

El proyecto Healthy Cities en España

Jaime Costa i Galobart
Concha Colomer Revuelta

El proyecto Ciudades Saludables es la aplicación a nivel local de la estrategia < Salud para todos para el año 2000>. Actualmente, además de una Red Europea de 25 ciudades, coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen redes nacionales y locales de Ciudades Saludable en muchos países de Europa, entre ellos España. Así, más que un proyecto es ya un movimiento y un proceso que, a través de la participación comunitaria y la cooperación intersectorial, convierten en actividades concretas, <modelos de una buena práctica>, la filosofía de la Nueva Salud Pública. El desarrollo de planes, estrategias e indicadores es un elemento **fundamental** de este proceso. El apoyo político, económico y de las instituciones académicas en temas de docencia en investigación se considera pre-requisito para el éxito del movimiento Ciudades Saludables.

LA NUEVA SALUD PUBLICA. ¿UTOPIA O ALTERNATIVA?

En los últimos 15 años estamos asistiendo, a nivel mundial, a un nuevo planteamiento de la Salud Pública. Tras la importante evolución acontecida en los siglos XIX y XX se llegó, a principios de los años setenta, al cuestionamiento de la medicina científica, base de la llamada <era terapéutica>, vigente hasta entonces.

En aquel momento, se produjo la difusión de la hipótesis de McKeown, la cual planteaba que la mejora en el estado de salud producido en Inglaterra y Gales desde el siglo XVIII se debía más a factores ambientales (tales como la nutrición y la higiene) y a modificaciones en las conductas (como la disminución de la natalidad) que al desarrollo de la medicina científica. Por otro lado, Ivan Illich publicó su crítica a la práctica médica científica, defendiendo que las actividades de la profesión médica no sólo no eran una solución a los problemas de salud, sino que eran más bien una parte integrante de los mismos.

Tales planteamientos se vieron reforzados en algunos países por los movimientos feministas y de medicinas alternativas, que reclamaban el derecho al control de su propia salud.

Estas voces críticas coincidían con una situación real en los costes de la asistencia sanitaria, tras la escalada de los mismos, derivada de las innovaciones tecnológicas y demanda asistencial sin límite aparente, justificado estu por el escaso efecto de ese tipo de asistencia en el nuevo patrón de enfermedades en cambios demográficos tales como el predominio de las enfermedades crónicas degenerativas y una población envejecida. En este ambiente de desilusión y crisis, se publicó en 1974 « Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses ». Este informe de Marc Lalonde, entonces Ministro de Salud de Canadá,

estableció las bases de la llamada Nueva Salud Pública.

La Nueva Salud Pública pone énfasis, especialmente en Europa, en las actividades sobre el ambiente y reconoce la importancia de los aspectos sociales en los problemas de salud causados por los estilos de vida. Así, se intenta evitar caer en la trampa de culpabilizar a la víctima de su propia salud. Muchos de los problemas actuales de la salud son vistos como sociales, no como individuales, y se destaca la importancia que tienen los temas de política local y nacional.

Además, se entiende que el ambiente no es sólo físico sino también psicológico y social, y que tendrá que tener en cuenta todos los aspectos que están en relación con ellos.

En el nuevo planteamiento, es fundamental abordar los problemas desde « políticas de salud », apoyadas en las denominadas « estrategias de promoción de la salud », definidas en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en 1987 en Ottawa.

- Desarrollar una política favorable a la salud.
- Crear entornos que contribuyan a la salud.
- Reforzar la acción comunitaria.
- . Desarrollar las habilidades personales.
- Reorientar los servicios sanitarios y de salud pública.

Desde 1974, muchos países han publicado documentos orientados a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. En este contexto de interés creciente por la Nueva Salud Pública para atajar los problemas de Salud del siglo XX, la OMS elaboró y presentó la estrategia de « Salud para todos en el año 2000» (SPT), que fue aceptada como política general en la 34.ª Asamblea Mundial de la Salud.

Los 38 Objetivos Europeos de SPT, incluyen aspectos técnicos y políticos, y suponen un compromiso de los 32 estados miembros de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud con cinco grandes ideas-fuerza:

- La equidad como característica esencial de la Salud para Todos.
 - El énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como mediadoras del concepto positivo de la salud.
 - La necesidad de la cooperación intersectorial y la participación comunitaria para asegurarlos pre-requisitos para la salud, promover políticas saludables y reducir los riesgos ambientales.

- La atención primaria de salud, accesible y aceptable, como centro del sistema de atención de salud.
- La cooperación internacional como respuesta a los problemas de salud que trascienden las fronteras nacionales.

Llegados a este punto, la pregunta fundamental es que si realmente la Nueva Salud Pública, la Promoción de la Salud y la estrategia de Salud para Todos tienen algún viso de realidad, alguna posibilidad de ser llevadas a la práctica, o bien si se trata solamente de una utopía, tal y como se ha achacado desde algunos sectores.

Sin perder de vista las dificultades que supone el desarrollo de los principios en que se basan, vamos a presentar aquí algunos de los argumentos que existen en la actualidad para apoyar nuestro convencimiento de que se trata de una alternativa real para el abordaje de los problemas de salud del presente y del futuro.

El proyecto «**HEALTHY CITIES**» es el mejor ejemplo de las posibilidades de desarrollo de la Nueva Salud Pública. Además, el Proyecto Ciudades Saludables (o Sanas, según algunas traducciones) reúne características propias dentro del amplio movimiento de la Nueva Salud Pública y de la promoción de la salud. Entre ellas, quizás la más significativa es su marco de actuación: la ciudad. Los municipios son los niveles administrativos más cercanos a los ciudadanos y así facilitan el convertir en actividades concretas y visibles los grandes objetivos continentales, nacionales o regionales. Gráficamente, se ha dicho que con el Proyecto Ciudades Saludables la promoción de la salud salía de las estanterías a las calles de las ciudades europeas. Pero el marco de la ciudad contiene otros elementos que lo convierten en algo especialmente atractivo. Algunos autores han señalado que los ayuntamientos son el sector que responden con más flexibilidad a los retos de una administración moderna, pues al estar más cerca de los ciudadanos que otras administraciones, su actividad es más fácilmente controlada por los mismos ciudadanos.

Este proyecto, que en dos años ha logrado implicar a políticos, profesionales y ciudadanos de cientos de ciudades de todo el mundo es, como veremos a continuación, el ejemplo palpable de cómo la Promoción de la Salud se puede convertir en una meta de las comunidades, en un «movimiento popular».

EL PROYECTO CIUDADES SALUDABLES

ORIGEN Y ELEMENTOS DEL PROYECTO: RED EUROPEA

La idea surgió de unas jornadas celebradas en Toronto en 1984, denominadas «Más allá de la asistencia sanitaria. jornadas de trabajo sobre políticas saludables». En esta reunión, organizada por el Ayuntamiento de Toronto y el Consejo de Salud de la ciudad, se planteó la

importancia de las políticas de salud urbana, y la necesidad de estrategias intersectoriales y participativas para que dichas políticas fueran efectivas. Las jornadas fueron seguidas por el taller de trabajo « Toronto Saludable 2000», en el que se exploró la construcción de un Toronto más sano. Este taller inspiró a OMS Europa el Proyecto Ciudades Saludables actualmente existente en el viejo continente.

El proyecto europeo es una iniciativa conjunta de las secciones de Promoción de la Salud y Salud Ambiental de la OMS. El lanzamiento del mismo se realizó en un simposium celebrado en Lisboa en 1986, en el que participaron representantes de 21 ciudades. En esta reunión se alcanzó un consenso sobre la necesidad de trascender los márgenes de la asistencia sanitaria al diseñar las políticas locales de salud, así como sobre la importancia de desarrollar estrategias e indicadores para una acción intersectorial y participativa. Siguió al simposium otras reuniones, ya de carácter más específico, y, antes de finalizar 1986, la OMS seleccionó a 11 ciudades que constituyeron el primer núcleo de la Red Europea de Ciudades Saludables, estableciéndose dos centros de apoyo, uno en la Universidad de Liverpool y otro en la Escuela Nórdica de Salud Pública, en Gothenburg. Esta Red se amplió a principios de 1988 hasta 25 ciudades (figura 1) y está prevista una nueva ampliación para 1989. Al mismo tiempo, se han desarrollado varias redes nacionales de Ciudades Saludables, tanto en Europa como fuera de Europa, concretamente en Canadá y en Australia.

Las ciudades europeas designadas por la OMS como miembros de la Red lo han sido en función de varios criterios:

Su compromiso con los principios y objetivos de la estrategia europea de Salud para Todos.

Su compromiso político, al más alto nivel, para desarrollar y ejecutar una estrategia en la filosofía de Ciudades Saludables

Su capacidad para asegurarse los recursos necesarios para desarrollar esta estrategia.

Su resolución en participar activamente en el intercambio de experiencias dentro de la Red Europea.

Su capacidad para apoyar el desarrollo de una red nacional de Ciudades Saludables.

Los coordinadores de las ciudades de la Red Europea aprobaron un plan de acción de cinco años en Marzo de 1988, en Bremen. El plan de acción utiliza las estrategias de promoción de la salud de la Carta de Ottawa como ejes de trabajo anuales comunes para las ciudades de la Red Europea; así, el año 1988 estuvo (Dedicado al tema de las desigualdades y la salud; el año 1989 se dedicó a la acción comunitaria y el desarrollo de habilidades personales; el año 1991, a las políticas saludables para ciudades saludables.

Cada uno de estos ejes de trabajo anuales se analizará y debatirá en profundidad en el

simposium anual. El plan de cinco años también prevé dos reuniones anuales de los coordinadores de la Red Europea para la monitorización (Sndel Proyecto, la realización de reuniones monográficas para técnicos de las ciudades*, la distribución de un boletín, la organización de congresos, conjuntamente con otras instituciones, y la creación de un correo electrónico entre las ciudades participantes.

DE LA FILOSOFÍA A LA PRÁCTICA: ESTRATEGIAS HACIA UNA CIUDAD SALUDABLE

En la actualidad, el Proyecto Ciudades Saludables se encuentra en diversas etapas de desarrollo en las ciudades que constituyen la Red Europea y en otras que, sin formar parte de ella, han adoptado el proyecto. Esto nos permite identificar puntos comunes en las estrategias de estas ciudades, a pesar de su gran diversidad.

Una situación típica es la existencia en cada ciudad, antes del inicio del Proyecto, de un grupo de «entusiastas» del mismo, apoyados por alguna fuente de legitimación externa como la OMS, otra ciudad o una institución académica. Si este grupo quiere tener éxito en su empeño necesitará, como condición necesaria pero no suficiente, un apoyo político claro, que le permita disponer de recursos y de capacidad de toma de decisiones para hacer avanzar el Proyecto.

Inicialmente, el apoyo político suele reducirse a un departamento o a un área del municipio; posteriormente será preciso un esfuerzo de sensibilización de los otros departamentos mediante colaboraciones específicas, «intercambio de favores» y potenciación de su protagonismo, para superar las habituales reticencias a la acción interadministrativa que se producen en todas las burocracias. Al mismo tiempo, habrá que desarrollar una labor de sensibilización de la población, de las asociaciones comunitarias y de las otras administraciones. Este es un proceso largo y lento- un autor lo ha denominado de «tanteo con objetivos»- que requerirá habilidad, creatividad, flexibilidad y paciencia.

Las ciudades se han servido de una variedad de instrumentos para sensibilizar a sus ciudadanos respecto a la filosofía del Proyecto. Algunas, como Oxford, Sheffield o Toronto, han distribuido folletos, boletines e informes con objetivos específicos LI, salud para la ciudad, acompañados de cuestionarios para conocer la opinión de la población sobre las prioridades de salud para la ciudad. Otras, como Liverpool¹¹ han organizado ferias de salud y han construido «autobuses de la salud». Muchas han realizado reuniones con grupos y asociaciones comunitarias para presentarles una primera propuesta de objetivos de salud para la ciudad y pedirles su opinión. Especialmente interesantes, en esta línea, son los «contratos saludables» de la ciudad de Oxford. El municipio dispone de un fondo económico para subvencionar a aquellos grupos ciudadanos que realicen actividades congruentes con los 25 objetivos de salud de la ciudad; pero previamente las asociaciones realizan una planificación conjunta con el Comité de Salud de la Ciudad para decidir de qué modo sus actividades pueden suponer un avance hacia estos objetivos.

Capítulo aparte son los esfuerzos desarrollados por la administración local para coordinarse con otros niveles administrativos con competencias en temas de salud.

En Gran Bretaña- donde la asistencia sanitaria depende de las autoridades sanitarias locales, que forman parte del Servicio Nacional de Salud- a pesar de las frecuentes diferencias ideológicas con los ayuntamientos, se han establecido fructíferas formas de colaboración en varias ciudades. Esta colaboración varía desde la participación conjunta en iniciativas específicas y puntuales hasta la constitución de comisiones para una planificación estratégica coordinada de los programas de salud ciudadana. De forma similar a la relación entre diferentes departamentos municipales, éste no es un proceso exento de tensiones, por lo que habrá que avanzar lentamente y con sagacidad. Sin embargo, a medio plazo se ha demostrado beneficioso por ambas partes.

Una iniciativa utilizada por varias ciudades para dar visibilidad y concreción al Proyecto son los «modelos de buena práctica». Habitualmente a partir de la identificación de un problema de salud considerado prioritario por diferentes administraciones y grupos comunitarios, se constituye un grupo de trabajo conjunto con el objetivo de coordinar intervenciones dirigidas a la solución del problema. Se pretende así que la filosofía de intersectorialidad, participación ciudadana, lucha contra las desigualdades y potenciación de la prevención, se plasme en resultados apreciables a corto plazo. Actualmente, en varias ciudades europeas se está desarrollando un número significativo de «modelos de buena práctica» sobre una gran variedad de temas (ejercicio físico, SIDA, intoxicaciones, tabaquismo, nutrición, cardiopatía isquémica, información y participación de la comunidad, etc.), permitiendo que el Proyecto Ciudades Saludables pase de la teoría a la práctica. Algunos de estos «modelos de buena práctica» se han extendido rápidamente desde una ciudad a otras. Este es el caso del Kid's Place de Seattle donde a partir de unos cuestionarios contestados por los escolares sobre la visión de su ciudad, han surgido diversos grupos interesados en temas tan diversos como la salud mental, la asistencia socio sanitaria infantil y los jóvenes sin vivienda. Actualmente se están utilizando cuestionarios similares en otras ciudades entre ellas Barcelona y Alicante.

Este proceso va acompañado habitualmente de cambios organizativos, especialmente en el departamento iniciador del Proyecto, que suele ser el de Salud Pública o/y Medio Ambiente. Estos cambios van dirigidos a permitir una mejor capacidad de respuesta al trabajo intersectorial y comunitario, suelen incluir el trabajo en equipo, la descentralización, la mejora de la comunicación interna, el refuerzo de las capacidades técnicas de planificación e investigación, la adquisición de habilidades para la intervención comunitaria, etc. Así, en varias ciudades, se está produciendo, como beneficio añadido del programa, la renovación de los muchos veces tradicionales departamentos de salud pública municipales; observándose en ellos un cambio de «ética y espíritu de grupo».

Las nuevas técnicas de gestión participativas también son útiles en el desarrollo comunitario, habiéndose recomendado formar a los líderes ciudadanos en estas metodologías para obtener individuos capaces de conseguir que las cosas se hagan.

PLANES, OBJETIVOS E INDICADORES PARA UNA CIUDAD SALUDABLE

Todas las estrategias anteriores (la creación de un grupo inicial de «entusiastas», la consecución de apoyo político dentro y fuera del departamento de salud municipal, la coordinación con otras administraciones, la participación ciudadana, el desarrollo de «modelos de buena practica», la reestructuración organizativa del departamento de salud pública) suelen denominarse «puntos de entrada del proyecto» y habrían de conducir a un estado en el que la colaboración intersectorial y la participación comunitaria fueran la práctica habitual. Esto permitirá avanzar en la definición de un plan de salud intersectorial que incluya objetivos, indicadores, estrategias y mecanismos de evaluación. Supone abandonar la planificación tecnocrática y adentrarse en una planificación participando entre la ciudad, otras administraciones y los grupos comunitarios. Varias ciudades han constituido comités políticos y comisiones técnicas encargados de elaborar un plan de salud intersectorial y la mayoría han utilizado los 38 Objetivos Europeos de la estrategia «Salud para todos» como punto de partida para generar objetivos locales.

El diseño de los planes de salud ha puesto de manifiesto la importancia capital de seleccionar indicadores adecuados para la monitorización y la evaluación de los mismos. En una reunión sobre indicadores para Ciudades Saludables celebrada en Barcelona se recomendó que los indicadores o índices abarcaran los aspectos sociales, económicos, ambientales y sanitarios. El conjunto tendría que incluir indicadores subjetivos y objetivos; analíticos y globales; de toda la población y de grupos específicos; y epidemiológicos clásicos y de la Nueva Salud Pública. Además los indicadores deberían ser de fácil obtención, utilización y comprensión; disponibles actualmente o aun coste razonable; capaces de estimular la acción por su <atractivo> político y social, por reflejar las diferencias dentro de la ciudad y por su sensibilidad a los cambios a corto plazo. La reunión finalizó con una propuesta Preliminar de veintiséis indicadores, que posteriormente se amplió a cuarenta y uno.

El propósito de este conjunto de indicadores no es ofrecer una imagen cuantitativa global de la ciudad, su salud y su medio ambiente, sino detectar, a través, de informes periódicos, los problemas, desarrollos y soluciones surgidos en la ciudad y en la ejecución del Proyecto Ciudad Saludable. Esto permitiría determinar los aspectos comunes y los puntos que puedan ser de interés para las diversas ciudades participantes en la Red Europea, y así organizar las actividades de la Red en función de los progresos acaecidos en las ciudades participantes. La propuesta de indicadores a utilizar por los municipios europeos participantes han sido criticadas por diversos autores. Así se ha señalado la dificultad de estandarizarlos, la necesidad de combinar indicadores de interés nacional con indicadores de interés local, la costosa obtención de los indicadores cualitativos, la no coincidencia de las diferentes divisiones administrativas (que impiden el cálculo de algunos indicadores), la diversidad de definiciones utilizadas para un mismo parámetro, la ausencia de recursos locales para la producción de indicadores y el peligro de caer en la trampa de la competición por los mejores resultados, obviando la visión multidimensional del conjunto de indicadores.

La insatisfacción con los indicadores decidió a las ciudades a proponer la creación de una comisión «ad hoc» para la elaboración de una nueva propuesta. Se acordó, sin embargo, informar de la evolución del proyecto y de los temas anuales del plan de cinco años, en cada ciudad, dos veces al año, a la Oficina de Ciudades Saludables de OMS Europa. Esta Oficina elaborará el informe anual del Proyecto a partir de los Informes de las Ciudades y de entrevistas a los representantes de éstas,

REDES DE CIUDADES SALUDABLES

LA RED ESPAÑOLA DE CIUDADES SALUDABLES

En Octubre de 1986 se reunieron en Barcelona representantes de 21 ciudades - La promoción de la salud y el bienestar de los ciudadanos, especialmente en áreas urbanas.

- El establecimiento de canales de intercambio de información sobre promoción de la salud entre los municipios participantes.
- La asistencia a las ciudades participantes en el desarrollo de «modelos de buena práctica» en el campo de la promoción de la salud a nivel comunitario.
- La promoción de propuestas de investigación para la evaluación de la efectividad de las estrategias de promoción de la salud y de las actividades desarrolladas a nivel local.
- El desarrollo de las relaciones con otras redes nacionales y con el Proyecto Europeo de Ciudades Saludables.

A nivel organizativo, la Red Española se articula en un organismo político, la Comisión de Seguimiento, y una instancia técnica, la Oficina Coordinadora. Esta última se constituyó en Mayo de 1988, estando integrada por representantes de ocho ciudades; la secretaría corresponde a un técnico de la Federación Española de Municipios. La Oficina Coordinadora ha elaborado un plan de acción de cinco años cuyos temas actuales coinciden con el plan de la Red Europea. Las actividades del plan incluyen la organización de un congreso anual dedicado al tema de trabajo del año, la publicación de un boletín, la traducción al castellano -y si es posible a otras lenguas españolas- de los documentos básicos de la Red Europea, el desarrollo de un sistema de indicadores para la miniaturización del proyecto en cada uno de los municipios participantes, y la organización de un curso de verano sobre ciudades saludables.

Todo este proceso no está exento de conflictos y problemas , lo que evidencia la vitalidad del mismo. El ambicioso plan de cinco años requiere recursos humanos y materiales para hacerse realidad. Las expectativas despertadas por la Red Española han producido una luz de peticiones de municipios interesados en participar en el proyecto, sin embargo, un crecimiento demasiado rápido de la Red, sin los suficientes recursos, puede dañar su calidad, credibilidad e

imagen. Por otro lado, el desarrollo de redes regionales plantea el tema de las relaciones entre la Red Española y esas redes.

LAS REDES DE CIUDADES SALUDABLES FUERA DE ESPAÑA

Además de la Red Española existen en Europa, en estadios de desarrollo, varias redes de Ciudades Saludables. Algunos son de carácter lingüístico, como la alemana o la francesa, mientras que otras se sitúan a nivel de estado, como la británica, la holandesa, la finlandesa y la yugoslava. Al mismo tiempo, han surgido redes regionales en la República Federal de Alemania, y en Francia existe interés por crear una red de ciudades de suburbios. Fuera de Europa, en Canadá y en Australia, también se han constituido redes y la Oficina Panamericana de Salud se propone la creación de una red americana.

En la mayoría de países la iniciativa ha correspondido a la ciudad que forma parte de la Red Europea de la OMS, conjuntamente con el ministerio de sanidad y la asociación de municipios del país; sin embargo, en algunos países, como Holanda o Canadá, otras entidades también apoyan el proyecto (Asociación Holandesa de Servicios Municipales de Salud Pública, Asociación Canadiense de Salud Pública, Instituto Canadiense de Planificadores). En algunos países, las oficinas de coordinación de las redes están ubicadas en las ciudades miembros de la Red Europea (Holanda, Francia); en otros, en ciudades miembros de la red nacional (República Federal de Alemania), y en algunos, en locales propios (Canadá).

Las funciones de las oficinas de coordinación son parecidas en los distintos países: intercambio de información, organización de reuniones y jornadas, creación de centros de recursos y documentación, establecimiento de relaciones con las otras redes nacionales, traducción y distribución de documentación, publicación de boletines, miniaturización del proyecto en las ciudades participantes, etc. Se trata, en definitiva, de actuar de «comadronas» del paradigma de la Nueva Salud Pública.

En algunas redes no existen prácticamente criterios de selección, solamente el compromiso con los principios de Salud para Todos y de Ciudades Saludables (Holanda, Gran Bretaña, Alemania). En cambio, la red francesa utiliza criterios muy similares a los españoles: declaración por parte del municipio de su interés en participar en la red, constitución de un comité intersectorial, elaboración de un plan de salud, participación comunitaria en las actividades de las ciudades saludables, mantenimiento de relaciones e intercambios con la red y presentación de un informe anual.

Los problemas comunes a todas las redes son la escasez de recursos y de tiempo. Para algunas redes también es problemática la aplicación de los criterios de selección y el peligro de que las ciudades participantes sean consideradas como un grupo exclusivo. En ocasiones también se plantean cuestiones muy operativas pero no menos importantes: organización del centro de documentación, técnicas de gestión útiles para una oficina de estas características, etc. En la reunión de Redes Nacionales de Ciudades Saludables en Helsinki, en Agosto de 1988, se

discutió y aprobó un documento, marco elaborado por OMS Europa, que establece las relaciones, responsabilidades y división de funciones entre la oficina del Proyecto Ciudades Saludables de OMS Europa, las oficinas de coordinación de las Redes Nacionales, las ciudades de la Red Europea y las ciudades de las Redes Nacionales.

Así, OMS Europa se propone reconocer oficialmente a las oficinas de coordinación de las diversas redes europeas, previo cumplimiento de una serie de requisitos. La financiación de las redes nacionales corresponden en la mayoría de los países a los ministerios de sanidad y a aportaciones de las ciudades miembros.

LAS REDES LOCALES: ¿UN EJEMPLO DE BUENA PRÁCTICA?

El intercambio de experiencias es la base del Proyecto de Ciudades Saludables y, en general, del trabajo en promoción de la salud. Esto se debe fundamentalmente a que no existe hasta el momento modelos desarrollados para su práctica. Así, el enriquecimiento que supone el aprender de los demás es fundamental, y, por ello, toda la estructura del Proyecto tiene en cuenta estos contactos y promueve la creación de redes de ciudades como forma de favorecer el intercambio.

Esta es la razón de que en algunas comunidades autónomas se hallan iniciado estructuras de comunicación entre sus municipios. Es el caso de la Comunidad Valenciana, Navarra y el País Vasco. En la Comunidad Valenciana en 1987, promovida por dos instituciones académicas (el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad de Alicante y el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública), se creó la Red de Ciudades Sanas de la Comunidad Valenciana. Desde sus comienzos la Red ha sido un punto de encuentro y debate sobre temas de salud. El primer punto debatido comenzó siendo puramente semántico, al tener que decidir si se pretendía que nuestras ciudades fueran sanas o saludables; ello dio origen a una clarificación del término salud y de las expectativas que despertaba este concepto. La balanza se inclinó finalmente por el término de « Ciudades Sanas», tras llegar a la conclusión de que los ciudadanos constituían la ciudad, y lo que se esperaba alcanzar eran ciudades formadas por «gente sana».

Desde que en la primavera de 1987 comenzó a desarrollarse el Proyecto, hasta la celebración de la 21 Reunión de Ciudades Sanas en la Comunidad Valenciana, en Diciembre de 1988, 26 ciudades se han adherido a este movimiento, encontrándose en la actualidad en diferentes fases de desarrollo del mismo.

A pesar del escaso tiempo transcurrido se puede decir ya que la respuesta obtenida ha superado las expectativas del grupo inicial, formado exclusivamente por técnicos. La reflexión sobre lo sucedido permite ofrecer algunas conclusiones, que se resumen a continuación. Obviando los puntos comunes con los ya comentados en otras redes nacionales, cabe reconocer que las redes locales presentan una serie de características que, a su vez, suponen unas ventajas para el desarrollo del Proyecto de una forma rápida e involucrando a gran

número de ciudades, incluso ciudades de tamaño pequeño e intermedio.

Las características identificadas han sido:

- La facilidad para la difusión de la información entre las diferentes ciudades y los diferentes sectores de una misma ciudad.
- La posibilidad de conseguir la coordinación con otras administraciones con competencias en temas relacionados con la Salud, cuestión de gran importancia para el abordaje de algunos aspectos que superan el ámbito de decisión del gobierno municipal, lo que supone además un estímulo para los municipios sin grandes recursos.
- La cooperación y estímulo mutuo entre las distintas ciudades es especialmente intenso por la proximidad física y los lazos, similitudes y competitividad ya existentes, permitiendo también abordar la solución de algunos problemas de forma mancomunada.
- El contacto estrecho con las instituciones académicas cercanas que proporcionan el apoyo necesario para la formación en promoción de la salud de los técnicos y los líderes comunitarios, así como la investigación en la metodología y evaluación de las actividades de promoción de la salud.

En resumen, de esta experiencia se extrae la conclusión de que las redes locales presentan la ventaja de la proximidad, con lo que ésta supone de estímulo, motivación, coordinación y aprovechamiento de recursos.

El equipo multiprofesional o coordinador de la Red de Ciudades Sanas de la Comunidad Valenciana se ha propuesto unos objetivos a tres años para impulsar el desarrollo del Proyecto, que posteriormente deberá ser autónomo. Entre sus objetivos se encuentran: organizar reuniones que sirvan de encuentro para el intercambio de experiencias; impartir cursos, seminarios y talleres para la formación en estos temas; y estimular la investigación y la difusión de los resultados.

Con todo ello, se espera colaborar en la formación de una base útil para conseguir la salud de todos los ciudadanos en el año 2000.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

En unos dos años el Proyecto Ciudades Saludables se ha extendido a gran velocidad. Diversas ciudades españolas participan en la Red Europea OMS, en la Red Española y en varias redes locales. La situación es similar en otros países europeos. Muchas de las actividades que se están desarrollando bajo el «paraguas» de Ciudades Saludables en las ciudades europeas no se

han iniciado especialmente por el Proyecto. Sin embargo, éste les ha dado una legitimización y una perspectiva. Al mismo tiempo, la filosofía de Ciudades Saludables se ha extendido más allá de las ciudades participantes en las redes.

Por todo lo anterior, actualmente habría que referirse a Ciudades Saludables como un movimiento más que como un proyecto. El concepto de movimiento refuerza la importancia del proceso social y político de identificación y coordinación de los agentes de cambio. Los sistemas tradicionales de asistencia sanitaria han entrado en un «callejón sin salida», por los que son necesarios «experimentos naturales» e «innovaciones sociales» que abran nuevas perspectivas. Estas innovaciones requieren apoyo político y económico. Ésta es la razón de ser de Ciudades Saludables.

Instituciones académicas de diversos países se han vinculado al proyecto para la realización de funciones de investigación o docencia. La Nueva Salud Pública requiere un nuevo tipo de profesional sanitario y varias Escuelas de salud pública europeas han iniciado de forma coordinada la renovación de sus currícula. Al mismo tiempo, se plantea la priorización de determinados temas y metodologías de investigación en concordancia con las necesidades del Proyecto Ciudades Saludables. Éste fue el objetivo del Congreso Internacional sobre Investigación para Ciudades **Saludables** que se celebró en junio de 1989 en La Haya. Varias áreas de investigación fueron objeto de estudio en el mencionado congreso: a) la investigación dirigida a la explicación de las interrelaciones entre los fenómenos socioculturales, económicos, políticos y de salud urbana; b) las investigaciones para la identificación y definición de los problemas de salud: realización de diagnósticos comunitarios, investigaciones sobre factores ambientales perjudiciales para la salud, y sobre estilos de vida y salud; c) las investigaciones dirigidas al apoyo de la formulación e implementación de políticas de promoción de la salud: investigaciones sobre los prerrequisitos organizativos y administrativos de las políticas de salud eficaces, y sobre modelos eficaces de cooperación intersectorial para temas de salud; y d) las investigaciones dirigidas a la evaluación de las políticas de salud: investigaciones sobre los procesos y la eficacia de los programas de prevención, de protección y de promoción de la salud, investigaciones sobre los factores facilitadores y obstaculizadores de estos programas.

Las líneas anteriores implican un enfoque interdisciplinario que integre a investigadores de disciplinas tales como la promoción de la salud, la epidemiología, los servicios sanitarios, la economía, las ciencias sociales y las ciencias políticas. Pero también suponen la estrecha colaboración entre investigadores, políticos y gestores sanitarios, políticos y gestores municipales, profesionales sanitarios y grupos comunitarios.

De la capacidad de las instituciones profesionales y ciudadanos españoles para responder a los retos anteriores dependerá el desarrollo del movimiento Ciudades Saludables y el no quedar rezagado en relación con la salud pública europea.

BIBLIOGRAFÍA

1. McKeown T. The role of medicine: dream, mirage or nemesis. London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1971.
2. Lalonde M. A new perspective on the health of *Canadians*. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1971.
3. Ashton J. La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. En: Conselleria de Sanitat i Consum, ed. La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. Las ciudades sanas, una iniciativa de una nueva sanidad. Valencia: Generalitat Valenciana, 1987; 8-19. (Monografies Sanitàries. Série D. Núm. 1).
4. Kickbush I. Health promotion: a global perspective. *Can J Public Health* 1986; 77: 321-326.
5. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Cartade Ottawa para la promoción de la salud. *Rev San Hig Pub* 1987; 61: 129-133.
6. O.M.S. Les buts de la Santé pour tous. Buts de la Stratégie régionale européenne de la Santé pour tous. Copenhague: O.M.S. Bureau Régional de l'Europe, 1986.
7. Bamard K. WHO European Regional Strategy for Health for all by the year 2000. Explanatory Note. Göteborg: Nordic School of Public Health, 1986. 16pp.
8. Ashton J. Grey P. Barnard K. Healthy cities-WHO's new public health initiative. *Health Promotion* 1986; 1: 319-324.
9. Maragall P. La capacitat de gesti(5 dels ajuntaments. *L'Opinió Socialista* 1986; 1: 79-86.
10. Hancock T. From «Public Health in the 1980's» to «Healthy Toronto 2000»: the evolution of healthy public policy in Toronto. Adelaide: Case Study for the 2nd International Conference on Health Promotion-Healthy Public Policy, 1988: 21 pp.
11. O.M.S. Coloquio sobre la ciudad sana. *Rev. San. Hig. Pub.* 1987; 61: 145-148.
12. Hancock T. W. H. O. Healthy Cities project. Five-year planning framework. Copenhague: WHO Healthy Cities Project Offices, 1988. (WHO Healthy Cities Papers; no. 2.)
13. W.H.O. Healthy Cities Project: workshop on strategies. Gotehenburg, 13-15 October 1986. Summary report. Copenhague: W.H.O. Regional Office for Europe, 1986.
14. Fryer P. A. Healthy City strategy. Three years on- The case of Oxford City Council. Adelaide: Case study for International Conference on Health Promotion-Healthy Public Policy, 1988. 12 pp.
15. Liverpool Healthy Inter-sectorial Healthy Plans: Liverpool: UK Healthy Cities Conference, 1988. 23 pp.
16. Duhl L. The healthy city: its function and its future. *Health Promotion* 1986; 1: 55-60.

17. Bamard K. Healthy Cities: healthy public policy. Vienna: International Conference Health in Towns-
New Urban Policies to Promote Public Health, 1988. 16 pp.
18. Thom G. The Healthy Cities Sheffield 2000 Initiative. Vienna: International Conference Health
in towns New Urban Policies to Promote Public Health, 1988.
19. Crown J. Health for All in Bloomsbury. Bloomsbury: Bloomsbury Health Authority, 1988. (Annual
Report; no.2.)
20. W.H.O. Healthy Cities Project: workshop on indicator. Barcelona, 8-12 March 1987. Copenhagen:
W.H.O. Regional Office for Europe, 1987.
21. Bamard K, Itani H. The Healthy Cities Project. A proposal framework for city reports. Copenhagen:
W.H.O. Regional Office for Europe, 1987.
22. Townsend P. U.K Healthy Cities Networks. Warwick University, 1988.
23. Thunhurst C. The Use of Indicators and a common approach. Warwick University, 1988. 3pp.
Conference.
24. W.H.O. Healthy Cities Project: Meeting of W.H.O Project Coordinators. Bremen, 21-23 March 1988.
Report. Copenhagen: W.H.O. Regional Office for Europe, 1988.
25. Duhl L. A guide to assessing Healthy Cities. Copenhagen: W.H.O. Healthy Cities Project Office,
1988. (W.H.O. Healthy Cities Papers; no. 3).
26. Costa J. The Spanish Healthy City network. Recent developments. Helsinki: Meeting of the
National Healthy City Network Coordinators, 1988. 12pp.
27. Conrad G. Developing Healthy Cities networks: what do we know ? Helsinki: Meeting of the
National Healthy City Network Coordinators, 1988. 5pp.
28. Kickbush I. Healthy Cities: a working project and a growing movement. Zagreb: Healthy Cities
Symposium, 1988. 7 pp.