

La estrategia de ciudades saludables de la OMS

LA ESTRATEGIA DE CIUDADES SALUDABLES DE LA OMS. HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL

Existen muchos e importantes precedentes históricos del papel de los Ayuntamientos en el campo de los esfuerzos sociales por la mejora de la salud de los ciudadanos. De hecho una buena parte de las aportaciones de los sanitaristas del siglo XIX son realizadas desde el nivel local. En nuestro país es muy interesante, aparte de otras figuras anteriores, el papel de los “sanitarios locales” y el Jefe Local de Sanidad (el médico de Asistencia Pública Domiciliaria), el “APD” con funciones asistenciales, pero con muy importantes responsabilidades de salud pública y de asesoramiento al alcalde y al ayuntamiento. No es nueva en absoluto, por lo tanto, la vinculación de salud y municipio.

Dejando aparte estos importantes antecedentes, la historia de la estrategia de Ciudades Saludables está muy relacionada con la de la Promoción de Salud que ha sido desarrollada en su apartado correspondiente. De hecho, Ciudades Saludables es una de las manifestaciones más visible e importante de la aplicación del enfoque de Promoción de Salud en la práctica real de la salud pública. Podemos decir que Ciudades Saludables, como estrategia es la aplicación de los “principios” y del “estilo de trabajo” de Promoción desde el nivel local. Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha repetido que Ciudades Saludables es la manifestación de “Salud para todos en el año 2.000” a nivel de ciudad.

FASES EUROPEAS DEL PROYECTO

Por poner una fecha al comienzo que nos es más próximo del inicio de Ciudades Saludables podemos citar el congreso celebrado en Toronto (Canadá) en 1.984 bajo el lema de “Toronto Saludable. Más allá de los servicios de cuidados de salud”, donde se emite la idea del proyecto y que es tomada por la Oficina Regional Europea de la OMS para crear un Grupo de Planificación del Proyecto y que prepara un conjunto de materiales de gran interés para el desarrollo de una importante reunión que tiene lugar en Lisboa en 1.995 y donde se perfila ya una concepción muy nítida del Proyecto Ciudades Saludables para Europa (Hancock y Duhl, 1.986). Desde entonces hasta 1.987 varias ciudades europeas van avanzando en sucesivas reuniones y congresos en la definición tanto de la estrategia de

OMS-EURO como en el conjunto del movimiento de Ciudades Saludables para Europa. Entre estas ciudades están las españolas Barcelona y Sevilla (Tsouros, 1.991).

Entre 1.987 y 1.992 tiene lugar la denominada I Fase del Proyecto de OMS-EURO con treinta y cinco ciudades formando parte de la Red vinculada a la OMS y un importante desarrollo de Redes Nacionales. En

esta primera fase el proyecto crece vertiginosamente y se producen reuniones técnicas y políticas donde se va definiendo el proyecto europeo en aspectos básicos como indicadores, desigualdades en salud, además de producirse un importante intercambio de experiencias innovadoras. También salen los primeros libros, proliferan los boletines de noticias (Newsletter), los congresos y otro tipo de reuniones y tiene lugar, por ejemplo el Primer Encuentro Europa-América de Ciudades y Municipios Saludables que tuvo lugar en Sevilla en el marco de la EXPO-1.992.

De 1.993 al 1.997 tiene lugar la Fase II del Proyecto de OMS-EURO en la que se creó una Red Europea de 39 ciudades de las que 13 no habían participado en la fase I. En esta Red no participó ninguna ciudad española, situación que hace pensar sobre el relativo alejamiento de los ayuntamientos españoles de los centros de decisión en este campo. En esta Fase II la OMS puso en marcha un conjunto de iniciativas como la creación de EURONET, que es una Red de Redes Nacionales y cuyo Centro Coordinador está en Toulouse.

También en esta fase, se ponen en marcha un conjunto de iniciativas denominadas Planes de Acción Multiciudad; donde diversas ciudades interesadas en problemáticas comunes se reúnen y realizan proyectos cooperativos. Se trabajó en temas como el Alcohol, SIDA, Nutrición, Problemas de Género, así mismo diversas ciudades bálticas se asociaron para enfrentar temas de su interés. Esta dinámica de creación de grupos de ciudades asociadas por temáticas comunes se utilizó en las Redes Nacionales o Regionales y generó documentos de alto interés técnico.

Durante esta segunda Fase la OMS-EURO realizó un seguimiento de lo que denominó Proyectos Especiales en las ciudades de Zagreb y San Petersburgo, ya que los cambios realizados alrededor de la caída del Muro de Berlín y el hundimiento de las economías del antiguo bloque de la órbita soviética generó (y genera) una alta y diferenciada problemática.

Durante esta misma época existían ya unas 20 Redes Nacionales en Europa con diferentes modalidades de Organización y vitalidad en relación con programas y proyectos.

Las previsiones durante la III Fase del Proyecto de OMS-EURO (1.998 hasta el 2.002) fueron entre otras, el incremento de ciudades en la Red Europea, entorno a unas 40 ciudades con varias nuevas respecto a la Red anterior. En este tiempo, tuvieron lugar tres rondas de selección de ciudades con un proceso mucho más definido de selección que en las fases anteriores, entre estas ciudades cabe destacar a San Fernando de Henares, de la Comunidad de Madrid. Las exigencias para la incorporación a esta Red fueron mucho más enérgicas con el compromiso político, la infraestructura de apoyo del proyecto a nivel de

ciudad, la conexión con el resto del movimiento a nivel nacional e internacional y con desarrollos estratégicos profundos en la equidad, el desarrollo social y el desarrollo sostenible.

A medida que ha ido desarrollándose, el movimiento europeo de Ciudades Saludables ha respondido a las nuevas estrategias y a las prioridades de las OMS, así como a los cambios habidos en los contextos sociopolítico, demográfico e institucional. El proceso de impulso emprendido por la Red Europea de ciudades Saludables de la OMS se refleja en las ciudades de los estados miembros, ya que también éstas se adoptan a los nuevos contextos, políticas, estructuras y tendencias nacionales y locales en materia de salud pública. Así pues, el concepto de ciudad saludable debe concebirse como algo dinámico; su forma y contenido se ven influidos a lo largo del tiempo por las nuevas prioridades y estrategias, por las lecciones aprendidas en el pasado, por los avances en las bases de datos en que se fundamentan las intervenciones destinadas a desarrollar la salud y los factores determinantes de ésta, y por los cambios producidos en los entornos políticos, de elaboración de políticas e institucional. Este proceso dinámico ha de distribuirse en fases, a fin de planificar las actuaciones y orientar su ejecución, pese a que ello pueda propiciar una falta de continuidad en su desarrollo temporal. Si bien en cada una de las fases, a fin de planificar las actuaciones y orientar su ejecución, pese a que ello pueda propiciar una falta de continuidad en su desarrollo temporal. Si bien en cada una de las fases se ha hecho hincapié en uno o más temas básicos y se ha tratado de ampliar el alcance estratégico del proyecto, los principios, métodos y planteamiento de la Red de Ciudades Saludables se han vinculado a cuatro puntos generales de actuación:

- Acciones para tratar los determinantes de la salud y los principios de salud para todos.
- Acciones destinadas a integrar y fomentar las prioridades europeas y mundiales en materia de salud pública.
- Acciones dirigidas a incluir la salud en los programas sociales y políticos de las ciudades
- Acciones destinadas a facilitar el buen gobierno y la planificación basada en alianzas con relación a la salud.

En la IV Fase de la Red Europea de ciudades Saludables de la OMS (2003-2007) estos puntos de actuación se han concretado en objetivos estratégicos, temas estructuras y métodos de trabajo.