ellos disponen de especialidades médicas. La accesibilidad a los centros de asistencia primaria es de un máximo de treinta minutos para un 89 por 100 de la población (CASAS, 1984b).

Sin embargo, la calidad de la asistencia está fuertemente afectada por la masificación de las consultas, provocada por el restringido horario de los profesionales, los déficits de utillaje y de las instalaciones, la frustración del personal sanitario, la ausencia de prestaciones preventivas y de promoción de la salud... Así un 8,4 por 100 de las visitas han sido consideradas como bastante o muy insatisfactorias por los usuarios (ALONSO, 1987).

La reforma de la atención primaria de salud con la creación de equipos de atención primaria, el aumento del horario de los profesionales, de dos a seis horas diarias, la utilización de la historia clínica individual, la mejora de las retribuciones del personal sanitario y la creación de consultas de enfermería intenta, aunque muy lentamente, superar la crisis del sector de asistencia primaria.

La frecuentación de las consultas de asistencia primaria, públicas y privadas, es de siete visitas por persona y año. Un 64 por 100 de las visitas se producen en el sector público y un 33 por 100 en el privado (ALONSO, 1987).

Esta alta cifra de frecuentación, aparte de problemas estructurales que la reforma de la asistencia primaria quiere resolver, plantea el tema de la cultura sanitaria de la población y los profesionales. El Área de Salud Pública ha introducido en varios centros de asistencia primaria actividades de promoción de la salud. Así se ha facilitado la integración de las vacunaciones en los centros, se han desarrollado programas contra el tabaquismo y se ha elaborado una guía de grupos de autoayuda (*self-help*) en la ciudad, a partir de entrevistas a los mismos, que puede ser útil para el personal sanitario, los usuarios y la propia administración. Con esta misma filosofía se realizará próximamente un estudio sobre las pautas de autocuidados (*self-care*) de la población de Barcelona. Se trata, en definitiva, de convertir en operativa la reorientación de los servicios sanitarios que postula la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (ANONIMO, 1986) y el proyecto Ciudades Saludables (HANCOCK, 1988).

4.2. Emergencias

Existen dos tipos de servicios para la atención de las urgencias: los hospitalarios y los extrahospitalarios.

Las urgencias hospitalarias son unas 70.000 al año y un 70 por 100 se concentran en cuatro grandes hospitales de la ciudad. El 73 por 100 de las urgencias hospitalarias provienen de residentes en la ciudad, lo que demuestra la atracción de los servicios de urgencias hospitalarios de Barcelona sobre áreas fuera del municipio.

La frecuentación de los servicios de urgencia hospitalarios es de 296 visitas por 1.000 habitantes y año, y probablemente aumentará en el futuro por el envejecimiento de la población. Otros factores que explican esta elevada frecuentación son que el 77 por 100 de los ciudadanos acuden a los servicios de urgencia sin haber consultado previamente ningún otro servicio o profesional sanitario y que muchas de las demandas a los servicios de urgencia hospitalarios corresponden a patologías banales, así solamente un 15 por 100 de las urgencias requieren hospitalización (CASAS, 1984a).

Situación similar se produce en los 13 servicios públicos de urgencias extrahospitalarias, dotados de médicos generales y personal de enfermería, que prestan atención ambulatoria y domiciliaria. La primera causa de demanda de atención urgente son los procesos gripales, bronquitis y faringitis, un 14 por 100 del total (CASAS, 1984a).

Probablemente la insatisfacción de los usuarios con los servicios de atención primaria, el fracaso de estos servicios en la resolución de determinados problemas de salud y una cultura sanitaria muy medicalizada, desconocedora de las posibilidades de los autocuidados (*self-care*) y de la autoayuda (*self-help*), están en la raíz del problema.

5. LOS ABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS PARA LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN LA URBE

El abastecimiento de medicamentos se produce a partir de la industria farmacéutica y de los almacenes de distribución que los suministran a las oficinas de farmacia y a los servicios de farmacia hospitalaria.

Las oficinas de farmacia, todas de propiedad privada, constituyen un total de 1.047 puntos de venta, una oficina para cada 1.675 habitantes, de medicamentos, material de cura, alimentos infantiles y fórmulas magistrales (Servei d'Ordenació Farmacèutica, 1984).

La Seguridad Social sufraga un 60 por 100 de los gastos originados por las prescripciones farmacéuticas de los médicos de los centros de asistencia primaria, excepto en el caso de pensionistas y jubilados en los que corre a cargo del 100 por 100 del coste de los medicamentos. Un cálculo aproximado de los costes de las prescripciones farmacéuticas, de los centros de asistencia primaria, en 1980, asciende a 6.425 millones de pesetas, de éstos 1.129 millones fueron

pagados por los ciudadanos y el resto por la Seguridad Social (COSTAS, 1984). A estas cifras habría que sumar los costes de las prescripciones de los servicios privados y los de otras administraciones públicas.

Un 64 por 100 de las camas de los hospitales de Barcelona, concretamente 21 hospitales, cuentan con servicio de farmacia hospitalaria que desarrolla funciones tales como implantación de una guía farmacológica, programa de detección de reacciones adversas, distribución racional de los medicamentos, preparación de soluciones de nutrición parenteral y/o enteral, información sobre medicamentos (Servei d'Ordenació Farmacèutica, 1984).

6. LAS FORMAS DE PARTICIPACION SOCIAL

La descentralización de competencias de las áreas centrales municipales a los distritos posibilita una mayor participación ciudadana. Así el Ayuntamiento ha aprobado unas normas reguladoras de la participación ciudadana (Ajuntament de Barcelona, 1987) para que ésta pueda desarrollarse tanto a nivel de toda la ciudad como de los distritos. En cada distrito debe constituirse un consejo consultivo de asociaciones y entidades que informa los presupuestos y el programa de actuación, además de proponer la adopción de acuerdos por los órganos decisorios del distrito. Existen a nivel de toda la ciudad un consejo similar, y también consejos para las áreas y macroáreas municipales centrales. En este sentido recientemente se ha constituido el Consejo de Bienestar Social que se ocupa, entre otros temas, de la salud pública ciudadana.

En relación con los servicios de asistencia sanitaria, el convenio entre el municipio y la Comunidad Autónoma prevé, tal como se se ha comentado anteriormente, una participación del 40 por 100 de representantes de la ciudad en el consejo de dirección del área sanitaria de Barcelona. Además la futura constitución de las juntas de sector sanitario, una subdivisión del área sanitaria que coincide con el territorio de los distritos, permitirá que la participación en los servicios asistenciales sea también a nivel de cada distrito.

Pero la participación comunitaria, uno de los ejes de trabajo del proyecto Ciudades Saludables (HANCOCK, 1988), debe ir más allá de las formas institucionales de participación para ofrecer canales concretos para los problemas específicos. La comisión formada por distintas asociaciones preocupadas por el SIDA es un buen ejemplo de ello. Estas asociaciones han recibido del Área de Salud Pública apoyo técnico y financiero para la ejecución de acciones de difícil realización por parte de los servicios municipales, como la distribución de folletos informativos en los locales gays o la organización de seminarios de «sexo seguro» (VILLALBI, 1988).

El crecimiento del voluntariado social es otra estrategia para fomentar una mayor participación ciudadana. Se ha firmado un acuerdo entre la Cruz Roja y el municipio para promocionar el voluntariado a través de experiencias concretas. Algunas de éstas, como el inventariado y recuperación de espacios residuales urbanos por parte de los voluntarios de un distrito, pueden ser consideradas modelos de buena práctica que ejemplarizan la participación de la comunidad en la construcción de una ciudad más saludable (PARES, 1988).

7. LA FINANCIACION DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS

La financiación de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, hospitales y centros de asistencia primaria, corre a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, en más de un 90 por 100, y de los presupuestos de la Seguridad Social, concretamente aportaciones de trabajadores, que se deducen de sus salarios, y empresarios. La Ley General de Sanidad prevé, en un futuro, una total financiación a cuenta de los Presupuestos Generales.

Los centros hospitalarios públicos y privados concertados por la Seguridad Social son reembolsados por ésta, según los servicios prestados y en función del nivel de acreditación del centro.

Los gobiernos locales, ayuntamiento y diputación, han financiado tradicionalmente con sus presupuestos la asistencia a los ciudadanos con

bajos ingresos y sin cobertura de la Seguridad Social. Sin embargo, en el año 1989 los Presupuestos Generales del Estado han previsto una dotación específica para este grupo de población.

En el año 1980 los gastos sanitarios de la Seguridad Social en Barcelona fueron unos 39.000 millones de pesetas; los del Ayuntamiento, 4.000 millones, y los de la Diputación, 700 millones (COSTAS, J. C.).

Desde el primer ayuntamiento democrático, en 1979, los administradores de los centros asistenciales municipales han realizado esfuerzos y han conseguido controlar el gasto y aumentar la productividad. Esta política, a pesar de las tensiones con el personal sanitario, ha permitido disminuir el porcentaje del presupuesto municipal dedicado a los servicios curativos (Ajuntament de Barcelona, 1986).

Actualmente el Área de Salud Pública está adaptando los grupos diagnósticos relacionados, *diagnosis related groups*, utilizados en los Estados Unidos, a los hospitales de la ciudad. Esto permitirá mejorar la planificación, gestión y presupuestación de los servicios hospitalarios (CASAS, 1987).

El proyecto Ciudades Saludables ofrece un nuevo marco para afrontar la crisis de los sistemas locales de salud, que sin abandonar los instrumentos útiles técnicos y de gestión, propone utilizar la cooperación intersectorial y la participación comunitaria como estrategias para un mayor control de los ciudadanos sobre su propia salud y la de su ciudad. Barcelona ha decidido avanzar por esta senda.

BIBLIOGRAFIA

- AJUNTAMENT DE BARCELONA (1979): *Política de salut de l'Ajuntament de Barcelona*. Àrea de Sanitat, Ajuntament de Barcelona.
- (1985): «Informe sobre el estado del medio ambiente en Barcelona, 1985», *Informes Tècnics del Àrea de Sanitat - Medi Ambient*, núm. 5, Àrea de Sanitat - Medi Ambient, Ajuntament de Barcelona.
- (1986): *La Salut a Barcelona. Informe del Regidor de Sanitat al Consell Plenari Novembre 1986*, Àrea de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona.
- (1987): *Normas reguladoras de la organización de los distritos y de la participación ciudadana*, Ajuntament de Barcelona.
- (1988): *Anuari Estadístic de la ciutat de Barcelona 1987*, Ajuntament de Barcelona.
- ALONSO, J.; RUIGOMEZ, A., y ANTO, J. M. (1987): *La Salut a Barcelona. Informe del Regidor de Sanitat al Consell Plenari, 1987*, Àrea de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona.
- ALONSO, J., y ANTO, J. M. (1988): «Desigualdades de salud en Barcelona», *Gaceta Sanitaria*, núm. 2, págs. 4-12.
- ANONIMO (1988): «Conveni d'Ordenació Sanitària de la Ciutat de Barcelona», *Barcelona Salut*, núm. 3, págs. 4-5.
- ANTO, J. M.; COMPANY, A., y DOMINGO, A. (1985): *Encuesta de Salud de Barcelona*, Colecció «Estudis i Recerques», Serie Salut Pública, núm. 2, Ajuntament de Barcelona.
- CASAS, M.; CASAS, X.; COMPANY, A., y HUGUET, M. (1984a): *Estudis tècnics per al desplegament del mapa sanitari a la ciutat de Barcelona*. Vol. 1 1) «L'assistència hospitalària»; 2) «L'assistència d'urgències», Ajuntament de Barcelona y la Generalitat de Catalunya.
- CASAS, M.; CASAS, X.; COMPANY, A., y HUGUET, M. (1984b): *Estudis tècnics per al desplegament del mapa sanitari a la ciutat de Barcelona*, Vol. 2, y 3): «L'assistència primària», Ajuntament de Barcelona y la Generalitat de Catalunya.
- CASAS, M., y TOMAS, R. (1987): *Diagnosis related groups (DRG) in the local hospitals of Barcelona*, Comunicació presentada a «Medical Informatics Europe 87» 7th International Congress. Roma, 21-25 setembre 1987.
- COSTAS, J. C., y ROVIRA, J. (1984): «Depesa sanitària». En *Estudis tècnics per al desplegament del mapa sanitari a la ciutat de Barcelona*, Vol. 3 y 4): «Estudis de suport», Ajuntament de Barcelona y la Generalitat de Catalunya.
- HANCOCK, T. (1988): «Five-Year Planning Framework», *WHO Healthy Papers*, núm. 2, The WHO Healthy Cities Project Office.
- LLARCH, E.; SAEZ, X.; GÜELL, X., y RODRIGUEZ, M. R. (1987): *Dimensió econòmica i territorial del barcelonès*, Col·lecció Catalunya Comarcal, Caixa d'Estalvis de Catalunya.
- MARAGALL, P. (1986): «La capacitat de gestió dels Ajuntaments», *L'Opinió Socialista*, núm. 1, págs. 79-86.
- PARES, M. (1988): *Promoció del voluntariat per a l'inventari i recuperació ecològica de espais residuais urbanes a Barcelona*. Caso pràctic presentat al Primer Congrés Espanyol de Ciutats Saludables, Alicante, 1-3 març 1988.
- SERVEI D'ORDENACIÓ FARMACEUTICA (1984): «L'assis-

tencia farmacèutica la ciutat de Barcelona», en *Estudis tècnics per al desplegament del mapa sanitari a la ciutat de Barcelona*, Vol. 3. 4): «Estudis de suport», Ajuntament de Barcelona y la Generalitat de Catalunya.

UNITAT OPERATIVA DE LA NETEJA (1988): *Quadre General de Produccions*, Unitat Operativa de la Neteja, Ajuntament de Barcelona.

VILLALBI, J. R., y COSTA, J. (1988): *Iniciativas comunitarias contra el SIDA en Barcelona*. Caso práctico presentado al Primer Congreso Español de Ciudades Saludables, Alicante, 1-3 marzo 1988.

WHO (1988): *Workshop on Ecological Models for Healthy Cities Planning. Summary Report*, Liverpool, 25-27 marzo 1988. WHO Regional Office for Europe.

TRES AÑOS DE EXPERIENCIA CON CIUDADES SANAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

**Carlos Alvarez Dardet
Concha Colomer**

El proyecto Healthy Cities (ciudades sanas) fue iniciado en 1986 por la oficina europea de la OMS como un intento de desarrollar políticas de promoción de la salud a nivel urbano, lo que comenzó siendo un proyecto de una élite de ciudades ha acabado convirtiéndose en un verdadero movimiento mundial, para la mejora de la calidad de vida en las ciudades. En España, especialmente en la Comunidad Valenciana, estas ideas han tenido una difusión notable. Coordinadas por el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública muchas ciudades han realizado un estudio de su propia situación e iniciado el proceso de una nueva planificación urbana.

Three years of the «Healthy city» project: The Valencian Community experience

The paper outlines how the «Healthy City» project was set up by the WHS in 1986 in an attempt to further urban public health endeavours. What began as a project for a few leading cities has since become, in the fullness of time, an authentic movement on a world-wide scale in favour of a bettering of the quality of life in cities every where. In Spain the idea has been avidly taken up in the Valencian Autonomous Region. Co-ordinated from the Instituto Valenciano de Estudios de Salud Pública (Public Health), many cities have carried through a far reaching study of their proper health situations and set in motion planning to improve the same.

EL ENTORNO

La Comunidad Valenciana es una de las 17 comunidades autónomas españolas. Está situada en la costa mediterránea, aproximadamente supone un décimo de la población española. Un 72 por 100 de sus habitantes viven en áreas urbanas. Se puede observar una gama amplia de tendencias económicas y poblacionales dentro de las ciudades de la Comunidad Valenciana. La crisis económica de algunas industrias ha llevado al decaimiento de varias ciudades mientras otras han prosperado precisamente debido a la naturaleza de sus sectores económicos locales.

Las ciudades en la costa son generalmente más ricas y más pobladas a consecuencia de actividades turísticas y agrícolas.

Valencia es una de las regiones donde el servicio nacional de salud español tiene un presupuesto descentralizado. Aunque las ciudades más grandes como Valencia o Alicante tengan Servicios de Salud Pública municipales, las funciones de salud pública están proporcionadas en la mayor parte por el Sistema Regional de Salud. Desde el final de la dictadura de Franco y especialmente durante los años de gobierno socialista en España ha habido un renacimiento de la Salud Pública con la creación de muchos servicios nuevos y desde 1984 el establecimiento de cuatro nuevas escuelas de Salud Pública en Granada, Pamplona, Valencia y Madrid.

PUNTO DE PARTIDA

Mediante los contactos personales mantenidos en dos ciudades participantes en la red de la OMS (Liverpool y Barcelona) un grupo de profesores de universidad empezaron a desarrollar las ideas de ciudades sanas en nuestra región en la primavera de 1987 desde dos instituciones: el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad de Alicante y el Instituto Valenciano de Salud Pública en Valencia (IVESP).

La extensión de ideas y conceptos de Ciudades Sanas entre los profesionales de la Salud Pública, políticos y la Comunidad en general fue considerada desde el comienzo como una importante prioridad. El hecho de que todo el material relevante impreso fuera en inglés impedía en buena medida conseguir este objetivo. La traducción a veces pesada, al español de dos libros sobre ciudades sanas y la nueva salud pública tanto como la producción de folletos, material docente y un informe han sido importantes para nuestro trabajo durante los últimos dos años.

Dentro de la Comunidad Valenciana se obtuvo apoyo de gobiernos locales, especialmente los de Alicante, Elche y Alcoy y la Federación Valenciana de Municipios y Provincias. El apoyo más importante fue obtenido de la Generalidad Valenciana (el gobierno regional) que ayudó a establecer la oficina coordinadora y contribuyó a determinar la viabilidad política actual de la Red Valenciana de Ciudades Sanas.

Fuera de las fronteras españolas, hemos recibido consejos, colaboración y de alguna manera un puente de legitimación mediante la participación activa de redes informales relacionadas con ciudades sanas, especialmente dentro de los ambientes académicos.

Nuestra experiencia ha demostrado que aunque la relación oficial con burocracias internacionales pueda ser importante, no son suficientes ni necesarias para poder actuar de forma local en el estilo de Ciudades Sanas.

La Red Valenciana de Ciudades Sanas, que ahora tiene 34 ciudades miembros, tiene dos oficinas coordinadoras en las ciudades de Valencia y Alicante llevadas por dos profesionales de tiempo completo formados en salud pública y dos especialistas a tiempo parcial. Ha organizado una reunión anual y está implicada en una variedad de actividades con los ayuntamientos de las ciudades participantes, los profesionales de salud pública, las universidades de la región, los servicios sanitarios y los grupos comunitarios.

Para ofrecer una vista panorámica a los lectores del proceso desarrollado en la Comunidad Valenciana de cómo ha avanzado, o de vez en cuando fallado, durante estos años usaremos las siete tareas para las ciudades participantes citadas en las primeras etapas del proyecto como esquema para explicar el proceso.

GRUPOS POLITICOS INTERSECTORIALES

Aunque la creación y mantenimiento de grupos intersectoriales de alto nivel político de ma-

nera formal ha ocurrido en muchas de las ciudades participantes, el grado de compromiso y su utilidad varía mucho de una ciudad a otra y depende mucho de la creencia del líder político de las ciudades en las ideas de ciudades sanas. Hasta ahora creemos que aunque pueden pasar muchas cosas interesantes en un grupo de ciudades, este desarrollo es relativamente independiente de los esfuerzos hechos por un grupo coordinador y están más conectados con la situación política de la ciudad y con los distintos roles de liderazgo.

Una experiencia interesante del efecto potencial de comités intersectoriales que ha tenido éxito en el desarrollo de estrategias ecológicas ha tenido lugar en Silla, un pueblo cerca de Valencia, donde un alto nivel de contaminación medioambiental condujo a una gestión bastante racional del problema de las fábricas contaminantes.

GRUPOS INTERSECTORIALES TECNICOS

La falta de profesionales de salud pública contratados en los ayuntamientos limitaba mucho el desarrollo de un grupo de profesionales que podrían apoyar las actividades en las ciudades.

Se han desarrollado algunas medidas para superar esta limitación. El gobierno regional de Valencia y algunos municipios han proporcionado fondos o han desarrollado relaciones con instituciones académicas como las Escuelas de Enfermería y Medicina o el Instituto de salud pública con especialistas privados en Salud Pública para satisfacer necesidades.

Sin embargo, hay una necesidad evidente de mayor implicación de los Servicios Regionales de Salud (Servei Valencia de Salut) y sus servicios de salud pública en la tarea de acomodar de forma creativa las necesidades locales y el presupuesto regional.

DIAGNOSTICO COMUNITARIO

Varios gobiernos municipales (Elche, Alicante, Elda, Petrel), la Diputación de Valencia y la Generalitat han proporcionado fondos para desarrollar el diagnóstico comunitario al nivel de ciudad.

Algunos de ellos ya se han terminado y publicado y otros están en las etapas de trabajo de campo o planificación. Las universidades de la región y el Instituto de Salud Pública (IVESP) han proporcionado los recursos técnicos para esta tarea.

En 1989 el IVEP organizó un taller para discutir las bases comunes de diagnóstico comunitario en la región; el grupo de trabajo desarrolló diez puntos como recomendaciones para el diagnóstico comunitario en la Red Valenciana de Ciudades Sanas:

1. El diagnóstico debe estar basado y orientado más hacia la salud que hacia la enferme-

dad. Tienen un crecimiento continuo y para ello debe actualizarse la información en fases posteriores, así como mejorar las insuficiencias de las fases iniciales.

2. Los diagnósticos de salud de las ciudades serán más válidos y fáciles de elaborar si se desarrollan bases de datos que proporcionen información referida al ámbito municipal.

3. Si el diagnóstico es fruto de un trabajo intersectorial, permite una valoración más adecuada de la situación de la ciudad.

4. El diagnóstico debe evidenciar las desigualdades de salud y para ello debe ofrecer comparaciones entre los distintos grupos humanos y territorios del municipio, así como con otras ciudades.

5. El diagnóstico de salud es un instrumento de participación comunitaria; ello supone aceptar que el único propietario legítimo de esta información es la comunidad, e informarla, el objetivo más importante.

6. Los diagnósticos de salud deben concluir con informes o resúmenes que sean entendidos por personas sin especial formación en medicina o ciencias de la salud. Debe ser conciso, claro y breve y no una lista interminable de problemas.

7. La finalidad del informe o resumen es la de propiciar un debate sobre la salud en la ciudad. Para ello, el informe debe contener información útil desde el punto de vista político y del interés ciudadano.

8. La implicación de los medios de comunicación y el empleo de técnicas de *marketing*, permite una mejor difusión de los resultados de los diagnósticos.

9. El debate comunitario de las conclusiones del diagnóstico debe favorecerse entre el mayor número posible de colectivos (incluyendo los no organizados, como, por ejemplo, los niños y adolescentes).

10. La viabilidad de las conclusiones extraídas del debate comunitario se garantiza mediante la elaboración de un conjunto de prioridades y acciones prácticas negociadas y asumidas por los participantes.

RELACIONES ENTRE LA CIUDAD Y LAS INSTITUCIONES DOCENTES

La creación de relaciones con instituciones docentes se ha desarrollado fácilmente debido a que fueron académicos los que introdujeron la estrategia de ciudades sanas en nuestra región. Se ha desarrollado una gran variedad de actividades en las áreas de docencia, investigación y en aumentar la visibilidad de ciudades sanas entre los profesionales de Salud Pública.

Hay en la actualidad seminarios sobre ciudades sanas como parte de la formación de estudiantes en las escuelas de trabajo social y en las escuelas de enfermería, como parte importante del curso *Master* en la escuela de Salud Pública y en el Programa de Doctorado en el departa-

mento de Salud Comunitaria de la Universidad de Alicante.

Se han organizado cinco cursos internacionales en el Instituto de Salud Pública y además un curso anual en la escuela de verano de salud pública en Menorca.

Varios proyectos de investigación, algunos de ellos fruto de colaboración internacional, se han puesto en marcha sobre indicadores, nutrición, *kidspace* y también se está realizando el análisis de una encuesta domiciliaria de ciudades sanas con más de 2.000 entrevistas.

Para divulgar Ciudades Sanas entre los profesionales de salud pública se ha hecho mucha publicidad de la reunión anual que ha llegado a ser un punto de reunión importante para la región, como se ha demostrado en las reuniones de 1988 y 1990 con más de 500 congresistas. Con la misma idea y como respuesta a nuestra iniciativa, la revista de la Sociedad Española de Salud Pública (*Gaceta Sanitaria*) ha creado una sección de Ciudades Sanas.

MODELOS DE BUENA PRACTICA

Los proyectos o experiencias que actualmente están en el ámbito de Ciudades Sanas en la Comunidad Valenciana reflejan mucho la situación política de base y los cambios producidos en la práctica de la salud pública en los últimos años.

Muchos analistas políticos han notado la falta de «asociacionismo» en España en comparación con otros países con más tradición democrática y esto puede atribuirse a los efectos de la prolongada dictadura de Franco en la sociedad civil.

Otro hecho importante que afecta al desarrollo de modelos de buena práctica en España es la situación actual de los Servicios de Salud Pública con programas verticales y hasta hace muy poco orientados hacia la prevención de enfermedades infecciosas. La organización de Servicios de Salud Pública y su implicación en el Sistema de Atención Primaria en 1988 también produjo muchas situaciones nuevas.

A pesar de esta situación y especialmente durante 1989 muchas experiencias nuevas se hicieron visibles como resultado de la creación de Ciudades Sanas como espacio para la discusión.

Algunas experiencias se han iniciado por gobiernos locales, tal como el proceso de discusión y negociación del Ayuntamiento de Benidorm con los estancos para utilizar los impuestos obtenidos por estas tiendas en campañas antitabaco. Otras fueron iniciadas en otros sitios, como la experiencia de las mujeres de Godella que es un programa de ejercicio físico en nuestra región desarrollado por una matrona de atención primaria. Pero el tipo de proyectos que aparecen a veces en la literatura de Ciudades Sanas totalmente horizontales y pertenecientes a la comunidad faltan todavía en nuestra Comunidad.

DEBATE SOBRE LA SALUD

Evidentemente hay que utilizar los medios de comunicación para generar un debate sobre cualquier tema. En estos tres años hemos aprendido mucho trabajando con profesionales de los medios de comunicación sobre los resultados muy distintos obtenidos si uno intenta «utilizar» los medios de comunicación o si uno intenta «implicar» a los medios de comunicación en el proceso.

Varios periodistas de la prensa, TV y radio están relacionados con la coordinación de Ciudades Sanas dentro de una «Asociación de Ciudades Sanas» que se ha establecido hace poco y que se reúne cada mes. Como resultado de este proceso de implicación de los medios de comunicación se han empezado varios proyectos y se transmite un programa semanal sobre ciudades sanas en la radio por toda la región.

Los periódicos locales también han desempeñado un papel importante publicando noticias de las oficinas coordinadoras y los resultados de los diagnósticos de salud. El debate de Ciudades Sanas incluso ha alcanzado al parlamento regional, donde han dedicado una pregunta al progreso de Ciudades Sanas en la Comunidad Valenciana, reflejando el interés amplio que ha surgido entre los ciudadanos.

La ciudad de la red valenciana que ha avanzado más en su debate de salud es probablemente la ciudad de Elche. Ha producido un grupo de 12 prioridades basadas en las 38 metas de la OMS y su propio diagnóstico de salud. Un grupo de profesionales, políticos, delegados, representantes de servicios sanitarios y sociales, de asociaciones de mujeres y consumidores y varios periodistas produjeron la siguiente declaración como propuesta para un debate público:

«Desde el entendimiento de la salud como un estado de bienestar tanto físico como psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad, nos reafirmamos en la necesidad urgente de que desaparezcan de Elche situaciones residuales que son consideradas prerequisites de la salud por la Organización Mundial de la Salud, como la pobreza y las viviendas de mala calidad.

Al mismo tiempo, entendemos la salud como un recurso para la calidad de la vida cotidiana y desde esta perspectiva proponemos el comienzo de un debate sobre la salud en la ciudad de Elche, que tenga en cuenta las 12 prioridades siguientes:

1. Fomento de estilos de vida saludables.
2. Reducción de las desigualdades de salud producidas por el nivel socioeconómico, la edad y el sexo, desarrollando intervenciones positivas que favorezcan la igualdad.
3. Favorecer las estructuras sociales de ayuda mutua y voluntariado.
4. Acciones contra las drogodependencias en todas las edades y frente a todas las drogas.

5. Fomento del ejercicio físico en todos los grupos de la población.

6. Mejora de la calidad de vivienda, posibilitando además el acceso económico a viviendas dignas.

7. Reducción de los costos en salud que supone el tráfico de vehículos.

8. Mejora de las condiciones de trabajo y de la salud laboral.

9. Desarrollo de programas de promoción de la salud en la comunidad escolar.

10. Las decisiones en planificación urbana y territorial deberán tener en cuenta las necesidades medioambientales y de salud.

11. Potenciar la atención primaria, los servicios sociales y la salud comunitaria como ejes del sistema asistencial.

12. Sensibilizar a toda la población para su participación en el proyecto Ciudades Sanas».

APOYO MUTUO

La reunión anual junto con reuniones administrativas y el boletín *Ciudades Sanas* son las maneras mediante las que se comunican experiencias y se desarrollan relaciones de colaboración entre las ciudades.

Nuestro grupo ha estado implicado en propagar las ideas y conceptos de ciudades sanas a los países de habla española. Como consecuencia de un acuerdo entre los editores del boletín *Ciudades Sanas* en Liverpool, el IVESP y la oficina de la OMS en Washington, ahora se está distribuyendo el boletín *Ciudades Sanas* en castellano por toda América Central y Latinoamérica.

El número en español del boletín publica el mismo material que el inglés pero añade información de interés especial para países que hablan español.

CONCLUSIONES

Un movimiento parecido hasta cierto punto al actual «Proyecto de Ciudades Sanas» se desarrolló al final del siglo XIX en la ciudad de Alicante bajo el liderazgo de José Gadea que además de ser arquitecto y médico fue alcalde de Alicante durante varios años. Lo ha estudiado la profesora Rosa Ballester, quien también analizó las razones por las que este antecedente histórico falló en la práctica. Ninguna de las ideas revolucionarias de Gadea coincidió efectivamente con las tendencias sociales y económicas de su época. La falta de poder político de Gadea le impidió imponer sus ideas utilizando un acercamiento paternalista y el resultado a finales del siglo pasado fue una ciudad muy distinta de la utopía de Gadea.

Mirando el pasado podemos identificar algunos temas relacionados a estrategias políticas y

participación comunitaria que pueden afectar al éxito de nuestros esfuerzos para cambiar el medio ambiente de las ciudades y los estilos de vida de la población. Estos temas se resumen en los tres puntos siguientes:

1. Desarrollar un proceso de negociación para producir una estrategia política explícita sobre ciudades sanas a nivel local.

2. Definir el papel de los servicios sanitarios en el movimiento de Ciudades Sanas.

3. Progresar más con la idea de «pensar globalmente y actuar localmente», que es el *slogan* de 1990 de la OMS, y después de conseguir esto seguir con «pensar localmente y actuar globalmente», buscando nuevas maneras de colaboración internacional de manera más efectiva y flexible.

BIBLIOGRAFIA

ASHTON, John, y SEYMOUR, Howard (1988): *The New Public Health, Open University 1988*.

COLOMER, Concha, y COSTA, Jaume (1989): «El programa ciudades saludables en España», *Revisiones en Salud Pública*, vol. I, 159-174.

COSTA, Jaume, y ALVAREZ-DARDET, Carlos (1989): «Ciudades Saludables: Un movimiento para la Nueva Salud Pública», *Gaceta Sanitaria*, 12-13, 407.

SITUACION DE SALUD EN PERU. LA EPIDEMIA DE COLERA

David Tejada de Rivero

The public health situation in Peru. The present cholera epidemic

La epidemia de cólera en Perú, extendida a países vecinos y con una alta probabilidad de convertirse en endemia, es, sin duda, un tema de interés no circunscrito a epidemiólogos y sanitarios.

El análisis de sus causas directas e inmediatas, así como de sus factores condicionantes más generales, nos puede servir para comprender que otras enfermedades infectocontagiosas se pueden presentar epidémicamente en cualquier momento.

Para ello debemos estar debidamente preparados.

Sin embargo, lo más importante y trascendente es que la epidemia nos ha permitido reconocer y aceptar que el actual modelo de cuidado de la salud predominante en Iberoamérica pareciera estar agotándose. Por lo menos así ocurre en Perú.

That present cholera epidemic that has now spread to neighbouring countries and which shows every sign of becoming endemic is here held to be a subject of interest to people other than such as might be immediately and professionally tasked with dealing with such phenomena.

A close analysis of its immediate and direct causes, along with the general conditioning factors behind these, leads us inevitably to the conclusion that other causally similar infections and contagions could be in the offing and that epidemically.

It is thus felt they must be met by a previously prepared world. The paper feels that one thing at least, and this a transcendent and important one, has been gleaned from the present disaster and that is that the actual public health set up in Ibero-america has been shown to be wearing out, at least as far as Peru is concerned.

1. PERU Y SU REPRESENTATIVIDAD EN IBEROAMERICA

Es por supuesto cuestionable que lo que sucede en Perú sea un fenómeno generalizado y que las lecciones obtenidas de su experiencia sean válidas para otros países del continente iberoamericano. Mucho se puede argumentar sobre las grandes diferencias que hay entre esos países. Más aún si en el interior de ellos es fácil encontrar también extraordinarias diferencias.

Pero otro tanto se puede argumentar en favor de las muchas características iguales o bastante similares: culturales, históricas, sociales, económicas y políticas. Además, todas ellas y otras

situaciones y circunstancias globales hacen de esos países no sólo una región común y de problemas presentes muy semejantes, sino, y sobre todo, una región con una sola posibilidad de futuro. Otro destino, muy diferente del presente, ocurrirá siempre y cuando sean capaces de lograr alguna forma de integración que les permita superar la debilidad de ser partes pequeñas, fáciles de ser separadas y hasta antagónicas cuando ello beneficia a determinados intereses internos y externos.

2. UN CONOCIMIENTO BASICO DEL PAIS

Tradicionalmente una situación sanitaria nacional se ha presentado como si se tratara de algo aislado y en cierto modo ajeno a la realidad social y económica del país. En los diagnósticos

David Tejada de Rivero es médico epidemiólogo. Agradecemos al Servicio de Relaciones Internacionales de la Universidad de Salamanca las facilidades para reproducir esta conferencia. «Salamanca, Foro de Iberoamérica 1991».

clásicos, aun cuando se hacen recuentos generales y hasta detallados del país, las categorías de análisis utilizadas han sido principalmente biomédicas y expresadas en valores promediales nacionales. Lo primero es muy limitativo, no importa cuán extensa sea la información, y lo último oculta lo que tal vez sea lo más característico de los países iberoamericanos: las grandes diferencias. Tanto en lo que se refiere al amplísimo rango de niveles de salud entre grupos de población como a la distribución, uso y beneficio de los escasísimos recursos que se asignan a los sectores sociales. Las consecuencias de un enfoque desligado de lo económico y de lo social —entendidos ambos términos en su sentido más amplio—, políticamente aséptico y aparentemente técnico-científico, han sido precisamente sociales, económicas y políticas, es decir, se ha contribuido a la consolidación y acentuación de esas diferencias.

Es preciso destacar que Perú ha sido históricamente un país de grandes diferencias. La independencia política de comienzos del siglo XIX no cambió la situación existente desde la conquista y colonización española. La vida republicana, con sus alternancias de anarquías y dictaduras, así como las consecuencias negativas de conflictos internacionales propios y extracontinentales, ahondaron las diferencias y precipitaron con ello un proceso de dependencia económica y finalmente política.

Perú es un país donde el 2 por 100 de su población usufructúa el 20 por 100 del ingreso nacional. En contraste, un 85 por 100 de los peruanos deben sobrevivir con el 45 por 100 de dicho ingreso. Como resultado de la crisis económica actual y de las medidas de ajuste para su enfrentamiento, más del 60 por 100 de la población está por debajo de la línea de pobreza. En estas diferencias, que se reflejan en múltiples aspectos, está la causa de muchos de los problemas, incluyendo la situación sanitaria.

Perú es uno de los países más complejos y heterogéneos de Iberoamérica. En el camino de su confrontación como una unidad nacional —no lograda aún— se han superpuesto, contrapuesto y yuxtapuesto diferentes etnias, culturas y economías.

La heterogeneidad comienza con la geografía —y esto tiene mucho que ver con el cuidado de la salud y el combate de endemias y epidemias—. Los Andes atraviesan el país de norte a sur, creando una inmensa barrera entre la costa, hacia donde trata de emigrar la población andina, y la selva amazónica, extensa, muy poco poblada y que constituye hoy una de las pocas grandes reservas ecológicas de la tierra.

Aunque geográfica y económicamente se configuran muchas regiones —Perú posee 84 de los 105 ecosistemas que existen en el mundo—, su diversidad y complejidad se pueden apreciar en una síntesis apretada de sus llamadas tres grandes regiones naturales.

La costa en una faja desértica y angosta, de 40 a 80 km de ancho, y tiene apenas 53 valles

fértiles a lo largo de ríos que bajan de los Andes al mar. Es polo de atracción y en su centro está Lima, hegemónica, centralista y ahora cercada por millones de migrantes andinos. En cincuenta años la costa ha casi septuplicado su población.

La sierra, donde floreció el Perú prehistórico, ocupa el 30 por 100 del territorio y se eleva desde los 500 hasta los 6.768 metros sobre el nivel del mar, dejando en su intrincado desarrollo montañas no cultivables y numerosos valles encajonados y de difícil acceso y comunicación. En 1940 albergaba al 65 por 100 de la población y hoy la habita un poco menos del 35 por 100. En los valles altos y en el altiplano del sur el hombre es capaz de vivir y trabajar en alturas superiores a los 5.000 metros.

La selva, que ocupa el 60 por 100 del territorio y donde vive sólo un 10 por 100 de la población, comprende una zona alta y boscosa situada en las faldas del lado oriental de los Andes, y una zona baja, extensa, sólo habitable a lo largo del río Amazonas y de sus principales afluentes, y cubierta de exuberante vegetación tropical difícilmente renovable. En la selva alta está el 60 por 100 de la producción mundial de la hoja de coca, uno de cuyos catorce alcaloides es la cocaína.

Perú tiene en la actualidad un estimado de 22,8 millones de habitantes. Más del triple de la de 1940. La migración externa no es significativa aunque podría comenzar a serlo por el continuo éxodo de peruanos jóvenes desocupados hacia Estados Unidos, Japón, Venezuela y otros países.

Si bien la relación entre población y superficie territorial haría pensar en un país de baja densidad poblacional, la relación entre población y tierras cultivables lo colocan en la situación de un país relativamente superpoblado.

La tasa de crecimiento poblacional sigue siendo alta, pero el gran problema demográfico del Perú es la migración interna: del medio rural al urbano, del campo a la ciudad, y de la sierra a la costa. En 1940 la población urbana —en localidades de más de 2.000 habitantes— era un 35 por 100, que hoy sobrepasa el 70 por 100. Lima, que en 1940 tenía 0,7 millones de habitantes, hoy tiene por lo menos 6,6 millones. La persistente invasión de andinos —indígenas y mestizos— hacia Lima y otras pocas ciudades constituye una «ruralización» de las ciudades y del medio urbano.

Sin embargo, gran parte de la población de Perú continúa dispersa. En el último censo de 1981, de 63.666 centros poblados del país, un 63 por 100 tenían menos de 1.000 habitantes y un 98 por 100 menos de 2.000. Este es, por ejemplo, uno de los tantos retos para la provisión de agua potable a esas poblaciones. En la actualidad, aparte de Lima, sólo dos ciudades superan ligeramente el medio millón de habitantes y otras 14 tienen más de 100.000. Los indígenas y mestizos que migran a las ciudades son, en su gran mayoría, los comerciantes ambulantes y los productores informales de pequeñas industrias y ar-

tesanías. Además, ellos son los que han construido y dado vida económica y política a esas nuevas organizaciones sociales, que no se identifican ni se sienten representados por el Estado o por las instituciones tradicionales de la llamada sociedad civil. Ellos han rebasado y descolocado a los partidos políticos y a otras expresiones formales de la sociedad clásica.

Un 13 por 100 de los mayores de quince años son aún analfabetos. En seis de los 25 departamentos en que se divide política y administrativamente el país, los analfabetos sobrepasan el 25 por 100 y en uno de ellos la cifra llega al 42 por 100. Pero estos promedios también ocultan otras diferencias: entre las mujeres del medio rural son analfabetas un 47 por 100.

En 1986, antes de la agudización de la crisis económica, la escolaridad, medida en términos del promedio de años de estudio y dentro de un sistema educativo de diez a doce años, era de 5,6 en hombres y 4,7 en mujeres. La deserción escolar tiende a aumentar en la medida del continuo empobrecimiento. Sólo el 1 por 100 de los que ingresaron a la educación primaria culminaron titulándose en sus estudios universitarios, aun cuando el modelo educacional es mayormente conducente a la profesionalización. En una sociedad con grandes diferenciaciones de clase y con muy poca movilidad social, la profesión liberal —médicos, abogados e ingenieros— y el ejército han sido los medios para promoverse de una clase a otra.

La estructura y el funcionamiento de la economía peruana obedece a la división internacional del trabajo que ha asignado a unos países el rol de productores de materias primas, de mano de obra barata y de importadores de capital y productos manufacturados. La tendencia histórica del mundo muestra que las materias primas disminuyen permanentemente de valor mientras el capital, los productos manufacturados y la tecnología incrementan constantemente sus precios. Se trata entonces de una economía frágil y altamente dependiente del exterior. Muchas de las más importantes variables macroeconómicas escapan al manejo nacional.

La dependencia económica, sus consecuencias políticas, se han profundizado por una deuda externa técnicamente impagable sin elevadísimos y peligrosos costos sociales. Estos y otros factores internos fueron condicionando, en los últimos quince años, una crisis catalogada como la más compleja y profunda de la historia peruana. Hiperinflación, recesión, desempleo y subempleo, caída violenta de la capacidad adquisitiva de las remuneraciones, disminución de la presión tributaria a una cuarta parte, déficits cuantiosos de la caja fiscal, etc., constituyen el conjunto que caracteriza a esta crisis.

No es posible entrar en mayores detalles sobre lo económico. Más importante es tratar de hacer un breve y sumario recuento de sus principales consecuencias sociales. Hay en los economistas, cualquiera que sea su escuela o modelo, una manifiesta incapacidad para ver la im-

portancia de lo social, del mismo modo que el sanitarista, por ejemplo, es incapaz de ver la importancia de lo económico. Como los que manejan las decisiones de gobierno en crisis son por lo general los economistas, todos los esfuerzos son para cerrar las brechas fiscales y externas, no importando la profundización de la brecha social con todas sus consecuencias políticas. Así, el desempleo alcanza un 10 por 100 y el subempleo un 75 por 100 de la población económicamente activa. Estos porcentajes tienden a aumentar y el valor adquisitivo de las remuneraciones ha disminuido en los últimos tres años a niveles semejantes a los de hace veintidós años. Sólo un 20 por 100 de los que tienen empleo reciben salarios adecuados. La remuneración mínima legal no permite comprar ni siquiera una sexta parte de la canasta familiar de subsistencia. Esto tiene estrecha relación con el estado de nutrición de madres y niños, así como la baja resistencia a infecciones y otras enfermedades.

Frente a esta situación de mayores necesidades y más altos riesgos, los presupuestos para salud y otros sectores sociales han caído continuamente en los últimos años.

El Estado, las principales instituciones y el propio tejido social están también en crisis. Los partidos políticos, el movimiento sindical, el empresariado, los gremios profesionales, etc., no han evolucionado ni se han adecuado a los cambios sociales derivados de la crisis. Han perdido convocatoria y liderazgo, crédito y confianza.

A pesar de los pasos concretos dados para una regionalización, el centralismo sigue siendo excesivo y asfixiante. Hay tendencia generalizada a la concentración de poder, y esto no sólo produce ineficiencia y favorece la corrupción, sino que contribuye a un creciente distanciamiento entre el Estado, identificado con el gobierno central, y la sociedad civil, así como entre los dos y las organizaciones sociales populares y el ciudadano como personas. Esta situación se refleja en los programas de salud, donde se sinergia con el acaparamiento de responsabilidades, conocimientos y destrezas en el personal del sistema de salud.

3. LOS GRANDES PROBLEMAS DE HOY

Hay consenso en reconocer que son cuatro los grandes problemas nacionales que condicionan y determinan la mayoría de las situaciones negativas en casi todos los campos. Estos problemas no son independientes; se potencian y favorecen mutuamente. Es importante tomarlos en cuenta en el diagnóstico de cualquier fenómeno nacional.

La pobreza y la miseria o indigencia se extienden y profundizan en el país. Se define la primera como incapacidad de satisfacer las necesidades nutricionales mínimas como consecuencia de ciertos hábitos de consumo indispensables. Se define la segunda como la imposibilidad absoluta de satisfacer las necesidades nutriciona-

les mínimas aun si se gastaran todos los ingresos familiares exclusivamente en alimentos. De tal manera que la relación con estado nutricional y, por ende, con salud es muy directa.

Si bien las causas de la pobreza son en Perú estructurales e históricas, la actual crisis económica y la forma de su enfrentamiento han incidido en su extensión y profundización. Aun antes de los ajustes económicos de agosto y diciembre de 1990, seis de cada diez peruanos vivían en pobreza y de ellos tres en miseria. En el medio rural las cifras correspondientes son de ocho y cuatro. En Lima uno de cada tres vive en pobreza y uno de cada seis en miseria.

La subversión y la violencia terrorista han producido en los últimos once años daños tremendos en vidas humanas y en la producción, han impuesto severas restricciones al desarrollo nacional y en general elevados costos políticos, sociales y económicos: más de 15.000 muertes y más de 17.000 millones de dólares. La pobreza, el desempleo, la caída del salario y el permanente encarecimiento del costo de vida son caldo favorable para la subversión y el terrorismo.

El narcotráfico es otro gran problema. El Perú produce el 60 por 100 de la hoja de coca disponible en el mundo. Su cultivo es fácil, su precio elevado para la producción ilegal de cocaína, su «exportación» a los centros de refinamiento, contrabando y consumo no tiene la falta de vías y medios de comunicación que no existen para los demás productos, y pareciera no haber opciones económicamente ventajosas para su sustitución. Su erradicación será difícil por el acuerdo de protección mutua que pareciera existir entre narcotraficantes y subversivos. Este es, además, un foco permanente de corrupción que se irradia a muchas esferas y sectores del país.

Ya se mencionó anteriormente el cuarto gran problema: la brecha entre el Estado, la sociedad civil y las organizaciones populares.

4. LA SITUACION SANITARIA

En toda situación real hay siempre coexistiendo componentes o aspectos positivos y negativos. Nada es totalmente bueno o totalmente deficiente. Por eso resulta relativamente fácil tanto la crítica como la apología. Conocidos y reconocidos los aspectos buenos o positivos, pareciera que hoy, por múltiples razones de orden general y nacional, y por todos los factores y problemas que se ha mencionado, la situación sanitaria no es la que debiera o pudiera ser. Esta aclaración es válida también en cuanto al sistema de salud prevalente hoy en Perú.

La situación sanitaria en Perú es una manifestación de efecto que refleja la realidad nacional. Predominan todavía las enfermedades infecciosas, gastrointestinales y respiratorias agudas. Se extiende la tuberculosis. La malaria está en Lima. Aumentan la hepatitis, la leishmaniasis, el dengue, etc. La desnutrición se incrementará con la

pobreza y la miseria y ello favorecerá a las enfermedades antes mencionadas.

El saneamiento básico es insuficiente. El 59 por 100 de la población urbana tiene acceso por conexión al agua potable, mientras que sólo un 14 por 100 de la rural lo tiene. El 43 por 100 de la población urbana tiene alcantarillado u otro medio de disposición de excretas, frente a sólo un 0,7 por 100 de la población rural. Sin embargo, en Lima los pobladores urbano-marginales pagan 14 veces más por un metro cúbico de agua comprada en cilindros que lo que pagan los habitantes de las zonas residenciales por agua potable en conexión intradomiciliaria.

Unos pocos indicadores son suficientes para tener una idea de la situación: la mortalidad infantil tiene un promedio nacional de 127 por 1.000 nacidos vivos, pero esta tasa oculta un rango de 15 en las zonas residenciales de Lima, 275 en el departamento de Huancavelica —en la sierra sur— y 500 en algunas áreas rurales del mismo departamento.

Una de cada dos defunciones corresponde a menores de cinco años y en la mitad de estos casos la muerte se debe a enfermedades evitables por inmunizaciones y saneamiento básico.

En las poblaciones urbano-marginales de Lima los menores de cinco años tienen, en promedio, diez episodios anuales de diarrea.

Uno de cada dos niños en edad preescolar está desnutrido. Como consecuencia, uno de cada dos escolares que se matriculan en el primer año de primaria abandona la escuela en el segundo año.

Siete de cada diez mujeres embarazadas y lactantes sufren de anemia nutricional.

Pero en Perú se dan, también, otros problemas de salud propios de países industrializados: enfermedades cardiovasculares, degenerativas, metabólicas, neoplasias, accidentes y violencias. Y no faltan los problemas mentales, *stress*, adicción a drogas, alcoholismo y obesidad.

En general esta patología afecta más a los grupos de población pobres y necesitados. La crisis económica también los afecta más y los hace más susceptibles.

5. RECURSOS FINANCIEROS Y ECONOMICOS REDUCIDOS

Se ha dicho que el sistema de servicios de salud es predominantemente médico-reparativo, centralizado, enclaustrado dentro de los muros de sus facilidades físicas, y ahora con pocos recursos económicos para materiales y otros insumos. Concentra sus escasos recursos, de todo orden, en las grandes ciudades. En cambio, no menos del 40 por 100 de la población nacional no tiene acceso a servicios de salud permanentes.

Camas hospitalarias, médicos, enfermeras, tecnología moderna, etc., se concentran en Lima y en las grandes ciudades. Dentro de este esquema centralista, más del 90 por 100 del volu-

men total de recursos financieros y económicos y cifra igual de recursos humanos disponibles se destina a los hospitales. Un 4 por 100 se destina a la administración de los niveles centrales institucionales. Esto deja un minúsculo saldo de un 6 por 100 para la atención periférica, no hospitalaria y donde están los pocos programas promocionales y preventivos.

El 87 por 100 de los gastos corrientes totales son para remuneraciones y pensiones. Sin embargo, el personal de los servicios de salud está muy mal pagado. El valor adquisitivo de sus remuneraciones actuales equivale a un 25 por 100 del valor de compra que tenían en 1987.

La crisis económica ha profundizado la desproporción entre problemas de salud, de magnitud cada vez mayor y afectando mucho más a los grupos de población pobres, y un sistema de servicios que padece una drástica reducción de sus recursos financieros y económicos. Por ello las coberturas se reducen y las atenciones son cada vez menos eficientes.

Sin embargo, el problema no es exclusivamente financiero. Hay otros factores que no se encuentran en el lado económico. Si, por ejemplo, los recursos monetarios asignados al Ministerio de Salud se duplicaran, aun en valores reales, no alcanzarían para superar las deficiencias e insuficiencias del sistema. De primera intención el personal profesional, técnico y de servicios reclamaría justificados aumentos para recuperar su perdido poder adquisitivo. El sobrante no alcanzaría para inversiones de remodelación y reequipamiento indispensables. No quedaría nada para agua potable y letrinas. La cobertura actual no podría incrementarse o extenderse por falta de facilidades físicas, precisamente ahí donde la población está en mayor riesgo y es más necesitada. Esta población desatendida no podría competir con los actualmente beneficiados, quienes tienen por muchas razones una mayor capacidad de presión política.

Sólo para tener una idea de la magnitud de las necesidades financieras y tomando como ejemplo el caso concreto del cólera, para sistemas mínimos de agua potable sin conexión domiciliaria y alcantarillado y letrinas se requeriría una inversión no menor de 1.300 millones de dólares y las obras se completarían en un plazo de cinco a diez años. Para erradicar el cólera se necesitarían, además, fuertes inversiones y gastos corrientes para exámenes de laboratorio, antibióticos y otras medidas indispensables sobre las personas.

Luego el enfrentamiento de los problemas de salud más urgentes en Perú, y dadas las condiciones de una categórica restricción de recursos financieros y económicos, pasa necesariamente por otras formas muy diferentes de las tradicionales.

6. LAS CONDICIONES QUE FAVORECIERON LA EPIDEMIA DE COLERA

De todo lo expuesto pareciera quedar claro que las condiciones que facilitaron la rápida di-

fusión del cólera son las correspondientes a factores sociales y económicos derivados de una situación estructural y de una circunstancia de crisis que ha ido acumulándose en los últimos quince años. El cólera es una enfermedad ambiental debida generalmente a la contaminación fecal del agua de bebida y o de regadío, o de los alimentos, a partir de individuos enfermos o de infectados sin síntomas. Hábitos higiénicos, agua potable no contaminada, alimentos preparados sanitariamente por manipuladores sanos y de buenos hábitos higiénicos, impiden la transmisión y difusión de la enfermedad. Cuando nada de esto existe el cólera se disemina fácil y rápidamente. Cuando no hay conocimiento o adecuada información sobre lo que hay que hacer a los primeros síntomas, la enfermedad progresa y puede producirse la muerte aun en pocas horas. El deceso ocurre por deshidratación aguda que produce un *shock* hipovolémico, al eliminarse abundantes deposiciones líquidas con altos niveles de electrolitos.

El cólera es entonces una enfermedad de medio ambiente pobre y de gente pobre. La pobreza, el deficiente saneamiento básico y la falta de educación e información son el medio más favorable para el desarrollo epidémico de la enfermedad y su establecimiento endémico.

En Perú estas circunstancias se dieron. Habría que agregar que también influye la pasividad impuesta a una población, al arrebatársele toda responsabilidad directa en el cuidado de su propia salud. Un buen ejemplo de lo ocurrido de esta conducta se dio en Lima durante los veranos de 1988-89 y 1989-90. Un programa de control de enfermedades diarreicas se propuso transferir información clara, conocimientos simples y destrezas mínimas para un diagnóstico precoz de casos y tratamiento inicial casero a las madres de las organizaciones populares. Los resultados fueron excepcionales. Se redujeron drásticamente las diarreas graves, la deshidratación aguda y la mortalidad por estas causas. Los centros y unidades de rehidratación oral tuvieron muy poca concurrencia y el consumo de sobres con sales de rehidratación disminuyó notablemente. La incidencia de diarreas no disminuyó, pues el programa no estaba dirigido a los factores causales. Es muy posible que la baja letalidad en la epidemia de cólera se deba a la preparación previa de las madres de organizaciones populares. En cambio, según informaciones recibidas en Lima, los brotes de cólera en Ecuador muestran una letalidad dos veces y media mayor que en Perú.

7. DESARROLLO Y MANEJO DE LA EPIDEMIA

La epidemia de cólera fue una sorpresa. Un hecho no esperado y, por tanto, no previsto. Las autoridades nacionales de salud —del Ministerio y del Instituto Peruano de Seguridad Social principalmente—, los colegios profesionales —en

particular el Colegio Médico del Perú—, universidades e instituciones científicas, organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales, etc., hicieron todo lo posible y a su alcance, a pesar de la gran limitación de recursos y las restricciones conocidas del sistema de servicios de salud. Los médicos cumplieron una destacada y sacrificada labor. Esto no se puede desconocer y, por el contrario, hay que realzarlo. Sin embargo, lo que interesa prospectivamente es buscar los factores o elementos negativos. Lo que no se hizo bien o lo que no se hizo. Eso prepara para no repetirlo, para preverlo o para hacerlo mejor.

Entre los más importantes elementos de crítica hay que mencionar:

El hecho de no haberse terminado de establecer a pleno funcionamiento un sistema efectivo de vigilancia epidemiológica y los sistemas de notificación, registro, procesamiento correcto y oportuno en relación con enfermedades infecto-contagiosas. Es muy posible que por falta de recursos económicos estos sistemas no funcionaron eficientemente. Faltó cobertura, exactitud de la información, seguridad en los diagnósticos. Por otro lado, no existieron los recursos financieros para el seguimiento tradicional de casos, contactos y controles.

Han sido también deficientes, por carencia de recursos económicos mínimos, los sistemas de control bacteriológicos en agua y alimentos. No hay un efectivo control sanitario de la elaboración callejera de alimentos, cuya clientela es cada vez más numerosa en la medida en que los bajos salarios y el costo del transporte público aumenta. La gran mayoría de empleados y obreros se ven obligados a comer en la calle, cerca de sus lugares de trabajo.

Existen serias dificultades en la aplicación de medidas sanitarias frente al enfermo, tanto en su domicilio como en los hospitales. La eliminación de sus excretas es un problema y no hay control en la descarga hospitalaria a las redes públicas de desagüe o a los puntos de descarga final de sus emisores. Lo mismo ocurre en escuelas, centros de trabajo y otros lugares públicos.

Desde hace algunos años se ha descuidado el control sanitario de aeronaves, barcos y vehículos terrestres.

Otra área que requiere de un análisis crítico es la referente al manejo político de la epidemia. Especialmente por parte del Gobierno, como un todo. El manejo de la información al comienzo de la epidemia merece algunos comentarios. Es explicable que la población careciera de conocimientos adecuados sobre la enfermedad del cólera. Considerada una enfermedad exótica y de países lejanos, poco se sabía sobre su forma de transmisión, sintomatología y tratamiento. Se ignoraba su evolución rápida y grave en algunos casos y la razón precisa de las muertes. Como se ha mencionado antes, lo único favorable era el conocimiento previo del manejo de las diarreas, muy frecuentes en el medio pobre urbano-marginal.

Producida la epidemia no se supo reaccionar a tiempo y con tranquilidad. Con información uniforme, simple, correcta y concreta. Si bien se utilizaron todos los medios de comunicación masiva para informar a la población, se pecó de un poco de alarmismo y ello fue amplificado por los medios de comunicación.

El contenido de la información tuvo algunos errores inexplicables, especialmente cuando la audiencia a la que estaba dirigida es pobre y sus recursos apenas les alcanza para sobrevivir. Indicar, por ejemplo, que el agua se hirviera por lo menos durante diez minutos no tiene base científica y colocaba a los pobres en el dilema de gastar más en combustible o no hervir el agua. También se indicó que no debería comerse pescado, cuando éste es por su precio la principal fuente de proteínas en las mesas populares. Se dijo que el mar estaba contaminado sin especificarse si se trataba de costas cercanas a los emisores de descargas urbanas o al mar abierto. Posiblemente con el interés de obtener recursos externos se magnificaron los problemas de la contaminación y de la misma epidemia. Esto creó graves problemas a la exportación de pescado para consumo humano, hortalizas y frutas, inclusive harina de pescado. Los mercados importadores se cerraron, ya sea por temor o por maniobras dolosas de competidores. El turismo fue muy perjudicado. En fin, las pérdidas resultaron ser cuantiosas y mucho mayores que la ayuda económica externa para la epidemia.

La reacción del Gobierno—en general—y de los sectores pesquería, agricultura, turismo y exportador fue natural pero exagerada. Por otro lado, la prioridad del Gobierno era el manejo económico, y dentro de éste el fortalecimiento de la caja fiscal. Así se produjo lo que la prensa y los medios políticos llamaron «la guerra del cebiche». Desautorizando al Ministro de Salud, los Ministros de Pesquería y de Agricultura y después el Presidente de la República salieron al público, por todos los medios de difusión, comiendo cebiche y pescado crudo. Estas actitudes las justificaban por tratarse de tranquilizar a los mercados importadores, así como responder a la presión de empresarios y trabajadores de los sectores afectados. Pero se perjudicó el manejo de la epidemia. Dejó de haber una sola voz oficial, las autoridades se contradecían y se creaba confusión en la población.

La educación sanitaria, programada para combatir la epidemia, tuvo algunas dificultades al no tomarse en cuenta el nivel cultural y los valores de la población a la cual estaba destinada. El técnico y el poblador rural o urbano-marginal usan diferente vocabulario y sus valores son distintos.

Además, no hay una tradición de actitud positiva general hacia la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud. Tampoco hay tradición de campañas educativas en un sistema mayormente médico-reparativo. La pobreza y la miseria han contribuido a que los sectores desatendidos tengan una actitud de resigna-

ción complaciente hacia el consumo de agua y alimentos en mal estado o contaminados. Es difícil que cambie sus valores, creencias o interpretaciones si el proceso educativo no es directo, en el lenguaje coloquial que entiende y a través de personas en las cuales confía y con las cuales se identifica. Pero aun si cambia de actitud, se presentan entonces las limitaciones económicas. La economía familiar obliga a establecer prioridades, dejándose de hacer gastos, aunque sean importantes, ante el imperativo de alimentarse con lo que sea para subsistir.

Una de las grandes lecciones en el manejo de esta epidemia ha sido el constatar que hay que comunicar sólo lo que sea posible hacer.

En cuanto a la importante parte del saneamiento ambiental hubo también problemas de manejo de la información.

En poblaciones mayores de 2.000 habitantes, los aspectos de agua potable y disposición de excretas y basuras dependen del Ministerio de Vivienda, el control de alimentos de los Ministerios de Agricultura y de Pesquería y de los gobiernos locales o municipalidades. Otras empresas públicas tienen responsabilidad sobre el agua potable en las grandes ciudades. Faltó, entonces, la necesaria coordinación para una mínima acción conjunta al principio de la epidemia. Se enfrentó la epidemia casi exclusivamente en sus aspectos médicos. La prevención fue así incompleta.

No se hizo, en el inicio de la epidemia, el tratamiento con cloro de los cursos de agua y redes de desagüe. Inconvenientes variados para limpiar las redes de agua pudieron facilitar su contaminación por reflujo de aguas domiciliarias contaminadas en sus tanques elevados. La antigüedad de las redes no planeadas para la sobrepoblación actual ha producido desde hace tiempo conexiones cruzadas entre agua y desagüe.

Muchas áreas de cultivo de hortalizas son regadas con aguas negras y hay vectores y roedores en los vertederos de basura.

En descargo hay que considerar que actuar sobre el saneamiento básico requiere inversiones muy grandes, no disponibles en la actualidad. Lo que queda es la educación, la información y la acción de la propia población.

8. MAS ALLA DEL COLERA. APROVECHAR LA EXPERIENCIA

La epidemia de cólera deja muchas lecciones. Unas de tipo técnico o epidemiológico y otras de manejo político. Pero hay también otras de mucha mayor trascendencia.

Se ha puesto en evidencia la falta de una efectiva coordinación entre las instituciones del sector y entre éste y otros sectores. No se ha logrado una complementación de esfuerzos entre el gobierno central y los gobiernos regionales y locales.

Se ha comprobado que el sector salud, los sectores sociales y el Ministerio de Salud no tienen prioridad en la asignación de recursos financieros y económicos, dentro de un programa de ajuste aconómico que privilegia el pago de la deuda externa y el balance de la caja fiscal. No se discute la decisión política; se reconoce un hecho que hay que tener en cuenta. Resulta, en estas circunstancias, muy difícil combatir una epidemia.

Se ha señalado que en Perú se dan muchas de las condiciones para la presencia de otras enfermedades transmisibles en estado endemo-epidémico, y, frente a este peligro, los recursos financieros y económicos serán limitadísimos. La experiencia del cólera ha hecho visibles las grandes fallas del actual modelo de sistema de servicios de salud: circunscritos mayormente a la reparación médica, enclaustrados en sus facilidades físicas, sin medios para salir a la comunidad, sin recursos mínimos para un normal funcionamiento, centralizados y descoordinados entre sí.

El personal de los servicios —el sistema en general— ha ido históricamente acaparando y centralizando todas las responsabilidades que debiera tener la población en el cuidado de su salud. El paciente que acude al servicio y la población que se queda en su localidad son de hecho considerados como retardados mentales o recién nacidos. Se cree que no saben cuáles son sus problemas y que son incapaces de aprender muchos conceptos y destrezas que cambiarían radicalmente su actual situación.

Los servicios del actual modelo serán cada vez más costosos. La agresiva comercialización de la aplicación del desarrollo científico y tecnológico en los campos del diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades y el «efecto-demonstración» del mismo modelo para el sentimiento de realización de quienes trabajan en los servicios contribuyen a su consolidación y a resistir cualquier cambio.

9. HACIA LA CONSTRUCCION DE UN NUEVO SISTEMA

Todos están de acuerdo en que hay que introducir cambios en el sistema de salud actual. En lo que no hay consenso es en el tipo y la magnitud de ese cambio. La tremenda desproporción entre necesidades y recursos ha llevado al sistema a un punto de visible agotamiento. En estos casos surge siempre una rica variedad de propuestas, las cuales pueden —como en todo esfuerzo de clasificación— reunirse en tres grandes tendencias:

Los que proponen «reparar» algunos de los más visibles fallos del sistema, pero sin modificar sus características fundamentales. Es decir, introducirle eficiencia a través de una mejor racionalización administrativa y las inversiones necesarias para actualizarlo científica y tecnológicamente. Es lo que podríamos llamar el planteamiento tecnocrático y aideológico.

Los que proponen darle al sistema un «nuevo contenido ideológico», trasladando el sistema, con muchos de los cambios anteriores, de las manos de un Estado ineficiente e incapaz de financiarlo al manejo de un sector privado empresarial en un modelo de economía de mercado. Es lo que podríamos llamar el planteamiento ideológico liberal.

Los que proponen comenzar a construir un sistema nuevo, completamente diferente y basado en la devolución de las responsabilidades en el cuidado de su salud a las personas, familias y organizaciones sociales de base. Ello significa la transferencia de todos los recursos y de las decisiones para su manejo a los niveles más locales de gobierno, la priorización de acciones promocionales y preventivas y el desarrollo de capacidades para diagnóstico precoz y tratamientos iniciales fuera de lo que hoy es el sistema. Es lo que podríamos llamar el planteamiento descentralizado y participativo.

La experiencia del combate a las diarreas y la deshidratación aguda demostró que la última tendencia es factible. El tipo de enfermedades que hay que prevenir y combatir y la escasez creciente de los recursos financieros y económicos aconsejan salidas reales.

Reparar el sistema actual, aun introduciéndole la máxima eficiencia posible, requerirá de ingentes recursos de todo tipo, que, en un contexto de crisis y frente a modelos de ajuste económicos que no privilegian los sectores sociales, no estarán presentes, por lo menos en el orden de magnitud que es indispensable. Trasladar el sistema al sector privado lo haría indudablemente más eficiente, pero a un costo social demasiado elevado, sobre todo en un país donde la presión social es cada vez más peligrosa. Para ser eficiente y rentable, el sistema privatizado tendría que circunscribirse a los grupos de población relativamente más pudientes. Estos argumentos no significan un rechazo a la necesidad de un sector privado dentro del sistema de salud. Por el contrario, éste debe promoverse e incentivarse porque puede descongestionar una

parte de la demanda y servir como nivel de apoyo y de referencia.

Un nuevo sistema tendría que ser definitivamente descentralizado y no simplemente descentralizado. Su manejo y control estaría a cargo de los gobiernos más locales —la periferia del Estado—, conjuntamente con las instituciones locales de la sociedad civil tradicional y las organizaciones populares de base. En esta línea de pensamiento, los niveles regionales del sistema pasarían a cumplir la función de apoyo técnico, basando su autoridad en la excelencia técnica. El nivel central del sistema pasaría a ser el gran conductor político, normalizador, promotor de acciones multiseccionales, y canalizador del financiamiento interno y externo para programas de ámbito nacional. Los niveles de complejidad en la atención médico-reparativa no desaparecen, sino que se refuerzan, con funciones de liderazgo en las tareas de información, educación y transferencia de conocimientos y destrezas a las personas, familias y organizaciones sociales, además de la imprescindible labor de seguimiento, evaluación y supervisión técnicos.

10. COMENTARIO FINAL

El desarrollo del último tema de esta presentación, si bien podría ser para algunos fascinante, escapa al contenido específico solicitado. Por ahora sólo se ha querido insistir en que la magnitud de la crisis económica en Iberoamérica, sus consecuencias sobre los sectores sociales, la situación sanitaria de la población y el estado del sistema actual de servicios de salud nos obligan a pensar en soluciones urgentes y factibles para cubrir la brecha social y atender a grandes sectores de población en pobreza y en miseria.

La misma experiencia de la epidemia de cólera en Perú refuerza muchos de los juicios justificativos de la necesidad de hacer algo.

Se dice que toda crisis es también una oportunidad. En estas circunstancias, además de conocimientos y experiencia se requiere independencia intelectual, imaginación, creatividad y, sobre todo, mucho coraje.

ZONIFICACION SANITARIA Y MAPA DE SALUD

Encarnación Aracil Rodríguez

Zoning sanitation and a health map

Aborda este artículo los antecedentes normativos de la territorialización sanitaria, así como su desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas. Se discute la filosofía general del proyecto y las diferentes formas en que éste ha sido abordado. Se formula un análisis crítico de la metodología para la división funcional del espacio seguido en cada caso, revisando las experiencias concretas de determinadas administraciones sanitarias (Andalucía, Cataluña, Galicia y Madrid). Completa este trabajo una bibliografía sobre las propuestas de zonificación sanitaria y de mapa de salud emprendidas por los diversos gobiernos autonómicos.

The paper points up the regulations to date that have shaped a zoning of sanitation as well as the development of this within the Autonomous Regions' governments. The general thinking behind this policy is gone into as are the various ways that it has been put into effect to date. A critical analysis is made of the way in which the project as to territorial divisions has been put into effect in the specific instances of the sanitary administration of Andalucía, Catalonia, Galicia and Madrid.

The paper is rounded off by a bibliography on the projects as to a proposed zoning of sanitation, likewise health maps drawn up for various Autonomic Regions' Governments.

El Real Decreto 2221/1978, de 25 de agosto establecía la confección del Mapa Sanitario del territorio nacional y, en consecuencia, determinadas regiones (Cataluña, Galicia, Madrid...) comenzaron las tareas de elaboración de los respectivos mapas provinciales. El mapa configuraba la división territorial estatal en subdivisiones a partir de la provincia, según el siguiente esquema: 1) unidad sanitaria local (con un total de población comprendido entre 5.000-40.000 habitantes); 2) subcomarca sanitaria (20.000-70.000 habitantes), y 3) comarca sanitaria (70.000-300.000 habitantes). A cada nivel territorial le correspondía un equipamiento sanitario: centro de salud, en sustitución de los partidos médicos; centro de salud subcomarcal y

hospital comarcal. Un somero análisis del contenido de la estructuración territorial sanitaria prevista en estos Mapas evidencia un tratamiento claramente desigual entre las provincias, incluso de la misma región. La carencia de una metodología clara, tanto a nivel de Real Decreto como de la normativa posterior (órdenes ministeriales) que se dictó en referencia, especialmente a la demarcación de zonas territoriales sanitarias y cabeceras de las mismas, conllevó estos tratamientos obviamente desiguales y claramente favorecedores de las provincias que tuvieron, en su momento mayor capacidad de influjo sobre los niveles de poder en la Administración Central, que aprobaba las propuestas de los Anteproyectos redactados por las Comisiones Provinciales. Tal como se intentó desde la Administración Central, podría resultar adecuada la aplica-

ción de unas bases metodológicas y terminológicas comunes para todo el territorio español. Pero la acentuada heterogeneidad de las provincias, su distinta realidad sociocultural, llevó a veces a considerables problemas políticos localistas.

Dentro de esta etapa preautonómica y una vez publicados en el *BOE* los respectivos Anteproyectos de Mapas Sanitarios Provinciales, se comenzaron en algunas regiones las primeras propuestas de Mapa Sanitario, redactado a partir de la aplicación de una misma base metodológica a las provincias que conformaban cada región. En enero de 1980 se aprueba en el Parlamento de Cataluña el Mapa Sanitario de esa Comunidad, elaborado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat. En 1982 se termina de confeccionar el correspondiente al País Vasco por parte del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

PUNTO DE PARTIDA: EL DECRETO DE ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SALUD Y LA LEY GENERAL DE SANIDAD

La Constitución Española reconoce en su artículo 43 y concordantes (1) el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que, para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de aquellas medidas más idóneas que puedan conseguir su satisfacción. También recoge este texto normativo la institucionalización de las Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, a las cuales han reconocido sus Estatutos amplias competencias en materia de Sanidad.

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) contempla la creación de un Sistema Nacional de Salud, concebido como el conjunto de los servicios de salud de las CCAA, convenientemente coordinados. En cada CCAA «se constituirá, a su vez, un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias que estará gestionado, como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva CCAA» (art. 50).

En cuanto a la estructura de los servicios sanitarios, la Ley establece como «piezas básicas» de éstos las Áreas de Salud (art. 56). Las Áreas se organizarán según una concepción integral de la Sanidad, de manera que oferten todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Se distribuirán de forma desconcentrada, según demarcaciones territoriales delimitadas, «teniendo en cuenta factores de diversa índole (geográfi-

cos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área), pero, sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa» (art. 56). Como regla general, el mencionado artículo propone que la población sobre la que el Área de Salud extenderá su acción no será inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000.

Más adelante veremos que entre las principales dificultades para la delimitación geográfica del Área se encuentra el ajustarse al techo poblacional recogido en la Ley, así como la garantía de la proximidad de los servicios a los usuarios, por no hablar de esos otros factores no estrictamente «médicos» recogidos en el artículo 56, pero que tanto peso tienen en la conformación de la tipología de población objeto y sujeto de la atención sanitaria y que habitualmente son pasados de largo por los profesionales de la planificación sanitaria, en beneficio del criterio de la ubicación pura y dura del recurso sanitario. Téngase en cuenta que cada Área de Salud debe estar vinculada o disponer, al menos, de un hospital general de referencia, si bien «razones de crisis económica» ya recogidas en el preámbulo de la Ley de 1986 se han esgrimido para «adecuar la población a los recursos», justamente la filosofía opuesta que se desprende del texto normativo.

El proceso subsiguiente a la identificación del Área de Salud es conseguir su operatividad y eficacia en el funcionamiento, por lo que éstas se dividirán en Zonas Básicas de Salud.

A este respecto, el RD 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, constituye el ámbito normativo de la Zonificación Sanitaria de las CCAA.

Este Real Decreto contiene, pues, los «principios normativos generales conforme a los cuales sea posible la creación y puesta en funcionamiento de zonas de salud, a las que se atribuyen funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidas tanto al individuo, aisladamente considerado, como a los grupos sociales y a las Comunidades en que se insertan, quienes, por otro lado, participan activamente a lo largo de todo el proceso sanitario» (*BOE* núm. 27, pág. 2677).

En el marco de esta filosofía, el Decreto determina, en cuanto a la delimitación de zonas de salud, lo siguiente: 1) la zona de salud, como marco territorial de la atención primaria de salud, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental; 2) la zona de salud debe ser accesible desde todos los puntos. Estas características que debe reunir la zona básica configuran tres tipos de criterios referidos a aspectos poblacio-

(1) El derecho a la protección de la Salud se recoge en el artículo 43. Otros artículos de la Constitución se refieren a la dignidad de la persona (art. 10.1), el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15), la protección de la infancia y la juventud (arts. 20.4 y 39.4), la Seguridad Social para todos los ciudadanos (art. 41), la pro-

tección y mejora de la calidad de vida y del medio ambiente (art. 45), la previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (art. 49), la atención a los problemas específicos de salud durante la tercera edad (art. 50) y la protección de la salud de los consumidores y usuarios (art. 51).

nales, geográficos y de accesibilidad, así como sociales.

El Decreto señala específicamente que «la delimitación del marco territorial que abarcará cada zona de salud se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales. En aplicación de estos criterios, la población protegida por la Seguridad Social a atender en cada zona de salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el urbano». El mismo Decreto señala de inmediato que «no obstante y con carácter excepcional, podrá determinarse una zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen. Asimismo y también con carácter excepcional, podrá abarcar una población mayor cuando las circunstancias poblacionales lo aconsejen» (pág. 2628).

Por último, el Real Decreto establece también que «cuando la zona de salud esté constituida por varios municipios, se fijará un municipio-cabeza, cuya ubicación no será distante del resto de los municipios un tiempo superior a treinta minutos con los medios habituales de locomoción y en el que se ubicará el centro de salud» (pág. 2628).

FINALIDAD Y UTILIDAD DE LA ZONIFICACION SANITARIA

El objeto principal es proponer un modelo de delimitación territorial que sirva de soporte al trabajo de estructuración de la red asistencial. El buen funcionamiento del sistema asistencial dependerá, en gran medida, de la idoneidad de la zonificación aceptada.

La existencia de zonas simplifica y facilita considerablemente la planificación, la investigación y la evaluación de los servicios de salud, pudiéndose comparar más fácilmente los costes de dos servicios diferentes en una misma zona, o del mismo servicio en dos zonas distintas, o el desarrollo y la eficacia de determinados programas, etcétera.

En definitiva, las zonas sanitarias constituyen una parte esencial de la organización de los servicios, en cuanto que: 1) permiten una responsabilidad sanitaria territorializada; 2) facilitan una prestación de servicios continuada; 3) posibilitan la evaluación de los servicios; 4) permiten la descentralización administrativa y de recursos; 5) facilitan la participación ciudadana al acercar los recursos y la administración misma a los usuarios. Tendría, por tanto, una doble vertiente: ser un instrumento útil tanto para la planificación, gestión y administración de servicios sanitarios como para el usuario de los mismos.

Como toda delimitación de un marco territorial, conlleva necesariamente su plasmación en for-

ma gráfica, siendo ésta una parte importante de la primera, puesto que el usuario precisa conocer exactamente dónde se ubican los diferentes recursos sanitarios a los que puede recurrir en cada caso, facilitando así la obtención de la asistencia. De esta manera, la población de cada zona concreta sabe que su salud está bajo la responsabilidad de una zona sanitaria determinada. De ahí que, como veremos más adelante, se hayan mapificado los recursos por parte de las administraciones sanitarias correspondientes.

Llegados a este punto, parece relevante abordar cuál ha sido la trayectoria seguida por las diferentes CCAA en cuanto al modelo de zonificación al que debe adaptarse la propuesta de red asistencial.

Sin ánimo de ser exhaustivos y habida cuenta la habitual extensión de un artículo de estas características, pasaremos a analizar sucintamente cuatro de las ocho Comunidades Autónomas en las que se ha llevado a cabo el proceso de territorialización propuesto por los textos normativos en vigor: Cataluña, Andalucía, Galicia y Madrid.

CATALUÑA

El Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat catalana, a partir del análisis de la identificación de «homogeneidades geográficas» (2) proponía en su Mapa Sanitario de 1980 la división en doce Áreas de Salud. El área más pequeña contaba con 60.000 habitantes y la más grande era la ciudad de Barcelona, con 1.800.000 habitantes. Se hacía especial referencia a las dificultades de organizar de forma homogénea el territorio catalán a causa de la desigual localización de la población (entre la comarca de Barcelona y las cuatro comarcas que la rodean se concentraba el 70 por 100 de la población catalana, mientras que su superficie representaba sólo el 8 por 100 del total regional).

En 1985 se publica el *Mapa Sanitari de Catalunya 1983* (tres volúmenes). En el primer volumen se analiza la asistencia sanitaria (estructura, funcionamiento y utilización de la asistencia primaria y hospitalaria); el coste y financiación de esos servicios y los criterios de planificación sanitaria (incluyendo, como novedad, la asistencia farmacéutica). El segundo tomo se centra en los programas sectoriales (insuficiencia renal, transfusiones y donaciones, oncología, etc.) y territoriales (programa Altebrat, Val d'Aran), mientras que el tercero recoge las propuestas concretas para las doce Áreas de Salud. Añadir que los responsables sanitarios ponen el énfasis en la construcción de las Áreas de Salud, «unidad de gestión fundamental para la organización de los servicios de salud y dispositivo periférico

(2) Dichas homogeneidades geográficas no quedan, por otra parte, explicitadas a lo largo del estudio, por lo que no se puede

conocer cuál fue el criterio determinante para la delimitación del Área.

de la administración sanitaria de Cataluña» (pág. 107). Las divisiones inferiores al nivel de Área se dejan para un futuro, a partir de las propuestas de los Consejos de Salud del Área.

En 1987, el mismo Departament de Sanitat publica el estudio sobre *Organització Territorial de l'Atenció Primària de Salut a Catalunya*, donde recoge la reforma de la Atención Primaria de Salud y la definición de un nuevo modelo de asistencia sanitaria, realizándose la propuesta de división territorial en 322 Áreas Básicas de Salud (ABS) (3) y 49 Sectores Sanitarios (4), lo que configuran un total de ocho Áreas de Gestión, en lugar de las doce propuestas en 1983.

En este estudio ya se mencionan los factores que se han tenido en cuenta para la delimitación geográfica de las ABS. Estos incluyen desde condicionantes geográficos tales como la existencia de comarcas naturales y zonas de montaña, a otros como la distribución territorial de la población —su concentración o dispersión y el peso de la estructura de los tres grupos de edad tradicionales: menores de quince, de quince a sesenta y cuatro de sesenta y cinco y más años— y la accesibilidad y vías de comunicación entre los diversos núcleos poblacionales, factores éstos de gran importancia a la hora de designar el municipio cabecera de la ABS.

También se contemplan en el análisis las tendencias tradicionales de desplazamiento de la población (compras cotidianas y utilización de servicios profesionales), aunque, desde nuestro punto de vista, como la movilidad es dependiente de la oferta y localización de servicios y equipamientos, no se corregirían los desequilibrios territoriales. Finalmente, se incorpora la dotación sanitaria existente en atención primaria y hospitalaria «con el objetivo de minimizar los costes económicos de implantación de las ABS e introducir un factor más de racionalización en el modelo propuesto» (pág. 27). Los responsables técnicos de esta propuesta añaden que «en la medida que la zonificación de las ABS implica dotar de recursos sanitarios a una serie de poblaciones, podría comportar la modificación de algunos flujos habituales y contribuir a la corrección de los desequilibrios territoriales observados» (pág. 25).

ANDALUCIA

El Mapa de Atención Primaria de Andalucía se publica en 1985. El sistema asistencial perfila un total de 336 Zonas Básicas de Salud y 62 Distritos Sanitarios, que a su vez configuran 10 Departamentos Sanitarios (ocho en consonancia con las capitales provinciales más Jerez de la Frontera y Algeciras-La Línea), que a su vez con-

figuran 31 Áreas Hospitalarias Básicas integradas en 13 Áreas Hospitalarias de Especialidades y cinco Regiones Hospitalarias.

Es decir, para el nivel primario de atención, la demarcación más desagregada es la Zona Básica de Salud, cuya agrupación da lugar al Distrito de Atención Primaria y éste al Departamento Sanitario. En cuanto a la atención especializada, se integra en un mismo nivel incluyendo la asistencia ambulatoria y hospitalaria. Las subdivisiones funcionales a las que esta estructura da lugar son: 1) Área Hospitalaria Básica, que da cobertura a la especialización ambulatoria y a las necesidades hospitalarias de su zona de influencias; 2) Área Hospitalaria de Especialidades, que, tal como su nombre indica, cuenta con un hospital de segundo nivel que es simultáneamente hospital general básico de una de las Áreas Hospitalarias Básicas que lo integran, y, finalmente, 3) las Regiones Hospitalarias o de último nivel de la pirámide asistencial, en las que existen determinadas especialidades que no pueden ser contempladas en poblaciones inferiores al millón de habitantes.

Básicamente, la información se presenta desglosada, en forma de ficha, por provincias y, dentro de éstas, por zonas básicas, distritos y departamentos, indicándose los municipios en los que se ubican los centros de salud y los centros de coordinación de distrito. En estas fichas aparecen: 1) datos generales en cuanto a población total, superficie en kilómetros cuadrados, densidad; 2) datos de infraestructura sanitaria, con detalle del número de módulos arquitectónicos y el estado en que se encuentran (si son utilizables o precisan ser remodelados), y 3) datos de accesibilidad (cronas en minutos) de la población a los centros de salud, centros de coordinación de distrito y hospitales de referencia.

Los criterios seguidos para la delimitación de las zonas básicas de salud son similares a los ya utilizados en Cataluña: volumen poblacional total comprendido entre 5.000-25.000 habitantes, accesibilidad, vías de comunicación y medios de transporte y recursos sanitarios existentes.

Añadir que en este caso, y según los autores del informe, se ha tenido en cuenta la opinión de la población, aunque no se menciona el procedimiento utilizado para conocerla. A la hora de la adaptación funcional de las zonas se ha valorado la voluntad expresada por algunos municipios de mancomunarse, así como la ordenación propuesta por la Consejería de Política Territorial correspondiente.

Se echa en falta en esta publicación, tal como ocurre en la catalana, la profundización en los aspectos metodológicos empíricos de la delimitación *de facto* de las zonas de salud. Es fácil de-

(3) Las Áreas Básicas de Salud siguen los criterios propuestos por el RD 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud: la población a atender oscilará entre 5.000 y 25.000 habitantes; serán delimitadas teniendo en cuenta las características del territorio, socioeconómicas, condicionantes históricos, accesibilidad similar y redistribución equitativa de los recursos.

(4) El límite de población se fija entre 50.000 y 250.000 habitantes; se debe respetar la delimitación territorial de las Áreas Básicas de Salud, tener en cuenta la dotación existente de recursos ambulatorios y hospitalarios y los flujos de asistencia especializada y hospitalaria.

cir que se han tomado en consideración criterios socioeconómicos, culturales e históricos (¿cómo? ¿cuáles? ¿cuantitativos o cualitativos? etc.) sin entrar en la explicación del modelo que sirve como marco de referencia. Tampoco se analizan indicadores demográficos y socioeconómicos por Departamentos Sanitarios, que nos pudieran anticipar cuáles son las necesidades en atención de salud y recursos según la tipología poblacional, patrón de morbi-mortalidad, etcétera.

GALICIA

La división territorial que se lleva a cabo en el Mapa Sanitario de Galicia y que se completa en 1984 es el resultado de una serie de estudios multidisciplinarios que han tenido como «finalidad principal acercar lo más posible los servicios sanitarios a la población» (pág. 50). En primer lugar se partió de determinar un mínimo de población necesaria que origina una demanda de servicios sanitarios que hay que implantar.

La región se caracteriza por su elevado volumen demográfico, el alto grado de dispersión de su población, por la diseminación de sus núcleos y la fuerte densidad de su población (pág. 42). Un indicador considerado como básico a la hora de delimitar las zonas geográficas ha sido la movilidad de su población (puesto que Galicia se configura como un espacio netamente rural) y, más concretamente, los desplazamientos realizados por carretera en transporte público. De esta manera se identifican una serie de focos nodales que representan tanto los principales centros del sistema de asentamientos como la atracción ejercida desde los mismos, bien por la oferta de servicios administrativos o el tipo de actividad comercial y/o laboral y su distribución sectorial. Según el tipo de actividad que tenga un núcleo, así será su grado de atracción. En Galicia la existencia de ferias agrícolas y ganaderas es un indicador básico, por lo que supone de lugar de contactos, de información, de relaciones entre lo rural y lo urbano.

Los autores proponen el análisis de una serie de indicadores —algunos de ellos muy sugerentes— para llegar a esa división funcional del espacio, tanto para detectar los centros de atracción como para establecer las esferas de influencia. Entre otros, mencionemos el consumo de butano y sus puntos de distribución, entidades bancarias, número de establecimientos hoteleros y sus diferentes categorías, puntos de concesionarios de las marcas de automóviles de uso más frecuente, servicio de correos y volumen de correspondencia, así como teléfonos.

Como resultado de todos estos indicadores, la estructuración de los medios sanitarios se lleva a cabo en unos «escalones» ascendentes de prestación de servicios sanitarios, afectos a un determinado espacio geográfico: en el primer escalón se encuentra la Atención Primaria de Sa-

lud; el espacio geográfico corresponde con el ámbito municipal o zona asimilada; se proponen 312 Zonas de Atención Primaria más dos Zonas asimiladas. El segundo escalón engloba la asistencia primaria especializada, constituyéndose agrupaciones poblacionales entre 25.000 y 100.000 habitantes. La propuesta recoge la creación de 80 Áreas. El tercer escalón se corresponde con la denominación de Área de Salud (nueve en total), en la que se realizará la gestión y coordinación de los escalones anteriores; en esta demarcación se ofrece asistencia hospitalaria a todos los niveles asistenciales en Hospitales Generales y de Área. Finalmente, se determinan tres Regiones Sanitarias (Norte, Centro y Sur) que se corresponden a los tres principales centros sanitarios (La Coruña, Santiago y Vigo).

MADRID

En 1986 aparece publicado el primer volumen del Mapa de Salud y Servicios Sociales madrileño, que recoge el proyecto de zonificación sanitaria como punto de partida de la regionalización de servicios. Lo que, desde nuestro punto de vista, hace más atractiva la zonificación madrileña es su marco conceptual, el diseño del estudio y la metodología empleada para la delimitación espacial. Los autores aclaran las diferencias, tanto conceptuales como operativas, existentes entre zonificación y mapa sanitario. A grandes rasgos, la filosofía subyacente es no introducir en el proceso configurador de las zonas de salud los recursos sanitarios, ya que, si se hace así, asistimos, desde el punto de vista de la planificación, a una simple reordenación de los recursos existentes (se parte de los recursos y se hace girar a la población en torno a los recursos). También, puesto que en general los recursos no están bien distribuidos geográficamente, se provocaría una acentuación aún mayor de los desequilibrios actuales. Si lo que se pretende es satisfacer las necesidades de salud de la población, el procedimiento debe ser inverso (los recursos se deben ajustar a la población). Una vez realizada la zonificación, se contemplarían los recursos y equipamientos existentes, constituyendo el estudio de los mismos el segundo momento del proceso de elaboración del mapa sanitario. La tercera y última fase consiste en el ensamblaje dinámico de zonificación y recursos, lo que da lugar al mapa sanitario propiamente dicho. Aquí es donde adquiere sentido la utilización de variables e indicadores de tipo sanitario para relacionarlas con los parámetros poblacionales.

(1) Zonificación



(2) Estudio de Recursos Sanitarios

(3) Mapa de Salud

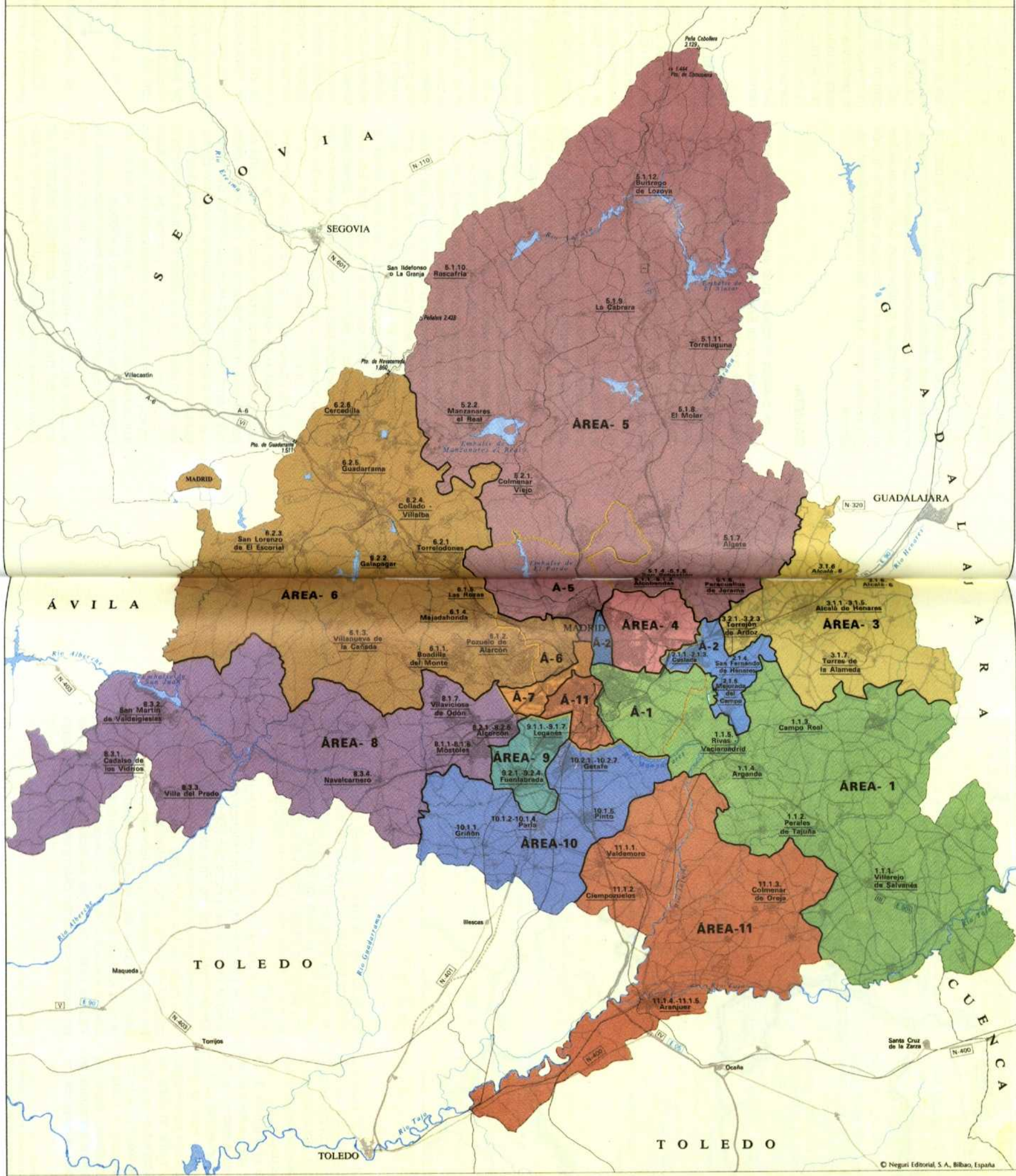
Como resultado de la lógica secuencial del proceso, se hace posible determinar: 1) la sufi-

COMUNIDAD DE MADRID

Escala 1:530.000
0 5 10 15 20 Km



FIG. 1. Mapa de salud de la Comunidad de Madrid



SIGNOS CONVENCIONALES

	Límite de Comunidad		Área-1		Área-5		Área-9
	Nombre y número de Zona Básica		Área-2		Área-6		Área-10
	Límite Término Municipal de Madrid		Área-3		Área-7		Área-11
	Límite de Términos Municipales		Área-4		Área-8		

cas (tanto en su composición como en su delimitación), publicándose acto seguido la zonificación definitiva. Esta queda configurada mediante 213 Zonas Básicas de Salud, 34 Distritos Sanitarios y 11 Áreas. Ya hemos visto que los Distritos surgen como agregaciones de Zonas Básicas, mientras que las Áreas, a su vez, recogen el nivel superior de agregación espacial.

Quizá el apartado más interesante del presente trabajo desde el punto de vista metodológico sea la validación y contrastación del modelo de distribución espacial. Sin ánimo de ser prolijos, mencionar que el objetivo era comprobar si el modelo territorial propuesto era coherente desde el punto de vista estructural, teniendo en cuenta criterios poblacionales. En definitiva, se trata de ver si la agrupación de municipios en unidades de orden superior (zonas básicas) es internamente homogénea. En párrafos previos se ha justificado que la población constituye el eje en torno al cual deben girar los recursos físicos y humanos.

Para validar las zonas básicas de salud se utilizó la técnica del análisis factorial, tomando como punto de partida los 20 indicadores y como unidad de análisis los municipios menores de 50.000 habitantes (167 sobre un total regional de 178 municipios). Se obtuvieron cinco factores: desarrollo demográfico, retroceso demográfico, posición educativa, desarrollo socioeconómico y equipamientos. En base a las puntuaciones factoriales de cada uno de los municipios, se construye una escala de valores (alto, medio, bajo, muy bajo) que sirve para obtener una tipología de los mismos. Finalmente, se procede a mapear según el factor que mejor explique la variabilidad de los datos, en este caso el denominado de «desarrollo demográfico». La superposición de ambos mapas (el de las zonas básicas de salud sobre el de las zonas de desarrollo demográfico) muestra un claro solapamiento, por lo que se habría cumplido el principio de validez externa.

Mencionar, finalmente, que este estudio se ve complementado mediante la publicación, en 1987, del volumen II, dedicado al análisis de los perfiles de la estructura social y demográfica de las Áreas, Distritos y Zonas Básicas, en el que se presenta la evolución poblacional desde 1970 a 1986, así como los indicadores considerados más relevantes a la hora de caracterizar la población. El paso siguiente hubiera consistido, de acuerdo con el proceso secuencial propuesto en las páginas introductorias del primer tomo, en llevar a cabo el estudio de los recursos sanitarios existentes en la Comunidad de Madrid, además de proceder a la implantación operativa de las Áreas de Salud por parte del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Las elecciones autonómicas de este año y el consiguiente relevo del equipo político y técnico responsable de la zo-

nificación sanitaria redundan en la paralización del proceso (6).

En marzo de 1988 se produce su revisión, en un intento de acercar las delimitaciones geográficas ya vigentes a la sectorización sanitaria establecida por el INSALUD para la ordenación de sus flujos asistenciales. Se observa así un corte con la filosofía anterior (acercar los recursos a la población), en aras de la primacía de la ubicación geográfica de los recursos sanitarios (acercar la población a los recursos). En el gráfico 1 se presenta la actual zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid, con once Áreas.

Las Áreas presentan forma de cuña, con un vértice obligado en el municipio de Madrid, puesto que en la capital se ubican preferentemente los recursos hospitalarios. Así, constan de zonas básicas mixtas (rurales, corona metropolitana y distritos de la capital) cinco de las once Áreas. De dicho total, sólo tres (las Áreas 8, 9 y 10) disponen de hospital de referencia fuera de la capital (en Móstoles, Leganés y Getafe, respectivamente). Otras Áreas (la 4 y la 7) son exclusivamente urbanas, englobando dos o más distritos del municipio madrileño.

Otras peculiaridades de la actual configuración son notables. Así, el Área 4 (Hortaleza-Ciudad Lineal-San Blas-Barajas) tiene su hospital de referencia *fuera* de sus límites geográficos, concretamente en el Área 5, teniendo que atravesar parte del Área 2 (Chamartín-Salamanca) para acceder a él (Hospital Ramón y Cajal). Contra cualquier criterio básico de contigüidad espacial, existen dos Áreas (la 2 y la 11) en las que los distritos sanitarios que integran cada una de ellas no forman un *continuum* geográfico. El Área 2 se encuentra dividida por el Área 4, mientras que una parte (Getafe y Pinto) del Área 10 rompe la unidad del Área 11. Ello se debe a que se ha hecho «rotar» cada Área en función de la disponibilidad (número de camas) del recurso hospitalario, sin tener en cuenta, entre otros, criterios de accesibilidad medidos en tiempos de desplazamiento. Al demandante de atención hospitalaria de ciertas Áreas le debe parecer de todo punto innecesario prolongar su tiempo de desplazamiento al hospital de referencia cuando en su camino hacia él existe otro centro hospitalario donde le podrían atender, aunque esté adscrito a un Área diferente.

En junio de 1991 la Consejería de Salud ha publicado una nueva versión del Mapa Sanitario, en la que, además de describirse las características sociodemográficas de las nuevas Áreas de Salud, se incorpora el inventario de recursos públicos y la utilización de servicios. El paso siguiente sería determinar las necesidades (en salud y de dotación de recursos físicos y humanos) de la población de cada Área, evaluar la estructura, organización y funcionamiento de los centros, servicios y programas que lo integran.

(6) A diferencia con otras CCAA que disponen desde hace tiempo de competencias plenas en el área de salud, en la Comunidad de

Madrid no se ha iniciado aún el proceso de transferencias sanitarias de la Administración Central.

BIBLIOGRAFIA

- COMUNIDAD DE MADRID, Consejería de Salud y Bienestar Social, Instituto Regional de Estudios (1986): *Mapa de Salud y Servicios Sociales*, vol. I, *Zonificación Sociosanitaria. Bases para una Regionalización de Servicios*, Madrid, Comunidad de Madrid.
- COMUNIDAD DE MADRID, Consejería de Salud y Bienestar Social, Instituto Regional de Estudios (1987): *Mapa de Salud y Servicios Sociales*, vol. II, *Perfiles de la Estructura Social y Demográfica de las Áreas, Distritos y Zonas Básicas*, Madrid, Comunidad de Madrid.
- COMUNIDAD DE MADRID, Consejería de Salud (1991): *Mapa Sanitario*, vols. I, II y III, Madrid, Comunidad de Madrid.
- DIPUTACION FORAL DE NAVARRA (1979): *Plan de Asistencia Sanitaria de Navarra. Síntesis*, Pamplona, Diputación Foral de Navarra.
- DIPUTACION FORAL DE NAVARRA (1982): *Plan de Asistencia Sanitaria de Navarra. Estudios Directores*, Pamplona, Diputación Foral de Navarra.
- GENERALITAT DE CATALUNYA, Departament de Sanitat i Seguretat Social (1985): *Planificació Sanitària Pública a Catalunya. Desplegament del Mapa Sanitari de Catalunya 1983* (3 vols.), Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- GENERALITAT DE CATALUNYA, Departament de Sanitat i Seguretat Social (1987): *Organització Territorial de l'Atenció Primària de Salut a Catalunya*, Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- GENERALITAT VALENCIANA, Conselleria Sanitat i Consum (1987): *Tipificació Bàsica de les Àrees i Zones de Salut en la Comunitat Valenciana*, Valencia, Generalitat Valenciana.
- GOBIERNO VASCO, Departamento de Sanidad y Seguridad Social (1982): *Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma Vasca*, Vitoria, Gobierno Vasco.
- JUNTA DE ANDALUCIA, Consejería de Sanidad y Consumo (1985): *Mapa de Atención Primaria de Salud en Andalucía*, Sevilla, Junta de Andalucía.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEON, Consejería de Bienestar Social (1987): *Mapa de Atención Primaria de Salud de Castilla y León, Proyecto* (10 vols.), Valladolid, Junta de Castilla y León.
- REGION DE MURCIA, Consejería de Sanidad (1990): *Inventario de Recursos en Atención Primaria de Salud*, Murcia, Región de Murcia.
- XUNTA DE GALICIA, Conselleria Sanidade e Consumo (1984): *Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma Galega*, Santiago, Xunta de Galicia.

BALNEARIO-CIUDAD DE LAS AGUAS

Su presencia en España

María A. Leboreiro Amaro

La ciudad de las aguas que surge en el siglo XIX en torno a una fuente minero-medicinal y el balneario de mar llevan una vida paralela, y tendrán a finales del mismo su momento de mayor auge. Nacidas con una vocación muy diferente, desde el punto de vista espacial y de su integración en el entorno, el establecimiento termal-Casa de baños se transforma en la ciudad de las aguas a través de una intervención profunda en el territorio, su pretensión es la de construir el paisaje y crear un espacio de relaciones a imagen del medio urbano del que proceden sus usuarios, mientras que el balneario aparecerá en las ciudades costeras como un elemento de renovación y de dinamización de éstas.

Ambas, ciudad de las aguas y el balneario como instalación languidecerán a partir de los años treinta de este siglo; la primera como consecuencia de la obsolescencia de sus tratamientos y los cambios de costumbres traducidos en nuevas modas, y el segundo con el turismo masivo de costa, salvo, en aquellos casos en que un efecto transformador fue capaz de involucrar a la ciudad completa, creando auténticas ciudades balnearias.

Spas and bathing spots

Those spas that grew up in the XIX century around a curative mineral spring and sea bathing towns share a life cycle in parallel that reaches its peak towards its end. The paper argues this to be so and despite their being born of different aims from a spatial or local inmeshing viewpoint, the thermal or water cure establishment growing into a spa thanks to a far reaching re-modelling of its surroundings that attempts to reproduce the townscape and interrelations proper to the home milieu of its clients, the bathing place but bringing about a renovation of an already existing shoreline settlement that revitalized that which was there in the first place.

This notwithstanding, it is here held that both the spa and the bathing place began to suffer a common decline from the Thirties of this century onwards, the first because the treatment offered had become out-mode and fashion had turned its face away, the second thanks to the phenomenon of mass coastal tourism. The paper points out that there were bathing places that were up to meeting the challenge and this through a collective and communal refurbishing that allowed them to survive true to the pattern of their dignified glory.

INTRODUCCION

La «ciudad de las aguas» es un concepto que aparece ligado a los fastos del segundo Imperio y a la ciudad emblemática de Vichy, empeño de Napoleón III, pero también es en esta época cuando se consolida otra instalación: el balneario de mar. Con el tiempo ambos han tendido a confundirse al punto que todo establecimiento termal es considerado como un balneario, lugar de baños. Ambos con un origen próximo tendrán un desarrollo muy diferente, el que va desde el ámbito de la curación al del placer ligado al ocio ciudadano, del enfoque de la crenoterapia (conjunto de métodos curativos basados en las aguas minero-medicinales) a la talasoterapia (terapia a través del baño en las aguas marinas).

El balneario, a partir de ahora daremos este



María A. Leboreiro Amaro es Arquitecto.

nombre a la instalación en la proximidad del mar, es una creación moderna, si como tal se puede considerar su nacimiento en el siglo XVI, en el que un médico, Wittie, alaba los valores terapéuticos de los baños de mar en Scarborough, siendo la siguiente etapa la creación en 1750 del baño de Brighton que culminaría con el diseño del Pabellón Real de John Nash. Lo que sí es innegable es que la trayectoria de ambos se desarrolla en paralelo, la ciudad de las aguas es el concepto evolucionado de la casa de baños. En el siglo XVIII con la revalorización del mundo greco-romano y los ideales románticos de retorno a la naturaleza se produjo un cambio sustancial que tendrá su traducción en la recuperación de las antiguas instalaciones termales y el nacimiento de otras muchas y por ende el nacimiento de la moda de los baños de mar.

No obstante, será preciso que transcurran los primeros tres cuartos del siglo XIX para que se consolide el aprovechamiento de las aguas, perfeccionándose las instalaciones a partir de la Revolución Industrial y los aires de renovación y crecimiento provocados por la concentración de capitales generada. Es el momento en que la potencialidad de la casa de baños está ya apoyada y asistimos a su metamorfosis en ciudad de las aguas por el capitalismo, en un proceso de identificación de la «ciudad de las aguas» con la ciudad donde se toman las aguas, produciendo efectos sensibles sobre el paisaje y sus habitantes. Los años del cambio de siglo son años de efervescencia y son los que verán su nacimiento, esplendor y muerte en escasamente treinta años, años que sin embargo fueron suficientes para crear un espacio con una oferta de vida integral. Su historia es paralela a la del balneario, y sus circunstancias no muy diferentes, ya que si bien ya comentamos el fervor de Napoleón III por las aguas medicinales, no es menor el de la emperatriz Eugenia por los baños de mar y nacen así Biarritz, San Juan de Luz... A partir de los años setenta, en que se planifican las principales ciudades y balnearios franceses, el modelo a seguir será Francia.

Tanto la ciudad de las aguas como el balneario exigirán para su manifestación: dos requisitos, por una parte, la planificación, y por otra, la existencia de un promotor. Vichy, como ciudad planificada, será el modelo y plantea todo aquello que será norma en la organización de la ciudad de las aguas, apareciendo las líneas de orientación de la composición en las que la naturaleza tiene una importancia capital realzándola y modificándola artificialmente, a fin de reunir la amenidad que exige un espacio en el que el paciente deja de serlo para pasar a ser usuario. Las magníficas condiciones paisajísticas que rodean habitualmente a los manantiales, con una topografía movida y la reiterada presencia de un río, confluyen, junto con la creación del parque (parte fundamental del tratamiento) y los equipamientos necesarios combinados en el derroche de espacio, para dar a las ciudades, en el caso francés, el carácter lujoso necesario para atraer

a la clientela del extranjero y competir con las ciudades de las aguas alemanas.

El otro requisito es la existencia de un promotor con capacidad de inversión suficiente para convertir lugares a veces sólo en potencia. Marienbad era una ciénaga, en auténticos paraísos. Guy de Maupassant, usuario frecuente de Châtel-Guyon, nos relata de forma pormenorizada en *Mont-Oriol* el paralelo nacimiento y crecimiento del amor y de la estación termal, en la que la especulación se convierte en el motor de la profunda transformación de unos viñedos en una estación de moda. Valga de ejemplo lo acaecido en Vernet-les-Bains: «Una sociedad financiera ha pasado por allí, y procediendo a golpe de millones ha formado el proyecto de crear allí una ciudad de aguas modelo, a la vez estación de verano y estación de invierno. El proyecto está actualmente más o menos realizado. La ciudad termal forma un dominio enteramente cerrado que se va a perder hasta las montañas que cierran el valle. Ella se compone de un parque con su lago y su cascada, el conjunto muy graciosamente dibujado, un casino, un establecimiento termal, una quincena de villas diseminadas por el parque y destinadas a ser alquiladas enteras o por partes a los bañistas que vengan a instalarse con sus familias, de cinco o seis grandes hoteles, un jardín de invierno maravilloso, una vaquería para la cura de suero de leche, un gimnasio para los niños» (IFA, 1985, pág. 37). Descripción que es equivalente a la que nos ofrece Madoz de Panticosa, instalación que nacerá a partir de la concesión de sus aguas a don Nicolás Guillard en 1826, fecha en la que se le concede la propiedad de las aguas con la obligación de pagar a los pueblos vecinos y la de fundar un establecimiento con las conveniencias y las comodidades necesarias: «El establecimiento está situado en una pradera llana, de figura elíptica circundada por todas partes de los altos Pirineos, que le defienden de todos los vientos cuando no son muy recios; en el extremo S. de la pradera se ve una gran laguna muy abundante en truchas, de la que toma origen el río Calderés. Dicho establecimiento se compone de ocho edificios separados (en ellos se sitúan los distintos baños, albergues y demás servicios como pequeñas tiendas o el telégrafo) llamados casa de Abajo, casa Borda, casa de los Herpes, casa del Estómago, casa de la Fonda, casa Nueva, templete de la Salud, y la gran casa de la Pradera (ésta junto con el casino más moderno desaparecerían bajo un alud en 1915); en el templete de la Salud se encuentra el manantial del agua medicinal llamado del Hígado, y una gran cocina general... Delante de las casas de Abajo y de los Herpes hay dos hermosos parterres, que proporcionan cómodo paseo a los concurrentes, que pueden disfrutar asimismo de la diversión que les ofrece un barco que se encuentra en la gran laguna de la que ya se ha hablado. Toda la pradera del establecimiento es susceptible de muchas mejoras que el propietario se propone verificar. Desde lo alto de las cumbres del Piri-



Vista general de Panticosa a principios de siglo.

neo se precipitan muchos torrentes de agua que proceden de la nieve derretida, y formando vistosas cascadas bajan a la pradera; la recorren en diferentes direcciones, y contribuyen por último a formar la laguna que ocupa la parte más en declive» (MADOZ, P., 1848, t. XII, pág. 673).

Vemos en esta descripción como el placer y la diversión adquieren una importancia considerable, la estancia en las aguas se convierte en una experiencia ligada más y más al veraneo e identificable con el hotel de vacaciones, la llegada al establecimiento termal se convierte en la evasión de la ciudad y de las exigencias de la vida cotidiana, a través de la experiencia gratificante del viaje. Es el retorno a la naturaleza y reencuentro con el agua medicinal como fuente de regeneración, la ciudad de las aguas ya no será sólo lugar de salud; en la introducción de *Mont-Oriol* se recoge un informe médico de 1897 que es concluyente: «Las ciudades de aguas llegarán a ser lo que Enval amenaza ser en un plazo breve, lugares de placer y de juego, donde la alimentación no es vigilada, donde la medicina es el juguete de los médicos, ellos mismos sometidos a la presión de la compañía arrendataria y de los profesores influyentes» (MAUPAS-SANT, G., 1976, pág. 19).

Acompaña a esto el hecho de la transformación del balneario en el lugar de encuentro, propiciado por el propio ritual termal, en el que la relación social se convierte en parte del propio tratamiento, es un espacio de relaciones controladas al tiempo que deseadas. La nueva instalación que se propone valdrá lo que las gentes que a él acudan, es un nuevo marco de representa-

ción en el que nobleza, políticos y artistas avallan el nuevo espacio y ello se hará constar en las reseñas periodísticas y en la publicidad de las instalaciones, fenómeno todo este ligado a la apropiación por la burguesía de un espacio hasta entonces reservado a la nobleza y a otro de no menor importancia, al menos en nuestro país, la mejora generalizada de las carreteras y la introducción del ferrocarril, como hace notar Solá-Morales: «Por otra parte, es evidente que el enriquecimiento de la nueva clase social, consolidada después de la primera revolución industrial y dotada de un medio de locomoción rápido y multitudinario como el ferrocarril, va a fortalecer la implantación de la moda centroeuropea de tomar las aguas en un balneario.» (SOLA-MORALES, I., 1986, pág. 27).

Esta asociación ya temprana del termalismo con el veraneo convierte a las nuevas estaciones por superposición en espacio de ocio, con un tiempo vacío que hay que llenar con múltiples actividades, hay que curar pero hay que retener y atraer; ello da lugar, como ya hemos mencionado, a la superación de la casa de baños —el edificio autónomo que asume una pluralidad de funciones—, situada habitualmente en una ciudad de la que obtiene la complementariedad necesaria de servicios, y a la individualización de sus funciones que conducirá irremediablemente a la planificación y, por tanto, a la construcción del paisaje. Y esa planificación supone un esfuerzo: el de la construcción intelectual de lo que se entiende por una ciudad de reposo (placer), es decir, el asumir una serie de referencias concretas, extraídas de la vida urbana y que se han

de hacer compatibles con el ideario del veraneo, espacio de tiempo sin obligaciones, en orden a superar la oposición entre ciudad y campo. Proceso en el que, por el momento en que surgen, habrá mucho de retorno a un estadio ideal y pasado, concretado en el mundo de la belleza y en cierta medida de la utopía con su componente de fantasía, lo que lleva a imaginar a la ciudad de las aguas como un modelo, recogiendo las palabras de Choay con referencia a los distintos movimientos utópicos del XIX: «En todos los casos, la ciudad, en lugar de ser pensada como proceso o como problema, es siempre planteada como una cosa, como un objeto reproducible. Es sustraída de la temporalidad concreta y se convierte, en sentido etimológico, en utopía, es decir, de ninguna parte» (CHOAY, F., 1983, pág. 32). La ciudad de las aguas recoge el concepto de la regeneración, de la recuperación del santuario antiguo convertido en un mundo de nostalgia, hoy día, una de sus cualidades más valoradas en un nuevo renacer del ideal del retorno a la naturaleza.

Lo dicho hasta ahora para la «ciudad de las aguas» tiene su doble en el balneario, ya que si bien su desarrollo es similar a partir de principios del siglo XIX, la promoción intensiva del litoral no se producirá hasta mediados de siglo, cuando ya existen villas termales plenamente consolidadas, y así Rouillard al referirse a los balnearios dice: «El nuevo veraneo se asimila en principio por las denominaciones y las funciones a una forma y una práctica más antigua. La actual estación balnearia se llama de manera general en el siglo XIX "villa de baños", término genérico que engloba la "ciudad de las aguas", la estación termal. Villa de baños, villa de aguas, la ciudad de las aguas es también la ciudad de los baños; juego de palabras, composición de la denominación sobre el modelo de la primera, llevando a la confusión. La ciudad de baños será en principio pensada como una ciudad de cura» (ROUILLARD, D., pág. 167). Sin embargo, este contenido de curación lo perderá bien pronto y esta confusión es inevitable por su larga tradición y será imposible soslayarla en todos los casos a lo largo de este artículo.

El lugar en uno y otro caso es determinante; sin embargo, la ciudad de las aguas en su momento de esplendor aparecerá siempre fuera de la ciudad, bien como extensión de la misma, aunque desligada de ésta, siempre serán lugares cercados, o en el campo aprovechando la proximidad de la fuente como garantía de que el agua no perderá sus cualidades, mientras que el balneario se construirá siempre en ciudad: el establecimiento a construir no es considerado como un fenómeno aislado, es una modificación de la ciudad, del puerto existente, que se hace siempre en competencia con la ciudad de las aguas, tanto el uno como la otra intentarán atraer el mayor número de clientes. Pero si la ciudad de las aguas servirá para construir un paisaje ideal, el balneario nacerá con un contenido transformador, de intervención en la ciudad en un proceso

de renovación del tejido urbano, teñido de contenido político y social, y así si a título de ejemplo consideramos la ciudad de Dieppe, en la que ya desde 1822, para las sociedades constituidas para la explotación de las aguas de mar, la intención había sido la de embellecer la ciudad existente: «El único fin ha sido el de facilitar un establecimiento eminentemente útil y agradable, tanto para aquéllos para los que la salud ha hecho de los baños de mar una necesidad, como para adorno y desarrollo de la ciudad de Dieppe» (ROUILLARD, D., 1984, pág. 16), esta idea posee vigencia y una continuidad, como viene a observarse cuando en 1906 el Ayuntamiento de Cádiz piensa en la construcción del Gran Balneario Victoria, como una de las propuestas de intervención en ciudad que paliarán los efectos de la crisis de la descolonización, con tres fines: la de atraer el turismo, sanear y urbanizar el espacio liberado por el derribo de las murallas y crear los puestos de trabajo tan necesarios en esa fecha.

El proyecto del Balneario Victoria se concibe como un lugar de esparcimiento para gente adinerada, pero con criterio y óptica industrial para atraer ingresos a la ciudad; más que como un lujo, «el proyecto responderá a un servicio higiénico-social de actualidad en Europa y norte peninsular comparándose con La Concha de San Sebastián» (FIERRO CUBIELLA, J. A., 1989, pág. 12). Los avatares políticos no permitirán el espacio de élite y será cada vez más popular. Situación que favorecerá por otra parte la existencia del tranvía.

En ambos casos un componente de interés será la arquitectura. La arquitectura como representación formal de unas funciones que tanto en una y otra instalación se asumen es fundamental; sin embargo, la ciudad de las aguas poseerá una mayor riqueza de contenidos, su ambición de globalidad le obligará a cubrir tanto el espacio para la curación como el de albergue, y el del ocio, y ello requiere la creación de diversos tipos arquitectónicos, balneario, *buvette*, hotel, palcos de música... que el balneario como instalación complementaria en ciudad no precisa en principio, pero que sin embargo en un proceso de individualización posterior similar al sufrido por la casa de baños le convertirá en un núcleo que deberá crecer poco a poco, desglosándose el edificio en otros muchos y definiéndose en el espacio con voluntad de crear estructura urbana: Gran Hotel, Casino, villas crearán un esquema, «se puede observar un deslizamiento formal de la ciudad de las aguas a la de los baños de mar. Esta última no se calca sobre la primera, trata menos de imitarla fielmente que de sustraerle un cierto número de elementos estructurales; por una parte, en tanto que son más conocidas arquitectónicamente, definidas, tipificadas; por otra parte, depurando las formas existentes» (ROUILLARD, D., 1984, pág. 23).

La asunción de los distintos tipos lleva implícita la necesidad de creación de una imagen y esta imagen hallará en el eclecticismo una fuen-



FIG. 1. Baños de Archena. Entrada al Casino.

te inagotable de imágenes que tendrán la misión de individualizar cada ciudad termal o balneario adquiriendo los elementos decorativos un valor inusual: neogótico, neopaladiano, neomudéjar, y orientalismos diversos nutrirán la arquitectura balnearia hasta que la eclosión del modernismo le dé su lenguaje definitivo.

Si bien existe en el balneario esa voluntad ya mencionada de evocación de la ciudad de las aguas, en éste predominará la publicidad frente a la privacidad de esta última, el primero poseerá arquitecturas abiertas que absorberán el paisaje integrándolo, y en el segundo caso existirá siempre un diálogo entre lo privado (la arquitectura) y lo público (la naturaleza) y ésta será su principal cualidad diferenciadora, y que por supuesto posee una fuerte connotación especial, creando ejes esquemáticos en los primeros tiempos muy fuertes, siendo la geometría sustituida rápidamente por una mayor sutileza en su trazado y diseño.

Si bien, como queda dicho, los elementos que aparecen en una villa termal son reiterativos, aunque condicionados por los tratamientos, el hecho es que la estacionalidad de los tratamientos exige una rentabilización de las instalaciones y aparecerán como complemento de las ganancias las plantas embotelladoras y los juegos de azar, así surgirá el casino, que en nuestro país no adquirirá el importante desarrollo de Europa, las buenas costumbres exigían que sólo se ofrecerían «juegos lícitos»: dominó, tresillo y billar serán su oferta frente a la ruleta del casino europeo, y si es una construcción que aparece en las es-

taciones termales más desarrolladas, en los baños de mar será fundamental (Deauville, Trouville...): «Lo que nos hace pensar en el conocido Casino de San Sebastián (L. ALADREY y A. MORALES DE LOS RÍOS, 1882-87), la más genuina representación española de casino internacional, de claro influjo francés y que desarrollará todo un sistema de vida en función de esta gran máquina arquitectónica de claro matiz regio» (PEREZ ROJAS, J., 1980, pág. 26). El casino es menos sistemático en las villas termales, ya que su necesidad es menor, mientras que el casino balneario se anuncia como el elemento compensatorio del nuevo veraneo, la no necesidad de cuidarse bien en las aguas de mar exige un seguro contra el aburrimiento. Así los casinos serán secundarios en la villa termal —construidos en su mayor parte en el último cuarto del siglo XIX, aparecen progresivamente en las villas más frecuentadas— pasarán a un primer plano en las villas de mar.

Los casinos en las ciudades termales en España aparecerán en la época isabelina, con el auge de la fiesta y el relax que sucede al reinado de Fernando VII, en edificio independiente en el período de la Restauración como oferta de esparcimiento: Alhama de Aragón, La Fortuna, Caldas de Oviedo, Alhama de Murcia, Archena... «El Casino, pese a la pobreza de sus materiales, es un ejemplo mismo dentro de los casinos murcianos. La planta es casi cuadrada y consta de dos pisos y terraza. De la fachada sobresale la puerta principal, flanqueada por un atlante y una cariátide que soportan el balcón central. Las deco-

raciones de los guardapolvos de balcones y ventanas son neorrenacimiento. El interior es interesante por su desarrollo regio a través de vestíbulo, escaleras y salón de baile. De la amplia entrada, a la que se accede directamente desde el jardín, arrancan las escaleras situadas frente a la puerta. Las escaleras son de tipo imperial, los tiros laterales penetran directamente en el salón de baile, no hay ningún rellano; una vez finalizadas éstas, el rellano lo constituye el gran salón de baile que ocupa toda la fachada principal. Entre las dos puertas de las escaleras y el salón hay un balcón que acentúa más la relación escaleras-salón. La caja está iluminada cenitalmente y las placas decorativas representan todas a Pan tocando la flauta. El salón, con ornamentación de tipo ecléctico, no tenía pinturas en las paredes, sólo espejos. El edificio es neorrenacimiento, aunque en el salón de baile aparecen detalles eclécticos y otros de sabor modernista. El Casino de Archena unirá en su recorrido jardín-escalera-salón de baile y viceversa, un cuadro ideal para la fiesta» (PEREZ ROJAS, J., 1980, pág. 91).

El Casino va a ser el paradigma de la frivolidad que en alguna manera es el encanto principal de la arquitectura «balnearia», más contenida en el establecimiento termal decimonónico: centro de medicina, reposo, honesta diversión y cultura. El balneario posee un carácter más efímero; por tanto, necesita una arquitectura lúdica al servicio del ocio ciudadano. Si bien una y otra arquitectura han de atender al justo cumplimiento de más relaciones mundanas formalmente ritualizadas, en el caso del balneario una mayor libertad de costumbres permite otra expresión formal, de arquitectura ligera, transparente, palafítica y con grandes superficies acristaladas. El balneario que aparecerá a lo largo de las costas españolas responderá al modelo descrito por Rouillard: «madera pintada de varios colores, cubiertas con múltiples pendientes y niveles, galerías con columnatas de fundición y madera, y sobre todo un gran número de telas, toldos rayados contra los ardores del sol, volcados hacia el mar, sobre la propia playa, como una especie de tienda, más o menos ligada a las terrazas avanzando invasivamente sobre la playa» (ROUILLARD, D., 1984, pág. 23). El balneario una vez inaugurado se convertirá en marco y escaparate social de la ciudad, lugar donde se celebren banquetes, homenajes, se den fiestas, se pongan películas o se ejecute música, un espacio ambivalente donde todo es posible.

LAS CIUDADES DE LAS AGUAS

Una vez elaborado un marco general nos referiremos en concreto a alguna de las instalaciones españolas, en una rápida mirada, que no permite abarcar más que alguna de las 160 estaciones termales recogidas por el profesor Valenzuela Armijo como de interés, y que poco a

poco por la calidad de sus instalaciones han quedado reducidas a 92.

En España el baño y su contenedor la Casa de Baños había pervivido lánguidamente a lo largo de la Edad Media y Moderna, debido a sucesivas prohibiciones, desde las primeras instalaciones romanas ligadas al concepto de termas terapéuticas, no al tipo de termas de higiene y de ocio que cualquier ciudad romana poseía como servicio habitual al igual que las ciudades árabes. Alange, Baños de Montemayor y Lugo son ejemplos del primer caso y Alhama de Granada y Alhama de Aragón del segundo.

El desarrollo en España de las estaciones termales será similar al de las europeas aunque más lento; la primera planificada que aparece en nuestro territorio es la fundación de Carlos III en Trillo; es, sin embargo, el Real Sitio de La Isabella, hoy bajo las aguas del lago de Entrepeñas, la primera instalación concebida como una villa termal, se somete al rígido trazado de la retícula, bordeado de amplios jardines a la francesa, es debida al proyecto de Antonio López Aguado en 1817.

Si bien no existirá en nuestro país ninguna estación con el brillo y el desarrollo de Baden-Baden, Carlsbad, Vichy o Marienbad, sí trabajarán en los distintos proyectos que se realicen en el siglo XIX los mejores arquitectos: Isidro González Velázquez trabajará en Hervideros de la Fuentisanta (1819), Miguel Martín de Saracibar en Archavaleta (1842), José Grasés Riera en el Gran Hotel de Cestona (1893), las obras de las Caldas de Oviedo se atribuyen a Ventura Rodríguez... y ya en el siglo XX interviene Antonio Palacios en Mondariz.

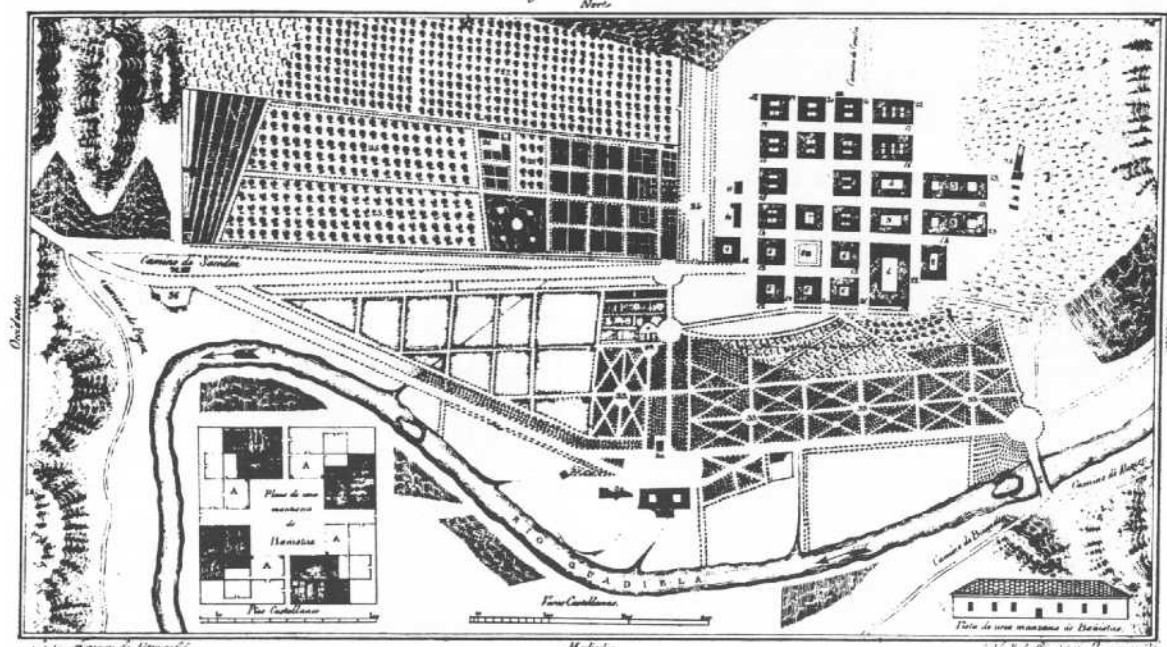
El siglo XIX ve discurrir en paralelo a la construcción de las nuevas instalaciones el desarrollo de la legislación que las amparará y así en 1817 aparece el primer Reglamento de Aguas y Baños Minerales que regula el control médico y que sufrirá una modificación en 1828 y otra en 1834, por ésta se crea el cuerpo de Directores Médicos, éstos tendrán competencia y autoridad exclusiva en los asuntos médicos concernientes al balneario, y se les autoriza a señalar las reparaciones y las obras que estimen indispensables. Este Reglamento se ve sustituido por el de 1874, cuya principal novedad es el establecimiento de la necesidad de la Declaración de Utilidad Pública para la apertura de los balnearios.

Esta serie de disposiciones legales, unida a la consolidación de una burguesía emprendedora, y a un hecho de fundamental importancia de la España del siglo XIX: la Desamortización, sientan las bases de las nuevas instalaciones y permiten el desarrollo de las ya existentes, como veremos a través de algunos ejemplos.

Alange será el ejemplo más relevante de las termas romanas en España: «Interiormente, las termas romanas son dos cámaras generales de planta circular, en forma de rotonda cubierta con cúpula semiesférica y claraboya también circular en el medio. En el muro cilíndrico de cada rotonda se abren equidistantes cuatro celdillas

PLANO DEL REAL SITIO DE LA ISABELA.

Por D. Santiago Vela,
Quien lo dedica á la Reyna R.^a D.^a Isabel 2.^a año de 1836.



1.º Calle de la Isabela

2.º Plaza de la Isabela

3.º Plaza de la Isabela

4.º Plaza de la Isabela

5.º Plaza de la Isabela

6.º Plaza de la Isabela

7.º Manzana de la Isabela

8.º Plaza de la Isabela

9.º Plaza de la Isabela

10.º Plaza de la Isabela

11.º Plaza de la Isabela

12.º Plaza de la Isabela

13.º Calle de la Isabela

14.º Calle de la Isabela

15.º Calle de la Isabela

16.º Calle de la Isabela

17.º Calle de la Isabela

18.º Calle de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

19.º Calle de la Isabela

20.º Calle de la Isabela

21.º Calle de la Isabela

22.º Calle de la Isabela

23.º Calle de la Isabela

24.º Calle de la Isabela

25.º Calle de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

Manzana de la Isabela

FIG. 2. Planta de La Isabela.

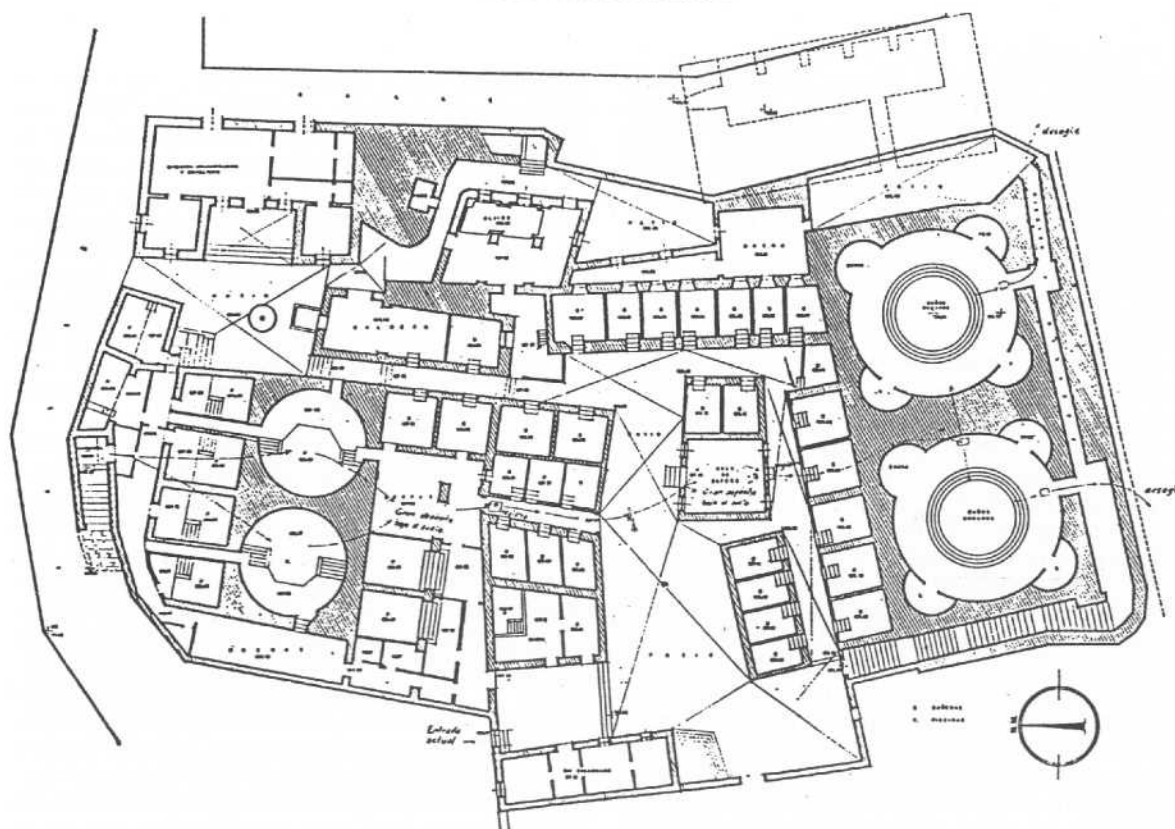
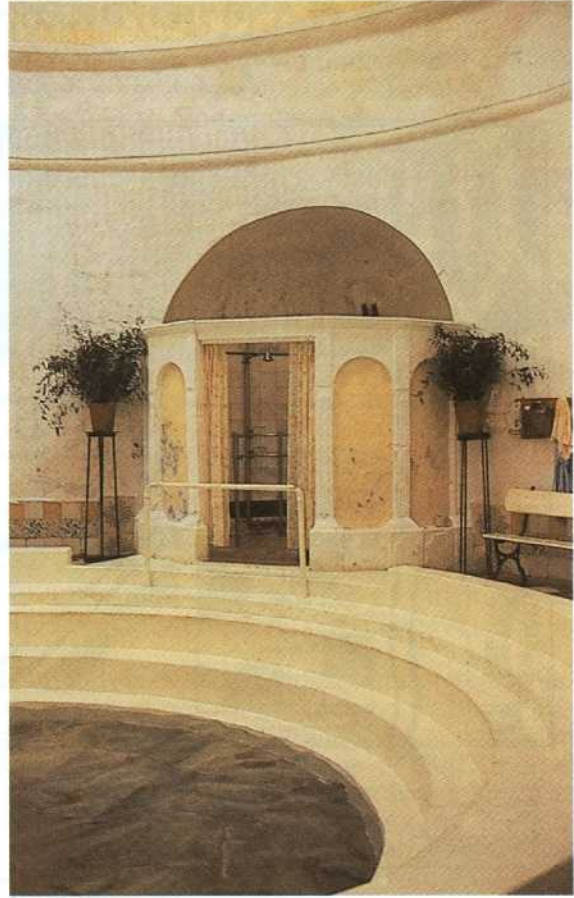
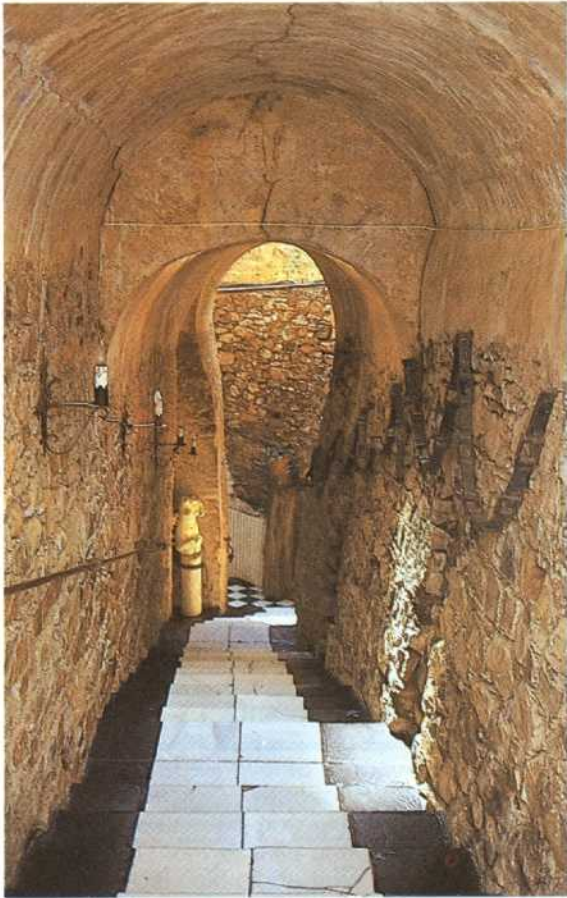


FIG. 3. Planta del balneario de Alange, según J. Menéndez Pidal.

FIG. 4. *Balneario de Alange.*

destinadas a vestuarios. Sólo la situada frente a la puerta de entrada conserva su tamaño original: las restantes han sido reducidas por medio de tabiques. En el centro de cada cámara se abre una piscina circular con tres gradas y cinco metros de diámetro en el fondo. El agua se conduce por medio de tuberías de plomo que la traen del manantial, emplazado en la parte moderna del balneario» (VEGA FERNANDEZ, J., 1990). Esta descripción es similar a la de Baños de Montemayor, aunque su instalación sea más modesta. Sin embargo, mientras Alange evoluciona incidiendo en su entorno al modernizarse en el siglo XIX, complejizando su instalación, creando un pequeño parque y ejerciendo una especialización en sus bordes con la aparición de numerosos hoteles, en Baños la instalación se convierte en un enclave en una ciudad en la que el veraneo predomina claramente sobre el hecho de ir a tomar las aguas.

Alange se edifica casi toda ella en la primera mitad del siglo XIX, bajo los auspicios de la Diputación Provincial que en 1826 construye un moderno balneario, con cuatro baños rectangulares y dos redondos, dos bañeras de obra y una caldera de cobre para calentar el agua. El Estado lo adquiere en 1869 con la Desamortización subastándola en 1864, destino del que se salvará el de Baños al constituirse los vecinos en «Junta

Protectora del Establecimiento»; en éste las obras de renovación se iniciaron en 1833, ampliándose en 1852, constan sus instalaciones de un Hotel de grandes proporciones formando una «L» con las galerías de baños situadas sobre la primitiva instalación romana, le rodea un pequeño parque cerrado. Son éstas las dos instalaciones de mayor interés de Extremadura; no obstante, había que tener en cuenta otra: El Raposo, quizá la última instalación, es de 1926, que se construye en España y por otra parte en edificio único en el que hotel, capilla y galería de baños coinciden.

Alhama de Granada es uno de los que con el nombre de Alhama, derivación del *hamman* árabe, posee una instalación abierta, siendo la otra Alhama de Aragón, ya que, en Alhama de Murcia los baños fueron derribados hace algunos años. Las tres instalaciones termale son conocidas desde antiguo y poseen el carácter de pequeñas villas termale, mundos cerrados y completos anexos a la villa a que dan nombre. La estación de Alhama de Granada se sitúa al fondo de un profundo valle, excavado en la roca, el paisaje es de gran pintoresquismo, el hotel-balneario se sitúa paralelo al río, al igual que el pequeño parque con un paseo de setos recortados; las edificaciones, hoy muy modificadas, se sitúan sobre los baños árabes de los que se conserva

una alberca, arcos en herradura y cúpulas sobre trompas con lucernas estrelladas para facilitar la luz y la respiración; de acuerdo con Madoz, debían ser unos baños muy concurridos aunque muy decaídos en sus tiempos por los «horribles caminos»; a esta instalación le cupo la temprana suerte de ser hospital militar en la guerra de la Independencia, suerte que les cabría a muchos otros en la Guerra Civil, sirvan los ejemplos de Mondariz y Marmolejo. Madoz nos ofrece una descripción que permite acercarnos a la forma de vida del lugar: «Dentro del establecimiento también hay cuadras espaciosas, en donde pueden colocarse cerca de 100 caballerías, los sirvientes que gustan ocuparlos mediante una gratificación voluntaria o convencional, y el suficiente número de bañeros de ambos sexos para atender a los enfermos, hallándose también una ermita dedicada al Señor de la Salud, en la cual se celebra misa los domingos costeada por el propietario... y los pobres de caridad, o sea con un documento que acredite su pobreza y enfermedad; para los de esta clase hay una habitación separada del establecimiento principal, en la cual se hallan distintos locales para los dos sexos, alberca para tomar los baños y el agua corriente para que perciban los parciales y de percusión» (MADOZ, P., 1848, t. I, pág. 589); se pone aquí de manifiesto uno de los componentes de toda instalación termal en España y es la segregación social existente en las mismas, como respuesta a la obligación legal de asistencia a los necesitados, y la no conveniencia de su

convivencia con los usuarios de pago, a quienes se dedica la atención del empresario.

Entre los baños andaluces destaca Lanjarón por su singularidad, lugar en el que la villa termal se asimila a la propia ciudad, cuya existencia carecería de sentido, si no fuese por la presencia de las aguas. Situada en el valle de Lecrín en una ladera, es una ciudad itinerante desarrollada a lo largo de una calle principal que asimila la carretera que se interna en las Alpujarras, se repobló en tiempos de Felipe II, y el descubrimiento de las propiedades medicinales de los manantiales en 1774 será el origen del engrandecimiento del pueblo, en el que se da una superespecialización hotelera, que si bien es una cualidad de cualquier ciudad que tenga en su proximidad una fuente en explotación, es difícil encontrar en una concentración similar, ya que en tiempos de Madoz contaba con «cinco posadas en el mejor estado, nada dejando que desear a los transeúntes o que se hospeden por algún tiempo» (MADOZ, P., 1848, t. X, pág. 64), y hoy en día existen entre hoteles, hostales y pensiones 18 albergues que ofrecen 514 habitaciones, lo que le convierte en una ciudad-hotel. Por otra parte, el agua se embotella como actividad económica complementaria de la ciudad, teniendo las instalaciones una importante presencia física en la misma.

En la provincia de Jaén se encuentra una incipiente muestra de villa balnearia, se trata del Balneario de Marmolejo, a unos dos kilómetros de la ciudad, en la que se sitúa el Gran Hotel re-



FIG. 5. Gran Hotel Balneario de Marmolejo.

FIG. 6. *Balneario de Cestona.*

habilitado en 1985 y que es una muestra interesante de la arquitectura andaluza de principios de siglo. El balneario se encuentra en un paraje de gran belleza a la orilla del río Guadalquivir y envuelto en la naturaleza ya domesticada del gran parque que rodea los edificios, que se insertan en el mismo con naturalidad en un esquema simple, que relaciona con un paseo la zona de acogida administrativo-médica con la importante fuente, lugar fundamental del tratamiento, con una interesante arquitectura porticada, espacio abierto con carácter intermedio entre lugar de tratamiento y el paseo-galería, en el que se pretende el encuentro distendido, toda la instalación se rodea con una verja, con una clara intencionalidad de segregación del entorno.

Características similares posee Cestona, la estación que en su día fue conocida como el Carlsbad español, uno de los lugares de élite y cita del gran mundo, posee una mayor complejidad que Marmolejo, aquí el mundo creado ofrece una mayor riqueza de relaciones: «Efectivamente, hablar del "Balneario de Cestona" puede dar la idea equivocada de que se trata de un único edificio, como es lo habitual, pero Cestona es más una localidad balnearia o villa de aguas. Todo el complejo balneario ocupa un considerable espacio. Se distribuyen a simple vista cuatro edificaciones, que corresponden a cuatro épocas distintas, son conocidas como "Hotel de Baños", "Hotel de la Entrada", "Gran Hotel" y "Hotel de la Alameda"; existen además otras construcciones para anexos» (URQUIA ECHAVE, J. M., 1985,

pág. 79), para Azorín, «Cestona es un pequeño mundo, pueden aposentarse en el hotel 324 bañistas; su dependencia femenina consta de 56 sirvientas, listas y limpias; gobiernan la cocina 12 funcionarios del mandil, entre cocineros y pinches...» (AZORIN, 1929, pág. 36).

Cestona es la creación, al igual que las Caldas de Oviedo, de las gentes ilustradas del siglo XVIII, ya que en 1774 la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País se interesa por las aguas de Guesalaga, de la misma manera que en 1772 lo había hecho la Junta del Principado de Asturias en las Caldas, ambas instalaciones tendrán un desarrollo semejante, con una mayor brillantez en Cestona, próxima al mundo cosmopolita de San Sebastián.

Al igual que en Marmolejo, la estación está cercada por una verja, rodeada de bosques en el exterior, en el interior aparece por contraste un cuidado jardín, los edificios se alinean a lo largo del río Urola, encajonado por la dureza de la topografía; siguiendo a Azorín tenemos una cumplida descripción, ya que en Cestona como en otras muchas instalaciones termales el tiempo parece haberse congelado: «El balneario es una edificación vasta, de tres pisos; anchos pasillos con el piso de tablas permiten el acceso a los cuartos; las escaleras son espaciosas; en la planta baja, a la mano siniestra se abre una larga y acristalada galería... ya en la galería —donde parten otros pasillos hacia los baños—, nos llegamos a unos largos soportales cubiertos, donde se halla dispuesta la peluquería de la



FIG. 7. Planta de Balneario de Cestona.

casa, y un pequeño bazar, y las oficinas del telégrafo. Paralela a los soportales corre una alameda sombría, con bancos en los que los bañistas, cansados de pasear a la mañana el agua, reposan un momento. Pomposos matorrales de hortensias le adornan de techo en techo, y abajo, el río eterno de aguas inmóviles y la silueta de las montañas» (AZORIN, 1929, pág. 27).

El Gran Hotel, obra como ya queda dicho de Grases Riera, es una compilación de todos los ismos del momento y un resumen del repertorio de dependencias que un edificio de estas características debe poseer; su calidad contribuye a crear la especial atmósfera que hace sugerentes estos espacios a pesar del tiempo transcurrido, así cuenta con un gran salón de estilo renacimiento en cuyo testero se encuentra el escenario para representaciones y conciertos, existe un gran comedor árabe... De la importancia de Cestona nos habla el gran número de plazas hoteleras existentes en la villa hoy en día, pese a la crisis balnearia, ya que en 1985 había 1.130 plazas hoteleras para 3.778 habitantes.

En Murcia la existencia de manantiales curativos propició la creación de minúsculas villas balnearias en pleno campo, próximas a pequeñas poblaciones de la huerta, en Alhama, Archena, Fortuna y Mula; en éstas es especialmente evidente la voluntad planificadora y de intervención en la construcción del paisaje; éstas responden en gran medida a la intencionalidad que se men-

cionó al principio, es decir, la creación de un modelo, imagen de la ciudad ya conocida. Desaparecida la primera, Mula es la actuación más modesta: «Se trata de una serie de edificaciones de tipo popular, posadas particulares, en torno a dos calles, donde se alojaba una clientela de los pueblos vecinos de la huerta, enmarcado todo en un pintoresco paisaje» (PEREZ ROJAS, J., 1980, pág. 87).

Más espectaculares son Archena y la Fortuna, ambas dirigidas a una clientela más selecta y en las que las instalaciones recreativas por tanto poseen un mayor peso, y en donde la arquitectura mostrará una gran capacidad de intervención en el espacio circundante ordenándolo. «El balneario de Fortuna está situado a tres kilómetros de dicha población. Consta el conjunto de una gama de edificaciones hoteleras y recreativas en torno a una calle principal acodada, conectada a la carretera general. En un principio la calle perpendicular a la carretera era el eje principal del complejo. De origen árabe, en 1818 se construye la primera Casa de Baños, con la desamortización pasa la propiedad a manos particulares, iniciándose la construcción del balneario en 1863»; por la importancia del Casino en el diseño de la villa termal incluimos su descripción: «El Casino levantado entre 1896 y 1906 es fruto de varias ampliaciones. Este debía constar de un cuerpo central, en piedra, con tres puertas de acceso, y dos alas laterales, en ladrillo, con tres



FIG. 8. Galería Paseo de Marienbad.

ventanas balcones. En 1896 sólo se hizo el cuerpo central y el ala derecha. El cuerpo central es de un eclecticismo clasicista que ennoblece la edificación. En 1906 se amplió el edificio con una clara intencionalidad urbanística. Se construyó el ala izquierda y se prolongó la edificación en dirección sur —derribando modestas viviendas de alquiler, a modo de apartamentos—, y se le dotó de una galería porticada de piedra. Con ello esta calle se convierte en la vía principal del conjunto termal. A continuación de la galería se establecía un frondoso jardín. Al otro lado de la calle se derribaban una serie de viviendas y se levantaba otro hotel con un jardín delantero. Evidentemente se trataba de monumentalizar esta vía que tenía un carácter secundario, y que con la amplia galería del Casino y el jardín se convierte en el lugar de ocio de la villa, presidido por el Casino que es el edificio de mayor vistosidad» (PEREZ ROJAS, J., 1980, pág. 99). Aparece aquí con mayor claridad la galería-paseo, similar a la de las grandes estaciones europeas, donde es concebida como espacio de relación y calle cubierta, con una importancia que no se dará en nuestras latitudes.

La organización es igualmente esquemática en Archena, en la que el río se convierte en el condicionante más relevante, y paralelo a él se traza la vía principal. El balneario y el casino crean un eje transversal, separados por un amplio jardín en el borde derecho del vial, mientras en su margen izquierdo se levantan una serie de edificaciones secundarias y se diseña una plaza

en la que aparece la iglesia de trazado neogótico.

Si en esta rápida visión dejamos fuera las estaciones termas catalanas, magníficamente estudiadas en *Arquitectura balnearia de Cataluña*, trabajo dirigido por Ignasi SOLA MORALES, hemos de referirnos necesariamente a Alhama de Aragón, la villa balnearia más completa de las que hemos estudiado, considerada como el *Aquae Bibilitane* de los romanos; durante la dominación árabe debió consolidarse el pequeño núcleo, de donde viene su nombre; hoy en día existen cuatro balnearios: Guajardo, Termas Balneario Martínez, Cantanero y Termas Pallarés, aparecen los cuatro ensamblados a las afueras de la localidad, pero su manifestación es independiente. A Madoz este establecimiento no le pareció adecuado a su importante origen: «No hay en estos establecimientos salas de reunión, ni recreos, ni tampoco oratorio, ni capilla...» (MADOZ, P., 1848, t. I, pág. 580) había que esperar a la época isabelina, que será la de su esplendor, ya que Isabel II fue una asidua visitante del mismo.

La instalación que alcanzará más desarrollo será la de Termas Pallarés, cuyos manantiales fueron declarados de utilidad pública en 1867. En origen se denominó: «Gran Hotel Matheu». Se trata de una operación unitaria en la que predomina el estilo neomúdejar, hoy en día la capilla y los hoteles quedan segregados por la carretera del gran parque, en el que quedan integrados con un trazado libre los distintos edificios que



FIG. 9. Alhama de Aragón. Termas Pallarès. El lago termal.

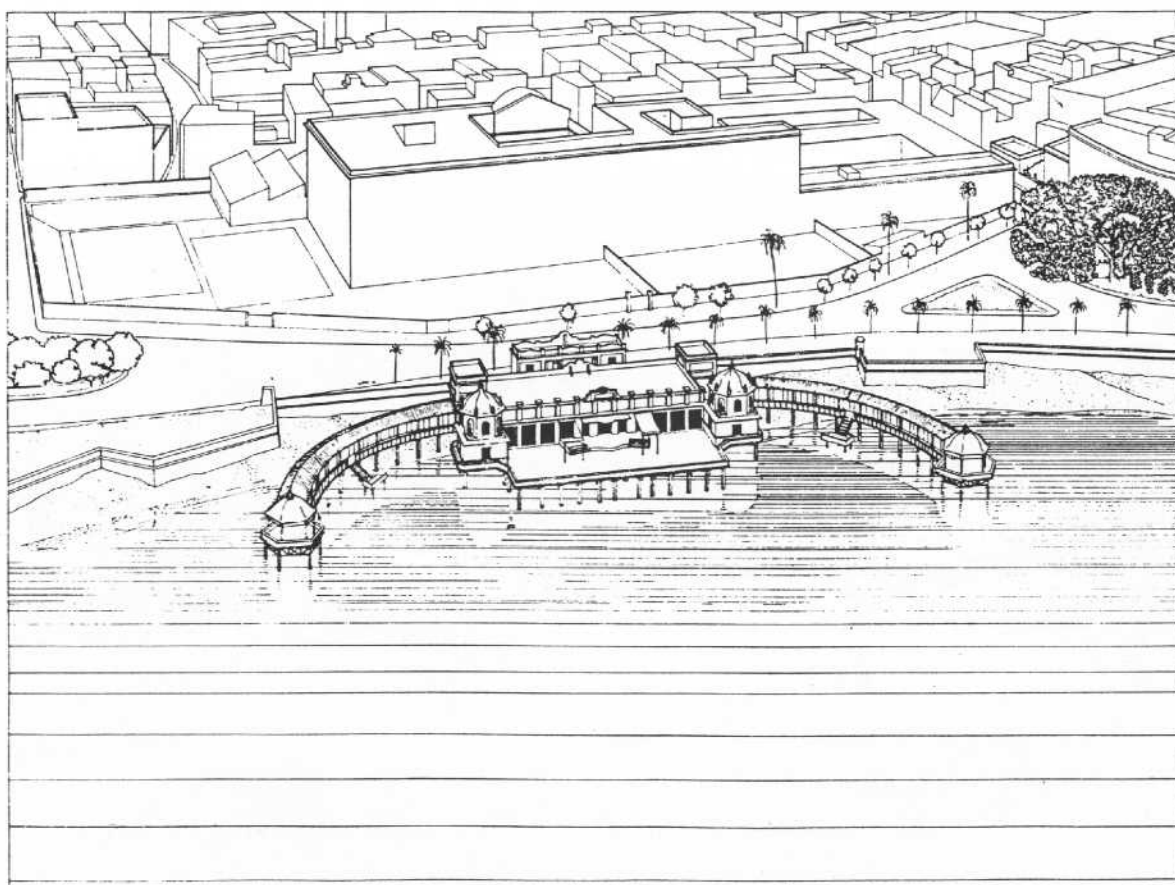


FIG. 10. La Caleta. Cádiz. Dibujo aparecido en la revista «Perifgilio», núm. 4, en 1984.

configuran el establecimiento: el monumental casino con su balaustrada adornada con estatuas enfrentado al jardín, el balneario, el frondoso bosque que encierra el magnífico lago termal, los distintos kioscos y anexos, y el apeadero de ferrocarril que se construye dado el gran desarrollo que adquirió la instalación.

LOS BALNEARIOS

Si bien en mayor o menor medida todas las «ciudades de las aguas» o villas termaleas estudiadas han ido decayendo con el paso del tiempo y la introducción de nuevas modas y sistemas curativos, aún es posible acudir a ellas, y poco a poco un nuevo momento de retorno a la medicina natural, así como nuevos tratamientos: curas antiestress o de adelgazamiento, han dado lugar a su renovación y mejora, los balnearios a la orilla del mar han ido desapareciendo o nos quedan sus esqueletos como muestra, cual es el caso de La Caleta de Cádiz.

Dejaremos al margen a las dos grandes ciudades balnearias del norte de España: San Sebastián y Santander. Ambas, fuertemente ligadas a las instalaciones del Golfo de Vizcaya y muy influenciadas a nivel de imagen por éstas, no hay más que referirse a la magnífica perspectiva aristocrática que ofrece desde el mar El Sardinero, con el Gran Hotel, el Casino flanqueado por sus torreones, y las instalaciones balnearias con las hermosas casetas presididas por la caseta real, que las postales antiguas nos muestran. Es la visión de una villa balnearia en plenitud, construi-

da con afán de pervivir y desarrollada con idéntico criterio que la «ciudad de las aguas», por ello, por su alejamiento de otras instalaciones españolas y por lo que representan tanto a nivel urbanístico y social exigen un tratamiento en profundidad que no es nuestro objeto, así renunciamos a su análisis para referirnos a instalaciones igualmente valiosas aunque más modestas.

Con generalidad la arquitectura balnearia como hemos descrito no nacía para perdurar, y los temporales y su propia característica de instalaciones en ciudad, muchas veces en posición de privilegio para el desarrollo de la misma, hicieron el resto. La moda de los baños de oleaje y la amplitud de las costas españolas favorecen el rápido desarrollo de los balnearios: como los célebres Baños Orientales de la Barceloneta, la amplia oferta de las playas de Valencia con sus instalaciones muy modificadas hoy en día, los pintorescos baños del Mar Menor con sus pantalanes y sus casetas multicolores hablan de una diversidad en la que sin embargo las ofertas de servicios eran muy similares. El mimetismo arquitectónico nace del programa que desarrolla, como podemos ver en ejemplos tan distantes geográficamente como el Gran Balneario Victoria de Cádiz y los de La Iniciadora o San Sebastián en Vigo: «a la derecha mirando al mar el departamento para baños templados, en el centro una sala para billares en comunicación con una amplia terraza y a la izquierda varios servicios anexos al establecimiento, como son la cocina, que comunica con el restaurante del piso alto por una escalera de servicios, la despensa, bodegas, almacenes, etc. La planta alta, que en la dis-



FIG. 11. Santander. El Sardinero. La Playa Real.

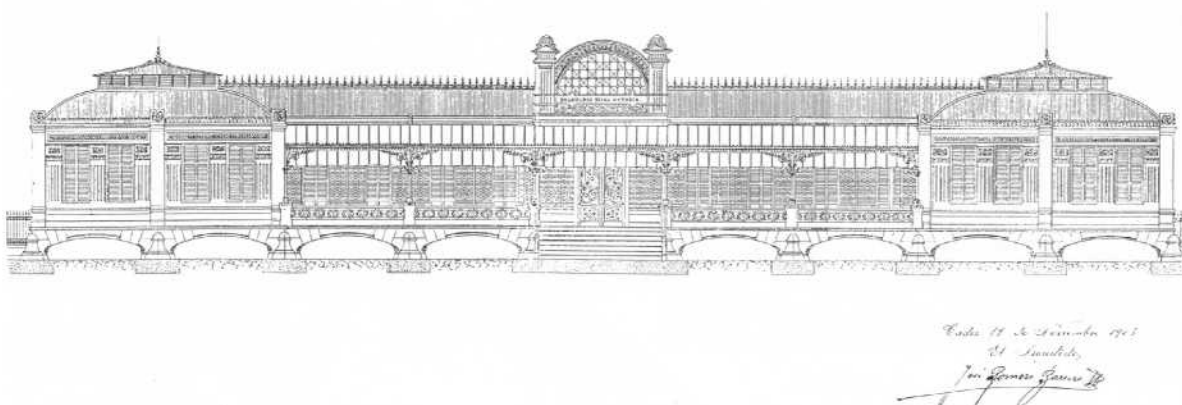


FIG. 12. Gran Balneario Victoria. Sacado de la publicación del mismo título.



FIG. 13. Balneario de San Sebastián de Vigo.

tribución del proyecto apareció con los servicios que ahora están instalados abajo, ha sido destinada exclusivamente para salón de fiestas, uno de cuyos lados ocupa la terraza superior, el departamento de la izquierda servirá como restaurante y el simétrico de la derecha de sala de lectura» (FIERRO CUBIELLA, J., 1989, pág. 19). Su afán de modernidad les convertirá en pioneros de la aplicación de nuevas tecnologías como el hierro laminado y el hormigón. En este caso tendremos una importante muestra del modernismo andaluz, en un edificio en el que no se escatiman los vidrios multicolores, la cerámica floral y

el cuidado exquisito de los herrajes... en 1988 fue derribado.

Los dos establecimientos vigueses arquitectónicamente responden al modelo palafítico de madera, incorporan al igual que en el caso anterior un edificio principal y las pequeñas casetas rodantes como vestuarios que no faltarán en ninguna playa europea. El programa de ambos era idéntico: «La casa de baños La Iniciadora en la playa de Vigo se ofrecía al público desde el día 10 de julio de 1876, constando de cómodas habitaciones, salón espacioso de descanso con piano, tocador..., baños fríos y calientes en ba-



FIG. 14. Aguas minerales de Lerez. Principios de siglo.

ñeras de mármol...» (GARRIDO RODRIGUEZ, X., 1990, pág. 47); situado al exterior de la muralla de Vigo, se derribarán en una operación de renovación urbana, volviéndose a levantar y desaparecer en el crecimiento imparable de la ciudad. De los de San Sebastián se encargó la naturaleza en 1911.

REFLEXION FINAL

Como hemos venido viendo a través de algunos ejemplos existe una clara diferencia entre unas y otras instalaciones, aunque unas deriven de otras, diferencias que nacen de su posición con respecto a la ciudad y a una muy diferente vocación. Como hemos visto el balneario de mar se sitúa en ciudad y aparece como un servicio a ésta y como instrumento de renovación y remate de la misma y esa idea aún pervive; los Baños de la Caleta se rehabilitan hoy como el Gran Centro Cultural de Cádiz y en Puerto Real se confía en el diseño de un nuevo balneario como remate de la gran pieza urbana que es su frente al mar.

La villa termal tenía en su génesis la voluntad firme de acometer la construcción de un paisaje para atender a las demandas de curación, albergue y ocio de sus usuarios; desaparecido ese usuario perdió parte de su contenido languideciendo sin remedio, y viendo cómo en muchos



FIG. 15. Plan general de ordenación urbana de Pontevedra.

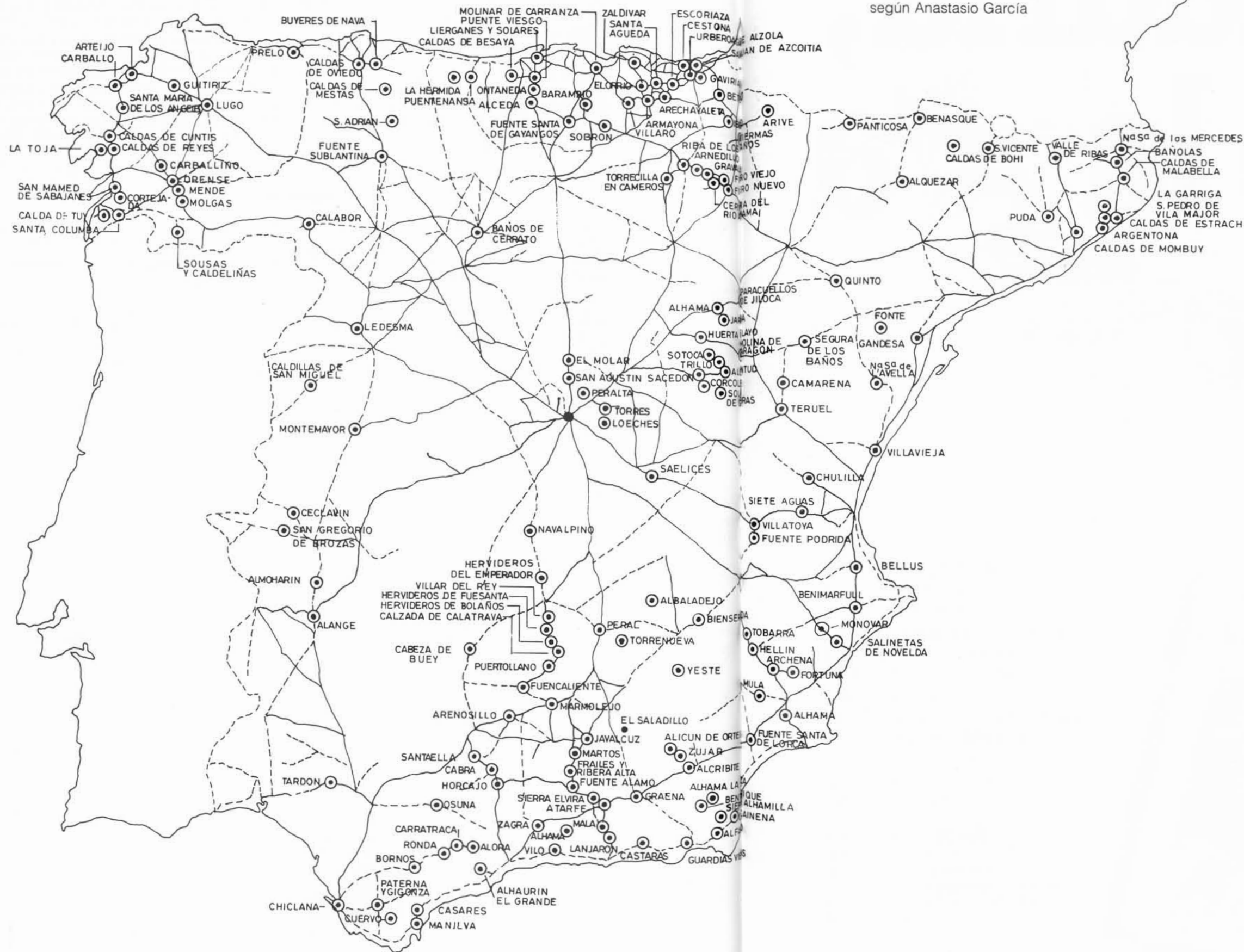
casos aquella labor de construcción evolucionó hacia la destrucción; como ejemplo Aguas del Lerez en Pontevedra, su proximidad a la ciudad y la amplitud de sus espacios propició su ocupación masiva, haciendo irrecuperable para siempre el pasado e imposible su integración armónica como pulmón de la ciudad, hoy no quedan más que algunos restos de su trazado en la nueva urbanización, alguna fuente y los salones (riberas) del río, que recientemente se pretendió rehabilitar. Alhama de Aragón hasta hoy se ha salvado pese a tentadoras ofertas...

Si el balneario de mar parece haber cerrado su ciclo vital salvo algunas excepciones, la villa termal parece tener hoy un futuro y que puede derivar en gran medida en la variedad de ofertas que distingue a unos de otros, y que hará definir su futuro optando por un modelo económico que le lleve a elegir entre una oferta de turismo social, turismo de élite o recreativo, y que obligará a nuevos planteamientos tanto arquitectónicos como de servicios, si no quieren convertirse definitivamente en los lugares del recuerdo.

BIBLIOGRAFIA

- AZORIN (1929): *Veraneo Sentimental*, Librería General, Zaragoza.
- CHOAY, Françoise (1983): *Urbanismo, utopías y realidades*, Ed. Lumen, 3.ª ed., traducción Luis del Castillo.
- INSTITUT FRANÇAIS D'ARQUIECTURE (1985): *Villes d'eaux en France*, París.
- FIERRO CUBIELLA, Juan A. (1989): *Gran Balneario Victoria*, Jiménez Mena, Cádiz.
- GARRIDO RODRIGUEZ, Xaime (1991): *Vigo, la ciudad que se perdió*, Excma. Diputación de Pontevedra.
- MADOZ, P. (1848): *Diccionario Geográfico-Estadístico-Histórico de España y sus posesiones de ultramar*, Madrid.
- MAUPASSANT, Guy de (1976): *Mont-Oriol*, Gallimard, París.
- PEREZ ROJAS, J. (1980): *Casinos de la región murciana. Un estudio preliminar*, Colegio Oficial de Arquitectos de Valencia y Murcia, Valencia.
- ROUILLARD, Dominique (1984): *Le site balneaire*, Pierre Mardaga, ed., Bruselas.
- SOLA MORALES, Ignasi, y otros (1986): *Arquitectura balnearia en Cataluña*, Generalitat de Catalunya, Badalona.
- VEGA FERNANDEZ, Juan de la (1990): *Balneario y fuentes minero-medicinales de Extremadura*, edición del autor, Gráficas Sol, Badajoz.
- URQUIA ECHAVE, José M.ª (1985): *Historia de los balnearios guipuzcoanos*, Euskal Medikuntzaren Historia-Mintergia, Bilbao.

sobre red viaria de 1868,
según Anastasio García



Santos Madrazo

REFORMA SOCIAL, SERVICIOS ASISTENCIALES E HIGIENISMO EN LA BARCELONA DE FINES DEL SIGLO XIX (1876-1900)

Horacio Capel y Mercedes Tatjer

Social reform, social services and hygiene in Barcelona at the turn of this century

En el último tercio del siglo XIX la ciudad de Barcelona es un centro industrial de primer orden que alcanzará los 500.000 habitantes gracias a la inmigración. Las duras condiciones de habitabilidad, las diferencias funcionales de los distintos barrios muestran un espacio fuertemente segregado que se traducía en altos índices de mortalidad, en especial en los barrios obreros y populares, y en la presencia de mendicidad y pobreza. El temor de la burguesía ante una posible revolución social está presente en los debates urbanísticos de la época y dará lugar a la creación de servicios asistenciales y de control social tanto públicos como privados, una parte de ellos de la mano de órdenes religiosas.

Para combatir la enfermedad y la alta morbilidad el Ayuntamiento desarrolló una importante tarea dirigida a las capas populares a través del cuerpo médico municipal de la red de dispensarios, la asistencia médica domiciliaria, la mejora y diversificación de la infraestructura hospitalaria y, finalmente, la creación del Instituto Municipal de Higiene en 1891. Pieza clave de la política de saneamiento será la creación de la red de alcantarillado (1891) y vinculada a ella el aprovisionamiento de agua, concebidas ambas, a la vez, como higiene física y saneamiento moral.

During the last third of the 19th Century, Barcelona became an industrial centre of the first order, its population soaring to half a million odd, this mainly due to immigration. Poor living conditions and differences of purpose as between districts led to a markedly riven urban set up. The paper tells of the high death rate, especially in the working class districts and of the begging and general poverty then prevalent in these. City Planning thus turned upon what was to be done if social revolution was to be avoided and thus out of a bourgeois fear of this there grew measures that led to the setting up of social services and social control at both a public and private level, much of the latter in the hands of religious bodies.

To allay sickness and cut the death rate back, the City Hall set in motion policies aimed at the lower classes through the municipal health department, this by a network of dispensaries and a home medical assistance service. The hospital service was likewise improved and the cover offered by it widened. In 1891, the Instituto Municipal de Higiene was created.

One of the key undertakings in this sanitation policy was the laying down of a sewer network in 1891 and, linked to this, the putting in of a drinking water supply system. Both of these measures were of prime importance for both hygiene and public health and public morality.

El año 1891 es un hito importante en la evolución de la Barcelona contemporánea. Tres acontecimientos significativos se producen en esa fecha: la aprobación del plan de saneamiento, la publicación de unas nuevas ordenanzas municipales y la creación del Instituto Municipal de Higiene. Todos ellos son bien representativos de los cambios que se experimentan durante el último cuarto de siglo XIX, cambios que se relacionan con lo que, de manera general, podríamos

denominar la transición urbana desde la ciudad liberal de la primera revolución industrial a la ciudad neotécnica y posliberal que, a su vez, está hoy otra vez cambiando bajo nuestros ojos.

En España y en Barcelona estos cambios coinciden con el período político de la Restauración, en el que una burguesía crecientemente atomizada por el recuerdo del Sexenio revolucionario y la contemplación de la ofensiva proletaria se hace cada vez más conservadora y diseña un amplio y refinado programa de sometimiento de las clases populares, a la vez que de mejora de sus condiciones de vida para alejar el peligro de subversión.

La ciudad y los municipios que serán agregados a ella en 1897 habían experimentado un cre-

Horacio Capel es Geógrafo y Catedrático de Geografía Humana de la Universidad de Barcelona y **Mercedes Tatjer** es Geógrafa y Profesora de la Universidad de Barcelona.

Este artículo es un resumen de una investigación más amplia publicada con el título «Reforma social, serveis assistencials i higienisme a la Barcelona de final del segle XIX (1876-1900)», en *Cent Anys de Salut Pública a Barcelona*, Ajuntament de Barcelona, 1991.



FIG. 1. Contraste entre la densa trama urbana del barrio industrial y obrero del Raval en el Casco Antiguo, ocupado también por las obsoletas instalaciones asistenciales y sanitarias y el nuevo trazado del Eixample. (Fragmento del plano de Barcelona de P. García Faria, 1891.)

cimiento continuado a lo largo de la segunda mitad del ochocientos, de tal manera que de los 244.401 habitantes que tenían en 1860 pasaron a superar los 500.000 en 1900.

LAS DURAS CONDICIONES DE LA VIDA OBRERA

En el espacio fuertemente segregado en que se había convertido la aglomeración barcelonesa en el último cuarto del siglo XIX, las clases populares tenían unas duras condiciones de vida, agravadas con ocasión de las crisis económicas coyunturales que aumentaban dramáticamente el número de desempleados.

El nivel más bajo en esa escala social estaba representado por los indigentes, los que carecían totalmente de medios para subsistir.

El aumento de mendigos en la ciudad era el reflejo claro e inmediato del aumento de la pobreza, e iba unido normalmente a malas cosechas o a crisis económicas. Lo primero podía provocar el abandono de sus hogares por una población campesina hambrienta que se dirigía a la ciudad buscando desesperadamente la forma de sobrevivir. Lo segundo dejaba en la miseria más espantosa a los desempleados de la industria o el comercio, que pasaban a engrosar el ejército de indigentes.

Pero la mendicidad no era sino la cara más visible de la miseria y estaba acompañada de una

pobreza general entre los inmigrantes llegados a la ciudad y de unas duras condiciones de vida de la clase obrera en general.

De hecho, en la concepción de la pobreza que se tenía en aquellos años se distinguía generalmente entre lo que podríamos denominar una pobreza coyuntural, ligada a las crisis económicas y traducida en aumento de la mendicidad, y una pobreza estructural y permanente, ligada, sin duda, a las condiciones de la acumulación capitalista con explotación de la mano de obra. Esta pobreza, sin embargo, era presentada ideológicamente como un resultado de la incapacidad física o mental de los individuos, o como una consecuencia de la holgazanería y de la falta de virtudes tales como el hábito de ahorro, la morigeración en las costumbres, la aplicación en el trabajo, y otros valores morales que constituyen el catecismo de la burguesía decimonónica.

En cualquier caso, esta pobreza estructural y permanente afectaba a una proporción notable de las clases populares —difícil de establecer por el momento— bajo la forma de una gradación que iba desde los «pobres de solemnidad» a los «pobres vergonzantes» y, por encima de ellos, a un proletariado que sólo disponía de lo imprescindible para sobrevivir, para reproducir su fuerza de trabajo.

Aunque los informes y descripciones que hicieron los contemporáneos sobre la dureza de esa situación son numerosos y contundentes, es difícil saber por el momento lo que dichos testi-

Mortalidad total anual relativa à 1000 habitantes por barrios excluyendo los abortos en el decenio de 1880-1889.

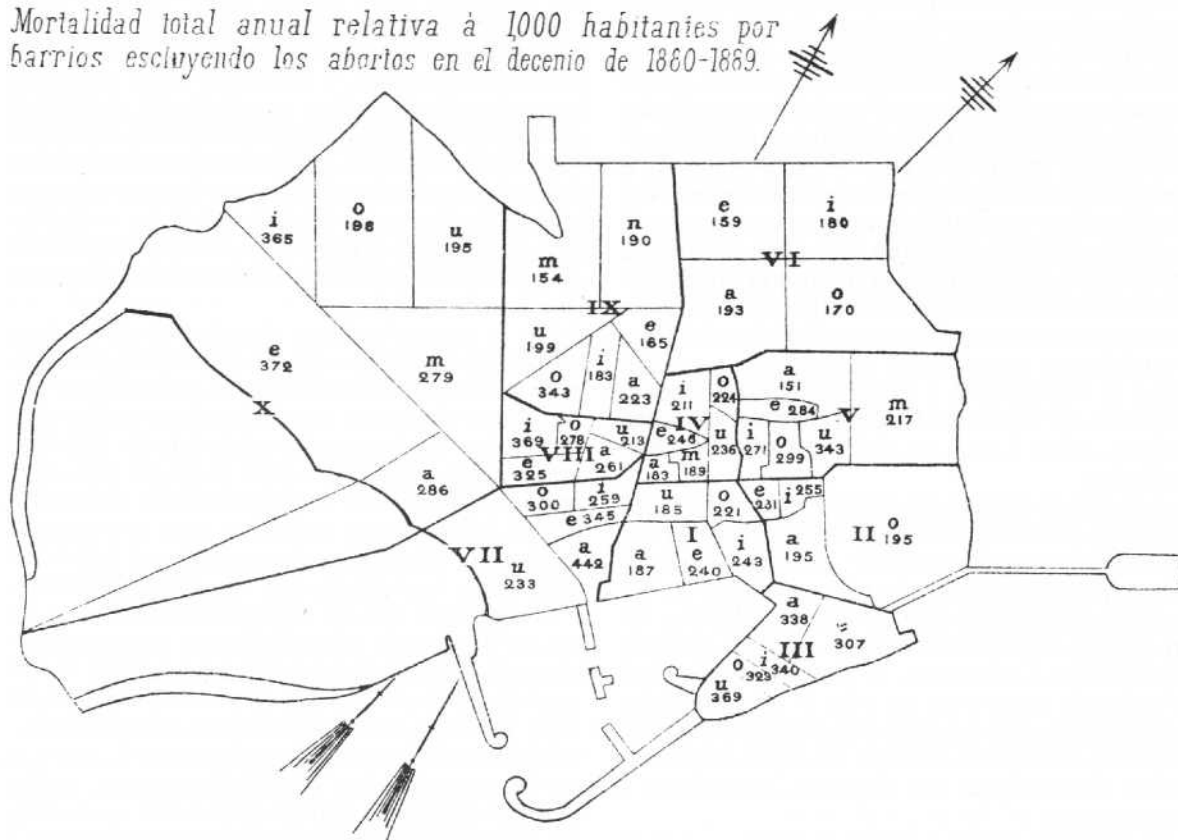


FIG. 2. La mortalidad por barrios de Distrito en Barcelona en el decenio 1880-1890, recogida en el Atlas del Proyecto de Saneamiento del Subsuelo de Barcelona (1893), muestra las diferencias espaciales y sociales ante la muerte.



FIG. 3. Los modernos mercados municipales creados en Barcelona a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX permitieron mejorar la alimentación de las capas populares (dibujo del Mercado de la Barceloneta en 1890 según S. Junyent). Foto I. M. H.

monios representaban en una perspectiva comparada internacional. Seguramente, como ya informaban a mediados de siglo los cónsules británicos en Barcelona, la situación del trabajador en esta ciudad fuera mejor que en las ciudades inglesas y que las jornadas de trabajo fueran mucho menos largas y duras. Y es probable que desde el punto de vista de la alimentación la abundancia y variedad de verduras en una dieta esencialmente vegetariana, la relativa baratura del aceite o el pescado y la temprana aplicación de innovaciones biológicas en la avicultura y cunicultura proporcionaran una alimentación sana y equilibrada a las clases populares y en especial a la menestralía y los obreros cualificados. En particular a los que tenían un trabajo estable, fuesen cuales fueran las condiciones en que se realizaba.

Aun así, la dureza de esas condiciones laborales con jornadas de once y doce horas diarias, más el tiempo de transporte, los bajos salarios, la inseguridad en el empleo y la ausencia de seguridad social para casos de enfermedad y vejez hacían extraordinariamente difícil la vida del proletariado. La anemia, la elevada morbilidad, la reducida esperanza de vida, el analfabetismo y el hacinamiento en viviendas insalubres eran el corolario inevitable de esa situación repetidamente denunciada por médicos, ingenieros y funcionarios.

El problema de la vivienda era particularmente grave, por su incidencia en las estructuras urbanas. Incapaces por sus bajos salarios de pagar el alquiler de un piso digno y sometidos a la avaricia y arbitrariedad de los arrendadores, las clases populares se amontonaban en sótanos y habitaciones sin las suficientes condiciones higiénicas.

Barcelona se convierte en una ciudad del conflicto, lugar de enfrentamiento irreconciliable de dos grupos sociales con proyectos de organización social —y tal vez urbana— divergentes. Los años 1884-1909 constituyen un período de conflicto social, de huelgas, de atentados anarquistas, todo lo cual da paso a duras medidas represivas (proceso contra líderes sindicales o terroristas, estado de excepción en 1897 y prohibición de manifestaciones públicas, estado de guerra en 1899 por las protestas ante la subida de impuestos, estado de guerra en 1900 y huelgas de tranvías), así como a llamadas de atención sobre la necesaria prudencia en el tratamiento de los temas sociales.

EL MIEDO A LA REVOLUCION

Con el recuerdo del Sexenio, las clases burguesas eran plenamente conscientes del peligro de una revolución social. Y su inquietud se traduce una y otra vez en los debates urbanísticos de la época.

Con ocasión de las propuestas hechas por el Ayuntamiento de Barcelona para la anexión de los pueblos del Llano, el Ayuntamiento de Gra-

cia señalaba, junto a otras argumentaciones, el grave peligro que existía de que «elementos perturbadores» de Barcelona se unieran a los de los municipios vecinos y entonces —se preguntaba— «¿quién garantiza que mañana, defendida por la muralla natural que forman las montañas que la circundan, no sobrevenga un trastorno imponente que exija torrentes de sangre para dominarlo?». Así pues, era la conclusión, «a Barcelona tampoco le convendría una fusión que vendría a dar mayor fuerza a los elementos nocivos que encierra».

De la misma manera argumentó el Consejo Municipal de Sants: «En las grandes y, por desgracia, frecuentes convulsiones políticas o sociales, Sants habría de seguir la suerte de Barcelona, cuyos gérmenes de perturbación son más numerosos y de más poder y cuyas aspiraciones suelen ser más trascendentales, resultando de las agresiones a un centro más perturbador, mayor dificultad para dominarlas con grave peligro para las cuestiones de orden público.»

A todo este tipo de argumentaciones el alcalde de Barcelona, Manuel Girona, pudo responder señalando que la separación jurídica no impediría la unión de los elementos revoltosos. Pero, además, consideraba que «verificada la fusión encontraría menores obstáculos la apertura de las grandes vías estratégicas en las cuales podrían colocarse convenientemente los cuarteles, siendo esto una garantía de la facilidad con que se verificaría la represión de cualquier motín que estallase».

En función de estos criterios se localizarían más tarde, efectivamente, los nuevos cuarteles. Por el momento, en espera de las anexiones, la remodelación de la Ciudadela dio paso al cuartel de Jaime I en la calle Wellington (1888) y en 1892 el cuartel de la calle Tarragona se instalaba en el límite del término municipal barcelonés.

Más tarde, conseguida ya la integración de los municipios vecinos los nuevos acuartelamientos se situaron (1927), tal como había imaginado el alcalde Girona, en las salidas de la ciudad.

La vigilancia amenazadora y la represión pura y simple era, pues, la primera medida a tomar para caso de conflicto. El ejército y la guardia civil podían contribuir eficazmente a ello, especialmente en aquellos casos en que se declaraba el estado de excepción (1897) o de guerra (1899) ante la insurrección social. Del orden cotidiano se encargaba también la policía municipal, que adquirió el carácter de policía judicial.

Pero la represión no bastaba. El peligro revolucionario, constantemente presente en el recuerdo del Sexenio y en la práctica diaria de los grupos dominantes por el ascenso creciente de la conflictividad, exigía también otros mecanismos de defensa, tanto de carácter ideológico como de disminución de las tensiones. Unos y otros con una clara dimensión o incidencia en el espacio urbano.

Entre los mecanismos ideológicos, el primero era el recurso a la historia. Las clases burguesas se dieron cuenta bien pronto del papel de la

historia como elemento integrador y suavizador de los conflictos sociales. El modelo de esta línea de actuación está representada en los años iniciales de la Restauración por la obra del historiador Antonio Bofarull y Brocá *Pasado, presente y porvenir de Barcelona*, premiada en el certamen abierto por el Ayuntamiento con motivo de la primera celebración de las fiestas de la Merced en 1877. El autor expresa en ella su «temor y desconfianza tocante al desenvolvimiento moral de un centro de tanta grandeza material e intelectual» como era la ciudad de Barcelona, desconfianza que procedía del hecho de que en las grandes urbes «con igual facilidad se transportan las mercancías que las ideas, y que la aproximación de unos grandes centros con otros así propaga los adelantos y los beneficios como las corrupciones y miserias». La solución sólo podría conseguirse «fomentando el espíritu histórico (...) móvil indispensable para que reviva el amor patrio». Con ello se conseguiría «una garantía de bienestar futuro, más eficaz que todos los consejos de los innovadores que hacen gala de despreciar la Historia y que las utopías de los pesimistas y de cuantos se venden por redentores de la Humanidad».

Junto al recurso a la historia, que aquí como en otras partes reinterpretaba el pasado para adaptarlo a los ideales y los intereses de la burguesía, se echó mano también de otro poderoso instrumento de sometimiento de los grupos populares: la Iglesia católica.

Con la Restauración se inicia un proceso de recristianización que dio una nueva presencia a la Iglesia en la vida pública y en la ciudad. Se construyen, con apoyo público y privado, nuevas iglesias, que en su mayor parte utilizan los lenguajes artísticos del período medieval (románico, gótico y «bizantino moderno»), se facilita la vuelta y la reinstalación de algunas de las órdenes religiosas afectadas por la desamortización, y se trata de controlar el debate intelectual dificultando la difusión de todas las nuevas ideas (darwinismo, liberalismo, socialismo) combatidas por Roma.

El control de la educación constituía un campo clave en ese proceso de recristianización. Amparándose en la posibilidad constitucional de fundar y sostener establecimientos de instrucción y con el apoyo político y material de los conservadores en los niveles estatal, provincial y municipal, la Iglesia pudo adquirir una creciente influencia en la educación de la juventud de las clases elevadas y medias e incluso directa o indirectamente en las populares.

A través de esa enseñanza religiosa se intentaba impulsar un proceso de recristianización entendido como un instrumento para apaciguar los conflictos sociales, y se aumentaba la presencia de la Iglesia en la ciudad.

Pero todo ello, represión e ideología, era insuficiente si no iba acompañado de medidas concretas de carácter asistencial y de mejora social. A pesar del clima favorable impulsado por los gobiernos liberales y el Instituto de Reformas So-

ciales, las mejoras reales fueron difíciles de obtener en las situaciones de crisis económicas que dominaron durante el último cuarto de siglo, y que dieron lugar ocasionalmente a reducciones de los días de trabajo (1885) e incluso de los salarios, sin que la creciente presión sindical fuera suficiente para modificarlo. Por esta razón las medidas asistenciales adquirieron una importancia decisiva y se convirtieron en mecanismos indispensables para aliviar la tensión social. Al mismo tiempo constituían un eficaz instrumento de control social y de defensa de los intereses del orden burgués.

MEDIDAS ASISTENCIALES Y CONTROL SOCIAL

Regulada de forma general por las Leyes de 20 de junio de 1849 y el Reglamento de 14 de marzo de 1852, así como por el Real Decreto de 27 de enero de 1885, la beneficencia se atribuyó esencialmente a las administraciones provincial y municipal, en cuanto beneficencia pública, y a la iniciativa privada, en cuanto beneficencia particular.

En la Barcelona del último cuarto de siglo si todas las formas de beneficencia estaban representadas, el peso principal recaía sobre la administración municipal y sobre la privada, aunque esta última contara con subvenciones y ayudas públicas diversas en especial, facilidades legales para la creación de patrimonios, autonomía de gestión y orientación y exenciones fiscales.

Los servicios asistenciales prestaban una atención preferente a los niños huérfanos y expósitos, a las mujeres desamparadas y a los indigentes de solemnidad, tres grupos en los que era relativamente fácil y eficaz la acción tutelar y modeladora de comportamientos y actitudes.

La atención a huérfanos y expósitos intentaba, por un lado, luchar contra la fuerte mortalidad infantil asegurando una fuerza de trabajo, y por otro, educar y modelar sus mentes y actitudes para evitar conflictos que alteraran la paz social. El problema era grave por el elevado número de niños abandonados que había en la ciudad debido a la natalidad ilegal y a la fuerte mortalidad de las clases obreras.

Los hábitos del trabajo industrial no se adquirirían fácilmente, la vagancia y la ociosidad debían ser combatidas sin descanso desde las edades jóvenes, porque, si no, conducía a la pendiente fatal del vicio y el crimen. Los escalones de dicha pendiente fueron descritos una y otra vez por los autores de la época:

«La aversión al trabajo y la holgazanería como base de una vida criminal desarrollada primero por un abandono de toda actividad de las fuerzas físicas, seguida luego por una tendencia constante a la agrupación de personas de idéntico modo de vivir, y ha ido después progresando en la escala de la falta, de la ratería, del robo, de la estafa, de la

agresión, de la camorra, hasta parar en el homicidio alevoso.»

Para evitarlo había que inculcar en la juventud —y sobre todo en la juventud obrera— hábitos de trabajo y conformidad social:

«Hay que inclinar al muchacho al trabajo, hay que inculcarle la necesidad de éste como medio indispensable para ganar el sustento, para cubrir las necesidades de la vida, como preservativo de compañías peligrosas, como estimulante para ganar el aprecio de todos los hombres honrados, y conseguir este título tan honorífico para merecer la pública estimación por la laboriosidad y la honradez, que en las clases todas, *pero sobre todo en las proletarias*, es el abolengo de su nobleza y dignidad.»

Todo un amplio conjunto de instituciones, desde las casas cuna y los hospicios hasta los centros correccionales se fundaron para conseguir esos objetivos de formar a la niñez y juventud para convertirlos en fuerza laboral útil y asegurar el orden social educándolos en el trabajo y el respeto a las normas de convivencia aceptadas.

La segunda línea de actuación se refería a las mujeres, elemento básico de la célula familiar, de influencia decisiva en el proceso de socialización y en la vida social en general. El problema más grave en este sentido era el de la desviación respecto a las normas aceptadas para las relaciones sexuales y la procreación dentro de la familia nuclear estable. Las casas de maternidad atendían a las madres solteras y cuidaban del fruto de las relaciones ilegítimas, dirigiéndolos hacia los hospicios en caso de reconocimiento, o hacia las casas de expósitos cuando la madre, obrera o de otro medio social más elevado, deseaba permanecer en el anonimato. Para que se tenga una idea de la importancia de este problema, basta decir que el número de nacimientos ilegítimos podía representar una décima parte del total.

El matrimonio y la maternidad dentro de él debían ser el destino final de una joven, y para eso eran preparadas en los hospicios, proporcionando, si era preciso, dotes para doncellas virtuosas que quisieran seguir ese camino.

Junto a ello la prostitución, válvula de escape aceptada de la hipocresía social burguesa e indispensable en una sociedad con una fuerte inmigración y con dificultades para la relación social, constituía también una preocupación importante en dos sentidos. Uno, el de la rehabilitación moral de las arrepentidas. Otro, los problemas sanitarios de las enfermedades venéreas, que exigían un control riguroso de la práctica.

La prostitución era condenable pero era también un mal inevitable: era «la cloaca social, y no hay ciudad sin cloacas», escribió el médico barcelonés Prudencio Sereñana y Partagás, primo del doctor Giné y Partagás. Para reducir su incidencia entre las mujeres había que adoptar sobre todo remedios sociales: mejorar la instrucción de la mujer, castigar a los seductores que abandonaban a las seducidas y, sobre todo, evi-

tar la ociosidad femenina y procurar que su trabajo fuera debidamente recompensado, ya que «con las exigencias de la moda, con la carestía de víveres y con las mil tentaciones que ofrecen los establecimientos públicos como joyerías, bisuterías, teatros, cafés, etc., es necesario que se encuentre arraigada en el corazón de la mujer la más acrisolada virtud para no dejarse aprisionar entre las redes de la seducción».

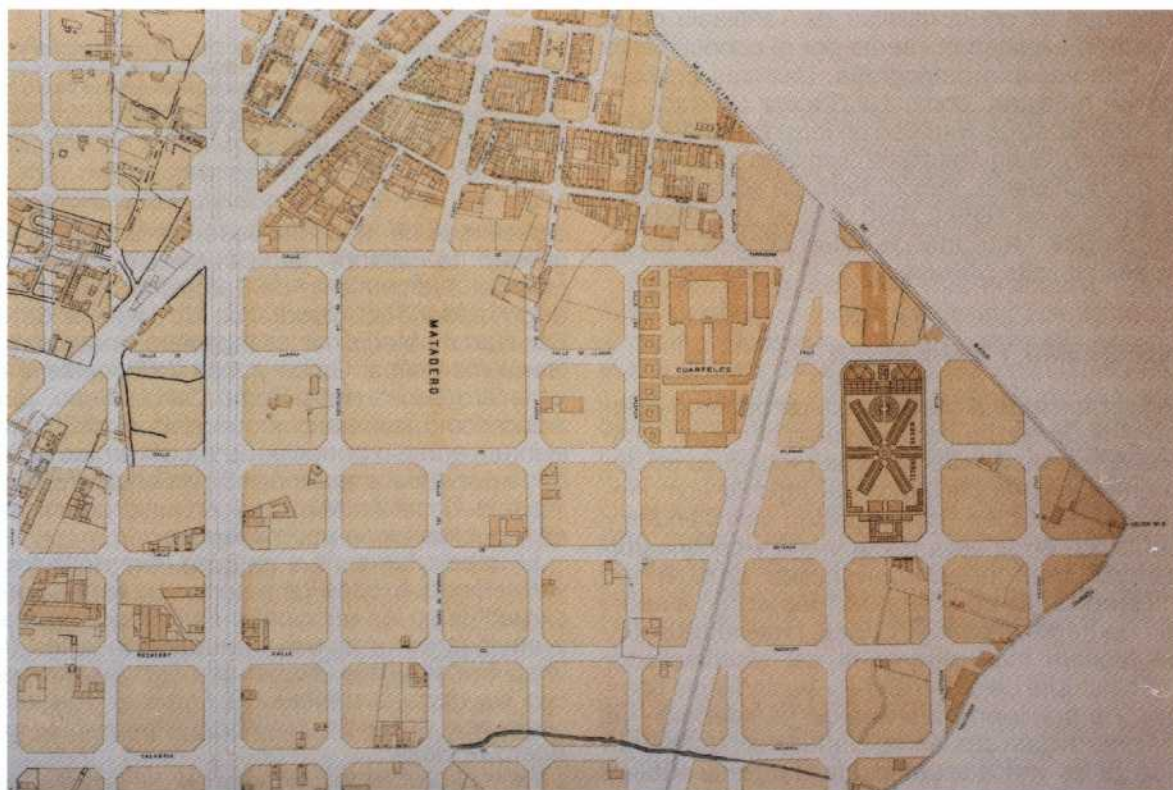
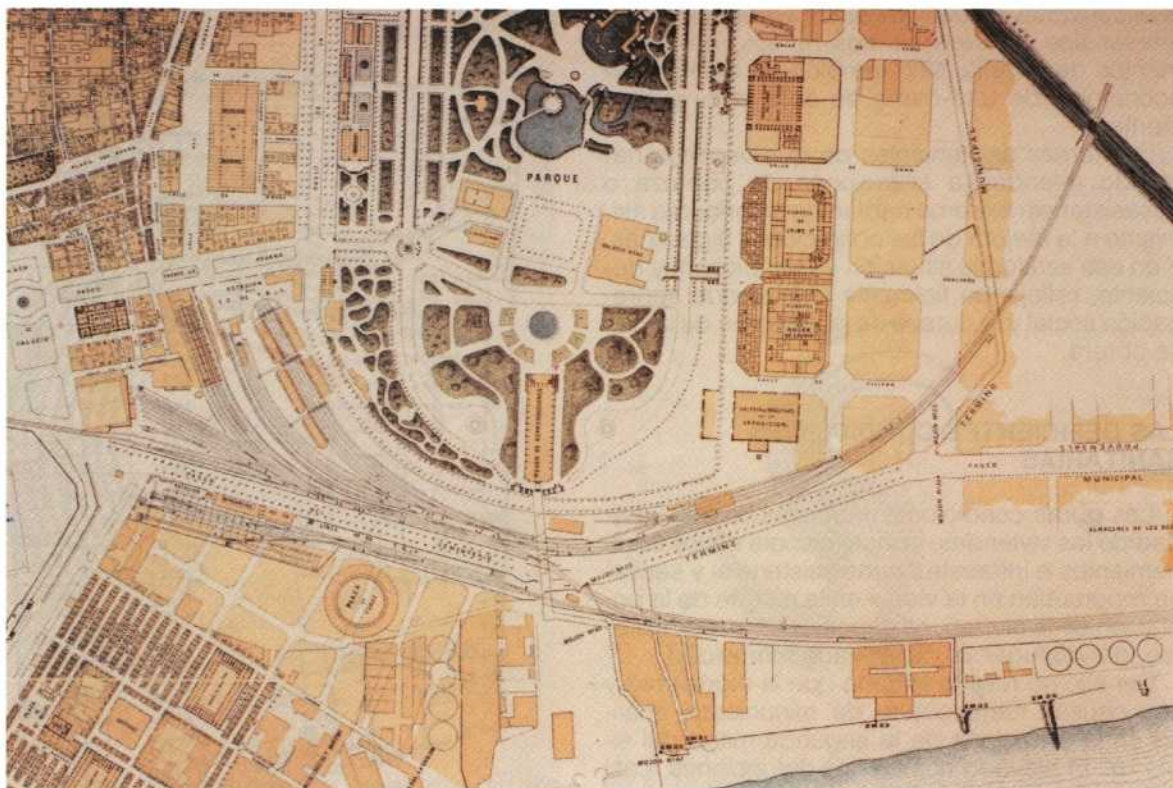
La tercera línea de actuación prioritaria de los servicios asistenciales era la pobreza. La asistencia domiciliaria constituía, como vimos, un ideal reiterado en la época, y las juntas de beneficencia municipales o parroquiales, claramente controladas por la burguesía —frecuentemente a través de juntas de damas— y la Iglesia, permitían una fiscalización de los hogares populares y de la práctica de las «buenas costumbres», que eran requisito indispensable para recibir la ayuda.

Pero además estaban los pobres aislados y los transeúntes, es decir, generalmente los inmigrantes, esos que a veces convertidos en «mendigos forasteros» eran expulsados hacia sus pueblos de origen y otras reclusos y albergados en el Asilo Provincial de Pobres del Parque en la calle Wellington.

La presencia de los locos en la relación de indigentes albergados en el Asilo del Parque nos pone en contacto, finalmente, con otro aspecto de la práctica asistencial, la asistencia psiquiátrica a los enfermos mentales, también relacionada con el mantenimiento del orden social.

Los debates de raíz positiva sobre la vinculación entre criminalidad y locura condujeron, como es sabido, a una participación creciente de los médicos como peritos en los casos judiciales, lo cual daba a la prevención y tratamiento de la demencia una indudable trascendencia social. Los establecimientos psiquiátricos o manicomios, esas instituciones tan «necesarias para el perfecto gobierno del Estado», se concibieron como centros de terapia, como asilos para los enfermos mentales y como lugares de reclusión para los condenados por la justicia. En estos dos últimos sentidos se concebían casi como establecimientos penitenciarios y al igual que éstos debían estar organizados de manera eficiente: «todas las partes del edificio con su particular disposición conspiran a la seguridad y comodidad del orate, encubriéndole hábilmente su reclusión y hablándole en lenguaje de caridad y esperanza»; una esperanza que era desmentida por los hechos, ya que la mayor parte de los reclusos, tal vez el 80 ó 90 por 100, no volvían a salir jamás del establecimiento.

Los manicomios estaban basados en el aislamiento del enfermo (la llamada «dieta moral»), en su clasificación (en tranquilos, agitados y furiosos), en la modificación de sus costumbres, en la vigilancia y en el tratamiento moral, no dudándose en usar cuando era preciso métodos más contundentes, incluyendo las descargas eléctricas. También eran esenciales como formas de rehabilitación la disciplina y el trabajo, lo



FIGS. 4 y 5. Fragmentos del plano de Barcelona de P. García Faria (1891) en el que aparecen localizados en los límites del Ensanche los nuevos espacios de represión (cárcel), control (cuarteles), higiene (matadero) y esparcimiento (parque de la Ciudadela).

cual convertía las explotaciones agropecuarias o artesanales de esos centros no sólo en instrumentos de terapia, sino también de explotación económica de una mano de obra dócil y obediente.

Las tareas asistenciales de que venimos hablando referidas a situaciones de pobreza o desasistencia extrema habían de extenderse asimismo a la mejora de las condiciones higiénicas. Y en ese sentido la situación es también muy deficiente, reflejando fielmente la profunda segregación social y la dureza de la situación de la clase obrera.

LAS DEFICIENTES CONDICIONES SANITARIAS

Las duras condiciones laborales, la insalubridad de las viviendas, la insuficiencia de los equipamientos e infraestructuras asistencial y sanitaria repercutían en la vida y en la muerte de la población de la ciudad, en especial las clases obreras, dando lugar a una elevada mortalidad.

Por ello no resulta extraño que la mortalidad y sus causas fuera objeto de minuciosos análisis en la Barcelona de la segunda mitad del siglo XIX. El elevado número de defunciones, casi siempre por encima de los nacimientos, la permanencia de algunos brotes epidémicos, la alta morbilidad de los centros sanitarios y benéficos, a los que se podía calificar de «antesala de la muerte», explican el interés por el conocimiento de esta variable demográfica. Diversas publicaciones médicas, como *La Gaceta Sanitaria de Barcelona*, se convirtieron en foro de debate e información. El equipamiento sanitario, que era sin duda insuficiente, mejoró también sensiblemente en los años 1889 y 1890 gracias a la creación del Servicio Municipal de Salud Pública y de diversas clínicas privadas.

HIGIENISMO Y SANEAMIENTO

El sistema de alcantarillado, de origen medieval y moderno, no había crecido al mismo ritmo que la expansión urbana. Los problemas se dejaron sentir ya a principios del siglo XIX como resultado de la fuerte densificación de viviendas y población en la vieja trama viaria y continuaron agravándose conforme avanzaba el siglo XIX.

La epidemia de cólera de 1885 obligó a abordar de frente el problema de la higiene urbana y de manera más urgente el del alcantarillado.

En octubre de dicho año el Ayuntamiento nombró una comisión para abordar la adopción de mejoras higiénicas en la ciudad, considerando que de los varios aspectos de la higiene pública el más importante era el de «la evacuación de inmundicias urbanas de todas clases». La elaboración de las propuestas concretas se encomendó a una subcomisión de la que formaban parte, como presidente, el arquitecto Modesto Fosas y Pi, que había proyectado en 1866 la red de al-

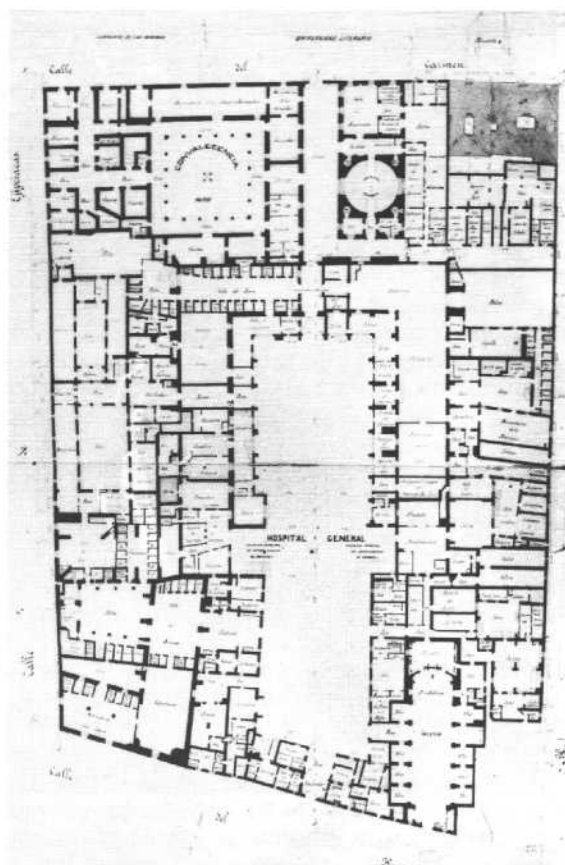


FIG. 6. El Hospital General de la Santa Cruz, de origen medieval, se mantuvo en funcionamiento hasta los primeros años del siglo XX, pero presentaba graves deficiencias debido a la obsolescencia de sus instalaciones, insuficientes para atender a las necesidades de la ciudad (detalle de las dependencias del Hospital según un plano de M. Garriga y Roca en 1859). Foto I. M. H.

cantarillado de Manresa; José María Jordán, ingeniero de caminos, jefe de vialidad y conducción del Ayuntamiento de Barcelona; Rafael Rodríguez Méndez, catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina; los ingenieros industriales Gerónimo Bolibar Galup y José Vallhonestá, y el ingeniero de caminos Pedro García Faria, que actuó como secretario y que elaboró de hecho el informe como ponente. Su dictamen fue aprobado por la Subcomisión el 27 de enero de 1885 y por la Comisión Municipal en junio del mismo año, publicándose poco después.

El trabajo fue serio y riguroso, examinándose y evaluándose todos los sistemas de evacuación existentes en las principales ciudades europeas y americanas, con especial atención a los de Gran Bretaña, que, según se afirmaba, «merecen sin duda la preferencia» gracias a la trascendencia de los estudios de E. Chadwich y del *Board of Health*.

Pero el problema fundamental del alcantarillado en su conjunto era que se había ido desarrollando a lo largo de los siglos de acuerdo con necesidades del momento y sin obedecer a un plan general, con desajustes en el plan de construcción de las diferentes redes y problemas de acoplamiento entre unos tramos y otros.

CUADRO 6: EL TIFUS EN BARCELONA.

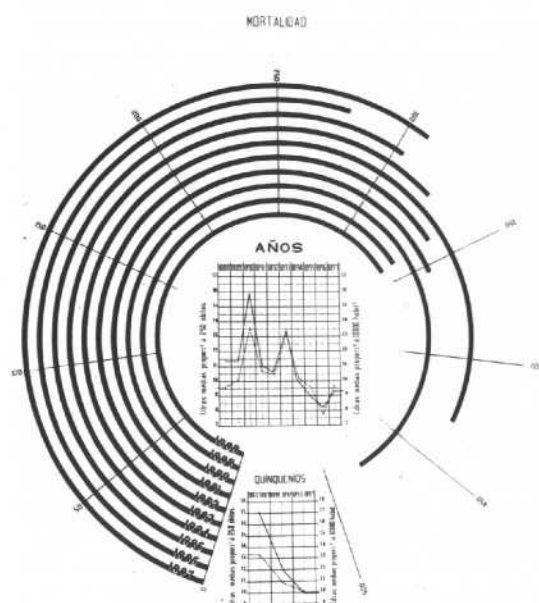


FIG. 7. El esfuerzo municipal por conocer la situación sanitaria de la ciudad se tradujo en la Barcelona del siglo pasado en la elaboración de una detallada y precisa estadística. (Gráfica elaborada por el Dr. Luis Comenge, primer director del Instituto de Higiene del Ayuntamiento de Barcelona.) Foto I. M. H.



FIG. 8. La gráfica de las principales variables demográfico-sanitarias de la ciudad de Barcelona a finales del siglo XIX, elaborada por el Dr. Luis Comenge, permite ver la incidencia de determinadas enfermedades sobre la población.

Ello planteaba también graves problemas en relación con los municipios del Llano, en general muy mal equipados. Así en Gracia, por ejemplo, anotaba la Comisión, «se cuentan por millares los pozos ciegos o absorbentes que llenan el subsuelo y son causa de tan grande infección que el Ayuntamiento no ha podido menos de reconocerlo así y ha declarado que las aguas de los pozos de abastecimiento de la parte antigua de la villa están contaminados»; y añadía: «los individuos de la Subcomisión han visto algunos de estos pozos ciegos completamente colmados ya, a los cuales continuaban enviándose aguas sucias que fluían por su boca y ensuciaban el terreno contiguo, cuya superficie despedía hediondas emanaciones». Similar era la situación de los otros municipios del Llano, en los que, además, las aguas residuales podían servir para regar los campos de cultivo, por lo que fácilmente se comprende la fuerte incidencia que tuvo en estos pueblos la epidemia de cólera de 1885. En aquellos años se realizaron intensos debates sobre la situación de alcantarillado y evacuación.

EL PROBLEMA DEL AGUA

El sistema de evacuación continua propuesto en 1886 suponía la «circulación sin estancamiento» y no trataba de impedir la fermentación de los residuos, sino de «hacerlos inofensivos dilu-

yéndolos en un volumen tan grande de agua y aire en movimiento que se retarde su descomposición hasta que estén fuera de poblado». Ello suponía, como había escrito un autor de la época, que «con grandes volúmenes de agua y una ventilación completa se dominará la infección».

Pero en la Barcelona de 1885 el abastecimiento de agua era un problema tan importante como el de la evacuación. A lo largo del siglo XIX con el crecimiento de la población y, en la última década, con la adopción del sistema de evacuación continua, el agua se convirtió en un artículo escaso, caro y de mala calidad. Su abastecimiento, que tradicionalmente era una competencia del Ayuntamiento, no pudo ser cubierto por éste y pasó a ser controlado por el capital privado mediante inversiones que, al buscar el beneficio económico para sus promotores, no siempre garantizaban la bondad del servicio público.

AGUA, ALCANTARILLADO Y SANEAMIENTO MORAL

Los años que siguieron a la publicación del *Dictamen previo de la Comisión designada para el estudio de la evacuación de inmundicias y saneamiento del subsuelo de Barcelona* (1886) supusieron la realización y aprobación del proyec-

to definitivo y el comienzo de las obras que resolverían definitivamente el problema del saneamiento de la ciudad. La aprobación por el Ayuntamiento en 1891 y la publicación de la obra de Pedro García Faria *Proyecto de saneamiento del subsuelo de Barcelona. Alcantarillado, drenaje, residuos urbanos* (1893) constituyen, sin duda, hitos decisivos en el tránsito a la Barcelona actual.

Los dos aspectos fundamentales de la reforma eran, ya lo hemos dicho, el aumento de la dotación de agua y la construcción de la red de alcantarillado.

En el primer aspecto los tres últimos lustros del siglo representan la consolidación de la *Société Générale des Eaux de Barcelona*, como la gran empresa abastecedora de agua a la ciudad y los pueblos del Llano, ampliando las dotaciones disponibles y absorbiendo a todas las pequeñas compañías competidoras.

La estrategia monopolizadora de la SGAB sobre el abastecimiento de agua a la ciudad suponía un conflicto latente con el Ayuntamiento, sobre todo cuando éste en 1889 puso en marcha el proyecto de saneamiento y quiso otra vez controlar el suministro. En ese momento el Ayuntamiento reaccionó intentando aprovechar mejor los caudales del Besós y más tarde (1896) pretendiendo adquirir de otras compañías, a través de un concurso público, caudales en la cabecera del acueducto de Montcada para distribuirlos en Barcelona. Pero los intentos fracasaron en buena medida por limitaciones financieras, y de hecho a fines del siglo XIX el Ayuntamiento sólo controlaba una pequeña parte del abastecimiento de la ciudad, esencialmente los caudales de Montcada, para cuya mejor distribución se construyó un depósito en Vallcarca a 108 metros de altura. De hecho casi quedó limitado a las funciones de inspección y control del agua distribuida. Incluso arrendó a la SGAB una parte del abastecimiento de las fuentes públicas: de las 140 existentes en 1895 sólo 80 se surtían de agua de Montcada y eran de chorro continuo, mientras que las restantes lo eran por la SGAB con agua de Dosrius. En ese mismo año de 1895, poco antes de que se realizara la anexión de los pueblos del Llano, Barcelona era surtida en total por 33.248 m³ diarios para servicio doméstico y otros 33.000 para el servicio urbano, es decir, 116 y 114 litros por habitante en cada uno de estos conceptos, cifra que quedaba muy próxima a los 250 litros por habitante y día que deseaba García Faria y los higienistas en general. Y al año siguiente, con motivo del concurso abierto por el Ayuntamiento para el abastecimiento de Barcelona, las propuestas de traída de aguas desde Garraf que hizo Eusebio Güell y Bagigalupi con un caudal de 86.400 m³ diarios aumentaron las expectativas de una pronta solución del problema.

Junto al aumento de agua, la construcción del alcantarillado era el otro elemento esencial de la reforma higienista y por ello la decisión municipal de comprometerse decididamente en la re-

solución del problema constituye, como dijimos, un hito esencial.

Ante todo, porque el plan elaborado por García Faria era un plan unitario para el conjunto del municipio de Barcelona y con voluntad de ampliación al conjunto de los pueblos del Llano. Las epidemias de 1870 y 1885 habían tenido también una fuerte incidencia en esos municipios por la deficiente, y a veces prácticamente inexistente, red de cloacas. Debido a la lentitud del proceso anexionador los proyectos se abordaron separadamente, pero la voluntad integradora y unitaria estaba bien presente en el de Barcelona y ello permitió, tras las anexiones de 1897, la rápida conexión de las redes, facilitada, además, por la activa presencia de García Faria en varios de los trabajos.

La política de saneamiento emprendida en aquellos momentos tiene dos dimensiones que vale la pena destacar. La primera se refiere a la relación entre alcantarillado, urbanización y calidad de vida; la otra a la vinculación del saneamiento físico y moral.

La red de alcantarillado fue un instrumento para la urbanización del Ensanche y de todo el Llano de Barcelona, un poderoso mecanismo para la especulación y el beneficio económico. Puede ser interpretada como una aportación esencial —como el trazado viario o los transportes urbanos— en el proceso de creación del capital fijo de infraestructuras que permite valorar el suelo y activar el proceso de urbanización. El plan García Faria apoyaba, como hemos dicho, la reforma interior de García Baixeras. El plan también permitía impulsar la construcción del Ensanche y facilitará, tras las anexiones, el crecimiento de la urbanización en los pueblos del Llano.

Todo eso es cierto, pero hay que añadir que el proceso fue lento y se desarrolló no sin dificultades y resistencias por parte de los que resultaban teóricamente los más beneficiados, es decir, los propietarios del suelo y promotores inmobiliarios.

La construcción de la red planteaba problemas financieros que los ayuntamientos, obligados a empréstitos y presupuestos extraordinarios, quisieron, lógicamente, repercutir sobre los propietarios, bien directamente o a través de impuestos municipales, lo que suscitó resistencias y obligó a duras negociaciones, afectadas, además, por debates técnicos e intrigas políticas. Pero también porque una vez construida la red, los propietarios intentaron evitar el coste suplementario que suponía la conexión del sistema de saneamiento privado del edificio con la red general. Años después de aprobado el proyecto de García Faria, el jefe de sección de saneamiento del Ayuntamiento de Barcelona consideraba que eran «muy contados» los propietarios que habían secundado la acción de los sucesivos consistorios, ya que «no obstante haber éstos hecho de unos nueve o diez años a esta parte cuanto les ha sido dable para mejorar las condiciones de salubridad e higiene de nuestra urbe, dotán-



FIG. 9. El Hospital Clínico unido a la nueva Facultad de Medicina iniciado en 1895 y que entró en funcionamiento en 1904 supuso una notable mejora en la práctica médica. Foto I. M. H.



FIG. 10. El Hospital del Sagrado Corazón, construido en 1879, fue uno de los primeros centros sanitarios de iniciativa privada creado en la Barcelona de la Restauración. Foto I. M. H.

dola a costa de enormes sacrificios de una buena red de cloacas», ello no había servido de estímulo a los particulares para colaborar con el municipio, sino que «antes bien, han dado inequívoca prueba de la más pasiva indiferencia, del más censurable abandono, de la más punible incuria», incuria «tanto más censurable cuanto que para secundar la acción de nuestros Ayuntamientos no debían los señores propietarios imponerse el menor sacrificio, pues bastaba al efecto que dotasen a sus respectivas propiedades de los correspondientes albañales de desagüe con acometimiento directo a la cloaca pública, construyéndolos de suerte que reuniesen todas aquellas condiciones de solidez, impermeabilidad y demás que suelen exigirse en esta clase de obras.

La consecuencia de ello es que en 1913 en el Ensanche de Barcelona y en el de la antigua villa de Gracia, cuyas redes de saneamiento estaban ya acabadas, «la mayoría de los edificios enclavados en las mismas no disponen aún de desagüe directo a la cloaca pública y continúan, por tanto, con manifiesta infracción de las Ordenanzas Municipales verificándolo aún por medio de albañales longitudinales», y que en los pueblos agregados ocurría una cosa semejante usándose todavía pozos negros a pesar de disponer de una red de cloacas.

A pesar de estas resistencias lo que se hizo fue de gran trascendencia y repercutió en una mejora sensible de la salud, con un descenso acusado de los índices de morbilidad. La red de saneamiento a la larga tuvo, además de sus consecuencias directas, otras indirectas, constituyendo un acicate para la mejora de las condiciones de vida de la población, incluyendo las clases populares.

En efecto, el funcionamiento del sistema exigía, ya lo hemos visto, agua abundante, pero a pesar de las mejoras en el abastecimiento ésta era todavía insuficiente para asegurar la limpieza del alcantarillado impidiendo la putrefacción de las sustancias arrastradas. Se idearon por ello unos depósitos que evacuaban regularmente el agua de forma simultánea para limpiar así las cloacas. En 1913 se habían instalado ya 600 y se pensaba llegar a los 2.000, pero resultaba caro y difícil de mantener, debiendo llenarse con cubas. Por ello los técnicos insistieron en que dichos depósitos deberían multiplicarse distribuyéndose por todas las viviendas particulares: la difusión del *water-closed* y de los lavabos y baños permitiría resolver el problema y de ahí el interés de introducir dicha innovación incluso en las viviendas modestas:

«Disponiendo (...) los edificios todos de esta ciudad de cuartos de baño, lavabos y *water-closets* lograríamos el doble objetivo de que, merced a las descargas de cada uno de los últimamente nombrados aparatos o recipientes, las materias fecales irían a parar a las cloacas totalmente diluidas y, por ende, en estado ya líquido, ventajosa, recomendable circunstancia que afectaría muy diferentemen-

te y de un modo muy beneficioso a la salud pública, haciendo, además, que las numerosas y sucesivas descargas de los *water* o recipientes de referencias, poderosamente secundados por las de los lavabos y bañeras, obrando a modo de ducha casi constante sobre las alcantarillas formarían un incalculable número de pequeños riachuelos, estableciendo, en consecuencia, en el interior de la red una considerabilísima y casi nunca ininterrumpida corriente de agua que (...) neutralizaría, a no dudar, los perniciosos efectos de las letrinas y demás residuos domésticos que, procedentes de las viviendas, van a parar a las alcantarillas.»

La otra dimensión que queremos destacar nos aparta del saneamiento físico y nos muestra, en cambio la relación entre éste y el saneamiento moral. A lo largo del siglo XIX, en efecto, las preocupaciones higienistas se extendieron a campos muy diversos, desde la higiene estrictamente privada —personal, doméstica o matrimonial— hasta la higiene individual, urbana o social en general. En la investigación sobre los factores que influyen en la salud de las poblaciones urbanas los médicos abandonaron las interpretaciones ambientalistas —que todavía pudieron perdurar con fuerza hasta el desarrollo de la bacteriología— y se interesaron por las condiciones de vida, en particular, la alimentación, la vivienda obrera, el hacinamiento y la situación sanitaria. Eso les condujo a veces, desde posiciones que podemos considerar progresistas y, eventualmente, ligadas al pensamiento utópico, a criticar el orden social que incrementaba de forma visible el problema del pauperismo y a reflexionar sobre nuevos modelos de ciudad menos densificada a la vez que sobre la organización social adaptada a las nuevas condiciones de la sociedad industrial.

En la segunda mitad del siglo el pensamiento higienista evoluciona muchas veces hacia posiciones cada vez más conservadoras en las que la mejora social es indisociable del orden y el control social y va adquiriendo tintes moralizantes de que antes carecía.

Frente a la amenaza creciente del proletariado y ante la imposibilidad de resolver el problema social únicamente con medidas represivas, la higiene apareció a los grupos dirigentes como una de las medidas —o la medida esencial— a utilizar. A comienzos de la Restauración un eminente médico barcelonés, el doctor Giné y Paragás, describía así la amenazadora situación: «La idea social se infiltra en las masas productoras y el ejercicio del derecho de asociación no cesa de multiplicar las fuerzas del derecho de trabajo. Este amenaza sojuzgar al capital. Un cataclismo es inminente.» Ante esos peligros era urgente prevenir y es ahí donde la higiene podía desempeñar un papel fundamental. Dicho con las palabras del mismo doctor Giné:

«No se puede desconocer que ya es hora de dar a los hijos del trabajo la participación que les corresponde en el festín social: el cuarto estado pide justicia, ¿no sería mejor no esperar a que con mano airada él mismo se la haga? Sólo la higiene

puede poner el fiel en la balanza en ese litigio entre el capital y el trabajo (...). Nada se conseguirá reprimiendo, sólo higienizando se obtendrán efectos tan favorables como inesperados.»

Paralelamente, la metáfora organicista y positivista del cuerpo social se pudo aplicar también a la ciudad considerada como un organismo vivo, con sus distintos órganos y funciones. Desde el punto de vista filosófico la red de alcantarillado era «tan indispensable en la ciudad como el sistema intestinal en el hombre» y por eso mismo era preciso cuidarla y regenerarla cuando estaba enferma. También la sociedad urbana podía contener partes enfermas que era necesario extirpar o regenerar. A ello debía atender asimismo la higiene, la cual, como escribía García Faria «debe necesariamente intervenir en la represión del vicio y en la moralización del hombre».

No ha de extrañar por ello que para los reformadores urbanos el saneamiento físico y el saneamiento moral estuvieran íntimamente unidos, ya que el ideal higienista de depuración y reutilización de las aguas sucias debía aplicarse igualmente a los elementos nocivos de la sociedad. El siguiente texto, que procede del Prólogo oficial del *Dictamen previo* de la Subcomisión barcelonesa de 1885, es suficientemente expresivo, y aparece, además, refrendado por declaraciones posteriores del mismo tenor:

«Una ciudad será tanto más sana y limpia cuanto más cuidadosamente se procure en ella evitar ante todo la putrefacción de las sustancias inmundas, tratando luego de regenerarlas y de hacerlas nuevamente asimilables para el hombre. Del propio modo que dará mayor prueba de adelanto moral la sociedad que aleje temporalmente de su seno al ser abyecto que traspasa las leyes que rigen el organismo social lanzándose al crimen y manchando con la deshonra a la misma familia de que procede, trasladándole a lugares donde la colectividad se halle a cubierto de sus depravados instintos, sin perjuicio también de que después de reducirlos a la impotencia, le eduque y perfeccione para poderle admitir más tarde en la vida social para que de nuevo cumpla el fin providencial que puede y debe llenar aun el hombre más pervertido o extraviado, en cuanto se inhabilitan sus malas aptitudes y se desarrollan cumplidamente las buenas facultades que indudablemente posee.»

CONCLUSION

La política de saneamiento posee una gran importancia por su incidencia en la demografía a través de sus efectos sobre la reducción de la mortalidad. Una temprana difusión de comportamientos natalistas urbanos con la consiguiente reducción de la fecundidad no había ido acompañada de una semejante disminución en los índices de mortalidad, que se mantenían todavía relativamente altos en estos años. Será precisamente la ampliación de la higiene urbana y personal y los avances de la bacteriología lo que permitirán una lucha más eficaz contra la morta-

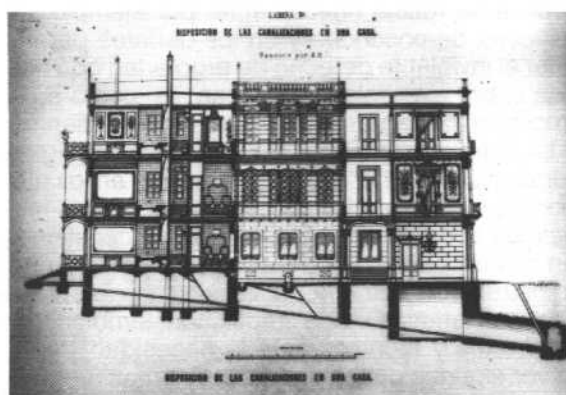


FIG. 11. La organización de una gran red de abastecimiento de agua a Barcelona permitía dotar a las viviendas de agua corriente y de instalaciones sanitarias, a la vez que obligaba a disponer de una red de alcantarillado, elementos básicos para una mejora de las condiciones de salubridad de la ciudad. (Lámina del Atlas del Proyecto de Saneamiento del Subsuelo de Barcelona de P. García Faria, 1893.)



FIG. 12. Propuesta del ingeniero P. García Faria en 1891 para convertir el delta del Llobregat en una extensa zona regada aprovechando las aguas residuales de Barcelona a través de los grandes colectores de la izquierda del Ensanche.

lidad y la muerte; ello hará posible culminar la transición demográfica en el medio urbano. Dicha política tiene también una dimensión de saneamiento moral y va acompañada de la organización de servicios asistenciales que intentan disminuir la tensión social.

Todo ello forma parte del proceso de transición urbana hacia la ciudad posliberal, en el que debemos incluir también la intervención creciente de los poderes públicos en la organización de la ciudad y los efectos sociales y espaciales que resultan de la aplicación de innovaciones técnicas al medio urbano.

Durante el último cuarto de siglo XIX, las pretensiones del liberalismo más puro, que da carácter absoluto al derecho de propiedad y a la actuación privada, empiezan a retroceder ante la indispensable intervención pública para mantener el funcionamiento de una colectividad urbana con un gran equipamiento productivo y para regular las conflictivas relaciones entre capital y trabajo.

En el caso de las ciudades españolas ese necesario intervencionismo de la administración

pública se refleja tímidamente, por ejemplo, en las leyes de ensanche y en los debates para limitar el inviolable derecho de propiedad con normas sobre expropiación forzosa, así como en el creciente protagonismo de los ayuntamientos.

La intervención de estos últimos venía exigida por una legislación liberal que, incluso en los momentos más centralizadores, otorgaba a los municipios competencias exclusivas en cuestiones tan diversas como el urbanismo, la beneficencia, la instrucción primaria, la vigilancia y los servicios sanitarios. Estaba impulsada también por hieginistas y técnicos ante la necesidad de resolver algunos de los graves problemas urbanísticos y sociales suscitados por la forma en que se realizó la Revolución Industrial. Ello supuso una puesta en cuestión de los principios del liberalismo más puro, que reducía al mínimo la intervención pública y confiaba en que la acción de la iniciativa privada sería suficiente para alcanzar una prosperidad siempre en aumento.

El Ayuntamiento pudo intervenir más activamente en la organización de la ciudad gracias al aumento de sus recursos financieros, propios o concedidos por el Estado, lo que le permitió disponer de un personal técnico más numeroso y capacitado y de empleados para el control ciudadano, la limpieza y el ornato urbano. Las mejoras en la administración van unidas, a la larga, a un proceso de permanencia de los funcionarios, es decir, de sustitución de las clientelas políticas por un cuerpo técnico valorado en virtud de su especialización y eficiencia; a través del papel de los técnicos y de la burocracia municipal las nuevas clases medias irán imponiendo sus ideales de reforma en la vida urbana.

Un reflejo de ese creciente intervencionismo en la regulación de la vida urbana puede verse en el cambio importante de las Ordenanzas municipales de Barcelona. Si ya en 1857 habían alcanzado la impresionante cifra de 648 artículos, en 1891 llegaban a 921, al tiempo que —y eso es más significativo— extendían su normativa a aspectos no tratados anteriormente, como los derechos y deberes de los ciudadanos, la instrucción pública o la sanidad, y regulaban de for-

ma más precisa y rigurosa las exigencias para la instalación y funcionamiento de la industria o la construcción de edificios.

A pesar de todo, las necesidades eran muchas y los recursos financieros, aunque crecientes, limitados, lo que explica que se escaparan de su control parcelas tan importantes como el abastecimiento de aguas. La iniciativa privada, que ya realizaba grandes beneficios con el negocio de la construcción y las plusvalías urbanas, acudió presurosa a ese y otros campos de actuación. Además del agua, el transporte público y el alumbrado fueron controlados por ella, con la particularidad de que la debilidad del capital barcelonés, y español en general, permitió una amplia penetración extranjera.

Fue, de hecho, el capital privado el que introdujo la mayoría de las innovaciones técnicas que habrían de afectar profundamente a la vida ciudadana: ferrocarril, gas, electricidad, telégrafo, teléfono, tranvías y, más tarde, el automóvil, por citar algunas de ellas.

Barcelona es, sin duda, una ciudad adelantada en lo que, con palabras de Geddes y Mumford, podríamos denominar la transmisión de la fase paleotécnica a la neotécnica, así como del liberalismo puro al liberalismo moderado por las regulaciones estatales y municipales. Adelantada también en conocer la actuación de un capitalismo cada vez más fuerte y que tiende a actuar en régimen de monopolio. Fue una de las ciudades españolas que primeramente y de forma grave sufrió los efectos de la reestructuración económica de la década de 1880, así como la inversión masiva del capital privado en infraestructuras urbanas. De todo ello saldrá una ciudad más limpia y racionalmente organizada, aunque, a la vez, más segregada y zonificada, más equipada, dinámica y, en conjunto, habitable, aunque conservando en su interior una población obrera explotada que no dejará de reivindicar una y otra vez, a veces con violencia, un cambio profundo de las relaciones sociales y que a través de esa lucha ha ido consiguiendo, efectivamente, mejorar no sólo sus condiciones de vida, sino el bienestar general de la sociedad.

PAISAJE URBANO, CIUDAD LINEAL Y MASONERIA

Antonio Bonet Correa

La creación de una nueva ciudad, próxima al centro de Madrid pero autónoma, con un trazado racional y armonioso y que convertiría las tierras baldías y polvorientas de la periferia de la capital de España en oasis bellísimos, habitados, cultivados y productivos, fue la empresa a la que consagró su vida el geómetra, topógrafo, matemático, científico y filósofo positivista Arturo Soria y Mata (1844-1920). El pensamiento que desde su génesis rigió su nuevo concepto de lo urbano, lo mismo que su lema «para cada familia una casa, en cada casa una huerta y un jardín», inspirado en la novela *El año 3000* (1897), del médico e higienista italiano Paolo Mantegazzo, suponía toda una filosofía moral y social de marcado carácter filantrópico y masónico. Arturo Soria, que en 1870 se inició en la logia «Herculina» de La Coruña con el nombre simbólico de Solón, uno de los siete sabios de Grecia, se identificaba de esta forma con el legislador, estadista, poeta y filósofo antiguo que hizo posible el cambio en el derecho de la propiedad, antes exclusivo de la aristocracia y al que, gracias a sus leyes, pudieron acceder las clases mercantiles y medias. En lo relativo a la vivienda, Soria propugnaba la casa unifamiliar, acorde con el usuario, integrando con sus correspondientes tipologías a todas las clases sociales, incluida la trabajadora. Sus arquitectos «modernistas» formaban parte de la vanguardia madrileña de la época.

The cityscape, Ciudad Lineal and freemasonry

Arturo Soria y Mata (1844-1920), positivist philosopher, scientist, topographer, mathematician and geometrist devoted his life to the building of a new city just outside the limits of Madrid proper. The paper explains that he wished it to be independent of the capital, have a rational and harmonious ground plan and be an oasis of beauty reclaimed from dusty and barren waste ground, this to be cultivated, productive and lived within. The thinking for his new master scheme for city life and for his motto «For each family a house and to each house a garden and an orchard» he drew from the novel «The Year 3,000» written by the Italian doctor and hygiene expert Paolo Mantegazzo whose ideas bear the imprint of philanthropic freemasonry. Soria was received in 1870 into the Herculania Lodge at Coruña and took the symbolic name «Solon» in honour of that sage amongst the seven of classical Greece who had striven as a legislator statesman, poet and philosopher to bring about those changes in his City-State's Laws as to property that were to allow for the participation of the middle and merchant class in things public, a bailiwick hitherto held to be the preserve of the aristocracy. In housing, Soria was for building single family dwellings to fit the tenant's needs and brought into his topological layout each and every social class including labourers. His architects were on a par with all that was most «modernist» in that epoch.

«... convertir tierras baldías y polvorientas en oasis bellísimos, habitados, cultivados, productivos. Ahí está, para no desmentir, la Ciudad Lineal.»

La Ciudad Lineal, núm. 744, 10 de septiembre de 1923, p. 205.

¡La Ciudad Lineal, panacea del urbanismo moderno! ¡La Ciudad Lineal autónoma y feliz, la ciudad-sanatorio, la ciudad-jardín, la ciudad-colmena, la ciudad-higiénica, la ciudad-armoniosa, la ciudad-modelo, la ciudad del futuro! Esto junto y aún más parecía o podía parecer a todos aque-

llos que, ya convencidos de antemano, ojeaban o leían los prospectos y el periódico *La Ciudad Lineal*, primero diario y después semanario, en cuyas páginas don Arturo Soria y Mata, y después sus hijos y seguidores, vertían su entusiasmo y encomiástica literatura urbanística. Los que la habitaban no ponían en duda tales aciertos. Todos los testimonios recogidos, como el de don Julio Casares, autor del famoso y utilizadísimo *Diccionario Ideológico*, lo confirman (1). Para muchos profesionales, intelectuales y profesores fue el *desideratum* de su vida (2). El convertir en

Antonio Bonet Correa es Catedrático de Historia del Arte.

(1) Arturo SORIA Y PUIG, «Semblanza de Arturo Soria», en el volumen *Arturo Soria y la Ciudad Lineal*, dirigido y anotado por George R. COLLI y Carlos FLORES. Ensayo biográfico por Arturo SORIA Y PUIG. Ediciones de la Revista de Occidente, Madrid, 1968, pp. 136-137.

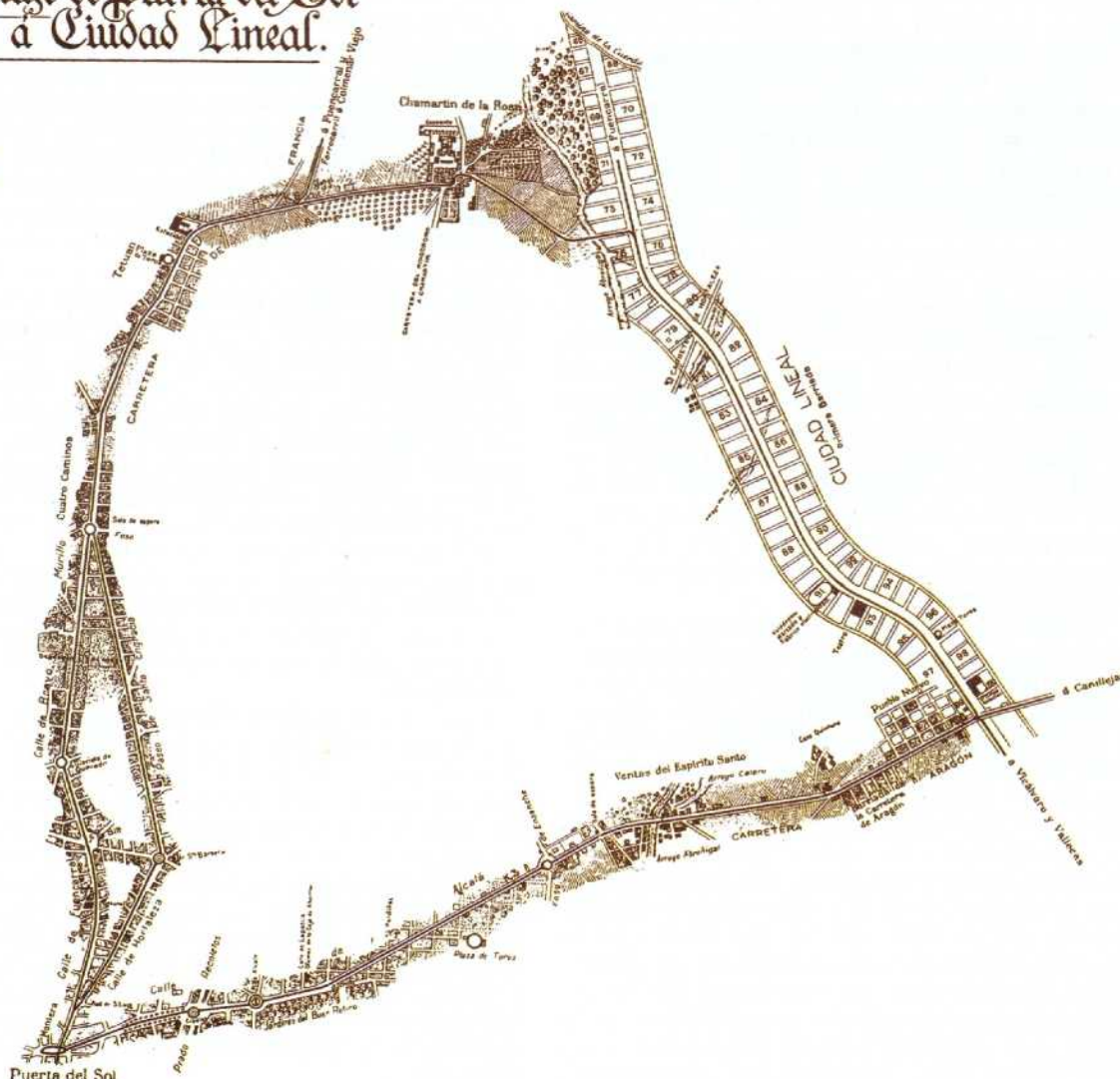
(2) Consuelo Gutiérrez del Arroyo de Vázquez de Parga me ha contado que su padre don Luis Gutiérrez del Arroyo Cebreiro, profe-

sor de Matemáticas de la Institución Libre de Enseñanza, autor de un manual de Matemáticas y de otro de Geometría para niños, tuvo siempre la ilusión de vivir en la Ciudad Lineal. Su suegra y él compraron dos solares con el fin de construir. Finalmente acabó vendiendo el solar para comprar un chalet en la primera fase del barrio de El Viso.

Un testimonio de la atracción que despertaba la Ciudad Lineal en aquellos que querían luz y sol, además de un jardín, es el del poeta Miguel Hernández, que en una carta a su esposa decía que espera-



Viaje de Puerta del Sol a Ciudad Lineal.



realidad el sueño del posible comprador de una parcela para poder construir una casa unifamiliar en medio de un jardín, en una calle ancha y arbolada, en medio del campo abierto y soleado de Castilla, no muy lejos del centro de Madrid, era posible. El lema de Arturo Soria de «Para cada familia, una casa; en cada casa, una huerta y un jardín», inspirado en la novela del médico e higienista italiano, Paolo Mantegazza, *El año 3000*, no parecía una falacia (3). Gracias al

ahorro —igual los que poseían una cuantiosa como modesta fortuna—podían adquirir un solar en el que levantar una mansión grande o pequeña, montar una pequeña industria o un taller de artesanía. La Ciudad Lineal, que por expresa voluntad de su creador suponía la urbanización zonificada por clases sociales de la ciudad capitalista, integrando todos los tipos de viviendas, hoteles, villas y casas modestas, para burgueses

ba que «cuando todo termine» podrían ir a vivir a una casita de la Ciudad Lineal. Véase Fernando RAMON, *Ideología urbanística*, 2.ª ed., 1970, nota 5, p. 34.

(3) PAOLO MANTEGAZZO, (Monza, 1831-Florenia, 1910), médico higienista y antropólogo, fue escritor de libros de divulgación científica muy leídos en su época. Su carrera médica comenzó en Argentina y Paraguay, para luego ser catedrático de Patología en la Universidad en Italia. Autor muy prolífico fue autor de libros muy populares como *Igea o el médico en casa*, tratados de fisiognomía, psicología, frenología, fisiología, higiene sexual, arte de ser feliz, etc. Traducido a todas las lenguas, su importancia puede comprobarse en el fichero de la Biblioteca Nacional de Madrid en donde hay ejemplares suyos en varias lenguas, en especial en portugués y español.

Obras suyas vertidas al español son: *El siglo de los nervios* (Bogotá, 1888), *Arte de elegir marido* (Madrid, 1894), *Arte de elegir mujer* (Madrid, 1898), *Fisiología del amor* (Madrid, 1899), *Testa (cabe-*

za), *libro para los jóvenes...* (Madrid, 1899), *La Filosofía del amor* (Barcelona, 1904), *Filosofía del Placer*, traducido por Carmen de Burgos (Colombina) (Barcelona, 1912), *Los amores de los hombres* (Barcelona, 1913), *Los secretos del amor* (Barcelona, S. A.), *Pensamientos*, 2.ª ed. (Madrid, 1924).

Por otra parte hay que señalar que Arturo Soria era muy aficionado a la literatura de anticipación. Pedro NAVASCUES en el tomo 3 del libro *Madrid*, publicado por Espasa-Calpe en 1979, p. 1105, señala que don Arturo Soria era lector de Julio VERNE, pues ve coincidencias entre la Ciudad Lineal y *Los quinientos millones de la Béguin* (París, 1879). Para la descripción de esta ciudad Verne se había inspirado en las ideas del médico inglés RICHARDSON, autor de *Hygeia* (1876). El pensamiento de los higienistas, tan de moda en determinados medios, incluido Pío BAROJA en su novela *El árbol de la Ciencia* (Madrid, 1911), fue determinante para muchas personas a la hora de escoger una vivienda.

pueriles o jornaleros, dentro de la misma área, era la Ciudad Lineal para aquéllos que deseaban una vida en contacto con la naturaleza, que estaban en contra de la ciudad convencional. Con su creación no sólo se solucionaba el problema de la vivienda sana e higiénica, de habitaciones soleadas y claras, sin las estrecheces y miasmas del hacinamiento del centro urbano, sino que se atajaban otros males sociales, desde el impedir la emigración del campo a la ciudad y el convertir en propietarios estables a todos los ciudadanos, incluidos los jornaleros o trabajadores de salario modesto. El pensamiento utópico se convertía así en realidad solucionando el grave problema social. La Ciudad Lineal, racional y vertebrada, gracias al tranvía de circunvalación, espina dorsal que con sus enlaces con la vieja ciudad hacía posible vivir en las afueras y trabajar a diario en el centro de Madrid, suponía un avance urbanístico indudable. Sus habitantes, imbuidos del espíritu social alentado y fomentado por su creador, eran conscientes de que su ciudad era nueva, pertenecía a un nuevo orden de cosas.

Para Arturo Soria tan importante como la resolución del acuciante problema de la vivienda fue, desde 1882 en que concibió la Ciudad Lineal y 1894 en que se puso la primera piedra y durante su prosecución hasta el final de su vida, en 1920, el crear una nueva ciudad, una nueva forma de vivir. El geómetra, el matemático, el científico y el filósofo positivista que era Arturo Soria no se contentaba con sólo proporcionar un cuadro más racional y agradable a los que iban a habitar la Ciudad Lineal. Su pretensión era más ambiciosa. Arturo Soria quería, por medio de su creación, cambiar la mentalidad de las gentes, hacer que pensasen de otra forma. De ahí las adhesiones incondicionales y las resistencias tenaces que encontró para la realización de su obra. Arturo Soria, partidario de «siglo nuevo,

vida nueva», que llegó a afirmar que existían avanzados y retrógrados, según fuesen o no partidarios de la Ciudad Lineal, pensaba que a los «ciudadanos lineales» les correspondía «ir a la izquierda en las guerrillas de la vanguardia de la civilización». No es extraño, pues, que las autoridades municipales más corrompidas de la Restauración u órganos de la prensa más reaccionaria, como *El Debate* (1911), dificultasen o combatesen sus ideas y realización. Arturo Soria, voluntarista y tesonero, nunca rehusó el combate. Sus reiterados e insistentes escritos y actos demuestran un temple de hombre de férrea mentalidad. Arturo Soria, que de su grandioso proyecto de 48 km. que rodearían Madrid sólo logró realizar el fragmento entre Fuencarral y Barajas, nunca decayó en su moral. Su fe en la obra emprendida era muy grande. Sarcástico e imaginativo, se refugiaba en sí mismo y su familia, riéndose de lo torcido o dejando volar, según sus propias palabras, «el aeroplano de la fantasía». Su «filosofía barata» era un baluarte más seguro y reconfortante. También su pertenencia a la respetable hermandad, la «de sus hermanos del pensamiento libertario» a la que alude su amigo y partidario, el teósofo y masón Roso de Luna, le proporcionaba la necesaria e indudable fortaleza ética (4).

Tal como se sabe hoy Arturo Soria ingresó en la masonería el 21 de julio de 1870, en la Logia Herculina núm. 10 de La Coruña, ciudad en la que a la sazón era Secretario del Gobierno Civil. En 1889 se le registra todavía como tal, aunque no sabemos si después pertenecía a la categoría de los hermanos dormidos o había cesado de tener relaciones con las logias madrileñas. En todo caso, el testimonio citado y la estrecha amistad con Roso de Luna, masón muy activo, nos hacen pensar que Arturo Soria, al menos intelectualmente, continuó gozando de una gran estimación y respeto entre sus hermanos de ideas (5).

(4) Mario ROSO DE LUNA escribió el prólogo al libro póstumo de Arturo SORIA *Filosofía Barata. Apuntes Sociológicos Científicos*, Madrid, Imprenta de la Ciudad Lineal, 1926. En este prólogo titulado «En Memoria del Hermano y Amigo», ROSO DE LUNA, masón y teósofo, hace el panegírico del técnico estudioso, del discípulo de Schopenhauer, del matemático y geómetra, cuyo pensamiento estaba extraído de los antiguos misterios iniciáticos. Al referir que en el día de la repentina muerte de Arturo Soria iba a celebrarse un «pitagórico ágape» «en el hermoso comedor de la Ciudad Lineal» nos hace saber que no fue suspendido por el expreso deseo de su familia, de forma que la reunión de los comensales de «una respetable fraternidad, que no tengo por qué nombrar», se convirtió de esta forma en un «banquete fúnebre», en toda la regla. De sobra es conocida la importancia de los ágapes y banquetes lo mismo que las tenidas fúnebres en la masonería. El fallecimiento y la memoria de Arturo Soria quedaron de esta forma bajo el sello de los ritos masónicos.

Mario ROSO DE LUNA (Logrosán, 1872-Madrid, 1931), conocido por el «mago de Logrosán», fue teósofo, astrónomo, escritor y ateneísta. Licenciado en Filosofía y Letras, Ciencias y Derecho, se dedicó al estudio de las ciencias ocultas. Como astrónomo descubrió un planeta que lleva su nombre. Entre su extensa bibliografía destacan obras como *El tesoro de los lagos de Somiedo* (1916, reedición 1980), *Simbolismo de las religiones y De Sevilla al Yucatán*, obras también reeditadas recientemente por la editorial Eyra. A propósito de las corrientes ocultistas pueden señalarse las vinculaciones que en Norteamérica hacia 1880 tuvo la teosofía con el pensamiento de los urbanistas Olmsted y Bellamy, tan ligados a sociedades del tipo de The First Nationalist Club de Boston.

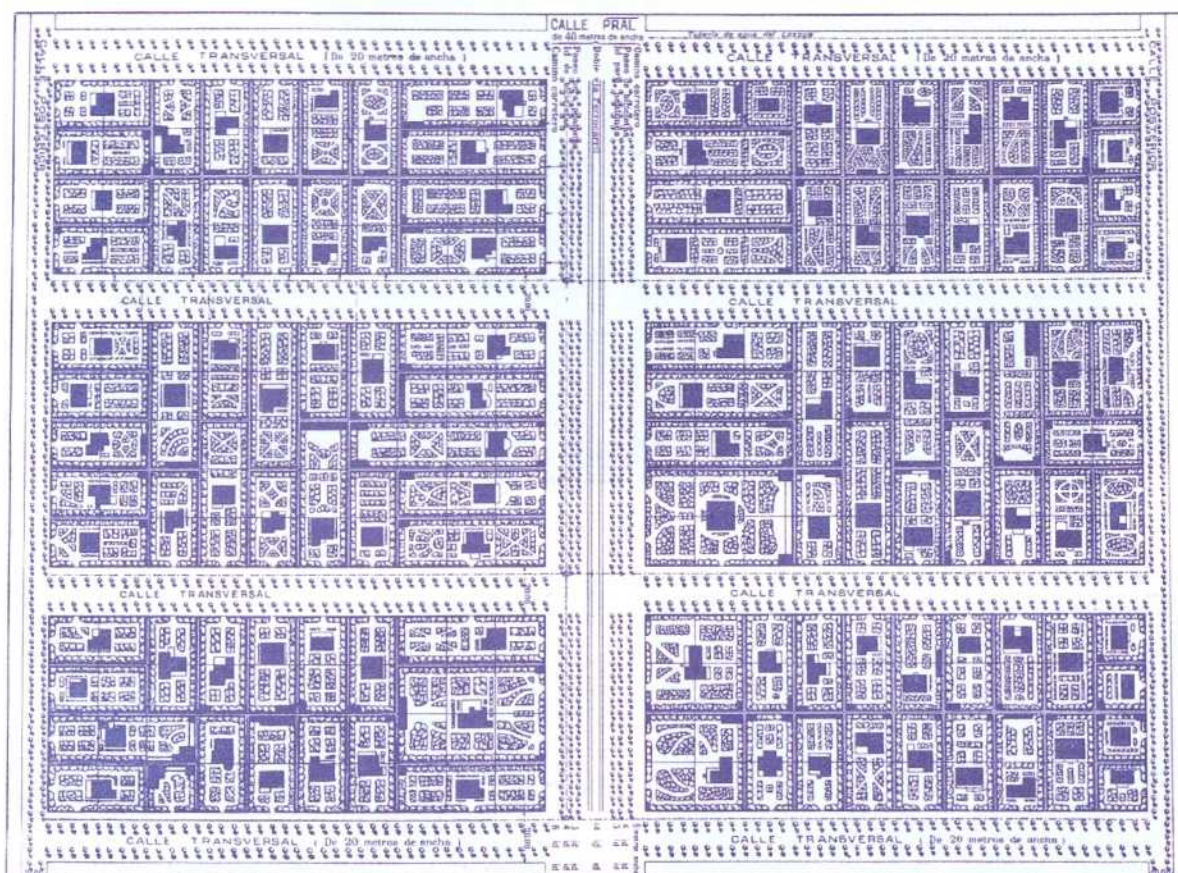
ROSO DE LUNA entró en la masonería el 5 de enero de 1917 en la logia *Isis y Osiris*, núm. 377, de Sevilla y en febrero de 1918 se afiliaba a la logia *Fuerza Numantina*, núm. 355, de Madrid. Su currículo

lum masónico es muy activo, en varios talleres, llegando en septiembre de 1921 al grado 33.º Sobre ROSO DE LUNA masón véase el libro de Pedro Víctor FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ *La Masonería en Extremadura*, Colección Historia Diputación Provincial de Badajoz, 1989, pp. 217-221. También véanse los trabajos de José Antonio FERRER BENIMELI, «Roso de Luna y la Teosofía masónica», y Pedro Víctor FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, «Mario Roso de Luna, la Teosofía y la Masonería», en el volumen *Mario Roso de Luna. Estudios y opiniones*, Esteban CORTIJO (coordinador), Institución Cultural «El Brocense», Excma. Diputación Provincial, Cáceres, 1989, pp. 179-194 y 194-212. En dicho volumen Esteban CORTIJO (p. 21) nos hace saber que ROSO DE LUNA «dirigió y redactó en gran parte *La Ciudad Lineal* revista sufragada por la iniciativa de quien fuera gran amigo de Roso, el arquitecto Arturo Soria y Mata».

Arturo SORIA, que escribió en la revista *La Ciudad Lineal*, año 1917, sobre Roso de Luna, elogiaba que «entre las muchas cosas buenas de su trabajo está la tendencia a explicar lo desconocido dentro de los cánones de la ciencia positiva». Los dos hombres debían sentirse hermanados en su afán de descubrir el secreto del universo por medio de la especulación intelectual. Sobre Roso de Luna, véanse D. Liborio CANETTI y ALVAREZ DE GADES, *El mago de Logrosán, vida y milagros de un raro mortal, teósofo y ateneísta*, Madrid, 1917; Romano GARCÍA, *El mago de Logrosán. Mario Roso de Luna. Un genio extremeño olvidado*, Institución Cultural «El Brocense», Cáceres, 1981, y Esteban CORTIJO, *Mario Roso de Luna. Teósofo y ateneísta*, Institución Cultural «El Brocense», Cáceres, 1982.

(5) El artículo que ahora publicamos fue escrito en el año 1982 para ser publicado en las Actas del Coloquio «Homenaje a Arturo Soria y Mata en el Centenario del nacimiento de la idea de la Ciudad Lineal», que se celebró los días 22 a 26 de noviembre de 1982. Entonces sólo suponíamos que Arturo Soria era masón. La confirmación

DISPOSICIÓN DE LAS CALLES, DE LAS MANZANAS Y DE LOS LOTES DE LA CIUDAD LINEAL



Arturo Soria adoptó en la masonería el nombre simbólico de Solon. Su decisión fue en extremo significativa y acorde con las ideas filosóficas y reformistas del futuro fundador de la Ciudad Lineal. Considerado uno de los siete sabios de Grecia, Solon, legislador, estadista, hombre de negocios, filósofo y poeta, fue uno de los impulsores de la grandeza de Atenas. De familia noble venida a menos, hizo su fortuna con los negocios. Consciente de la necesidad de controlar las rutas marítimas, convenció por medio de la poesía a los atenienses para que conquistasen Salamina. Muy estimado por su patriotismo y honradez, fue elegido arconte con poderes extraordinarios en caso de guerra civil. Arbitro entre los Eupatridas, los oligarcas terratenientes, y los pequeños propietarios, estos últimos desposeídos de sus tierras y amenazados de esclavitud, hizo que la crisis social se resolviese mediante la exoneración de las deudas y la amnistía política, favoreciendo la partición de los latifundios. Con su obra legislativa abolió las desigualdades de los ciudadanos, concediendo el derecho del voto a todas las clases sociales para

formar parte de la Asamblea política. Bajo su mandato estimuló la actividad económica mercantil por medio del aumento de la producción, la mejora de los oficios y el incremento del comercio. Progresista, a Solon, según Aristóteles, se debe el ulterior esplendor democrático de Atenas. No es extraño, pues, que Arturo Soria se identificase con la obra de un sabio, legislador, filósofo y poeta antiguo y a la vez progresista. En la génesis de la Ciudad Lineal de Arturo Soria subyace no sólo el ejemplo político y social de Solon, su patronímico masónico, sino también la doctrina de la ciudad utópica, fundada sobre la libertad, igualdad y fraternidad, ideario universalmente defendido por la masonería.

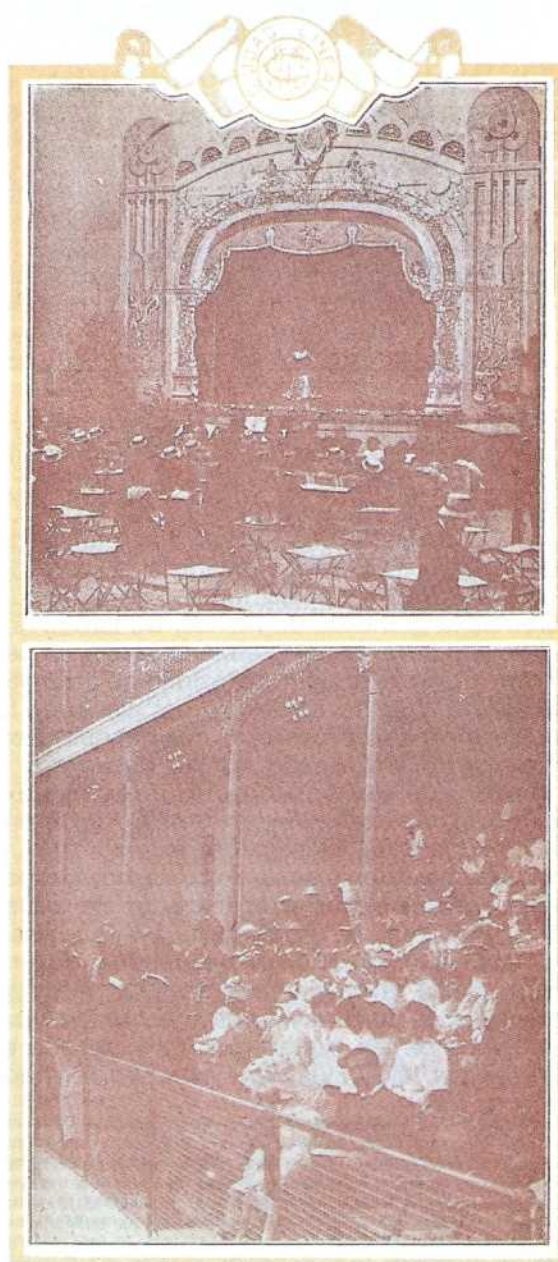
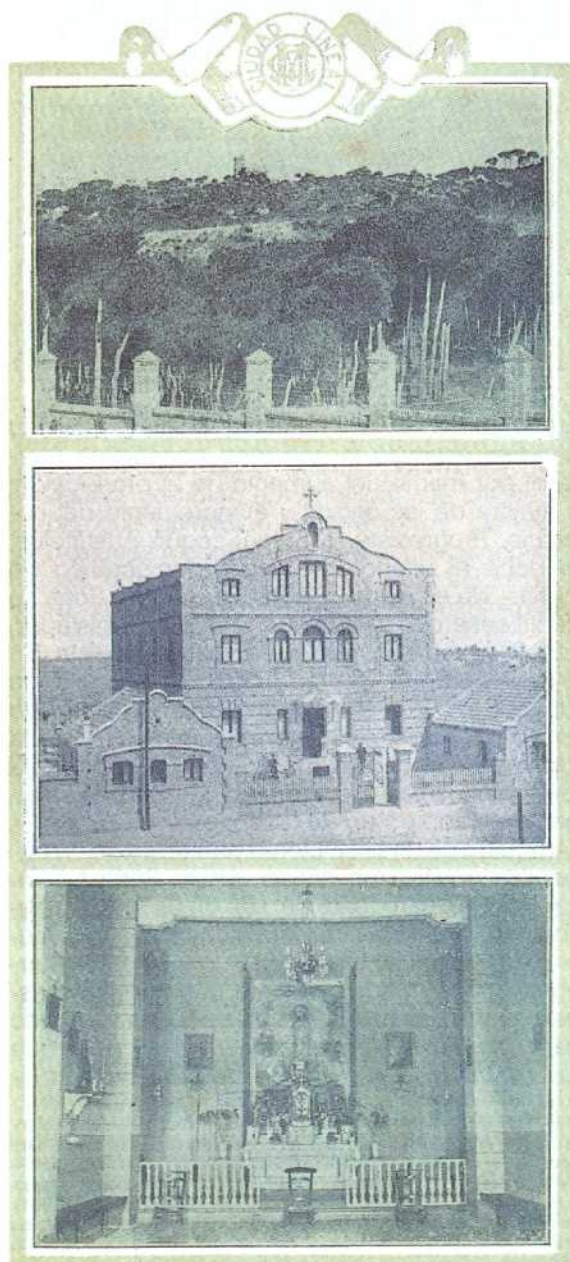
Imbuido de una sociología práctica y de un paradójico positivismo crítico, Arturo Soria fue incondicional partidario de las ideas de asociación. Individualista acérrimo, pensaba que la mejor palanca social era la vida comunitaria en armonía y que el hombre tenía que aunar los esfuerzos para lograr la realización de un mundo más perfecto. Regeneracionistas, al igual que sus coetáneos los hombres de la Institución Li-

de la sospecha me la proporcionó Jose A. Ferrer Benimeli, quien me envió una carta con fecha de 26 de abril de 1988, en la cual me notifica que Soria tenía el número 74 en el citado registro de 1889, haciéndose constar que, iniciado el 21 de junio de 1870 en la masonería alcanzó el grado 2.º el 17 de octubre, y el grado 3.º el 10 de noviembre del mismo año 1870. Ferrer Benimeli cree que en Madrid siguió siendo masón, pero me informa que todavía no ha localizado su logia. En el catálogo de la Exposición *La Masonería Española*,

1728-1939, del Instituto de Cultura «Juan Gil-Albert» (Alicante-Valencia, 1989), en la p. 94 se le menciona como masón junto a don Santiago Ramón y Cajal. En donde no figura es en el libro de Alberto VALIN FERNÁNDEZ, *La Masonería y La Coruña. Introducción a la historia de la Masonería Gallega* (Ediciones Xerais de Galicia, Vigo, 1984). Por otra parte es de señalar que el año 1870 fue el momento álgido de la masonería española, cuando Manuel Ruiz Zorrilla fue nombrado Gran Maestro de la Gran Logia Simbólica de España.



Uno de los accesos con doble línea de tranvías eléctricos. A un lado y paralela a la vía está la carretera de Chamartín, que pone en comunicación la Castellana con la Ciudad Lineal.



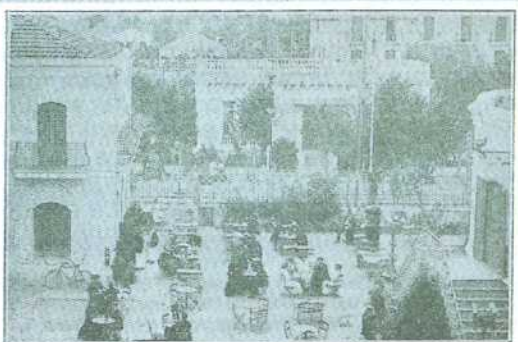
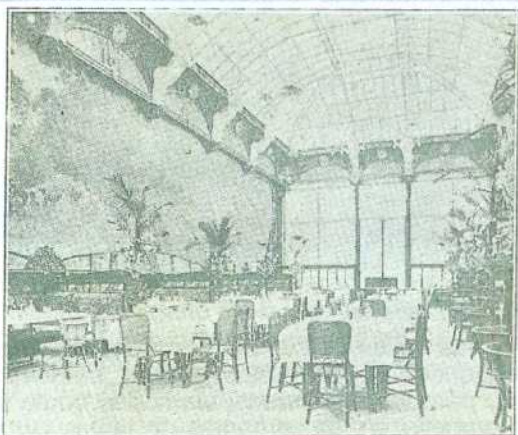
Izquierda:
— Pinar de Chamartín contiguo a una finca de la manzana 71.
— Colegio «María Teresa», manzana 86.
— Interior de la Iglesia de la Manzana 99.

Derecha:
— Escenario del Kursaal.
— El público presenciando los espectáculos.

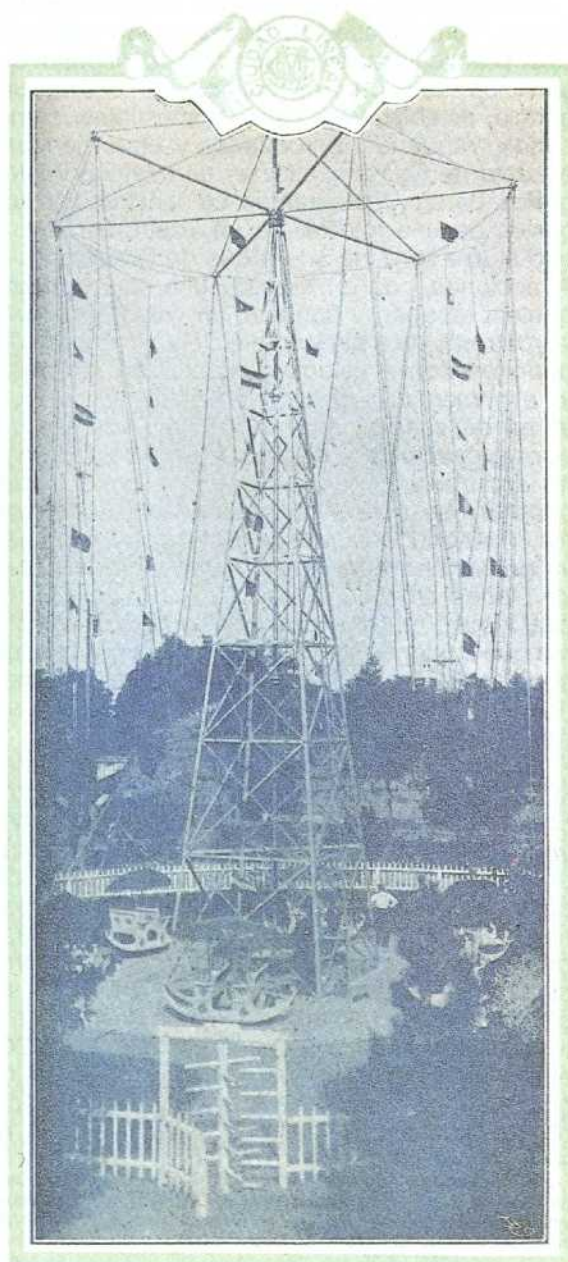
Vista general
del parque de
Diversiones.



- Izquierda:
- Automotor haciendo el recorrido de Ventas-Teatro.
 - Vista parcial del Salón Restaurante.
 - Bar al Aire libre.



- Derecha:
- Máquina voladora en el Parque de diversiones.

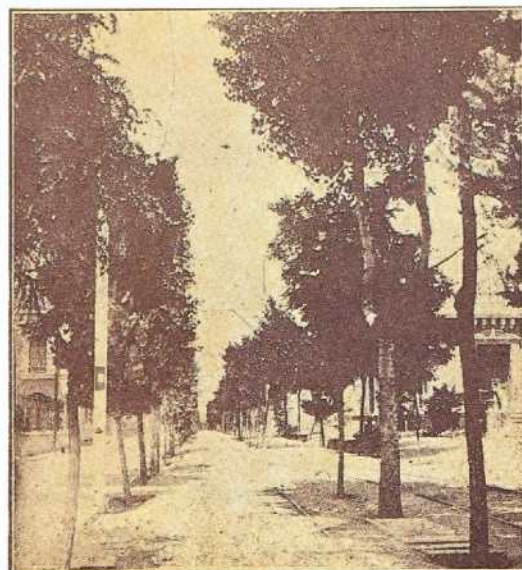


bre de Enseñanza, que Joaquín Costa o Lucas Mallada, quería remediar los «Males de la Patria», hacer que España fuese más culta y próspera, que el mundo fuese más pacífico, armonioso y progresivo. Corolario de todo ello era la urbanización de la ciudad, el vertebrar la población por medio de un eje viario principal, una calle única prolongada de manera indefinida, en la que circulase el tranvía, el dotarla de una infraestructura indispensable de agua y luz eléctrica propias, hacer que dispusiese de locales y servicios comunitarios propios, aptos para el desarrollo de la vida social, el convertirla en una ciudad autosuficiente y autónoma. En principio y en muchos aspectos la Ciudad Lineal era superior a cualquier otro barrio del centro de Madrid, ya que sus habitantes disponían en ella de todo lo necesario para desarrollar su inteligencia y sensibilidad: leer un periódico propio, ver teatro y cinematógrafo, oír conciertos, asistir a conferencias, tomar clases de idiomas y aprender música, practicar deportes, además de disponer de servicios médico-farmacéuticos, clínicas de urgencia, establecimientos de comestibles, carnicerías, vaquerías, carbonerías y otras tiendas, estafeta de Correos, oficinas de teléfono y telégrafos, bares y restaurantes. La construcción sucesiva de una iglesia, de un Teatro-Escuela y otro al aire libre, de un Parque de Diversiones o Atracciones, con un Kursaal, una sala de banquetes, tobogán y carrusel, un velódromo para las carreras de a pie y en bicicleta, un campo de deportes, con un estadio de fútbol y un aeropuerto, el primero civil de Madrid, para la navegación aérea de vuelos con y sin motor, además de otros proyectos no realizados (Universidad, metro suburbano), hicieron que la Ciudad Lineal constituyese un asentamiento humano excepcional en Madrid, que fuese algo así como una nueva población de un nuevo mundo, una especie de ciudad americana, del Nuevo Continente, el cual inspiró en parte a Arturo Soria, que, lo mismo que Ildefonso Cerdá, admiraba la obra de los conquistadores y pobladores españoles de América y a la vez estaba al tanto de todo lo que se hacía y pensaba en Norteamérica (6).

Gracias a Arturo Soria, según Roso de Luna, la Ciudad Lineal, antítesis del Madrid viejo, tético y pésimo de los Austrias, había logrado convertir en un jardín las devastadas afueras de Madrid, «apestosas como un aduar marroquí», de campos talados y amarga melancolía. La periferia de la capital de España, que Angel Fernández de los Ríos quería transformar en un ameno cinturón de verdura, seguía siendo a fines del siglo pasado un desolado paisaje de desmontes y terrenos incultos. Para Lucas Mallada, en 1890, al extranjero que llegaba a Madrid no le anunciaban «la proximidad a la capital de la nación ni grandes fábricas y talleres, ni lindas aldeas, ni



Una calle de las céntricas de Madrid.



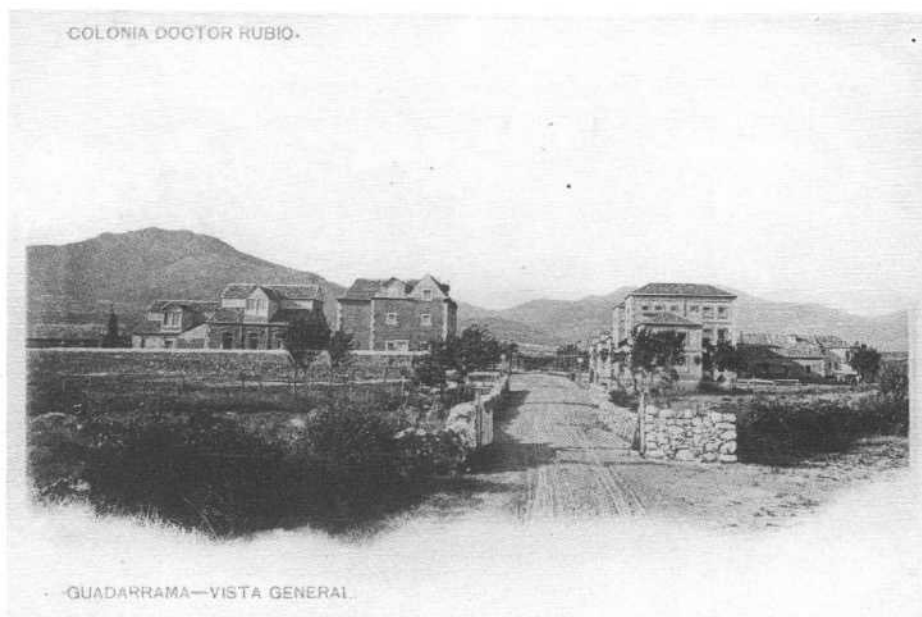
Una calle de la Ciudad Lineal.

graciosas casas de campo, cercadas de flores, ni bosquecillos, arroyuelos, isletas, caídas de agua, parques, estanques, alamedas como las que embellecen las cercanías de tantas ciudades extranjeras. La imagen era la de la yerma meseta» (7). Arturo Soria escribía: «Mirad los alrededores de Madrid desde cualquier sitio elevado. No veréis más que sierras peladas, áridas planicies», y se preguntaba por qué las acequias del Canal de Lozoya no habían convertido «a las cercanías de Madrid en sitios amenos llenos de arbolado». Al igual que sus coetáneos John C. Olmsted o Henri George, pensaba que el ciudadano nuevo y democrático era contrario al haci-

(6) A propósito de esta influencia sobre el urbanista catalán Cerdá, véase A. BONET CORREA, «Ildefonso Cerdá, el Padre Caramuel y el urbanismo hispanoamericano», en el vol. *Urbanismo e Historia Urbana*, Universidad Complutense, Madrid, 1979.

(7) Lucas MALLADA, *Los males de la patria* (1890), ed. de Alian-

za Editorial, Madrid, 1969, p. 18. Para Angel FERNANDEZ DE LOS RÍOS, véase *El Futuro Madrid*, Madrid, 1868, edición facsímil con introducción de A. BONET CORREA, *Los libros de la frontera*, Barcelona, 1975, 2.ª ed., 1989.



namiento, partidario de la vida familiar y tranquila, en las áreas dulces y más libres de la naturaleza (8). Pero para lograrlo había que transformar el campo, en España históricamente abandonado y devastado por la mano del hombre zafio e inculto, el machadiano hijo de Caín. Con el fin de poner remedio a la erosión y desertización y celebrar la terminación de la traída de aguas, Arturo Soria, con el arquitecto Mariano Belmás, instituyó la Fiesta del Arbol, lanzando un programa de plantación de 30.000 árboles, en especial coníferas. Al igual que el norteamericano «Arbor Day», la Fiesta del Arbol, desde 1899, para los habitantes de la Ciudad Lineal al llegar la primavera se convirtió en un acontecimiento, en una

fiesta anual en la que, además de las plantaciones realizadas por los ciudadanos lineales, se celebraban competiciones al aire libre y otras actividades comunales. Al sentido lúdico y la exaltación propia de la nueva estación se unía el amor a la naturaleza. Periódicamente se publicaban fotografías para mostrar los progresos hechos en la arborización. La creación de un manto vegetal que proporcionase umbría e hiciese más propicio al hombre el paisaje natural y urbano, era así un deliberado objetivo.

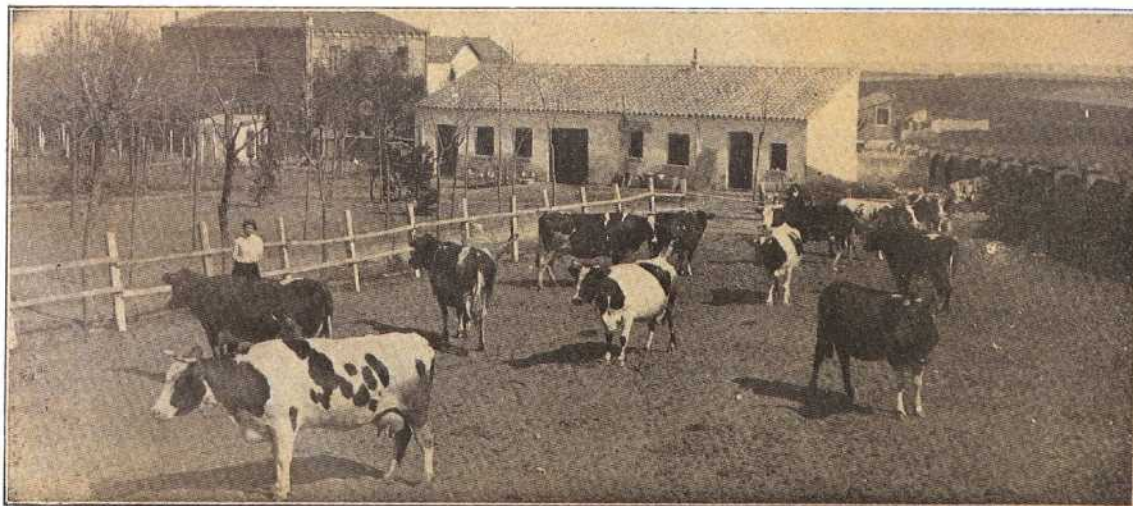
Arturo Soria y Mata, como otros muchos hombres de su tiempo, creía que la salvaguardia del individuo se lograba a través del contacto con el paisaje natural unido a la vida social. Al igual que

(8) Sobre la influencia en España de Henri GEORGE, el autor de la *Doctrina del impuesto único* (traducido al español, Barcelona, 1918), véase la tesis de Ana María MARTÍN URIZ, publicada en extracto por la Universidad Autónoma de Barcelona, 1981. Sobre la im-

portancia del pensamiento de Olmsted, véase de Francesco DAL CO «De los parques de la región. Ideología progresista y reforma de la ciudad americana», en el vol. colectivo *La Ciudad Americana*, Biblioteca de Arquitectura, Ed. Gustavo Gili, Barcelona, 1975.



Cerámica Victoria, fábrica de ladrillos en el Cerro del Aire.



Vaquería de D. Alonso Saavedra, en la calle María Lombillo, manzana 96.

la hoy desaparecida Colonia del Doctor Rubio, fundada por aquellos años en la villa de Guadarrama, al pie de la Sierra madrileña con fines de carácter sanitario, para enfermos del pecho y personas de salud delicada, deseosos de pasar en la montaña los calores del estío, la Ciudad Lineal disponía no sólo de los edificios comunitarios suficientes, sino que se programaban las reuniones y fiestas que servían de solaz y educación de sus habitantes (9). Algo parecido fue

también lo que intentó hacer en Barcelona el famoso Doctor Andreu. Su creación del Parque de Atracciones en el Tibidabo no sólo quería proporcionar diversión a los habitantes de la gran ciudad, sino convertirse en un lugar de residencia en las montañas cercanas al antiguo centro urbano. En la Ciudad Lineal no faltaban los entretenimientos y ocasiones para cultivar el espíritu: conciertos de música moderna —sobre todo compositores franceses como Berlioz, Saint-

(9) El Doctor Federico RUBIO Y GALI, que nació en el Puerto de Santa María (Cádiz) en 1827 y falleció en Madrid en 1902, fue una de las figuras más brillantes de la medicina española de la segunda mitad del siglo XIX. Autor de un *Manual de Clínica Quirúrgica* (1849), publicado antes de graduarse en medicina en Cádiz, fue médico en Sevilla, en donde además de adquirir fama de gran cirujano, se relacionó con los ambientes intelectuales y políticos más progresistas. Amigo de Federico de Castro, el discípulo del krausista Julián Sanz del Río, en 1863 publicó *El libro chino*, y en 1864, *El Ferrando*, en donde expresó sus ideas filosóficas. Radical en política, tuvo que exiliarse en 1860 y 1864, lo que le sirvió para completar su formación científica en Inglaterra y Francia, respectivamente. En 1873 volvió a Londres y viajó por los Estados Unidos de Norteamérica. En 1870 fijó su residencia en Madrid, en donde desarrolló una importantísima labor cien-

tífica y médica, fundando instituciones médicas muy renovadoras como el Instituto de Terapéutica Operatoria y la Escuela de Enfermeras Santa Isabel de Hungría. Gran cirujano, fue un innovador en las técnicas quirúrgicas. Por otra parte, fue uno de los primeros teóricos en Europa de la patología social. Sus libros como *La Felicidad*, *Primeros ensayos de patología y de terapéutica social* (1894), publicados con el seudónimo de Doctor Ruderico, lo ligan a las preocupaciones sociales manifestadas por Arturo Soria. También la colonia sanitaria de Guadarrama ofrece gran paralelismo con la Ciudad Lineal.

Existe una bibliografía sobre el Dr. Rubio que se recoge en la obra de J. M. LOPEZ PINERO y otros *Diccionario histórico de la Ciencia Moderna en España*, Ediciones Península, Barcelona, 1983, vol. II, pp. 268-272.

Sala de espera en las Ventas para viajeros de las líneas de Ciudad Lineal-Canillejas.



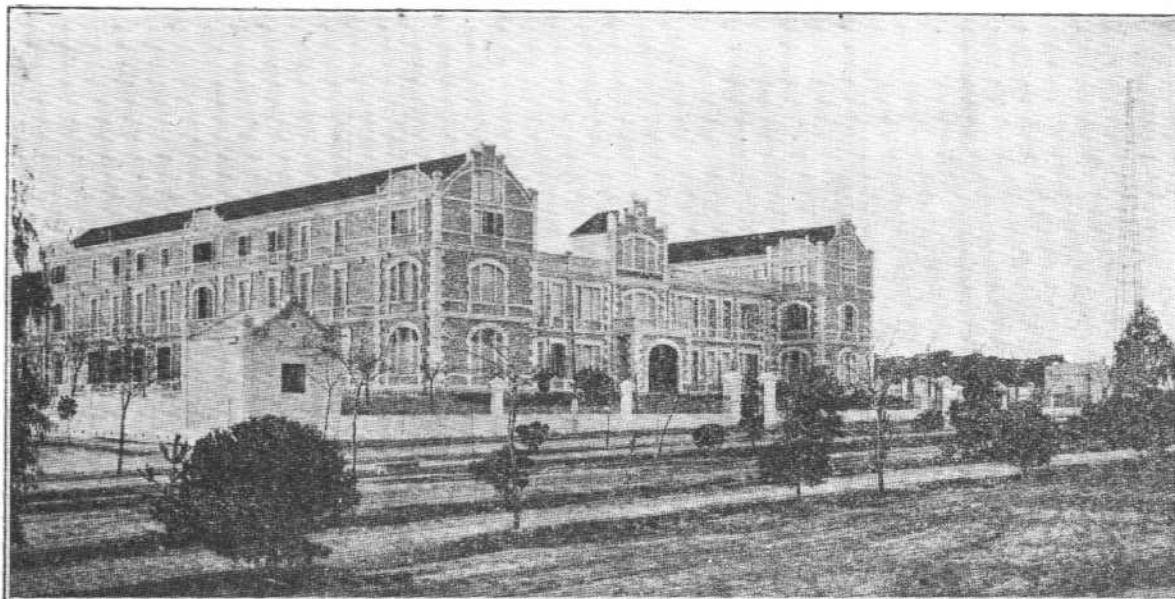
Uno de los kioscos contruidos en la calle principal para el servicio de teléfono y vigilancia.



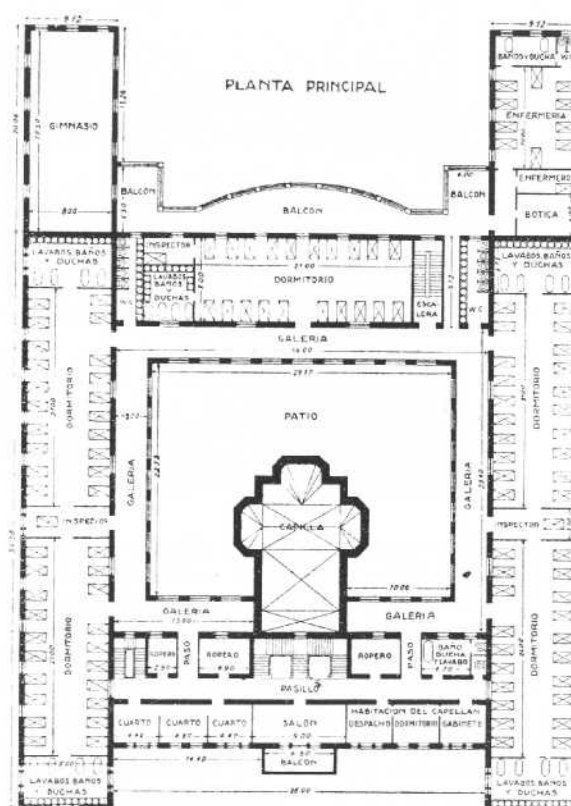
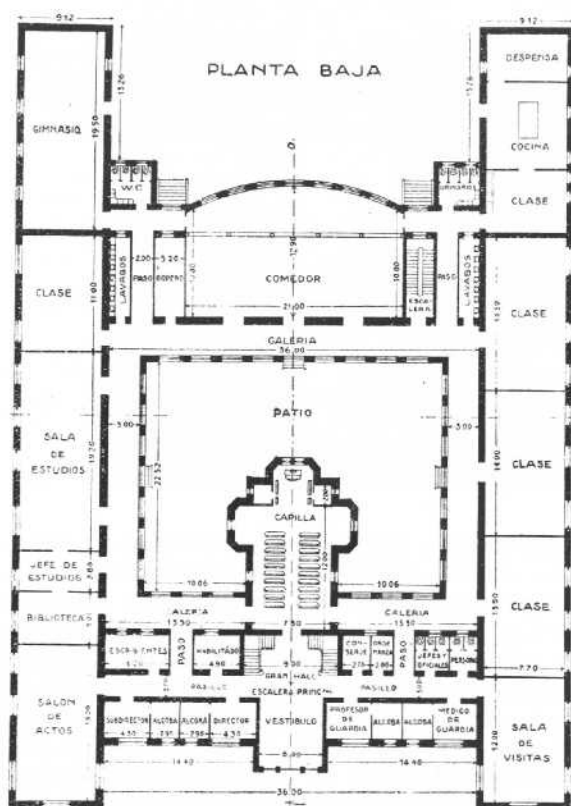
Saens o Massenet y el teutón Wagner—, conferencias literarias y científicas, sesiones de teatro y circo, banquetes y otros actos colectivos constituían un calendario inteligente y bien dosificado. La actuación de coros, como el de Clavé, y los concursos infantiles de carácter recreativo y educativo iban a la par que las competiciones deportivas en las que las carreras de bicicletas y el fútbol eran preferentes. El habitante de la Ciudad Lineal podía estar además al corriente de las novedades científicas y técnicas que figuraban en las columnas del periódico editado por y para él. Pertenecer a su vecindad era participar de un espíritu nuevo, el sentir que individualmente se contribuía a construir una sociedad más culta y perfecta.

Los edificios contruidos para los servicios y actos comunitarios pertenecían a una arquitectura apta para la función a la que se les destinaba a la vez que a su utilidad unían las calidades de belleza y el valor simbólico necesario para señalar su categoría de lugares colectivos.

La tejería y ladrillería, la «Cerámica La Victoria», con sus hornos y edificio horizontal de naves de tipo basilical, o las vaquerías como La Merced, de rústicos edificios y rediles de cercas de valladas, proporcionaban al paisaje el aspecto entre industrial y bucólico-campestre deseado. La Fábrica de electricidad, de alta chimenea de ladrillo, y la Imprenta, ambas de sobrios edificios con interiores de grandes salas de esbeltas columnas de hierro fundido y modernas maquinarias, completaban el panorama de tipo mecánico. En la calle principal, los graciosos kioscos para el tranvía, con sus acristaladas salas de espera, las garitas de vigilancia, con el llamado Fortín o el neoárabe de Teléfonos, las farolas y demás mobiliario urbano comunicaban un aire entre elegante y burgués a la amplia y arbolada avenida. La iglesia neogótica y el modernista tro al aire libre, lo mismo que los espacios abiertos del Velódromo y el Estadio completaban el conjunto urbanizado. La alta máquina voladora de



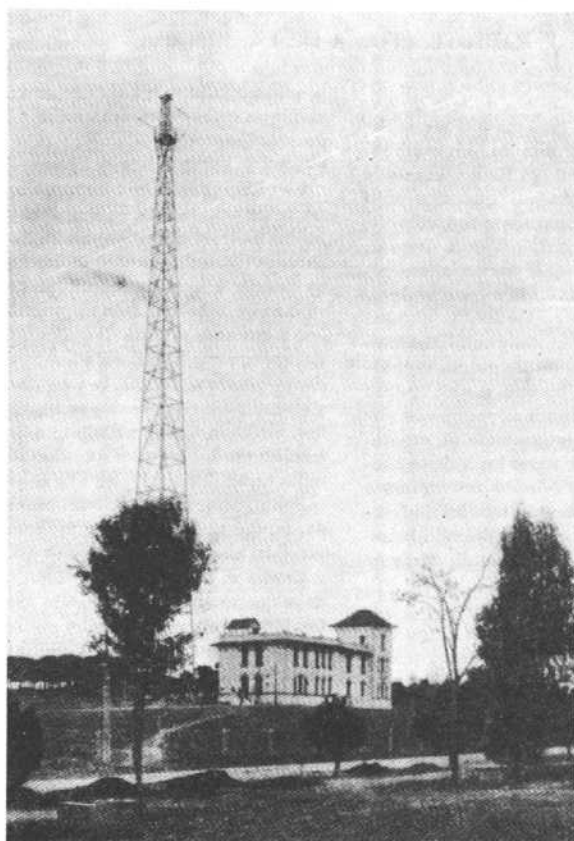
Edificio del Colegio de Huérfanos de la Armada, construido por la Compañía Madrileña de Urbanización en la calle Arturo Soria, manzana núm. 67. Vista y Planos de la planta baja y principal.



hierro y empinada espiral del tobogán, lo mismo que el edificio del Kursaal convertían a la Ciudad Lineal en una especie de viénés Prater en miniatura. En el Casino, con sus terrazas, en el bar del Teatro o en el gran Restaurante, de muros y techos de cristal, con su interno jardín de aclimatación y sus grandes paneles de pintura mural de tipo floral, se respiraba un ambiente confortable, acorde con las flexibles y rítmicas si-

nuosidades de decoración modernista. Completada, poco a poco, la Ciudad Lineal con edificios cada vez más ambiciosos y de mayores dimensiones como el Colegio de Huérfanos de la Armada y la Estación de Radiotelégrafos y Radiotéfonos de la misma, lo que antes eran barojianos campos, ásperos, yermos y abandonados desmontes se iban civilizando y amenizando, haciendo que cada vez fuese más grata la estan-

Vista de la Estación Radiotelefónica de la Marina, situada en la manzana núm. 67 de la Ciudad Lineal.



CIUDAD LINEAL



SERIE I. Uno de los hoteles de la calle principal. (Manzana 73).

cia para los que optaban por vivir en el marco ajardinado creado por la «Compañía Madrileña de Urbanización» (10).

En la arquitectura doméstica o individual las construcciones de la Ciudad Lineal eran de lo más heterogéneo. Lo que era rigidez o rectitud en la planta se perdía en el alzado, en el que, dentro de los límites de una sobriedad propia de la mentalidad de los que allí habitaban, se producían los más diferentes gustos de carácter individual. En primer lugar, existían varias categorías de solares y construcciones según las fortunas y clases sociales. Desde el hotel, pasando por la villa hasta la casa modesta del jornalero, se daban allí los diferentes tipos y estilos desde el clásico palacete de estilo ecléctico o el hotel modernista hasta el chalet de tipo nórdico de inclinados tejados y ventanales acristalados a lo inglés, contruidos en piedra o cemento. En las casas obreras, la edificación de planta cuadrada era de ladrillo. Según fueron evolucionando los tiempos también fue cambiando la arquitectura de la Ciudad Lineal que, en 1936, antes de la úl-

tima guerra civil, era una especie de muestrario de estilos arquitectónicos que abarcaba tanto el ecléctico historicismo y pintoresquismo finisecular y del modernismo de principio de siglo como la arquitectura racionalista de los años treinta.

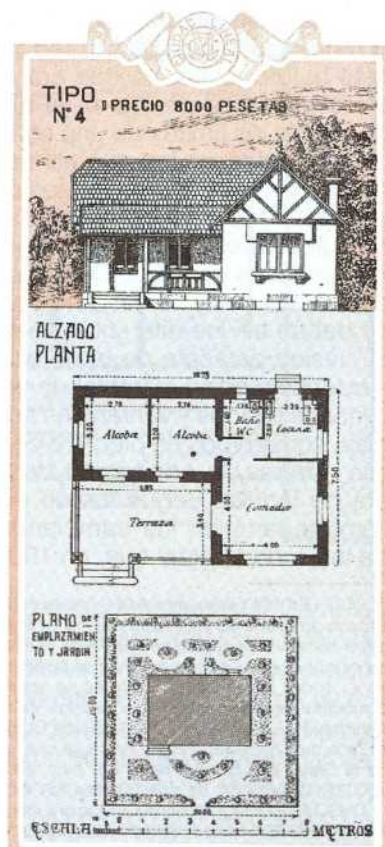
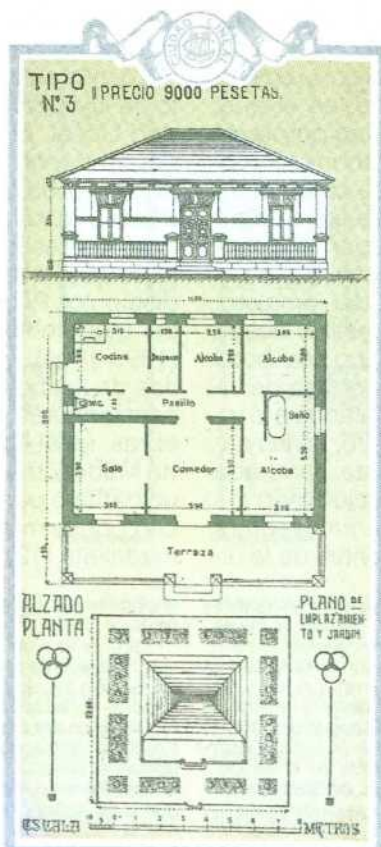
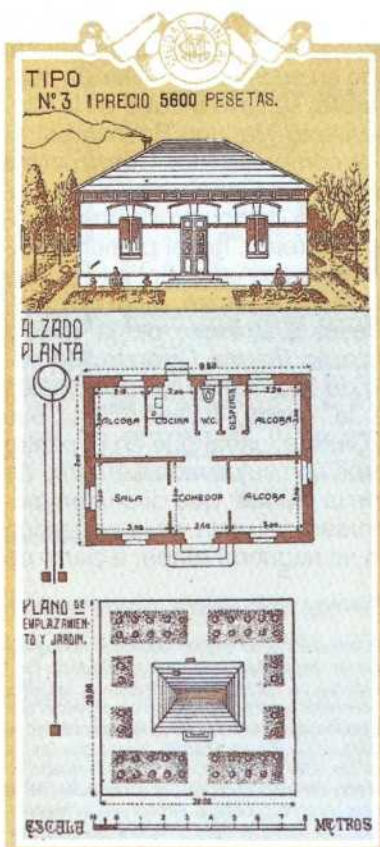
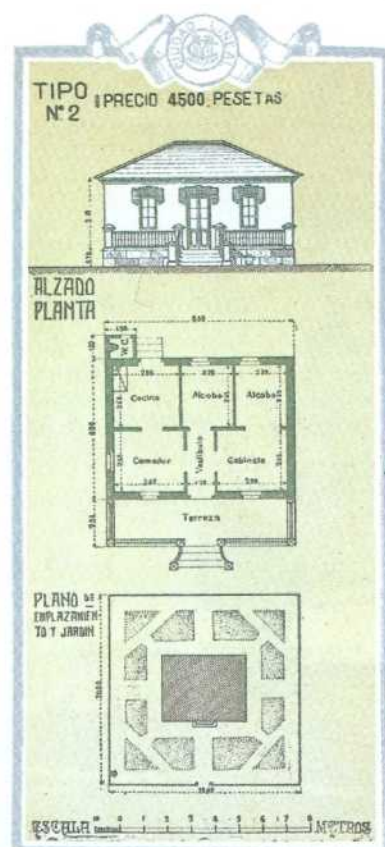
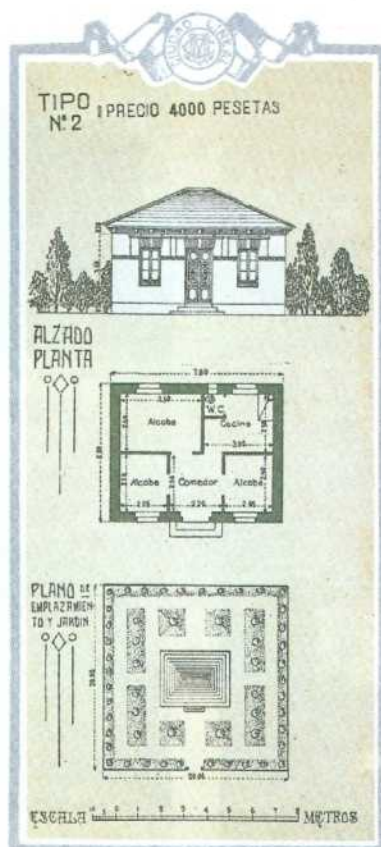
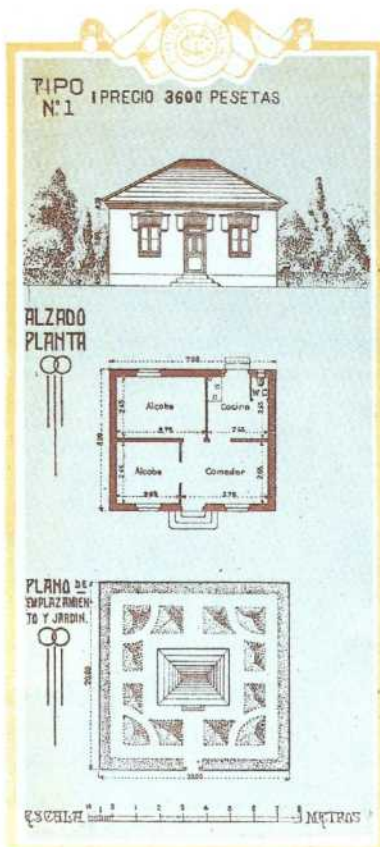
Lo más avanzado en cuestión de vivienda, tanto de lujo como barata, se llevó a cabo en la Ciudad Lineal. El arquitecto Mariano Belmás Estrada, fundador de la compañía «La Constructora Mutua» y de la revista *La Gaceta de Obras Públicas* y autor de un tipo de construcción económico de casas para obreros, fue el primer arquitecto que trabajó al lado de Arturo Soria (11). Sus discípulos Ricardo Marcos Bauzá, autor del Teatro modernista, Jesús Carrasco, de la iglesia (1899-1904), y Ricardo García Guereta, de varios de los hoteles de lujo, fueron los principales constructores de la nueva urbanización. Sus obras, igual en la Ciudad Lineal que en el centro de Madrid, marcaron con su novedad el estilo de un barrio o parte de la ciudad, que difería en mucho por su modernidad del resto de la población madrileña (12). En su segunda etapa, a partir de

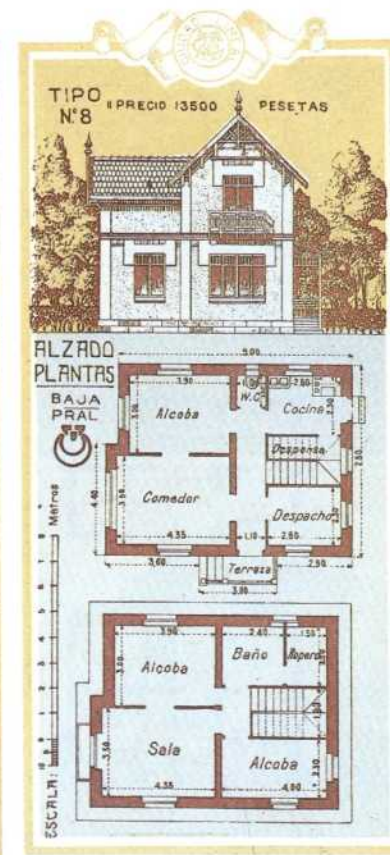
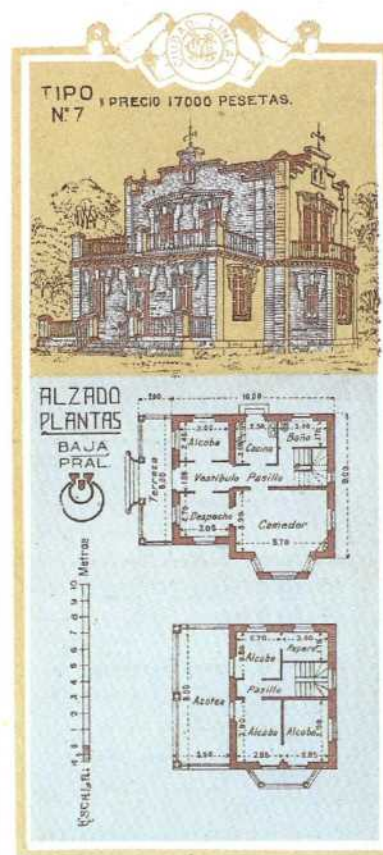
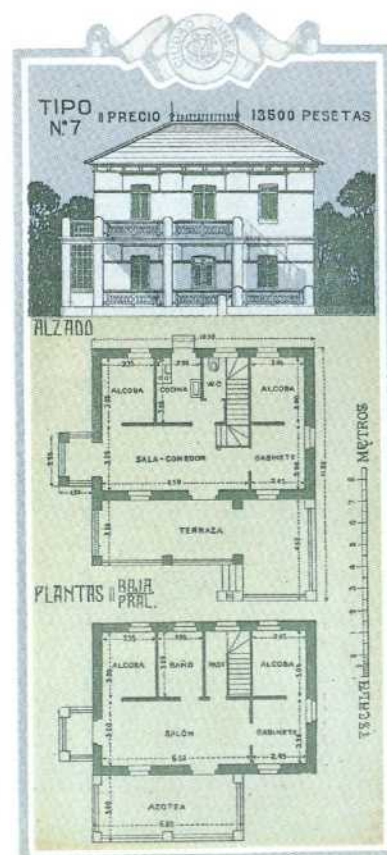
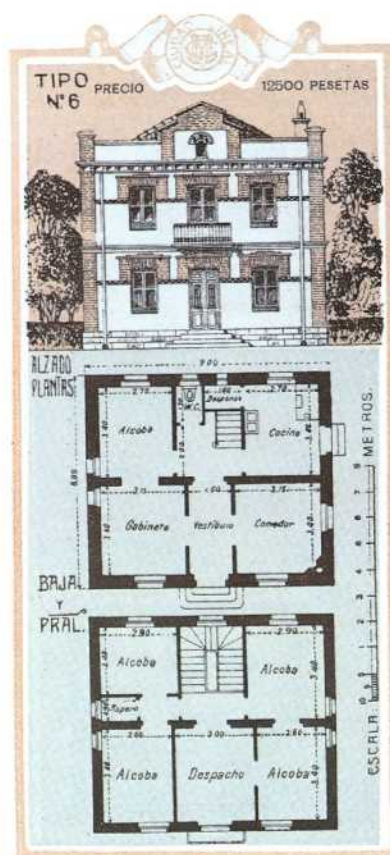
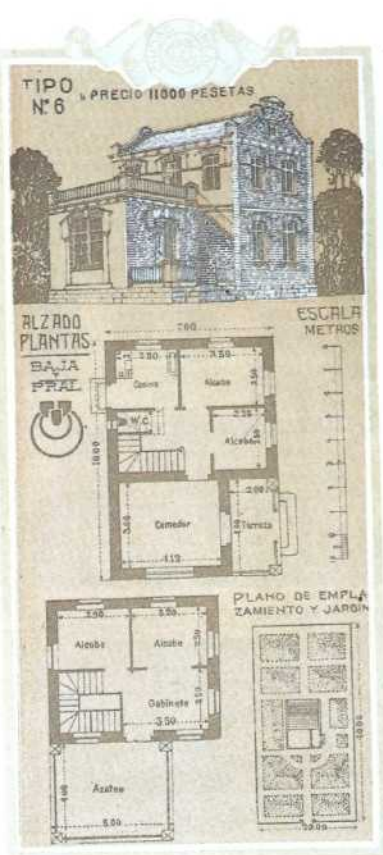
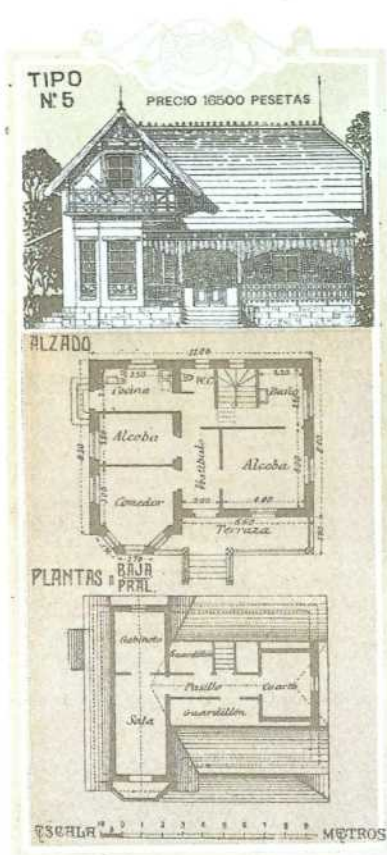
(10) En 1911 eran unos 4.000 habitantes. Según la enciclopedia Espasa gracias a las facilidades de comunicación «se nota de día en día el aumento de gentes que prefieren vivir la vida tranquila de campo rodeados de huertos y jardines, al bullicio del centro de Madrid», en «... lindos hoteles, en los que no se echa de menos el lujo y las comodidades más refinadas, rodeados de vegetación y ambiente agradable». En el volumen de la *Guide BLEUE Espagne* (ed. 1927) se dice que la Ciudad Lineal, desde la cual se disfruta la mejor vista de la Sierra del Guadarrama, era muy frecuentada en el verano.

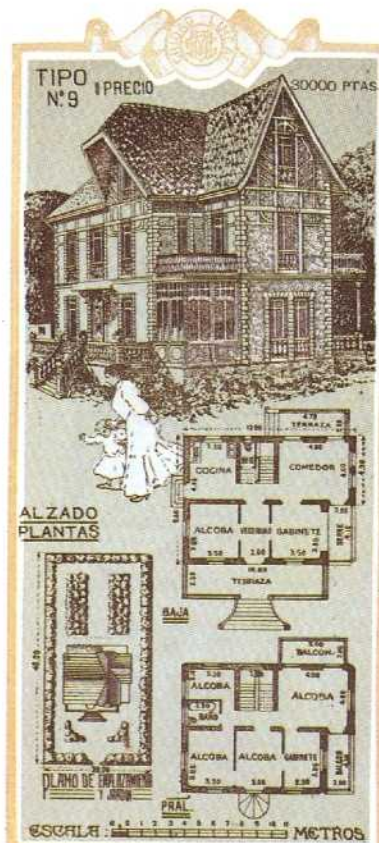
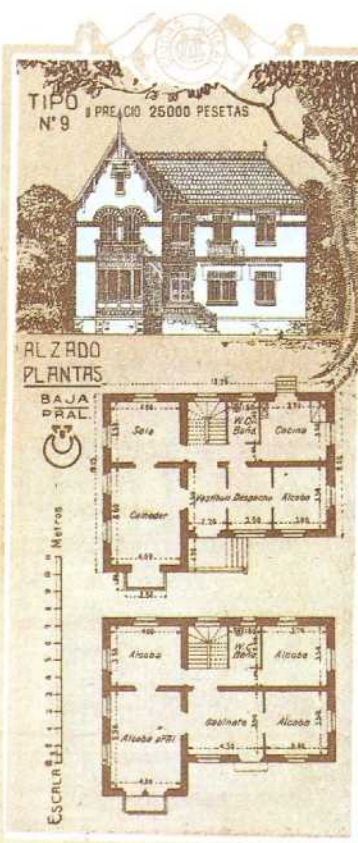
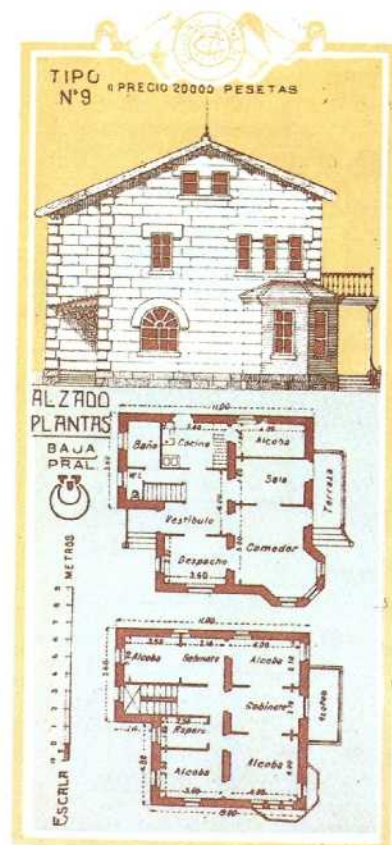
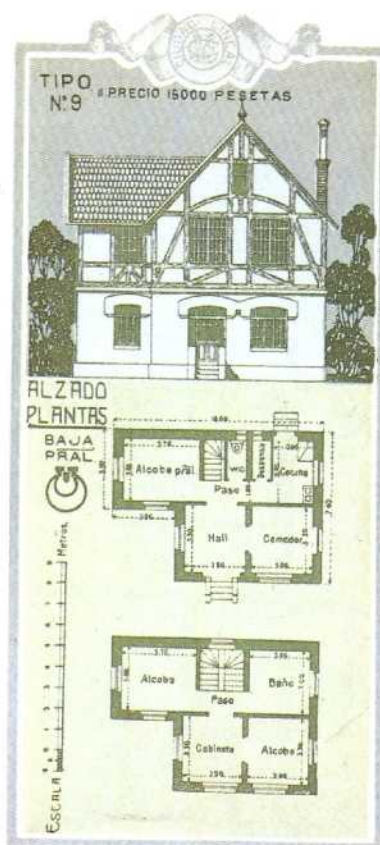
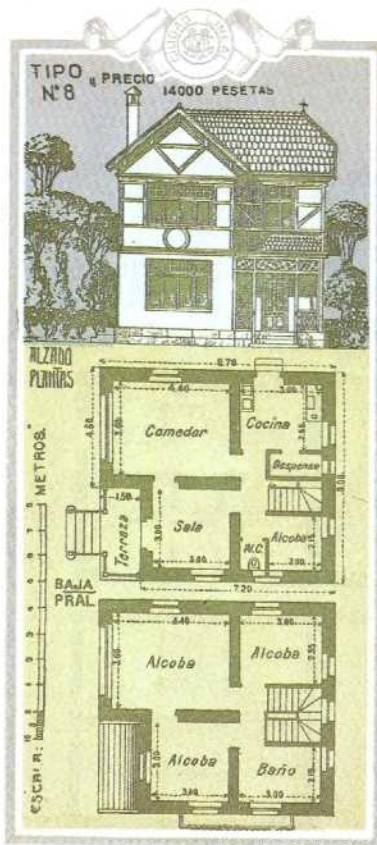
(11) Acerca de Belmás, véanse los artículos de José Ramón ALONSO PEREIRA, «Mariano Belmás arquitecto de la Ciudad Lineal», y Angel ISAAC, «Ideal arquitectónico y alojamiento obrero», en el Primer Congreso Nacional de Arquitectos de 1881, publicados ambos

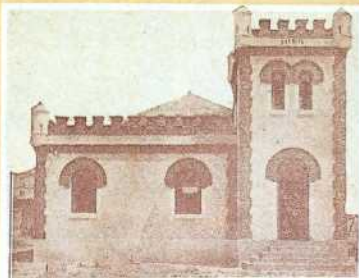
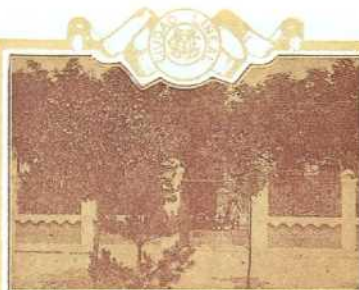
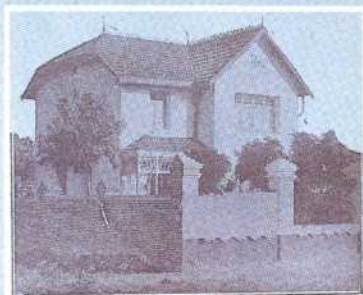
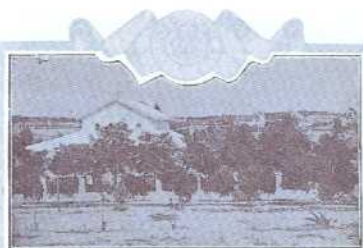
en *Arquitectos*, Consejo Superior de Arquitectos, número de julio-agosto de 1982.

(12) Acerca de estos arquitectos no existen estudios monográficos. Sólo recordemos aquí de Jesús Carrasco que con Ricardo García Guereta trabajó en la iglesia de Santa María Magdalena, las «Recogidas» en la calle de Hortaleza, en 1903, presentó un proyecto que fue escogido entre siete de los que se consideraban mejores en el Concurso Internacional para el Casino de Madrid. Suyos son las interesantes construcciones del edificio «Nuevo Mundo», levantado en la calle Larra en 1907, sede del periódico *El Sol* y después de la guerra de Arriba y del Hotel Victoria o edificio Simeón en la madrileñísima Plaza de Santa Ana. Sin duda, la obra principal de este interesante arquitecto religioso, autor también de la iglesia y convento del



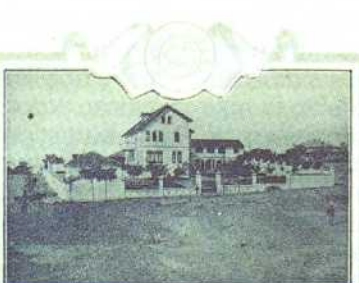
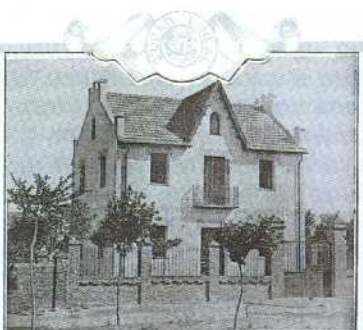






Manzanas

76 96 79
96 82 77
96 78



Ejemplo de viviendas construidas.



JARDÍN DE UN HOTEL DE LA CIUDAD LINEAL CUYO ARBOLADO ACUSA LA FACILIDAD DE SU CONVERSIÓN EN PARQUE

la muerte de Soria, discípulos suyos como don Hilarión González del Castillo mantendrán vivo el espíritu de una búsqueda de una arquitectura singular, contraria al bloque plurifamiliar de pisos de anodina arquitectura. Precisamente, González Castillo combatió el madrileño afán de construir los primeros rascacielos, que se simbolizaban en el Titanic de Cuatro Caminos.

Soria, teórico y seguidor de todo lo nuevo, debía sentirse satisfecho al ver ir poblándose de edificios modernos su ciudad ajardinada. Muy significativo es leer su artículo «Virtudes Medicinales de la Belleza», recogido en el volumen *Filosofía Barata*. Tras proclamar: «¡Soñemos alma, soñemos!», Soria describe lo que considera la mansión ideal. Su texto no puede ser más anticipador. «Una vivienda lujosísima, pero sin bibelots ni garambainas antiguas y modernistas, el lujo de la sencillez y del gusto exquisito que tiene por base fundamental el proporcionar el mayor número de comodidades y de ventajas con el mínimo de esfuerzo proveyéndonos de habitaciones, de mobiliario, de utensilios, efectos y maquinarias que nos libren de los molestos contactos del servicio doméstico.» Lo mismo que su coetáneo Francisco Giner de los Ríos, piensa que el mobiliario y el interior más bello es el más sencillo y pulcro (13). Contrario a las modas efímeras, cree que «el adorno principal de la vi-

vienda consistirá en las grandes obras de la naturaleza, los árboles, las plantas y las flores y en la reproducción de las obras de los artistas más famosos». Por medio de tal mansión y de una vida culta y educado refinamiento espiritual se lograría habitar en un «paraíso, no fantástico sino real y positivo», pues el goce sería continuo, sin cansar, «porque una serie de placeres, todos ellos artísticos, sabiamente combinados no daría lugar al aburrimiento». Estamos seguros que don Arturo, absorbido por su obra y su despierta curiosidad intelectual de pitagórico sabio, sus especulaciones, sus poliedros e inventos, nunca se aburriría.

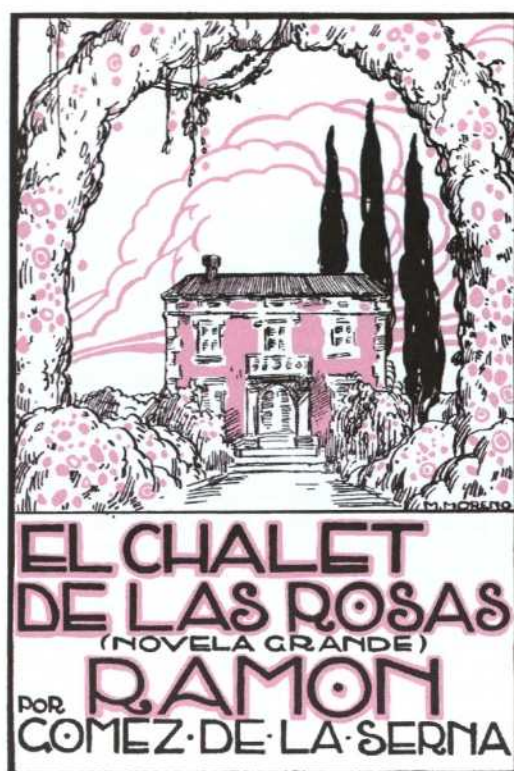
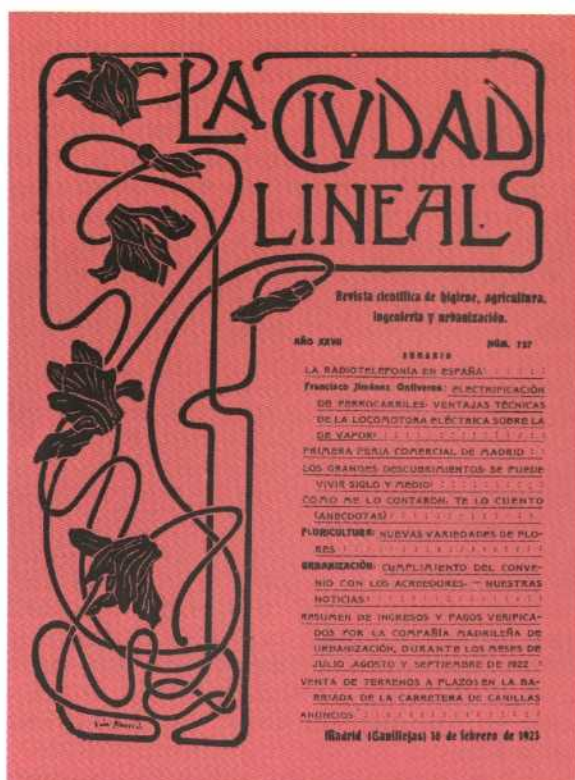
Si se recorren las páginas de la revista *La Ciudad Lineal*, se puede muy bien seguir la vida y el aspecto sucesivo que tuvo ésta desde que se fundó hasta su último momento de esplendor o vida bajo la «Compañía Madrileña de Urbanización». De los primeros chalets todavía en descampado, con algunos raquícos árboles plantados a su alrededor, se pasa a los que, rodeados de umbrosas sombras, presentaban un aspecto ameno y agradable. Las leyendas al pie de sus fotografías son dignas de ser leídas: «Precioso hotel... construido con piedra de Colmenar Viejo...», «Hotel burgués... la hermosura del arbolado es digna de admirar...», etc. Algunas tienen un texto más explícito, como «Preciosa terra-

Cristo de Medinaceli, además de intervenir en la iglesia de la Concepción de la calle Goya, es el Templo Nacional de Santa Teresa de Jesús y convento de los padres Carmelitas descalzos de Madrid. Situado espectacularmente al fondo de la plaza de España es una especie de fortaleza neogótica, neomudejar y modernista. Construido entre 1916 y 1923, en hormigón armado, con su inacabado aspecto

de ciudadela o castillo, su autor quiso con ella simbolizar el espíritu de las *Moradas de Santa Teresa*.

(13) Francisco GINER DE LOS RÍOS, *El mobiliario*, en el vol. XV de las *Obras Completas. Estudios sobre Artes Industriales y Cartas Literarias*, Madrid, 1926, pp. 5-17.

Portadas de la
Revista «La
Ciudad Lineal»
(febrero 1923)
y del libro *El
Chalet de las
Rosas* (Editorial
Sempere,
Valencia, 1923).



za de una magnífica finca, situada en la manzana 71, donde la familia que la habita pasa ratos felicísimos contemplando el hermoso jardín que rodea la vivienda». En su fotografía vemos a unos niños pulcramente vestidos acompañados por su madre. Uno de los niños, sostenido amorosamente por su progenitora, está sentado sobre la baranda de bellos balaustres ornada con una escultura en el poyo o machón. Otro infante, de más edad, está a horcadas sobre la barandilla y se agarra a la esbelta columna que sostiene una florida pérgola que da sombra al grupo. En otra ilustración vemos a una señora joven que, vestida de blanco, con una sombrilla también blanca, posa a la puerta de su propiedad «cercada de seto vivo». Igual sucede con los obreros, vestidos humildemente, pero que posan orgullosos ante sus jardineras llenas de enredaderas. También los comerciantes bigotudos y tiesos posan tras el mostrador de su tienda, mostrando su satisfacción de ser «ciudadanos lineales».

El contraste entre el centro lleno de vida y movimiento y la quietud y paz de la Ciudad Lineal tenían que llamar la atención de los madrileños de la época. Las gentes pudientes preferían todavía vivir en el centro, en el barrio del Palacio Real, Calle de Atocha o la Carrera de San Jerónimo. Un testimonio literario significativo es el del escritor Corpus Barga, el cual, en sus *Memorias Las Delicias* (*Crónica de la vida madrileña de hacia 1906*), a propósito de un amigo suyo, dice

que «vivía en una casa nueva y triste, de esas que en el desarrollo de las ciudades por los sitios pobres se construían haciendo toda clase de economías, con lo estrictamente necesario en las que había que vivir, ya se sabía de antemano, con estrechez» (14). En una ciudad de aristócratas y funcionarios, en las que pocas personas tenían el dinero suficiente para pagarse un coche «simón» en el que salir a respirar el aire de la Moncloa, aún eran más escasas las que se aventuraban a construir en el extrarradio. Únicamente los nobles y los potentados levantaban en la Castellana sus elegantes palacetes.

También algunos nuevos ricos, para adquirir cierto lustre y porte aristocrático, construían una mansión unifamiliar, con jardín. Ejemplo típico es el de la familia burguesa que retrata Carmen de Burgos (Colombine), escritora íntimamente ligada a Ramón Gómez de la Serna, en la novela corta *Villa María*. Construida en una zona de moderno trazado, «aunque estaba un poco en las afueras, no era un hotel de arrabal como los de los barrios apartados. Habían tenido suerte en encontrar aquel solar en el Paseo Nuevo: porque, aunque el Paseo Nuevo era tan largo que lindaba con aquellos barrios, el hotel no dejaba de estar en el centro mismo» (15). El Ensanche, en especial, en el barrio de Salamanca todavía no se había colmatado, quedando muchos solares vacíos y calles enteras sin construir. De repente la ciudad se acababa en pleno campo de sembrados o pedregales. Las desabridas afueras y el

(14) Corpus BARGA, *Las Delicias*, Barcelona, Buenos Aires, 1967, pp. 132-133.

(15) Hay una edición moderna con prefacio por Rosa ROMA, Emiliano Escolar editor, Madrid, 1977.

extrarradio no era para gentes civilizadas. Como muy bien decía Baroja, Madrid, Corte de España, era ciudad de contrastes que presentaba «luz fuerte al lado de sombra oscura; vida refinada, casi europea en el centro; vida africana de aduar en los suburbios» (16). Nadie sensato, a no ser un personaje raro y extravagante como el escritor Silverio Lanza, que vivía en Getafe, en un chalet rodeado de rejas electrificadas, tenía su domicilio fuera del centro de la capital (17). No es extraño así que aquéllos que durante el primer tercio del siglo XX vivían en las colonias de los incipientes barrios de ciudad-jardín fuesen considerados «socialistas», personas raras o un tanto fuera de lo normal. No es extraño así que en Zaragoza a la ciudad-jardín creada a principios de siglo en la subida de Cuéllar, cerca del Parque Pignatelli, junto al Canal de Aragón, popularmente se le conociese, tal como me lo contó García Mercadal, como «La ciudad de los Chiflados» (18).

Arturo Soria y Mata, contrario de los grandes bloques y rascacielos, que en 1883 había escrito que «los familisterios, las casas de vecindad, las fondas de familia, las casas mixtas para pobres y ricos y muchas otras creaciones ingeniosas contemplan el árbol del mal desde distintos puntos de vista y arrancan sus ramas», que firmemente creía que había que acabar con el hacinamiento y la falta de higiene de las grandes ciudades y alojar a los habitantes en casas unifamiliares, en contacto con la naturaleza urbanizada, lo que contribuiría a hacer mejor al hombre, a realizar la revolución desde arriba, nunca hubiera podido comprender la novela de Ramón Gómez de la Serna *El Chalet de las Rosas*. Ataques malevolentes de personas reaccionarias sí había recibido. Ya estaba acostumbrado a ellos. Pero que un escritor de vanguardia, que además era masón, opinase desfavorablemente de su creación urbana, probablemente le hubiese disgustado profundamente. Publicada en 1923, tres años después de la muerte de Arturo Soria y Mata, la novela de Ramón no influyó, sin embargo, en sus detractores. Novela de humor negro, en ella se relata la historia de un siniestro asesi-

no de mujeres, una especie de Landrú o Monsieur Verdoux «avant-la lettre», que aprovecha la soledad de la Ciudad Lineal para actuar criminalmente lejos de la curiosidad de las gentes. Ramón Gómez de la Serna, cuyo concepto de la novela era crear por medio de la narración un ambiente reverberante en una serie de explosiones atomizadoras y reveladoras de la «realidad», se interesó en gran manera por la arquitectura, y en especial, por Madrid (19). Escrita cuando poseía su casa «El Ventanal» en Estoril (Portugal), a la cual dedicó su novela *La Quinta de Palmira*, en la que la protagonista femenina huye por miedo a los vicios de la ciudad, *El Chalet de las Rosas* es, lo mismo que ésta, una novela en la que una casa solitaria es el personaje principal, convirtiéndose en un objeto obsesivo del escritor, quien entre el estado anímico del individuo y el mundo que lo rodea establece una orgánica correspondencia. Es el problema de *Las cosas* y «el ello» (1934), en el cual lo concreto y el subconsciente se entrelazan. El tema de la soledad, de la existencia plácida, la defensa contra el exterior, el tedio y el aburrimiento son motivo de inquietud, asaltando la mente de Ramón, obsesionado en este período de su vida por lo macabro (20).

Un personaje que pudo inspirar las ideas macabras que sobre la Ciudad Lineal tenía Ramón Gómez de la Serna fue, quizá, el novelista Felipe Trigo. Propietario de «un hotel claro, alegre, con paredes blancas, con grandes ventanales por donde entrar el sol y el aire», tal como nos lo describe Manuel Abril, Felipe Trigo construyó su casa unifamiliar con el deseo «de tener despejo de campo y tranquilidad de alojamiento» (21). Propagandista entusiasta entre sus amigos de la Ciudad Lineal, escribió en su mansión «Villa Luisiana» la novela *Jarrapellejos* (1914) y el libro de ensayos *Crisis de la Civilización* (1915). Aficionado a la carpintería y a la fotografía en color, estuvo durante tres años encerrado en su hotel particular, construyéndose estanterías y armarios y cultivando rosas. De repente surgió de sopetón, encontrándose en Madrid por todas partes. Pero de nuevo volvió a enclaustrarse entre las

(16) Pío BAROJA, *La Busca*, Madrid, 1904, p. 282.

(17) Juan Bautista Amorós y Vázquez de Figueroa (1856-1912) fue un «raro» que vivía en soledad sin tratar con sus vecinos. Vivía en la finca núm. 18 de la calle de Olivares en Getafe. Era la primera casa del pueblo, frente a un convento. Llena de numerosas plantas, aparatos de gimnasia y antropometría, estaba cruzada por numerosos cables que a manera de un sistema nervioso comunicaban todas las habitaciones y el exterior de la casa mediante una combinación de timbres y luces eléctricas. Parece ser que este dispositivo de protección contra los ladrones sonaba tan pronto se cernía una tormenta sobre la casa. Descrita por Ramón Gómez de la Serna y el Dr. Farre-ras era una mansión muy especial. El mejor estudio sobre Silverio Lanza sigue siendo el de Luis S. GRANJEL, publicado como introducción a su *Obra Selecta*, Ediciones Alfaguara, Madrid, Barcelona, 1966. Véase también José GARCÍA REYES, *Silverio Lanza: entre el realismo y la generación del 98*, Ediciones Universidad de Salamanca, 1979.

(18) En este bello barrio bien conservado en el que quedan bastantes hotelitos de principios de siglo se encuentra la casa verde, de arquitectura racionalista, construida por Rafael Bergamín, hoy emisora de radio.

(19) No vamos a hacer aquí el recuento bibliográfico de Ramón GÓMEZ DE LA SERNA, que escribe libros sobre el Rastro, la Puerta del Sol, el Paseo del Prado y su famoso *Elucidario de Madrid*.

(20) Todavía no se ha estudiado a Ramón Gómez de la Serna

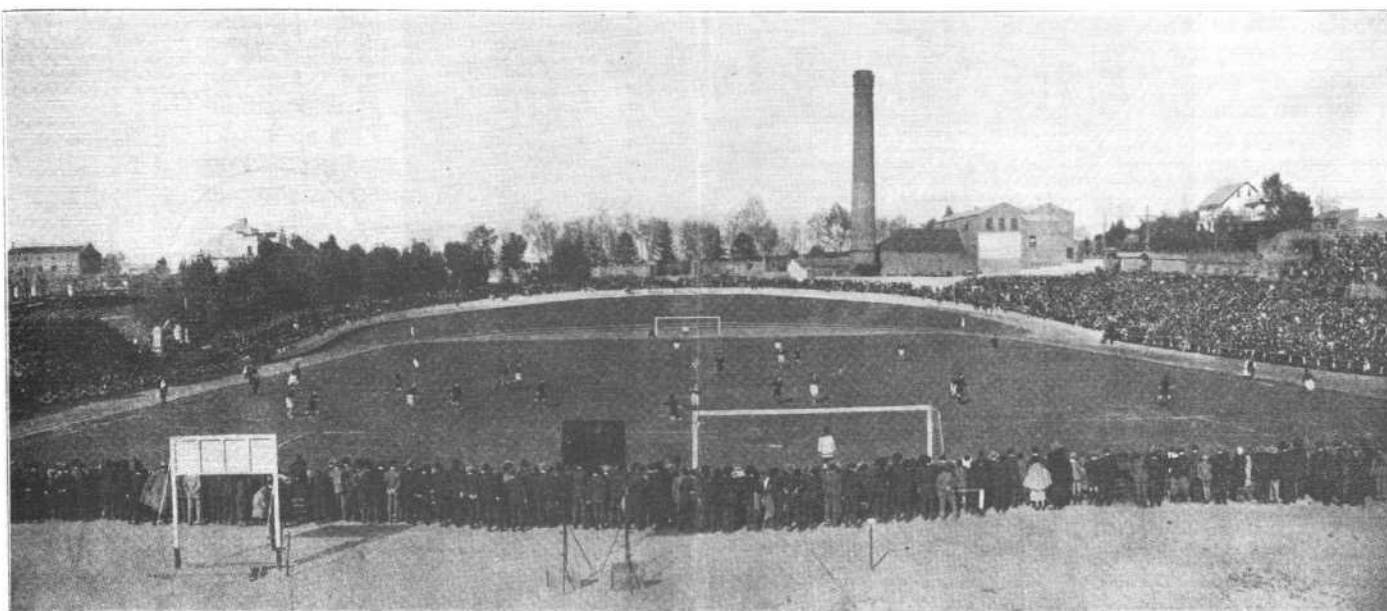
como escritor preocupado por la arquitectura y el urbanismo. Solamente se toca de pasada el tema en algunas notas del estudio de Carolyn RICHMOND para la edición de *La Quinta de Palmira*, Seleccion-es Austral, Espasa-Calpe, Madrid, 1982.

(21) Manuel ABRIL y Felipe TRIGO, *Exposición y glosa de su vida, su filosofía, su moral, su arte, su estilo*, Renacimiento, Madrid, 1917, pp. 74-75.

Según Abril, Felipe Trigo «se trasladó entonces a la Ciudad Lineal. Era la manera de tener despejo de campo y tranquilidad de alojamiento». Su mansión, en la que se dedicó a la carpintería y fotografía, era «un hotel claro, alegre, con paredes blancas, con grandes ventanales, por donde entra el sol y el aire; abajo el gabinete de trabajo de Trigo, lleno de máquinas fotográficas, y el cuartito de revelar, hecho exprofeso; el salón de billar y de música, el hall en la terraza, sobre el jardín; en el comedor otro pequeño hall confidente, con grandes cristalladas también sobre el jardín —el hermoso jardín con rosas frescas a diario, que venían a adornar los sombreros de las hijas—, y los inmensos y bellos eucaliptos sobre el cielo de Poniente.

Trigo podía contemplar todo ello terminado, construido bajo su dirección, ganado con sus obras; y en el hotel sus hijos todos...». Su hijo y homónimo Felipe Trigo fue más tarde arquitecto que trabajó en la Ciudad Lineal.

En su libro *Socialismo individualista* (1903), TRIGO expone su doctrina política y social que en gran medida es acorde a las ideas de Arturo Soria.



Aspecto del Velódromo de la Ciudad Lineal y campo de deportes del Real Madrid Fútbol-Club durante la celebración de uno de los interesantes partidos organizados por la importante Sociedad deportiva, al que concurrían unos veinte mil espectadores. En primer término las localidades de sillón y pases reservadas para los numerosos socios del Real Madrid F. C. - A la izquierda la gran tribuna de preferencia. - En toda la zona que limita la pista, las localidades de palcos, sillón y pases, y a la derecha las gradas y entrada general totalmente ocupadas. Al fondo la calle principal de la Ciudad Lineal, entre cuya arboleda se ven el Colegio de religiosos de María Teresa, dos hermosos hoteles de lujo y la fábrica de electricidad.

cuatro paredes de su chalet. La neurastenia que, según Manuel Abril, «es el achaque de los hombres de acción, y Trigo tenía que padecer forzosamente aquella enfermedad, por razones fisiológicas, morales, y hasta me atrevería a decir metafísicas», lo llevó a suicidarse con un tiro en la sien. Era el año 1916. En los medios intelectuales y artísticos madrileños la trágica desaparición de Felipe Trigo, cuyo cuidado dandismo se mezclaba a la de su faz un tanto mefistofélica, contribuyó a crear su fama de escritor un tanto diabólico. Trigo, que en su juventud había sido médico se convirtió tras su muerte en símbolo y estampa de la hiperestesia y el desequilibrio psíquico que produce la soledad excesiva en un hombre ansioso de la vida intensa.

A Ramón Gómez de la Serna, enamorado del centro de la ciudad, la Puerta del Sol, el Paseo del Prado y el Rastro, la periferia de Madrid le parecía triste y desolada. En *El Chalet de las Rosas* el relato se pasa casi íntegramente en la Ciudad Lineal, a la cual repetidas veces califica de «ciudad abortada», «ciudad mortecina, ciudad de los tristes». Ante todo señala su tristeza, de «ruinas nuevas», de «cementerio de vivos», de «falsa ciudad-jardín y auténtica ciudad-panteón» (22). Sobre ella y sus alrededores campos solitarios parece planear la muerte. Especie de «Suiza de cuevas, no de montañas, llena de campos intermedios llenos de basuras y de hondonadas muy propias para matar niños», la Ciudad Lineal, en medio de un árido paisaje africano no podía inspirar más que agresividad. «Ciudad sin sucesos», era lugar propio para un gran manicomio o un sanatorio de niños retrasados, para tíficos y maniáticos.

El silencio «malo» de la casi deshabitada Ciudad Lineal, «sólo perturbado por el paso de tranvías», la soledad y el ambiente de crimen que se respira en *El Chalet de las Rosas*, va a la par de la imagen de tristeza que le produce a Ramón la población diseminada a lo largo de la calle principal, «triste como un canalillo, un canalillo de casas se entiende dos filas de casas a lo largo del camino solitario». Los hotelitos le parecen pobres y pretenciosos, ideales para la nueva aristocracia en busca de lo distinguido. Ciudad todavía por hacer, en plena «dentición» según Ramón, causaba asombro a los visitantes dominigueros, los cuales al verla «no acababan de creer que aquella fuese una ciudad, ni lineal siquiera». Ninguno de ellos se llegaba a formar una idea de sus habitantes, «ciudad para los delineantes y matemáticos de un orden especial». Casi nadie preguntaba si quedaban casas libres, pues, según Ramón, los que iban a vivir a la Ciudad Lineal lo hacían «arrastrados por la fatalidad», pues «no se va voluntariamente a la ciudad de los apagados, a la ciudad apagada y mortecina».

La novela de Ramón Gómez de la Serna desde el punto de vista literario es espléndida. Su visión macabra alcanza límites poco frecuentes. Otra cosa, en realidad, era la Ciudad Lineal. Quizá Ramón, amigo de gentes extravagantes, se sintió atraído por los habitantes de lo que él calificaba «camino de tumbas» (23). Sin duda se

lla se conservaban unas alineaciones construcciones de este singular tipo.

(23) Arturo Soria, cuya fisonomía y silueta se han comparado a las de un personaje del Greco, en 1921 escribió un artículo titulado «El Greco era un genio», recogido en el volumen de *Filosofía barata*.

(22) Es curioso constatar que el tipo de edificación de casa económica inventado o propuesto por Belmás presenta aire de alineaciones de túneles panteones. También que su ensayo en firme se hizo en unas barriadas construidas en la antigua carretera de Francia y frente a la Sacramental de San Martín. Parece ser que en Cercedilla



hubiese sentido más atraído si hubiese conocido, en el camino de Hortaleza, La Huerta o Quinta de la Salud (1928). Antigua propiedad de los Duques de Frías, fue reedificada en 1894. En 1928 su entonces propietario, el notario don Pedro Tovar Gutiérrez, en esta finca modelo o «coto redondo acasado», además de utilizar para sus dependencias técnicas modernas de prefabricado en hormigón, colocó en un balcón o galería de su casa, suspendido en el muro en una estantería, el féretro de su mujer, que no hace muchos años podía verse colgado en medio de las ruinas de esta interesante hacienda. Su ambiente no podía resultar más siniestro y folletinesco. El discurso del abogado defensor del asesino del *Chalet de las Rosas* alega como atenuante que la Ciudad Lineal es un lugar que induce al crimen, «un paisaje de Viernes Santo», un tétrico lugar, un «locus», un «altozano sacrificador», que en la primavera adquiere tonos de cuadro del Greco (24). Para Ramón Gómez de la Serna difícilmente se podía comprender que existiesen partidarios de la ciudad que Arturo Soria había creado con un afán regeneracionista dentro de conceptos éticos, humanitarios y masonicos, totalmente opuestos a los que él postulaba.

Un acierto indudable de Ramón Gómez de la Serna es su caracterización de los habitantes de la Ciudad Lineal, «esa ciudad para delincuentes y matemáticos de un orden especial». Don Arturo Soria que como individuo se nos presenta qui-

jotesco y especial, un tanto «raro», puede servir de paradigma de su propia creación. La Ciudad Lineal como ciudad pertenece a una concepción totalmente opuesta a la del centro tradicional de Madrid. Con su deliberada geometría y racionalidad resulta polar al pintoresco trazado barroco. Más bien enlaza con la ideal ciudad herreriana de cúbica abstracción, geométrica y cerebral pese a su pretensión de orgánico contacto con la naturaleza. No es de extrañar que Soria señalase en la vida la superioridad de las formas animales sobre las formas vegetales. En su sistema de mecanismo es esencial. El constructor que en él se albergaba no podía concebir el universo más que como forma racionalmente dispuesta. Su ciudad era la encarnación de sus ideas al respecto. Y así lo debían comprender muchos de sus colegas y correligionarios. Además de muchos pedagogos como Domingo Barnés, en la Ciudad Lineal vivieron bastantes arquitectos como Rubio, García Guereta y el «raro» y genial futurista e inventor Casto Fernández Shaw.

Sólo la lectura de la leyenda popular andaluza *Manolín*, en la que se describe la utópica colonia agrícola socialista se puede parangonar en España con la ideal concepción de la Ciudad Lineal, acerca de la cual conocemos el origen literario del lema de don Arturo Soria repetido insistentemente en su Decálogo y en todas sus publicaciones: «¡Para cada familia, una casa; en cada casa, una huerta y un jardín!» Como ya dijimos, esta divisa está sacada de la novela ita-

Hay que recordar aquí la vinculación entre el Greco y la Institución Libre de Enseñanza por medio de don Manuel Bartolomé Cossío, autor de una célebre monografía sobre El Greco (1908). Ramón también escribirá un libro de carácter literario sobre el pintor cretense, titulado *El Greco. El Visionario de la Pintura*, Ediciones Nuestra Raza, Madrid (s. a.), 1935.

(24) Es interesante comparar el crimen literario inventado por Ramón Gómez de la Serna al doble asesinato que Ramón DEL VALLE INCLAN en su folletín *La Casa de Dios* (1899) sitúa en la urbanización, creada de nueva planta en 1890, «Madrid Moderno». Dotadas las viviendas de la urbanización con abundancia de agua, alcantarillado, gas y luz eléctrica fueron codiciadas por la burguesía acomodada.

El comentario de VALLE INCLAN no puede ser más elocuente: «Al principio, las gentes se negaban a creerlo. Muchos dudaban, afirmando que Madrid Moderno no era barrio para tragedias de aquel jaez.» Véase Francisco AGUILAR PIÑAL, «La Guindalera, el Parque de las Avenidas», en el vol. 3, *Madrid*, Espasa-Calpe, Madrid, 1979, p. 987.

Es de señalar que entre los proyectos que se pensaban construir en esta urbanización figuraba el modernísimo «Parque Rusia, con jardines de recreo, un lago, salón cubierto para teatros, conciertos, patinaje y baile público, amén del indispensable servicio de restaurante».

El autor del proyecto, de arquitectura neoárabe en hierro y cristal, fue el ya tan citado aquí arquitecto Mariano Belmás.

Un film de 1949, *Una mujer cualquiera*, de Rafael GIL, en el que María Félix y Arturo Vilar eran los protagonistas, se desarrollaba en la Ciudad Lineal. En sus secuencias había un crimen. Durante la posguerra española la Ciudad Lineal era percibida por las gentes como un lugar retirado y siniestro, propicio al vicio un poco oculto y secreto, un escenario de misterioso atractivo en los márgenes de la moral y de la ciudad. La falta de medios de comunicación acentuaba esta impresión de lugar apartado. La ciudad sigue inspirando desde esta veta de necrofilia, tal que se comprueba en la novela *Las bodas secretas de Lilia* (Editorial Debate, Madrid, 1991), de Fermin BOUZA.

liana de anticipación *El año 3000*, un sueño de Paolo Mantegazza (1897) (25). La propaganda para encontrar compradores de solares era diametralmente opuesta al ambiente descrito en *El Chalet de las Rosas*. El personaje con sombrero de paja de Italia y pantalón rayado que sonriente camina junto a la casa-hucha construida con sus ahorros está lejos de ser el criminal que entierra a sus víctimas en su florido jardín tan macabramente abonado. El optimismo universal sería su panacea, don Arturo Soria precisamente había creado su ciudad con el pensamiento de que en ella se pudiese huir de la sordidez y la incuria urbana, se desterrase el vicio moral y físico de la ciudad desordenada, se lograra hacer florecer una vida más higiénica y armoniosa en todos los sentidos. La ciudad integradora de clases y personas, sin caciques ni explotadores, era su ideal. En ella se alcanzaría, según sus previsiones, una nueva Edad de Oro. La ciudad de los ideales masónicos cristalizaría en la creación de Soria. Para concluir, citemos un texto publicado en la revista *La Ciudad Lineal*, del mismo año en el que apareció a la luz pública *El Chalet de las Rosas*. En él se proporciona una imagen de la urbanización totalmente polar a la de un ambiente apocalíptico. El anónimo cronista reseña la celebración de los partidos de fútbol organizados en el velódromo por el club Real Madrid

a los que concurren unos veinte mil espectadores. Su descripción merece la pena ser leída. Su prosa tiene un ritmo de vanguardia. Su optimismo es estimulador, de partidarios del deporte entonces tan de moda. Miles de personas llegan a la Ciudad Lineal «en tranvías, autos, motos y todos los medios de locomoción conocidos. ¡Al velódromo! ¡Al velódromo!». El público es abigarrado, heterogéneo, predomina la gente joven «inteligente, simpática, estudiantes, empleados, obreros que ya huyen de los toros, las tabernas y los bares. Muchachas gentiles, bellísimas, completan la nota de alegría y color. Cae un sol tibio de otoño. Huele a flores. Brillan los humanos ojos, pasión, amor. Los pulmones respiran con fruición al aire embalsamado. Corre el tranvía entre lindos hoteles y jardines y se escuchan agudos y gozosos gritos de niños. Perspectivas de árboles... ¡Naturaleza! ¡Juegos olímpicos! ¡Deportes de hoy! ¡Alegría! ¡Mujeres bonitas que llevan el cuello, la espalda y los brazos desnudos! ¿Grecia? ¿Madrid? ¡Al velódromo! ¡Al velódromo! ¡Al velódromo de la Ciudad Lineal!».

La doble invitación a la modernidad y a la exaltación clásica coronaban conjuntamente la acción y el pensamiento del reformador que, sin desmayo, había sido siempre el inquieto e inveterado soñador, el matemático, utópico y masón, don Arturo Soria y Mata.



(25) Esteban BELTRAN, *Socialismo Agrícola, Segunda Parte de Manolín*, Biblioteca de Visionarios Heterodoxos y Marginados, Editora Nacional, Madrid, 1979.

NECESIDADES ACTUALES DE DIVULGACION Y ENSEÑANZA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION GEOGRAFICA (SIG)

Miguel Calvo Melero

The present-day call for a teaching and spreading of systems of geographical information (SGI)

El actual desarrollo de los denominados Sistemas de Información Geográfica (SIG), tanto por parte del *hardware* (en su menor coste) como del *software* (en su mayor facilidad para su utilización), han causado una auténtica revolución en los conceptos de «mapa» y de «plano». El paso del tradicional documento sobre papel al actual contenido en la memoria de un ordenador es mucho más que un simple cambio de soporte. El desconocimiento de las posibilidades reales de los SIG hace que no se valoren en su justa medida las potentes herramientas que aporta para la gestión del territorio. La falta de técnicos especializados impide un desarrollo óptimo de los propios sistemas. De estas dos carencias nace la necesidad de «divulgación» (para el primer caso) y de «enseñanza» (en el segundo caso) dirigida a diversas personas dentro de la sociedad vinculada a la propia gestión de elementos con referencia geográfica.

The paper argues that the present state of development of the so-called Systems of Geographical Information (SGI) both as to its hardware (cost cuts) and software (improved handling access) has led to a thorough-going revolution in the concepts «map» and «plan». The step from the traditional paper-borne graphic to what a computer's memory can store betokens a deal more than a mere change in support substance. Ignorance of the true possibilities of SGI has led to a sub-estimating of those powerful instruments that these SGI could lend to any handling of territory whatsoever. A shortage of specialized personnel likewise cuts back on the possibilities of an optimum putting into use of all that can be offered by SGI. These twin shortfalls call for a greater «selling» of these techniques to answer the first deficiency and for training in them to meet the second. Both drives should be directed towards that kind of person in society most closely tied in with such areas of administration as have most to do with matters geographical.

1. INTRODUCCION

La referencia geográfica de diversos datos en posesión de municipios, administraciones y empresas dedicadas a la ingeniería, la gestión del territorio o los estudios del medio ambiente era un nexo de unión que siempre se había contemplado como una interesante posibilidad para el tratamiento de las Bases de Datos o Informaciones implicadas en todos los campos mencionados; sin embargo, los planos o mapas tradicionales, que son los documentos base de la información, no resultaban capaces para abordar de forma útil el gran volumen de información que puede llegar a «geo-referenciarse».

La «Geomática» como parte de la «Infografía» se ha ocupado del problema mediante la creación de los Sistemas de Información Geográfica (SIG) (conocidos frecuentemente por sus siglas en inglés GIS-Geographic Information System). La aparición de máquinas informáticas capaces de almacenar y procesar gran cantidad de datos, así como el desarrollo de Bases de Datos Gráficas, alfanuméricas o mixtas, ha llevado a estos sistemas a ocupar un lugar destacado en todas aquellas entidades cuyo ámbito de aplicación esté relacionado con el territorio.

Al final de los años sesenta se introducían en el mercado los primeros programas de dibujo asistido por ordenador (conocidos como CAD). Desde aquellos primeros programas hasta las actuales aplicaciones ha transcurrido un tiempo relativamente corto como para que la sociedad en general sea capaz de asimilar conceptos ac-

Miguel Calvo Melero es Profesor de Cartografía y Cartomática de la Universidad del País Vasco. Director del proyecto de Sistemas de Información Geográfica de EUSKOIKER Y AUDIFILM.

tualmente ligados a este tipo de lógica, como bases de datos relacionales, orientadas a objetos, topología geográfica, mapa continuo, etcétera.

No obstante, el conocimiento de estos conceptos no tiene por qué interesar a todas las personas relacionadas con las entidades y empresas vinculadas al análisis geográfico. Es evidente que la persona en la que pueda recaer la misión de seleccionar un Sistema de Información Geográfica no tiene por qué ser un experto usuario del mismo, si bien debe poder «discriminar» o distinguir qué es lo que puede esperarse de cada uno, y si se adapta a sus necesidades concretas de gestión.

Existirá, por otra parte, un grupo de personas encargadas de trabajar con el sistema adquirido, a los que podrá considerarse como «expertos», y serán aquéllos que «exploten» de una u otra forma esos datos geo-referenciados.

Es por ello por lo que debe distinguirse entre «divulgación» sobre Sistemas de Información Geográfica orientada a los primeros y «enseñanza» o especialización dedicada a los segundos.

Los Sistemas de Información Geográfica han «revolucionado» el concepto tradicional de «mapa». Las Entidades y profesionales que producen cartografía, los que utilizan los mapas como soporte de información o todos aquéllos que realizan análisis a través de mapas y planos, están acostumbrados a «leer» o analizar estos documentos. Cada uno de ellos tendrá un conocimiento mayor o menor de los procesos relacionados con la cartografía. El mayor o menor conocimiento de los sistemas de los que tratamos en este artículo deberá ser proporcional al de cartografía necesario para realizar los mencionados trabajos.

No se puede por tanto simplificar el grado de relación con los SIG en tan sólo dos grupos, los que lo deben conocer y los que deben saberlo utilizar. Entre estos dos extremos se situarán muchos profesionales que se acercarán a uno u otro grupo en función de sus propias necesidades.

Es frecuente encontrarse en algunas oficinas programas adquiridos como supuestos SIG que a pesar de la existencia de personal especializado no se extrae de ellos más utilidades que las de un simple programa de dibujo asistido por ordenador (CAD). En otras ocasiones lo que se encuentra son auténticos Sistemas de Información Geográfica empleados como sustitutos de los antiguos «planeros» al no existir personal capacitado para extraer de ellos el rendimiento esperado. Estos dos extremos se deben a dos errores frecuentes: el desconocimiento de los SIG y la falta de personal cualificado capaz de explotarlo.

La divulgación y la enseñanza de estos sistemas es un paso importante que debe tenerse en cuenta para la obtención de resultados óptimos y la perfecta adecuación de costosos equipos a fines muy concretos.

Esta divulgación de programas especializados a personas que no están familiarizadas con la técnica de que se trate suele ser bastante pro-

blemática. En este artículo se muestran gráficos que se intentan aproximar a la temática de los SIG a niveles de comprensión sencillos que sirvan como introducción. Precisamente la divulgación es la que requiere un mayor «simbolismo» que haga fácil entender el concepto de SIG. Este artículo intenta comentar algunos aspectos que evidencien la falta de conocimiento de diversos aspectos relacionados con los SIG.

2. LA DIVULGACION

¿A quién debe orientarse la divulgación?

La divulgación se orienta a aquellas personas que sin ser usuarios de un SIG tienen alguna responsabilidad en empresas o entidades que estén interesadas en poseerlo, y del que esperan obtener una explotación importante.

La decisión errónea en cuanto a la adquisición de un SIG provocará un esfuerzo añadido para el personal técnico directamente encargado de trabajar con el sistema, que puede limitar seriamente las posibilidades del mismo.

Otro grupo importante al que debe dirigirse la «divulgación» es a todos aquellos usuarios de mapas o planos de cualquier tipo (geográfico o temático), a aquéllos que si bien no producen «documentos cartográficos» sí que les resultaría interesante conocer las «soluciones» que puedan aportarles los SIG. Será el caso, por ejemplo, de aquellos técnicos (geógrafos, geólogos, urbanistas, etc.) que precisan la realización de una gestión geográfica, pero que no tienen por qué ser necesariamente usuarios expertos de los sistemas. Deben conocer no obstante qué tipo de análisis puede llevar a cabo la parte lógica del SIG.

Estamos aquí ante un caso ya frecuente en el mundo cotidiano actual. Al igual que un negocio de cualquier tipo contrata los servicios de una empresa para que le lleve la contabilidad de la misma, un organismo que requiera la realización de una gestión geográfica puede contratar los servicios de una empresa especializada. En ambos casos el conocimiento que debe tener la empresa contratante del trabajo no es necesario que sea especializado, pero sí que deben saber qué tipo de contabilidad o de gestión desean que se les realice.

3. ¿QUE DEBE DIVULGARSE?

3.1. Clases de sistemas

Una de las primeras cosas que deben conocerse son los distintos tipos de sistemas que han ido apareciendo en el mercado. En la figura 1 vemos un esquema de los distintos sistemas que existen en la actualidad recurriendo a un símil de transporte.

Los Sistemas de Dibujo Asistido por Ordenador son Bases de Datos gráficas, es decir, son

conjuntos de datos que gestionados por un programa contienen un dibujo. Son los más parecidos a los mapas clásicos. No permiten una «lógica geográfica», es decir, no se puede realizar con ellos «búsquedas» u operaciones topológicas complejas. Frecuentemente se los denomina «dibujos tontos». Sin embargo son la base de todos los demás sistemas que veremos a continuación.

Los Sistemas de Cartografía Automática y Facilidades de Gestión son, por una parte, análogos a los anteriores (es decir, bases de datos gráficas) pero tienen también una base de datos alfanumérica que coexiste con la gráfica. Se entiende como base de datos alfanumérica a aquellos conjuntos de datos compuestos de letras y números que gestionados por un programa pueden ser manipulados (ordenados, seleccionados, etc.) y se conocen como «ficheros» por su analogía con las tradicionales fichas.

Finalmente se entienden por Sistemas de Información Geográfica a aquellos sistemas capaces de contener bases de datos gráficas, bases de datos alfanuméricas con una estructura «topológica» y gestionados por un programa único.

3.2. Principales características de los sistemas

Después de describir someramente cada uno de los Sistemas pasaremos a describir cuáles son las diferencias más destacables entre cada uno de ellos.



FIG. 1. Tipos de sistemas.

Uno de los primeros aspectos a contemplar es la «captura de la información». Este proceso puede resultar uno de los más importantes. Con frecuencia se olvida que el precio de obtener la información es muy superior al de los equipos informáticos necesarios para procesarla. En la figura 2 se muestra un gráfico de costes de adquisición de datos para una superficie de 2.500 hectáreas comparado con el coste de adquisición de un equipo que pueda contener dicha información. No todos los sistemas poseen posibilidades de captura de la información geográfica y en muchas ocasiones debe recurrirse a capturar la información con un sistema (por ejemplo, a través de un CAD) y pasarla posteriormente al SIG. Esto supone un coste añadido, no sólo por ser necesario poseer dos sistemas, sino además, como veremos más adelante, por ser necesario «estructurar la información».

Otro aspecto que debe considerarse son las posibilidades de formación de estructuras lógicas que constituyan la propia «topología del sistema». Con la formación de estas estructuras entramos en lo que puede llamarse la «inteligencia del mapa», o el posibilitar al mismo ser algo más que un simple dibujo sobre la pantalla de un ordenador. Un edificio aparecerá, por ejemplo, sobre un plano como un polígono cerrado con color rojo (sistema de CAD). La estructura lógica de ese edificio se llevará a cabo en dos niveles. Un primer nivel, al añadir datos alfanuméricos a ese dibujo. Datos como por ejemplo: el número de pisos y viviendas, el nombre de los propietarios, el número de vehículos que caben en el garaje, etc. Estos datos quedarán directamente relacionados con el dibujo, de forma que puedan aparecer o listarse cuando se señale con cualquier sistema sobre el edificio que aparece en la pantalla (sistemas FM/AM).

El segundo nivel se producirá con la denominada «topología del sistema». Esto representa que un elemento por estar situado en ese lugar del plano (en correspondencia con su ubicación sobre la superficie de la Tierra) pertenecerá, por ejemplo, a una determinada parcela, una determinada manzana, un distrito postal, un tipo de suelo, etc. Pero todas estas características es importante resaltar que no figuran en ninguna ficha o dato alfanumérico relacionado con el elemento. El sistema los extraerá por superposición de



FIGURA 2

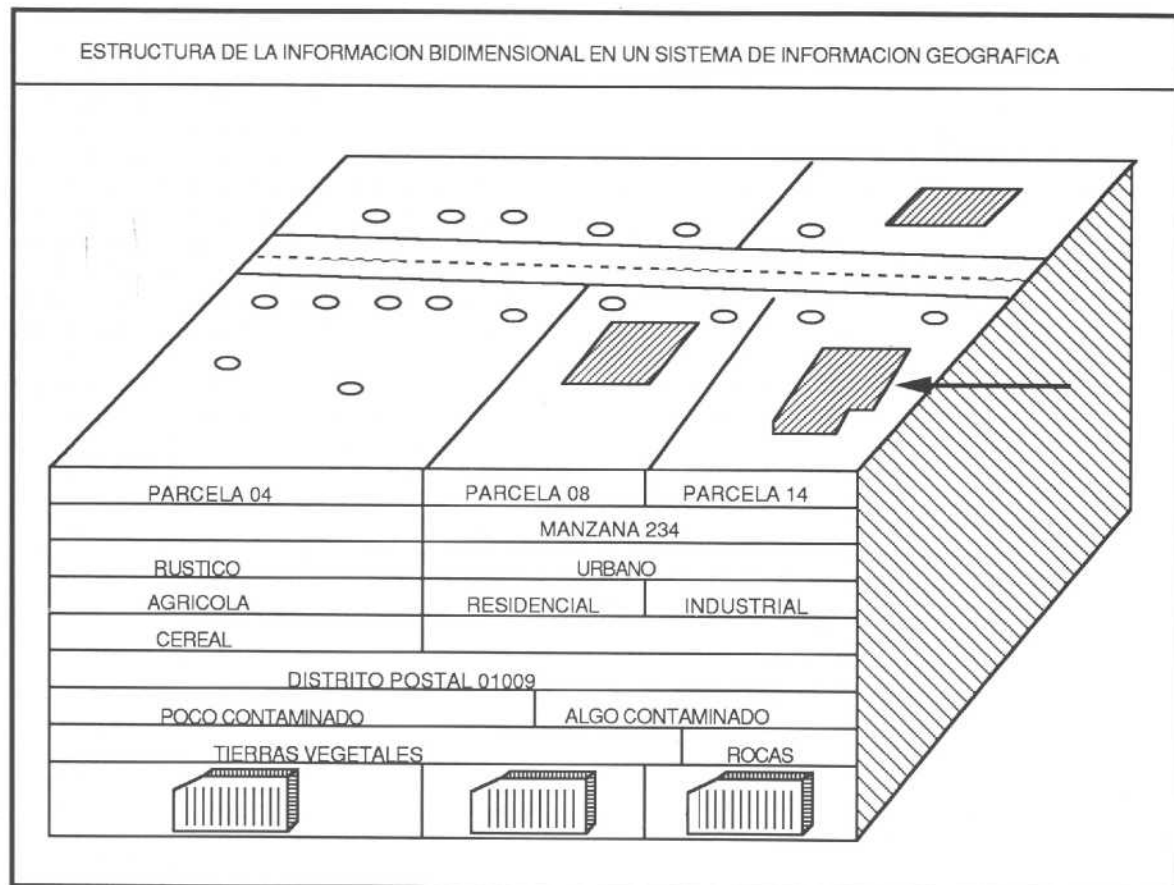


FIGURA 3

superficies o entidades. Esto es lo que constituye la topología del sistema y esto es una característica única de los SIG.

En la figura 3 podemos ver gráficamente lo que supone este concepto. Si solicitamos información sobre el edificio señalado con una flecha obtendremos que está en la parcela número 14, la manzana 234, en suelo urbano industrial, sin cultivar, distrito postal 01009, algo contaminado, y suelo de rocas. Además poseeremos otros datos que estarán contenidos en la ficha relacionada con ese edificio (propietarios, etc.). La ventaja de esta estructuración consiste no sólo en ahorrar mucho espacio en la memoria interna del ordenador que contiene el plano, sino además que si se altera por cualquier causa alguno de los límites que definen las características geográficas (tipo de suelo, cultivos, parcelas, distritos, etc.) el elemento al ser consultado por el programa nos listará sus datos actualizados sin necesidad de comunicar al elemento ese cambio (la ficha del elemento no contendrá ninguno de esos datos). Es muy importante resaltar que nosotros le daremos al Sistema tan sólo la situación de los límites de edificios, manzanas, parcelas, etc... y él se encargará de obtener las relaciones de pertenencia existentes entre ellos.

Otro tema es la creación de topología tridimensional. Los elementos geográficos poseen una

definición planimétrica (coordenadas X e Y) que definirán su situación sobre el espacio. Los mapas geográficos representan normalmente una tercera dimensión que son las altitudes o elevaciones sobre el nivel del mar. Pero existen otra serie de datos susceptibles de ser representados tridimensionalmente y que interesan en muchas ocasiones para la realización de diversos análisis. Por ejemplo las presiones, las temperaturas, el número de horas de sol, etc. Son fenómenos susceptibles de ser representados mediante las llamadas «isolíneas» (por ejemplo, las altitudes se representan mediante curvas de nivel o isohipsas). Los Sistemas pueden tener la capacidad de creación y manipulación de datos tridimensionales con estructura topológica análoga a la descrita anteriormente. Algunos sistemas de CAD y de AM/FM poseen la capacidad de crear modelos digitales en tres dimensiones. Tan sólo los SIG pueden manipular esta información de forma topológica.

La posibilidad de realizar análisis geográficos puede verse muy mermada si los Sistemas no son capaces de contemplar los aspectos tratados anteriormente. Precisamente esa posibilidad es la que hace «útil» el SIG. Un análisis geográfico simple puede hacerse fácilmente sobre un plano o mapa dibujado en papel, pero el nivel que puede llegar a alcanzarse mediante los SIG

supera en mucho el de un documento gráfico. Responder a una pregunta, teniendo en cuenta, por ejemplo, todo un país, del tipo:

señalar las parcelas situadas entre 200 y 300 m de altitud sobre el nivel del mar, que están a más de 50 m de la orilla de un determinado río y a más de 100 m de cualquier otro elemento hidrográfico, que sean de propiedad estatal y situados en terreno rústico y con una precipitación media de lluvia que no supere los 500 l por metro cuadrado

puede resultar absolutamente inabordable con procedimientos tradicionales. Para un SIG no debe costar más que algunos minutos.

Un problema mencionado anteriormente es el del traspaso de información de un dibujo CAD a un SIG y viceversa. En la figura 4 vemos cómo se realiza, volviendo al símil del transporte, la transferencia de datos CAD-SIG. Los datos que estarán sobre el mapa digital será necesario estructurarlos topológicamente, lo que supone realizarlos prácticamente de nuevo. En la actualidad existen ya empresas encargadas de realizar esta labor de «cargado de estructura topológica».

En la figura 5 vemos lo que sucede en el caso contrario. Pasamos de un SIG a un CAD o a un AM/FM. Esta transferencia de información suele ser frecuentemente empleada para intercambiar mapas entre sistemas. Su principal problema es la pérdida de la propia estructura. Si esta trans-

ferencia se realiza para pasar de un SIG a otro puede constituir un grave error y perderse numerosas horas de trabajo.

4. ¿QUE ES UN SIG EN LA ACTUALIDAD?

Se suele definir frecuentemente a un SIG como a un sistema capaz de:

- Capturar información.
- Almacenarla.
- Gestionarla.
- Realizar análisis geográficos.
- Producir documentos cartográficos.
- Producir documentos alfanuméricos con relación geográfica.

Un primer contacto con el SIG puede hacerse observando la figura 6.

En este esquema vemos que mediante un proceso de «ABSTRACCION» obtenemos, de forma análoga a la creación de un mapa, una representación del mundo real que nos servirá como documento básico sobre el que relacionar la información.

La sucesión de fases, anteriormente expuestas al tratar de los tipos de sistemas existentes, termina en las posibilidades de ideas o hipótesis consecuentes al análisis geográfico. Estos últi-

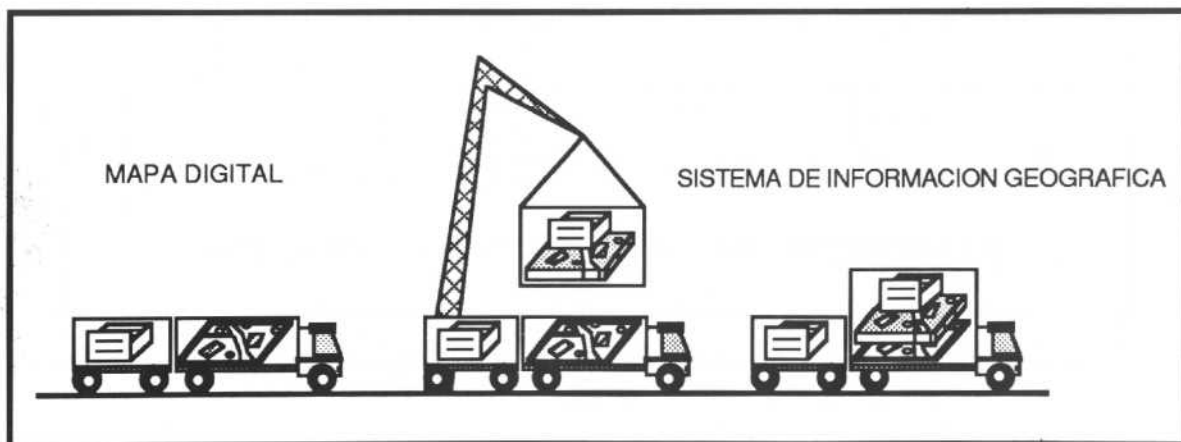


FIGURA 4



FIGURA 5

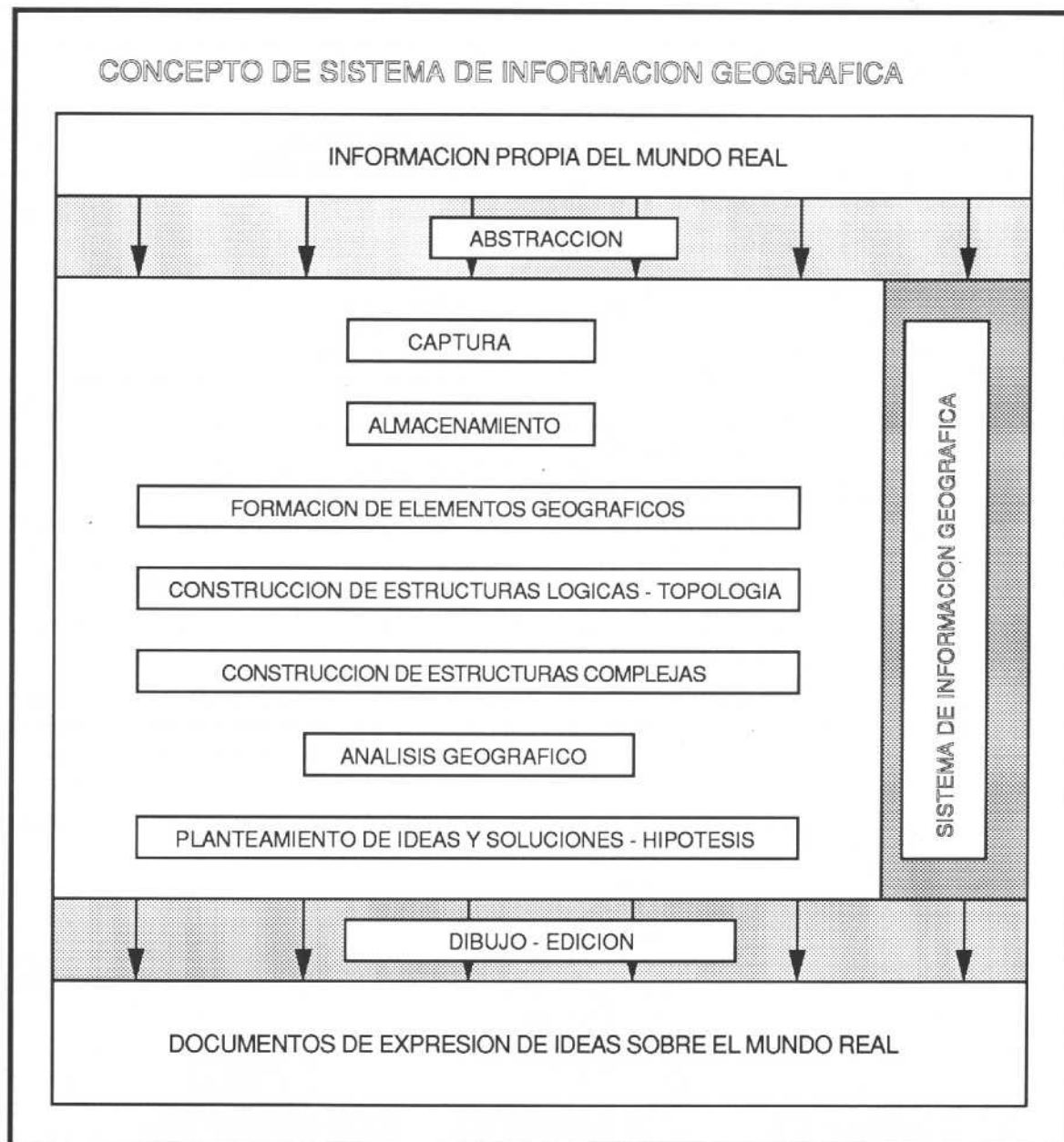


FIGURA 6

mos se plasmarán normalmente en dibujos o listados que aludirán a ese mundo real utilizado como base.

En las siguientes figuras intentaremos adentrarnos más en detalle en los Sistemas de Información Geográfica contemplando tres aspectos principales:

- La captura y estructuración de la información.
- Las posibilidades de gestión.
- Las aplicaciones añadidas a los propios SIG.

En la figura 7 se describen las posibilidades de captura y creación de topología.

La forma en la que se realiza el proceso de «abstracción» dependerá de los datos que po-

seamos de Mundo Real, de las escalas a las que se desee trabajar, etc... Las fuentes de información son, como puede verse:

- Fotogrametría.
- Teledetección.
- Topografía.
- Cartografía existente.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores algunos Sistemas dedicados a la gestión geográfica pura olvidan incluir posibilidades de captura de la información, lo que afecta de forma directa a la propia gestión, ya que el mapa o plano es un documento que envejece (su contenido) y precisa de continuas revisiones y actualizaciones.

El levantamiento de un nuevo mapa es siempre más costoso que la utilización de uno ya existente, si bien un territorio representado está sujeto al factor «tiempo» y a la escala. Un adecuado asesoramiento en estos aspectos acercará el coste estimado de un Sistema (con la adquisición del mapa incluida) al real, y evitará errores cartográficos de gestión. Visualizar un mapa en la pantalla del ordenador a una escala mayor que la del documento original es muy fácil (por ejemplo, visualizar a escala 1:500 un documento realizado a escala 1:1.000) pero cartográficamente es un error realizar esa ampliación. Puede compararse aquí el mapa con una grabación musical en un disco (fig. 8). Si disponemos de una grabación mala de una determinada música, y si disponemos además de un equipo musical de alta calidad, la reproducción musical no puede en ningún caso mejorar la grabación inicial.

En el caso de la cartografía sucederá lo mismo. Si disponemos un mapa original de escala (calidad) 1:5.000, a través del SIG podemos producir documentos a escala 1:500. No obstante, el SIG no puede mejorar la calidad del plano original, por lo que el documento final será muy malo para la escala a la que se dibujó (1:500).

El aumento de escala es tan sólo algo realizable, sin implicar mejoras en la posición real de los puntos que definan los elementos geográficos.

Algunos Sistemas incluyen módulos que calculan las libretas topográficas y crean las nubes de puntos sobre la pantalla (entrada directa a partir de datos topográficos).

Todo Sistema deberá incluir la posibilidad de «creación de elementos» a partir de entidades geográficas, dándoles además su correspondiente estructura topológica dentro de la Base de Datos.

En la figura 9 se describen las posibilidades mínimas de gestión del SIG.

Un Sistema deberá poseer unos «parámetros» que controlen la propia ejecución del programa. Estos parámetros deben estar adaptados a las normas cartográficas del lugar en el que se instalará (por ejemplo, en Europa debe poder trabajarse con el Sistema Métrico Decimal y con origen de ángulos en el Norte).

Debe ser realizable mediante estos parámetros «proteger» la información para evitar modificaciones no deseadas en los datos básicos y limitar el acceso a determinadas informaciones a personas no autorizadas.

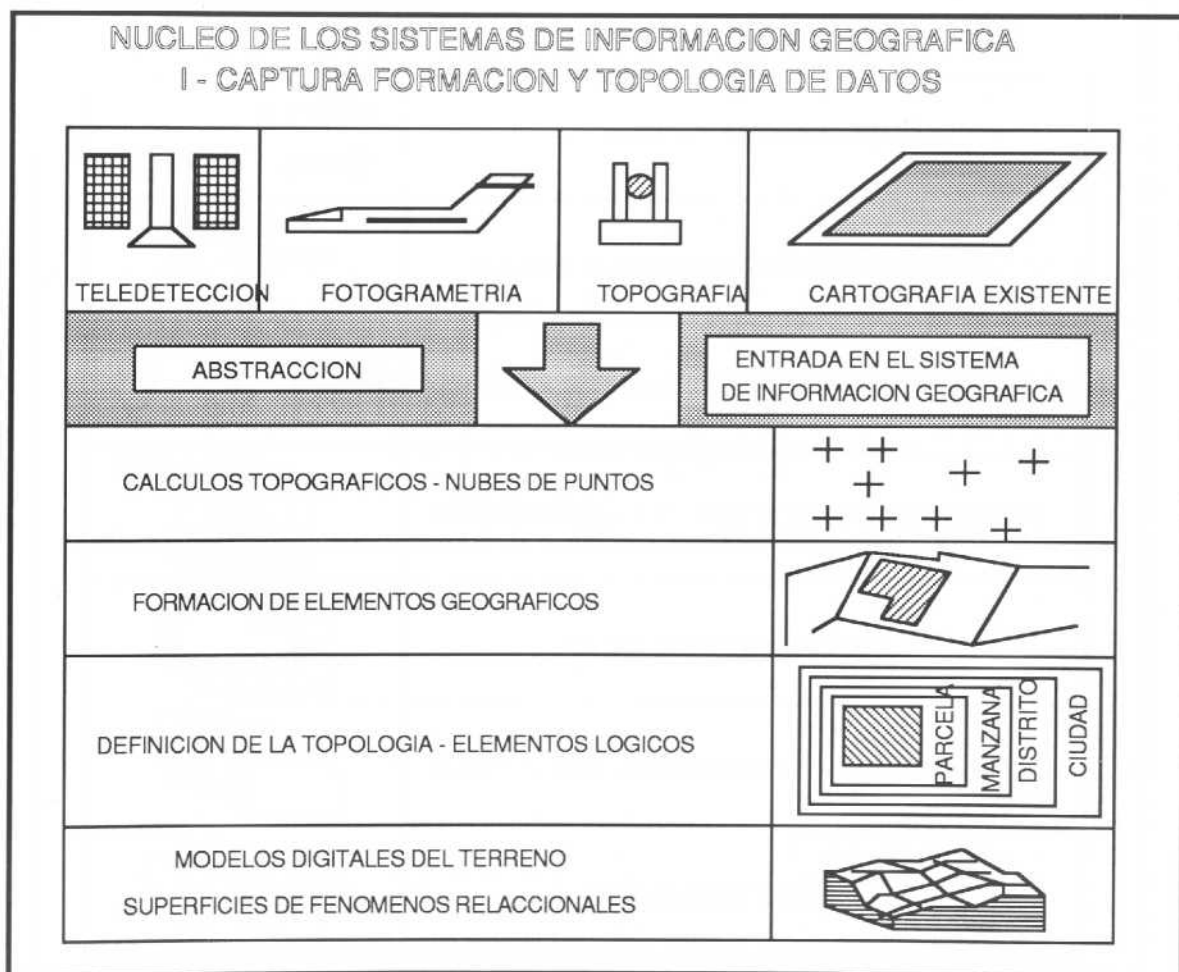


FIGURA 7

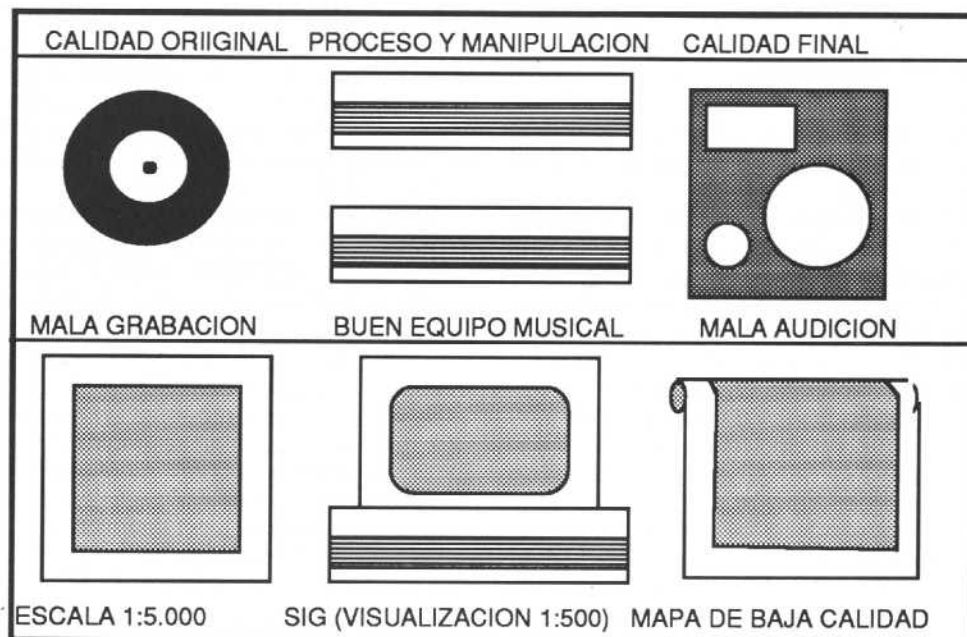


FIGURA 8

NUCLEO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION GEOGRAFICA

II - COMUNICACION CON EL USUARIO - GESTION GEOGRAFICA

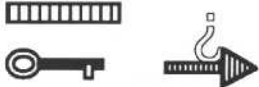
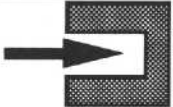
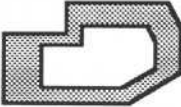
PARAMETROS DEL SISTEMA	
UTILIDADES DE ENTRADA DE INFORMACION	
POSIBILIDADES DE COMUNICACION CON EL USUARIO	
PROCEDIMIENTOS (LENGUAJE DE PROGRAMACION)	
BUSQUEDAS GEOMETRICAS	
BUSQUEDAS ALFANUMERICAS - SELECCIONES	
BUSQUEDAS TOPOLOGICAS	

FIGURA 9

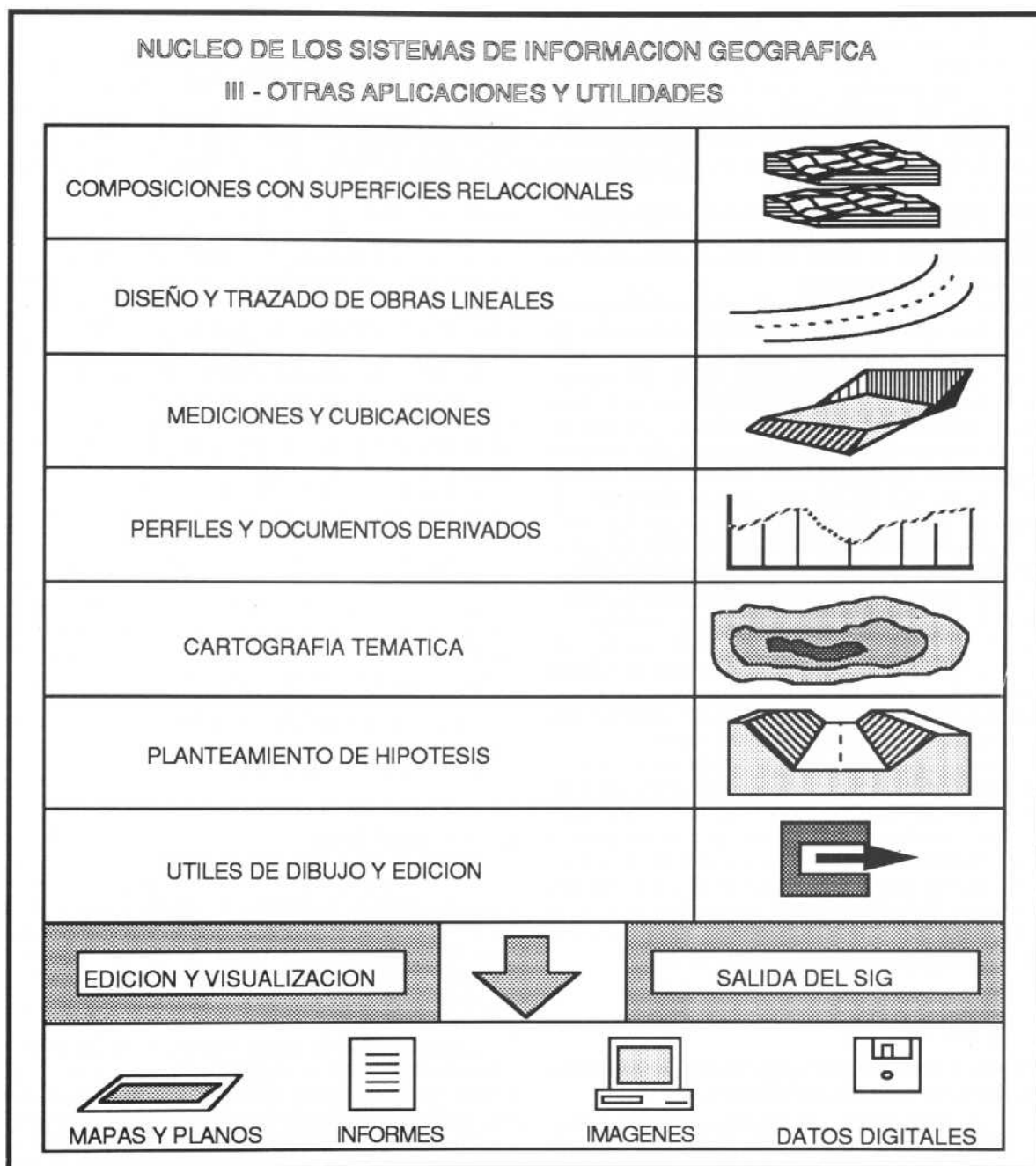


FIGURA 10

Las posibilidades de comunicación del usuario se refieren a la facilidad de diálogo hombre-máquina (en ambos sentidos) tan necesaria en la explotación del Sistema. Esta comunicación se suele realizar mediante menús de pantalla, tableta o incluso teclado. Aspectos tan importantes como el «idioma» en el que se produce el diálogo se olvidan con frecuencia y limitan de alguna forma el número de personas que pueden acceder al Sistema. Un idioma distinto al del usuario directo «retrasa» el aprendizaje y ralentiza el propio proceso.

Los Sistemas se instalan en lugares en los que cada vez con más frecuencia se encuentran personas con conocimientos informáticos. El disponer de un lenguaje de programación propio del SIG les permite realizar aplicaciones no contempladas o no consideradas interesantes para el fabricante y por tanto «personalizar» el Sistema de forma que se adapte mejor a las propias necesidades del lugar en el que se encuentre. Es, pues, una herramienta de gran utilidad.

La Gestión Geográfica se realiza a partir de las denominadas búsquedas o selecciones. Se

trata de confeccionar una cartografía temática bastante especial y poderosa. El Sistema producirá documentos que serán la respuesta a preguntas relacionadas con distancias, cotas, temperaturas, etc. (búsquedas geográficas); producirá mapas con condiciones topológicas o de relación entre superficies (búsquedas complejas), etcétera.

Las consultas serán con condiciones geométricas (sobre la Base de Datos gráfica), alfanuméricas (sobre la Base de Datos alfanumérica) o mixtas (sobre ambas).

Pero si hemos mencionado al principio que el SIG había revolucionado el propio concepto de mapa no podemos detenernos en un simple análisis geográfico. Otros trabajos como el trazado de carreteras o la realización de obras de todo tipo, puede beneficiarse también de estas posibilidades de manipulación de cartografía. En la figura 10 podemos observar otras aplicaciones adicionales de los SIG, en las que aprovechando la potencia de gestión del Sistema se proyectan hipótesis que afectan a fenómenos geo-referenciados.

Estas utilidades, no siempre presentes en los SIG, son bastante importantes para algunos usuarios. Tal es el caso de municipios de tamaño medio, en los que además de las necesidades de Gestión Geográfica, existen otros que afectan a servicios técnicos tales como trazado de viales, cubicaciones, estudios de coste de movimientos de tierra, etc. Utilidades posibles de realizar con otros programas específicos, pero también con aprendizajes y técnicas para cada tema en concreto, lo que supone una mayor complejidad.

Parece lógico que ya que se posee un plano o mapa absolutamente digital y estructurado y de un programa capaz de gestionar esa información se estudie la posibilidad de realizar los proyectos e hipótesis sobre ese documento, tal y como se viene haciendo sobre los planos en papel.

5. APRENDIZAJE

Pueden considerarse, de cara al aprendizaje, dos tipos de usuarios fundamentales:

- Los dedicados a la explotación del sistema.
- Los dedicados a la ampliación, conservación y complementación o mantenimiento del sistema.

Para los primeros bastará con que conozcan la utilización del diálogo con el ordenador mediante los menús que se posean. Por ejemplo, si el SIG está instalado en una estación de bomberos, policía o servicios de redes, no será preciso disponer de personal muy especializado, sino tan sólo de operarios capaces de realizar una gestión sencilla totalmente orientada a los servicios mencionados. Otros usuarios algo más especializados serán aquéllos que trabajen en temas concretos más relacionados directamente con la cartografía (geógrafos, ingenieros, geólogos, urbanistas, etc.) que emplearán el Sistema para gestiones diversas, pero que no tienen por qué ser especialistas en el propio SIG, basta con que sepan manejarlo.

Sobre los segundos recae un trabajo fundamental para el correcto funcionamiento del Sistema. Sus conocimientos deben abarcar desde la Cartografía hasta la Informática. Su labor consistirá en la creación de estructuras topológicas de las entidades, la creación de menús para los diferentes usuarios, la confección de programas que resuelvan aplicaciones concretas en el lenguaje del SIG, la conservación del documento base o mapa y de los datos alfanuméricos asociados, la renovación de partes del mencionado documento, etcétera.

Algunos organismos, ante la complejidad de encontrar técnicos con esos conocimientos específicos, optan por contratar a equipos de profesionales (por ejemplo, Ingenieros Técnicos en Topografía e Ingenieros Informáticos). En todo caso tanto unos como otros deben especializarse dentro del propio Sistema que se posea si se desea obtener unos resultados óptimos.

El soporte técnico que aportan las empresas de Informática en la preparación de los especialistas y las posteriores consultas y manutención del programa es también un aspecto fundamental en la consideración de si un SIG es o no adecuado. En los primeros momentos de «puesta en marcha» es imprescindible disponer de una línea directa para consultas con los distribuidores.

No es posible en este artículo adentrarse mucho más en cómo debería ser la enseñanza, ya que ésta dependerá de muy diversos factores, tales como lugar en el que se instala, objetivos, tipos de SIG, personal, etcétera.

6. CONCLUSION

Los SIG ante la Sociedad son en este momento bastante desconocidos, incluyendo a muchos de los técnicos implicados en la Gestión Geográfica. Una adecuada divulgación de los Sistemas puede evitar «frustraciones» frecuentes tras la implantación de los mismos en empresas u organismos diversos.

La enseñanza de estos Sistemas y la preparación de los técnicos capaces de explotarlos de forma óptima implica tanto a las propias empresas comercializadoras como a las universidades.

Los diferentes grados de conocimiento de los SIG implican un gran número de técnicos con especialidades muy diversas, las aplicaciones y su utilidad dependerán de forma directa de su grado de preparación.

En la Escuela Universitaria de Ingenieros Técnicos en Topografía, perteneciente a la Universidad del País Vasco, hemos incluido asignaturas como Introducción a la Informática o Cartomática, con objeto de que los alumnos se familiaricen con el trabajo con mapas digitales y Sistemas de Información Geográfica. Estamos seguros de que un buen número de carreras universitarias incluirán asignaturas relacionadas con esta nueva visión de la cartografía.

Los SIG sustituyen con ventajas a los antiguos planeros, el reto actual consiste en no quedarse en el mero cambio de papel por el monitor del ordenador y extraer de ellos la totalidad de sus posibilidades.

NOTICIAS BIBLIOGRAFICAS



ANUARIO EL PAIS 1991.
EDICIONES EL PAIS
Madrid 1991, 28 x 20 cm, 464 págs.

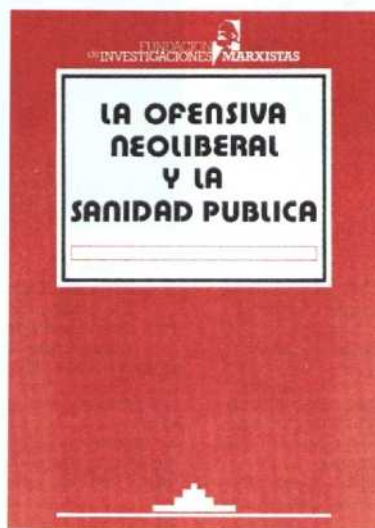
Se cumplen con este número diez años de la aparición del primer ANUARIO EL PAIS en 1982, con lo que esta publicación entra ya en la categoría de «clásicos» al sumar a la información que ofrece (500 páginas con los hechos fundamentales del año, apoyados con estadísticas, cronología, documentación y opiniones), su propia historia como valor añadido que nos permite rastrear, comparar y comprobar datos y acontecimientos en este decenio repleto de cambios.

A esta tenacidad editorial que ha conseguido hacer del ANUARIO un elemento de consulta imprescindible en nuestra mesa de trabajo, hay que añadirle la alta calidad de su cuidado diseño, que además de convertirlo en un «objetivo atractivo», facilita la lectura y consulta de listados no siempre fáciles de sintetizar en su presentación.

Este último ANUARIO se divide en catorce capítulos: Internacional - CEE- Nacional 1992: Sevilla. Madrid. Barcelona - Sociedad Arte - Ocio - Motor - Deportes - Economía Gente - Horóscopo - Cronología y Agenda, siendo algunos de estos capítulos excesivamente largos y notándose en cambio falta de información más sólida en otras como en el caso de las Migraciones o la Demografía, o en el apartado de Religión, donde se encuentra únicamente información sobre la Iglesia Católica. Por otra parte, se echan de menos secciones dedicadas a temas tan importantes hoy en nuestro país como la Universidad, el desarrollo del mercado informativo o la transformación de los partidos políticos.

Desde aquí nuestra felicitación a los editores de estas 500 apretadas páginas de datos y opiniones.

C. G.



LA OFENSIVA NEOLIBERAL Y LA SANIDAD PUBLICA
Varios autores
Ed. FIM. Madrid 1991, 20 x 14 cm,
183 págs.

Reúne este libro las comunicaciones presentadas al seminario que con el mismo nombre se celebró en Madrid en 1989. Se agrupan en él las presentaciones de los distintos ponentes agrupadas en tres apartados: El proceso Salud-Enfermedad y la organización socioeconómica. Las políticas de salud en el estado de la crisis y Los servicios sociales en el capitalismo avanzado.

Resulta difícil resumir o sintetizar un texto tan denso de ideas, pero resaltaremos algunas de las intervenciones a nuestro juicio más interesantes, como la de Giovanni Berlinguer, Catedrático de Higiene del Trabajo de la Universidad de Roma, que con el título «Salud y desigualdades» abre la polémica sobre aspectos como la cantidad y calidad de vida, la falta de trabajo como causa de enfermedad, la percepción subjetiva de la enfermedad o la percepción del propio cuerpo, analizados todos ellos a través del condicionante diferenciador de la clase social.

De forma genérica, se habla de políticas neoliberales en salud para referirse al conjunto de medidas tomadas a partir de los años setenta en el campo de la salud, en los países industrializados capitalistas, como consecuencia de aplicar fórmulas económicas de contención del gasto público y congelación salarial para solucionar la eufemísticamente llamada «crisis fiscal del Estado». A partir de este planteamiento, Pedro Marsel, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Murcia, expone la evolución de las políticas de la salud en Europa y en Estados Unidos, tomando como punto diferen-

ciador la historia social y política, y el desarrollo de las luchas de clases en cada una de estas áreas a lo largo de los siglos XIX y XX. Expone posteriormente las actuales políticas neoliberales en salud en sus tres principales dimensiones: económica, sanitaria y sociocultural. En este proceso, concluye el autor, un sistema sanitario ha de estar centrado en una comprensión global del concepto de salud, tomando en consideración no solamente su determinación social, sino fundamentalmente concebirlo como instrumento de la población para con su consciente y organizada actuación, poder modificar todas las condiciones que afectan a la salud.

«La problemática de las transformaciones sanitarias en las comunidades autónomas del 143, y el cambio de modelo del sistema sanitario» es abordado por Pedro Sabando, afrontando especialmente el caso de la Comunidad de Madrid al dejar abierta la cuestión de la conveniencia o no de ampliar las competencias en estas materias frente al reto de crear efectivamente un Sistema Nacional de Salud. «Sistemas de protección social, reflexiones y propuestas» es el título de la última ponencia presentada por José María Fidalgo, que tras el análisis del Welfare State enlaza con el proceso sindical actual y sus planteamientos en relación a la salud con interesantes comparaciones entre países.

Podríamos extendernos sobre cualquier de las otras diez intervenciones recogidas en este texto, pero dejamos al lector para que llegue a sus propias conclusiones ante estas páginas densas de ideas e interpretaciones, sin duda polémicas.

C. G.



CASA Y ALDEA EN CANTABRIA

Eduardo Ruiz de la Riva

Ed. Librería Estudio
Universidad de Cantabria
Colegio de Arquitectos
Santander 1991, 554 págs.

Este trabajo ha tenido por objeto el análisis e interpretación de la forma de los asentamientos, los tipos de casa y las relaciones entre forma urbana y edificación.

El conocimiento de lo referente a la arquitectura de la casa y de los asentamientos en estos territorios, era para el autor una asignatura pendiente que ha sido necesario aprender en gran medida de forma autodidacta, ya que en los programas docentes el tema se trataba de manera folklórica y como asunto marginal o parcial. La práctica profesional posterior puso de relieve la escasa formación e información disponible, pero necesaria, sin embargo, para responder a las demandas que en el campo urbano o arquitectónico se iban a producir.

El contenido se centra principalmente en los capítulos IV y V, sobre los asentamientos y la edificación, que constituyen el cuerpo central de la tesis. Antes, los capítulos I, II y III, referidos al territorio, los antecedentes históricos y los procesos territoriales, tienen carácter introductorio y se acompañan como marco histórico y territorial, complementario del tema de la casa y la aldea. Estos capítulos —I, II y III— no han sido objeto de una investigación específica, salvo algunos apartados de los procesos territoriales, como la desaparición de asentamientos, las relaciones entre red viaria y asentamientos, o el análisis de los procesos y traslado de población, que ha supuesto un vaciado exhaustivo de los censos. En los apéndices se adjuntan los resultados del estudio de la población y el resto de cuadros-resumen que cuantifican las mediciones y los inventarios sobre el patrimonio construido.

El *Objetivo principal* ha sido realizar una investigación aplicada que permita contribuir al conocimiento de las características de las casas y de los asentamientos en estos valles, analizando y sistematizando con cierto rigor

sus orígenes, los motivos de su aparición y localización, su lógica de formación, la evolución histórica y las transformaciones habidas hasta el momento presente, así como sus morfologías actuales. Investigación realizada tanto a través del análisis de archivos y de las fuentes bibliográficas, como, y sobre todo, del trabajo de campo y el análisis gráfico por medio del dibujo. Todo ello como marco previo de conocimiento desde el cual definir métodos y criterios para la intervención arquitectónica-urbanística —Proyectos, Normas o Planes—, y para su utilización académica en la docencia y la investigación.

Se trata también de profundizar en el conocimiento de la forma en que se ha construido el territorio eminentemente rural, de conocer su identidad, para que pueda ser considerada como parte de la estructura territorial regional. Su cultura no puede explicarse sólo desde «lo rural», y mucho menos desde las categorías de «lo popular» o «lo montañés». Su cultura y su historia es, afortunadamente, más compleja y más amplia de lo que algunas posiciones han pretendido o pretenden aún hacernos creer. El rebrote de «lo regional» en la actualidad aporta nuevo interés al estudio de cómo surge la casa montañesa y a la valoración de estos hechos —la casa y la arquitectura regionalista— desde la perspectiva actual.

Los *objetivos concretos* del estudio quedan reflejados de forma casi literal en el índice y pueden estructurarse en tres apartados articulados entre sí: La casa y sus formas de agrupación, los asentamientos rurales-urbanos y el sistema territorial.

A la escala territorial, de *valle*, se analizan los factores de aparición o abandono de asentamientos, los motivos que inducen el tipo de localización y los procesos y transformaciones en la estructura territorial —del monte al valle y del valle a la costa—, así

como los procesos actuales de dispersión y concentración.

En el análisis de los *núcleos urbanos* —Barrio, Aldea y Villa— se estudia la morfología de los tipos básicos de asentamientos, su origen y la evolución histórica, así como los procesos contemporáneos que están dando lugar a la desaparición de las permanencias excepcionales del modelo tradicional.

En el ámbito de la *casa* se definen las tipologías tradicionales más representativas, los procesos y las transformaciones históricas de los tipos básicos, en relación a su vez con los cambios de vida operados en el medio, los ciclos culturales y las influencias de los modelos exógenos en la conformación de los tipos locales, las relaciones entre morfología y tipología, las formas de agrupación de las casas, las técnicas constructivas, las características estilísticas y compositivas más relevantes, etc. Se ha pretendido también conocer los bordes territoriales donde cambian los tipos básicos, así como las transiciones que en cada caso puedan existir.

Se ha preferido trabajar en estos tres niveles e indagar en sus relaciones antes que profundizar en cualquiera de ellos. Se pretende comprobar así el comportamiento del método a seguir, para a la vista de los resultados obtenidos, decidir sobre su validez o la conveniencia de modificarlo en futuras investigaciones.

Finalmente, resaltar que un objetivo esencial ha sido elaborar y aportar una *documentación gráfica* que pueda ser útil para investigaciones de otros campos —ciencias— del conocimiento —geógrafos, historiadores, etc.—. Se utiliza por ello un lenguaje gráfico y escrito de uso común, de forma que tanto el texto como los dibujos sean asequibles, lo que facilitará a su vez una mayor divulgación y utilización del material.



ARQUITECTURA PARA LA SALUD EN NAVARRA

Gobierno Navarro. Departamento de Salud Pamplona 1991, 172 págs.

La introducción del Centro de Salud como pieza de base en la organización de la asistencia sanitaria, entre el ciudadano y el hospital, ha dado lugar en nuestro país a diversos ejercicios de tipología y de estilo entre lo mediterráneo y lo nórdico, entre lo folklórico y la línea dura. La formación reciente de los centros de Navarra da lugar a esta reflexión, construida sobre los distintos proyectos, y limitada al conjunto más homogéneo de los Centros de Salud en beneficio de una disciplina que acepta mal la mezcla con los proyectos de construcción o reforma de hospitales realizados simultáneamente.

Con esta reflexión sobre «Salud y Arquitectura» planteada por el profesor de la ET-SAM, Justo F. Isasi, se abre este texto o, mejor dicho, este sorprendente álbum de imágenes del fotógrafo Koldo Chamorro sobre la nueva arquitectura hospitalaria de Navarra realizada por la cuidada edición de Fernando Tabuenca y el diseño gráfico de Fernando Pagola.

La comprensión de la obra hospitalaria en Navarra en estos últimos diez años ha de ser entendida en relación con los cambios de la propia estructura de la administración de la salud: Implantación de nuevos servicios de atención primaria, Evolución de la atención psiquiátrica y Transformación del sistema hospitalario como consecuencia de la creciente tecnificación de la medicina y a la vez del acercamiento de la administración de la salud al ciudadano a través de los hospitales comarcales.

La obra, se estructura en dos partes diferenciadas: Una primera, dedicada a la Atención primaria, y una segunda sobre la Atención hospitalaria, cerrándose el texto con una relación general de las obras y proyectos realizadas en este decenio.

C. G.



EURE N.º 48, Revista Latinoamericana de Estudios Urbanos Regionales, IEUFABA, Universidad Católica de Chile, Casilla 16002, Correo núm. 9.

Santiago de Chile, junio de 1990, 104 págs. Presentación. Proyecto Región Capital de Chile. Territorios de Exportación. Una Estrategia Democrática de Renovación Urbana. Santiago de Chile: Ideología y Modelos Urbanos. Coloquios sobre temas de actualidad.

Sucesor del antiguo Centro Interdisciplinario de Desarrollo Urbano (CIDU), el Instituto de Estudios Urbanos (IEU) desarrolla actividades académicas de tercer ciclo e investigaciones en el campo del urbanismo, del territorio y del medioambiente. Editado por el IEU, el presente número de EURE reúne los resultados de recientes investigaciones sobre las principales problemáticas que, en tales materias, registra este país del cono sur iberoamericano: ausencia de un equilibrado sistema urbano-regional en las zonas centrales; repercusiones territoriales de las actividades agroexportadoras; renovación urbana; planificación y vivienda social.

La redimensión de la estructura administrativa/funcional, reseñada en el artículo Proyecto Región Capital, se plantea como una estrategia para promover la desconcentración de Santiago de Chile y el desarrollo equilibrado de la macrorregión central del país. Desde siempre, las políticas públicas, de aplicación discontinua y descoordinada, han primado las consideraciones económicas del territorio y el interés de los grupos empresariales, dejando aparcados objetivos ambientales y otros.

El modelo productivo agroexportador, gestionado en el último tiempo en varios países de la región, desencadena impactos territoriales que repercuten en la desaceleración del crecimiento de las áreas metropolitanas, en los reequilibrios del PIB regional, etc. Si bien estos impactos podrían considerarse factores positivos, el retorno de divisas y las inversiones públicas continúan localizándose en los grandes centros urbanos, en desmedro de las regiones productoras.

A pesar de que los procesos de realojamiento de los sectores poblacionales de menores recursos e inmigrantes se desarrollan en las áreas periurbanas, un número nada despreciable continúa estableciéndose en los cascos antiguos de la ciudad por las facilidades sociales y económicas que brindan. El artículo sobre renovación urbana residencial propone una serie de acciones encaminadas a retener población tradicional en dichos sectores.



GOBERNAR LA COMUNA, Manual de Gestión Municipal.

M. C. Araos, et al., Centro de Estudios Municipales Cordillera, Mirador Azul 475, La Florida, Santiago de Chile, 1991, 342 págs.

Vol. 1.—Municipio: Democracia y Eficiencia; Vol. 2.—Actores Comunales y Gestión Participativa; Vol. 3.—Comuna y Desarrollo; y Vol. 4.—Acción Política Comunal.

La creación del Centro de Estudios Municipales Cordillera está motivada por la creciente importancia que adquieren las administraciones locales en la restauración del proceso político democrático chileno. Centrándose su atención en la periferia sur de la ciudad de Santiago, a lo largo de su breve existencia (1986), Cordillera dirige sus actividades a la capacitación de dirigentes municipales y al reforzamiento del municipio como agente de desarrollo social y económico.

Fruto de estas actividades, la presente publicación reúne el material de estudio utilizado en estos cursos de capacitación. La experiencia acumulada a lo largo de algo más de tres lustros de gobierno militar, el carácter dependiente y periférico que asume la administración municipal y la escasa participación vecinal en los procesos locales, entregan datos para proponer un nuevo modelo de gobierno a partir del rediseño de la arquitectura básica del Estado. El actual proceso de reformas que experimenta el país, incorpora nuevos elementos positivos para promover el efectivo gobierno de la ciudad y del territorio comunal.

A diferencia de otras publicaciones en la materia, este manual de Cordillera entrega informaciones sobre el ejercicio urbanístico municipal posible. Para promover la participación de los movimientos vecinales en la resolución de las demandas sociales y las problemáticas que registran las ciudades, es menester crear una «conciencia urbanística» mediante la difusión de los contenidos de las competencias, de las normativas y de los instrumentos de planificación urbana. Aunque no sea un objetivo de esta publicación, es necesario dejar presente que las limitaciones reglamentarias y operativas que observa la técnica urbanística chilena, mediatizarán la participación de los habitantes en los procesos de gobierno y de construcción de la ciudad.

J. F.

CONTENIDO

PRIMAVERA 2/1991

NUMERO 89

EDITORIAL

Carmen Gavira

CIUDAD, SALUD Y PARTICIPACION

Elvira Ramos García, Antonio Sánchez Moreno
y Pedro Marset Campos

LA SALUD Y LA CIUDAD

John Ashton

LA NUEVA SALUD PUBLICA EN ESPAÑA

Carlos Alvarez-Dardet y Concha Colomer

BARCELONA: EL PROYECTO DE «CIUDADES
SALUDABLES». UN MARCO PARA LOS SISTEMAS
LOCALES DE SALUD

Eduardo Spagnolo y Jaime Costa

TRES AÑOS DE EXPERIENCIA CON «CIUDADES
SANAS» EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Carlos Alvarez-Dardet y Concha Colomer

SITUACION DE SALUD EN PERU. LA EPIDEMIA DE
COLERA

David Tejada de Rivera

ZONIFICACION SANITARIA
Y MAPA DE SALUD

Encarnación Aracil Rodríguez

BALNEARIO-CIUDAD DE LAS AGUAS.
SU PRESENCIA EN ESPAÑA

María A. Leboreiro Amaro

MAPA DE BALNEARIOS DE ESPAÑA

Santos Madrazo

REFORMA SOCIAL, SERVICIOS ASISTENCIALES E
HIGIENISMO EN LA BARCELONA DE FINES DEL
SIGLO XIX (1876-1900)

Horacio Capel y Mercedes Tatjer

PAISAJE URBANO, CIUDAD LINEAL Y MASONERIA

Antonio Bonet Correa

NECESIDADES ACTUALES DE DIVULGACION Y
ENSEÑANZA DE LOS SISTEMA DE INFORMACION
CARTOGRAFICA (SIG)

Miguel Calvo Melero

NOTICIAS BIBLIOGRAFICAS

CIUDAD Y TERRITORIO

MAP

Ministerio
para las
Administraciones
Públicas

Instituto Nacional de Administración Pública