

SOSTENIBILIDAD, URBANISMO Y SALUD

CASO DE ESTUDIO
EN ALCORCÓN, MADRID

Entornos urbanos saludables y sostenibles
Implementación teórico-práctica del
Proyecto Europeo URB-HealthS (EIT Health BP2020)

Octubre - noviembre 2020

Más información:
uni-health@upm.es
<https://blogs.upm.es/urb-healths/>

URB Health



Colabora



ARUP



EIT Health is supported by the EIT,
a body of the European Union

Dirección y coordinación del e-book:

Ester Higuera García

Emilia Román López

Elisa Pozo Menéndez

Autores

Fernando Conde Gutiérrez del Álamo

Urko Elosegui Gurmendi

José Fariña Tojo

Carmen Gallardo Pino

Cristina Gallego Gamazo

M^a Cristina García González

Ester Higuera García

Patxi J. Lamíquiz Daudén

Milagros Ramasco Gutiérrez

Emilia Román López

Susana Saiz

Editor

Concejalía de Sostenibilidad, Movilidad y Energías

Renovables del Ayuntamiento de Alcorcón

ISBN 978-84-9728-588-9

Diciembre 2020

Agradecimientos

Dirección y coordinación de los talleres

Emilia Román López

Coordinación de los grupos del taller

Blanca Barragán Urbiola

María Teresa Baquero Larriva

Teresa Eiroa Escalada

Erwin Rodríguez Pabón

Coordinadoras Taller MAYAB-UPM

Teresa Eiroa y Emilia Román

Universidad Politécnica de Madrid

Estudiantes MAYAB-UPM

Irene Castrillo Perote

Maria Angelica Donoso

Irina Lugo Ruiz

Elizabeth Mata Sanjurjo

Facundo Nicolas Rial

Patricia I. Paez

M^a de las Nieves Pérez Pérez

Felipe Pinilla Sánchez

Erwin Rodríguez Pabón

Patricia San Nicolás Vargas

Augusto Sapaico

Iván Táboas Rodríguez

Merari Trespacios Olivero

Taller Parque-Oeste

Francisco J. Agüera Enríquez

Marta Arias González

Javier Cacho García

Santiago Carmona Tobares

Carlos Carretero

Luciana Castro Goncalves

Francisco J. Cuerda Fiestas

M^a Victoria Gainzaraín Armentia

Aurora García Losada

Ekaterina Gundar

Alexandra Jiménez Rodríguez

Francisco Ramón López Barquero

Belén Luna Porta

M^a Mar Marínez Oliván

Manuel Antonio Medrano Blanco

Gonzalo Navarrete

Mercedes Palop Botella

M^a Carmen Pardillo Porras

Eduardo Pérez de Arenaza

Julián Alexander Portocarrero Núñez

Pilar Pereda Suquet

Jesus Recover Antón

Emanuel Valpacos

Miguel Angel Velarde del Barrio



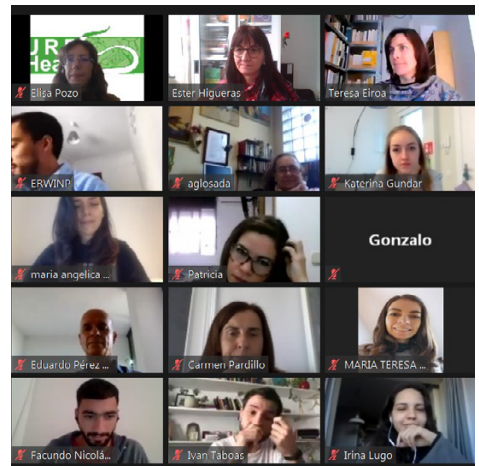
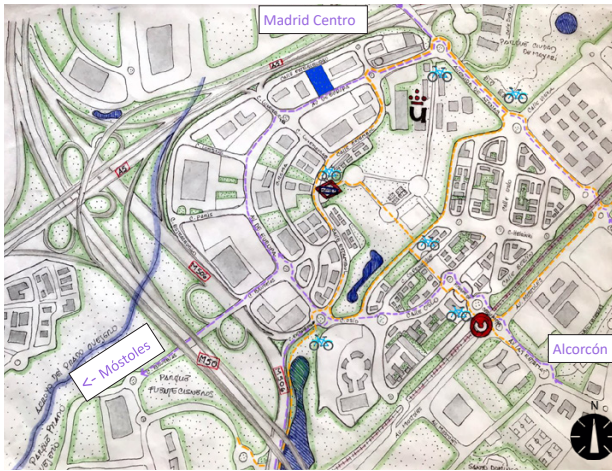
www.mayab.com

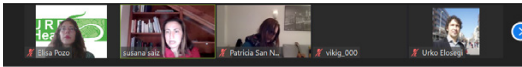
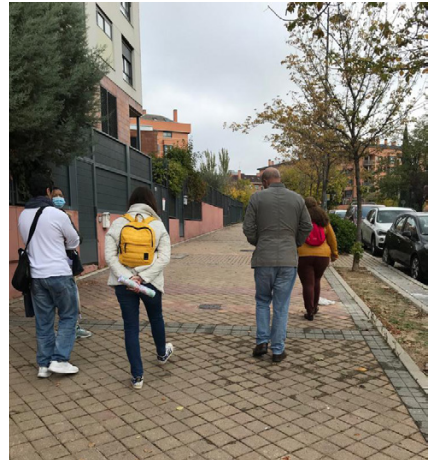
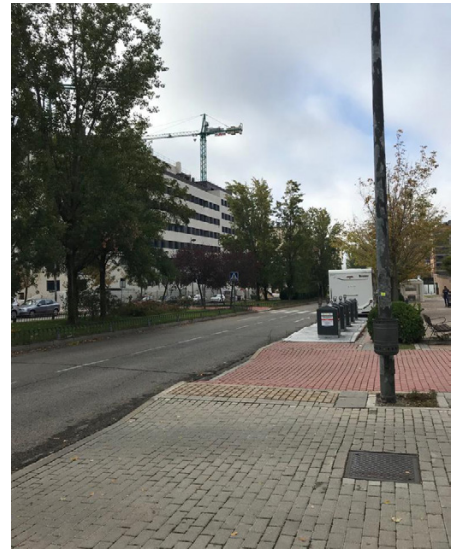


www.ayto-alcorcon.es



ALCORCÓN

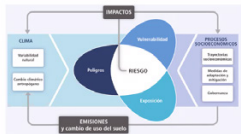
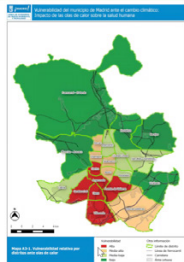




URB Health Ejemplos internacionales

Madrid: Mapa de vulnerabilidad frente al cambio climático

Análisis de la vulnerabilidad basado en una concepción del riesgo asociado al cambio climático entendiéndolo como el resultado de una "construcción social" (IPCC, 2012)



- Participantes (48)
- Paco
 - Patricia
 - Patricia San Nicolás
 - pilar pereda
 - santiago carmona
 - TE Eirena
 - vikig.000
 - Sandra Jiménez

Chat de grupo de Zoom
Especialmente lo del mapa ANDEES. Muchas gracias!
De Javier Cacho García a Todos: Buenos días, soy Javier Cacho García, estuve en la charla



URB Health is supported by the ER, a body of the European Union.



Bosque Oeste, tu nuevo parque comercial

ÍNDICE

Concejalía de Sostenibilidad, Movilidad y Energías Renovables del municipio de Alcorcón	pg 8
Objetivo del curso y antecedentes	pg 9
ESTRUCTURA DEL CURSO	pg 11
Políticas y regulaciones en el contexto internacional y nacional de la salud urbana	pg 15
1. Presentación: urbanismo y salud	pg 16
Ester Higuera García y Emilia Román López Profesoras e investigadoras, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, Universidad Politécnica de Madrid.	
2. Los males de la ciudad: diagnóstico y terapia	pg 23
María Cristina García González Profesora e investigadora, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, Universidad Politécnica de Madrid.	
3. Políticas y regulaciones regionales y locales. Oportunidades y retos para el municipio	pg 29
Cristina Gallego Gamazo Profesora e investigadora, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, Universidad Politécnica de Madrid.	
4. La promoción de la salud. Retos y propuestas	pg 36
Carmen Gallardo Pino Decana Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos Campus de Alcorcón (Madrid)	
5. Políticas y regulaciones europeas y nacionales.....	pg 47
Subvenciones y líneas de ayuda Milagros Ramasco Gutiérrez Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.	
6. Ciudad, urbanismo y salud	pg 55
José Fariña Tojo Catedrático Emérito de la Universidad Politécnica de Madrid.	

Indicadores y metodologías multi-criterio pg 59

7. Indicadores para el análisis territorial por área pequeña pg 60

Urko Elosegui Gurmendi

Geógrafo Analista en SIGIS Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud. D.G. de Salud Pública, Comunidad de Madrid

8. Plan Vallecas 18.000. Estrategias de salud y participación ciudadana pg 69

Fernando Conde Gutiérrez Del Álamo

Licenciado en Sociología, socio fundador de CIMOP

9. Equidad, salud y bienestar: una mirada integradora pg 76

Susana Saiz

Directora Asociada ARUP

Planes de acción, Buenas Prácticas europeas o locales: Red Española de Ciudades Saludables (RECS) pg 78

10. Hábitos saludables (alimentación y movilidad) pg 79

Patxi J. Lamíquiz Daudén

Profesor e investigador, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, Universidad Politécnica de Madrid

11. Soluciones basadas en la naturaleza y confort térmico pg 88

Ester Higuera García

Profesora e investigadora, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, Universidad Politécnica de Madrid

12. Equidad y diseño proactivo de barrios saludables pg 95

Milagros Ramasco Gutiérrez

Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

Taller de Sostenibilidad, urbanismo y salud en Parque Oeste de Alcorcón pg 100

Metodología y resultados pg 101

Conclusiones pg 115

CONCEJALÍA DE SOSTENIBILIDAD, MOVILIDAD Y ENERGÍAS RENOVABLES DEL MUNICIPIO DE ALCORCÓN

Las corporaciones locales son un pilar fundamental para establecer el necesario cambio de rumbo de las acciones que mejoren la salud de los ciudadanos. Aunque los grandes cambios estructurales tiene su origen en un ámbito nacional o de las Comunidades Autónomas, son las administraciones locales, por su grado de cercanía a la ciudadanía y por su elevado conocimiento del entorno con el que se relacionan de forma directa, las que están llamadas a ser el elemento clave en el cambio de nuestras sociedades.

Desde la Concejalía de "Sostenibilidad, movilidad y energías renovables", sabemos que la colaboración con las universidades así como la participación en proyectos europeos es una forma de consecución y cumplimiento de las delegaciones y competencias propias de la misma. Esta circunstancia hace que hayamos vivido con mucho entusiasmo la participación en el curso para técnicos municipales y profesionales URB-HealthS, con dos objetivos institucionales como prioridad:

- El primero entender la necesidad de realizar políticas integradas con otros departamentos.
- El segundo la multidisciplinariedad del proyecto.

Se seleccionó **Parque Oeste de Alcorcón** como lugar para la realización del taller de trabajo, y se ha constatado la gran cantidad de acciones necesarias para integrar este entorno terciario-comercial con el resto de la ciudad, de forma que se pueda convertir en un nuevo polo urbano activo y saludable.

Quiero agradecer a la Universidad Politécnica de Madrid esta oportunidad de colaboración y me siento muy contento por los resultados obtenidos en este curso, con proyectos y propuestas muy concretas para Parque Oeste de Alcorcón.

Carlos Carretero
Concejalía de Sostenibilidad, movilidad y energías renovables
del municipio de Alcorcón

OBJETIVO DEL CURSO

Conocer las relaciones entre la salud, la sostenibilidad y la planificación desde la administración local, al objeto de hacer un diagnóstico de salud de un área urbana y establecer unas líneas futuras de acción sostenibles y saludables.

ANTECEDENTES

El proyecto URB-HealthS es un proyecto de innovación educativa en salud, ganado en convocatoria competitiva en el marco europeo EIT Health (BP 2020). El objetivo principal es conocer las implicaciones del diseño urbano de la ciudad en los condicionantes de salud para la población. Este proyecto se desarrolló en colaboración con diferentes instituciones a nivel internacional (España, Reino Unido y Portugal), con diferentes organismos universitarios y de salud urbana y una consultora internacional.



Organismos e instituciones implicadas en el proyecto URB-HealthS.

“El primer paso consistió en una encuesta según la metodología Delphi en dos rondas en la que participaron 32 expertos multidisciplinares”.

El primer paso del proyecto URB-HealthS consistió en la realización de una encuesta siguiendo la metodología Delphi estructurada en 2 rondas en la que participaron 32 expertos multidisciplinares¹ cuyas reflexiones quedaron reflejadas en la siguiente matriz, y que constituyeron la base teórica del curso que se presenta:

1. Las áreas disciplinares de los expertos que participaron fueron: vivienda, diseño urbano, planeamiento, espacios públicos, zonas verdes, contaminación atmosférica, contaminación acústica, energía, transporte y movilidad, servicios económicos, nutrición y prevención de la salud, cultura, educación, programas sociales, educación, prevención y promoción de la salud, evaluación de impacto de salud, epidemiología urbana, y salud. Han respondido entidades internacionales (Organización Mundial de la Salud, consultores Salud OMS), nacionales públicas y privadas, responsables del tercer sector y académicos.

SOSTENIBILIDAD Y SALUD (URBAN HEALTH DESIGN TOOLS)

	Políticas y regulaciones europeas y locales.	Herramientas de análisis multicriterio	Planes de acción	Buenas Prácticas europeas o locales
Diseño y procesos urbanos para la PREVENCIÓN de la salud en el municipio	WHO DPSEEA Framework WHO airQ+ WHO HEAT (urban transport choices) software tool Psychological and subjective well-being HUDU. Healthy Urban Planning Checklist	Metodología del Impacto de salud (HIA)	Impuestos en productos poco saludables. Control legal de tabaco, alcohol, etc.	Ciudades amigables con las personas mayores
Diseño y procesos urbanos para PROMOVER la salud en el municipio	Promoción de estilos de vida saludables, directivas europeas: Social Life Cycle Assesment Social Value Approach, HUDU Certificados internacionales: Leed, BREEAM, Verde, Well, etc.	Salud en la planificación urbana. Salud comunitaria. Asset mapping GIS tools. Ratios of green and recreational areas. Climogramas.	Impuestos en productos poco saludables. Control legal de tabaco, alcohol, etc.	Control sanitario de plagas. Control de mascotas.
Diseño y procesos urbanos para el CUIDADO de la salud en el municipio	WHO's 100 Core Health Indicators WHO's Healthy Cities Plan Madrid Ciudad de los Cuidados 2015-2019.	Ringland Project, Antwerp, Belgium Alliance Against Energy Poverty	Healthy New Towns Program, UK Healthy London Partnership, UK	Vancouver, Canadá. Vitoria-Gasteiz, País Vasco, España.
Diseño y procesos urbanos para la GESTIÓN de la salud en el municipio	Indicators CDC HRQOL-14 Quality-of-Life 14 Eurostat indicators SDG #11. Sustainable Cities and Communities	Green infrastructure Treatment of urban solid waste Water consumption plans Lonely prevention programs Energy poverty	Express rehabilitation for vulnerable housing Eco-districts Healthy food in schools	Sustainable mobility plans. Bike lane network. Public Bike systems.

Elaboración por el proyecto URB-HealthS marzo 2020, con los resultados de la encuesta a los expertos multidisciplinares.

"La salud a escala local se entiende como la suma de procesos de prevención, promoción, cuidado y gestión".

Es decir, la salud a escala local se entiende como la suma de procesos de **prevención, promoción, cuidado y gestión**. Sobre estos cuatro vectores, los expertos aportaron su experiencia relativa a políticas y regulaciones europeas y locales, herramientas de análisis multicriterio, planes de acción y buenas prácticas europeas o locales. Toda esta base documental ha servido para establecer el contenido mínimo del curso sobre Urbanismo y Salud que se presenta. El curso se desarrolló en tres ciudades durante el otoño de 2020: Alorcón, Coimbra y Newcastle-upon-Tyne. Cada uno de estos cursos se adaptó al contexto local. Se presenta a continuación el programa diseñado para el curso en la localidad de Alorcón (Madrid, España).

ESTRUCTURA DEL CURSO

El curso se desarrolló en tres semanas, con dos sesiones por semana, cada una de tres horas (de 12:00 a 15:00 horas):

La estructura del curso fue la siguiente:

Primera semana | 19 y 20 de octubre

Base teórica, áreas urbanas saludables y sostenibles.

Segunda semana | 26 y 27 de octubre

Taller práctico. Análisis del ámbito y diagnóstico.

Tercera semana | 3 de noviembre

Taller práctico. Plan de acción y líneas estratégicas.

Duración total: **15 horas**

El curso fue **online**, impartido mediante la plataforma virtual ZOOM.

Las sesiones fueron impartidas por 11 ponentes de diversas disciplinas. En esta primera edición atendieron un total de 46 participantes, de los cuales 21 fueron técnicos municipales del Ayuntamiento de Alcorcón y 14 estudiantes de posgrado, además de profesionales y técnicos de otros municipios. El taller estuvo coordinado en colaboración con los estudiantes del Máster de Medio Ambiente y Arquitectura Bioclimática de la Universidad Politécnica de Madrid para un desarrollo más completo del análisis, diagnóstico y estrategias de acción. El curso consiguió su objetivo de multidisciplinariedad, alcanzando un total de 14 perfiles distintos, entre ellos: salud pública, arquitectura, servicios sociales, derecho, enfermería, deporte, movilidad, biología, paisajismo, ingeniería civil, ciencias ambientales, seguridad y psicología.

PRIMERA SEMANA | BASE TEÓRICA

Objetivo: Establecer las bases teóricas y líneas principales de actuación para conseguir barrios y espacios públicos más saludables y sostenibles.

Objetivos secundarios: Aproximación a temas relacionados con políticas y regulaciones europeas, nacionales y locales; herramientas de análisis multicriterio; planes de acción, buenas prácticas europeas o locales relacionadas con la prevención, promoción, cuidados y gestión de barrios saludables.

Lunes 19 de octubre de 2020

12:00 a 12:30

Presentación del curso Programa URB HealthS

Ester Higuera García y Emilia Román López
Profesoras e investigadoras, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, Universidad Politécnica de Madrid.

12:30 a 13:00

Los males de la ciudad: diagnóstico y terapia

María Cristina García González
Profesora e investigadora, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, Universidad Politécnica de Madrid.

13:00 a 13:30

Políticas y regulaciones regionales y locales. Oportunidades y retos para el municipio.

Cristina Gallego Gamazo
Profesora e investigadora, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, Universidad Politécnica de Madrid

13:30 a 14:00

La promoción de la salud. Retos y propuestas.

Carmen Gallardo Pino
Decana Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos
Campus de Alcorcón (Madrid)

14:00 a 14:30

Políticas y regulaciones europeas y nacionales. Subvenciones y líneas de ayuda

Milagros Ramasco Gutiérrez
Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

14:30 a 15:00

Ciudad, Urbanismo y Salud

José Fariña Tojo
Catedrático Emérito de la Universidad Politécnica de Madrid.

Martes 20 de octubre de 2020

12:00 a 12:30	Indicadores para el análisis territorial por área pequeña Urko Elosegui Gurmendi Geógrafo Analista en SIGIS Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid
12:30 a 13:00	Plan Vallecas 18.000. Estrategias de salud y participación ciudadana Fernando Conde Gutiérrez Del Álamo Licenciado en Sociología, socio fundador de CIMOP
13:00 a 13:30	Equidad, salud y bienestar: una mirada integradora Susana Saiz Directora Asociada ARUP Planes de acción, Buenas Prácticas europeas o locales: Red Española de Ciudades Saludables (RECS)
13:30 a 14:00	Hábitos saludables (alimentación y movilidad) Patxi Lamíquiz Daudén Profesor e investigador, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, Universidad Politécnica de Madrid
14:00 a 14:30	Soluciones basadas en la naturaleza y confort térmico Ester Higuera García Profesora e investigadora, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, Universidad Politécnica de Madrid
14:30 a 15:00	Equidad y diseño proactivo de barrios saludables Milagros Ramasco Gutiérrez Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

SEGUNDA Y TERCERA SEMANA | TALLER PRÁCTICO

Objetivo

Conocer las condiciones de movilidad, sostenibilidad, habitabilidad y salud del espacio público del ámbito urbano de “Parque Oeste” y su conexión con los barrios residenciales, ubicado en Alcorcón (Madrid), para posteriormente realizar propuestas de mejora, con un enfoque orientado hacia la prevención, promoción y gestión de ámbitos urbanos sostenibles y saludables.

Objetivos secundarios

Participación de los diferentes agentes locales (técnicos municipales, políticos y representantes de tejido social, asociaciones vecinales, etc.) en las etapas de caracterización y análisis, así como en las propuestas y acciones para mejorar las condiciones del ámbito.

- Caracterización, desde el punto de vista de la salud urbana, del caso de estudio, a través de una visita al ámbito, debate entre los diferentes agentes locales, búsqueda y análisis de datos referidos al barrio, etc.
- Realización de propuestas de mejora, con un enfoque transversal desde la administración local sobre temas de salud y sostenibilidad.
- Formación de formadores (profesionales con experiencia en el tema tratado, alumno/a de doctorado con tesis en desarrollo sobre estas cuestiones...)

Lunes 26 de octubre de 2020

12:00 a 12:30

Explicación del taller y formación de equipos

12:30 a 15:00

Trabajo de taller

Responsables Ester Higuera, Emilia Román y formadores

Martes 27 de octubre de 2020

12:00 a 14:00

Trabajo de taller

Responsables Ester Higuera, Emilia Román y formadores

14:00 a 15:00

Debate-Exposición DAFO/Diagnóstico

Responsables Ester Higuera, Emilia Román y formadores

Martes 3 de noviembre de 2020

12:00 a 14:00

Trabajo de taller

14:00 a 15:00

Debate-Exposición de resultados: Plan de acción/líneas estratégicas

Responsables Ester Higuera, Emilia Román y formadores

POLÍTICAS Y REGULACIONES EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL DE LA SALUD URBANA

1. PRESENTACIÓN: URBANISMO Y SALUD

Ester Higuera García y Emilia Román López
Universidad Politécnica de Madrid

“La salud es un estado completo de bienestar del ser humano, en sus dimensiones física, mental y social”. (OMS)

La lección se estructura en cuatro partes. La primera establece la relación entre “Ciudad y salud, pre y post Covid-19”. A continuación se desarrollan los conceptos de “Ciudad y sostenibilidad: Diez principios para el desarrollo sostenible”. Estas ideas se ejemplifican en la ciudad de Madrid para conocer si “¿Es Madrid sostenible? ¿Es Madrid saludable?”, finalmente se exponen las conclusiones.

Ciudad y salud, pre y post Covid-19

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud: *como un estado completo de bienestar del ser humano, en sus dimensiones física, mental y social, no solo como la ausencia de enfermedad.* Aquella que está en progresivo incremento del bienestar físico, social y ambiental y que emplea sus recursos en una mejora completa de ellos a todas las personas de la comunidad. Es un concepto dentro de la sostenibilidad y alineado con los ODS.

“La salud es un constructo social, un capital colectivo y un derecho universal”.

La salud es un constructo social, un capital colectivo y un derecho universal. La salud, además de las condiciones genéticas de cada persona, tiene otros determinantes asociados: depende de factores socio-económicos en un 40%, del estilo de vida saludable en un 40%, de las políticas en prevención y asistencia primaria en un 10% y de los factores ambientales del barrio en un 10% (Observatorio en Salud de Asturias, 2018). Por tanto, desde el urbanismo y la planificación es posible prevenir estos condicionantes externos de los barrios.

Desde los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los ODS 3 y ODS 11, están directamente relacionados con la idea de tener una ciudad mas saludable para todos. Recordemos que la meta del [ODS 3](#) es: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; y el del [ODS 11](#) es lograr que las ciudades sean más inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles.

En este contexto es preciso establecer cuáles son los determinantes estructurales de la salud en las ciudades. En el "*Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud*", establecido por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales

en Salud en España (2010), se establecen los del contexto socio-económico político, los de la estructura social, los de factores psico-sociales, los de factores conductuales y biológicos y finalmente los de recursos humanos y materiales sanitarios que atenderán a la población (bien sea preventivamente o con cuidados sanitarios)².

“El código postal es más importante que el código genético”.

“En términos de salud, el código postal es más importante que el código genético”, esta premisa evidencia los factores del entorno urbano que condicionan la salud de las personas que viven en él. Parte de un estudio desarrollado por el Observatorio de Salud Pública de Londres en 2012, donde se estableció la esperanza de vida de las personas, según las estaciones de la línea de metro, según las características de los determinantes de salud enumerados anteriormente³.

“Los cinco grandes problemas de salud relacionados con el estilo de vida urbano son la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, los golpes de calor y frío extremo, los accidentes y la salud mental”.

El problema de salud de las ciudades europeas ha sido analizado por el texto de 2006 *Delivering Healthier Communities in London*, donde establecen cinco grandes problemas de salud relacionados con el estilo de vida urbano. Estos problemas de salud urbana eran en la ciudad pre-Covid la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, los golpes de calor y frío extremo, los accidentes y la salud mental. Las enfermedades infecciosas habían desaparecido, aunque ahora será preciso considerarlas desde la expansión de la pandemia global, que ha traído nuevas reflexiones sobre las relaciones entre ciudad y salud.

Las enfermedades de los estilos de vida urbana, enunciadas anteriormente, se pueden relacionar con algunos de los parámetros de la planificación como la densidad, la estructura urbana, la variedad tipológica, las zonas verdes, los usos del suelo, y la movilidad. El cuadro muestra la correspondencia directa entre ellas.

2. Otra posible referencia que se encuentra en la [Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud](#) (pp. 28-33) es el *Marco conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. WHO Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAFT April 2007*. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

3. [The Jubilee Line of health inequality](#): Jubilee Line es una histórica línea del metro londinense. Vivir más o menos paradas al este o al oeste marca diferencias sustanciales en la esperanza de vida de hombres y mujeres. “*In London the life expectancy of the local population falls by one year with each station along the Jubilee line between Westminster and Canning Town, and in Glasgow there is a divide of 28 years in life expectancy between the richest and poorest areas*”.

“Tanto la salud como la sostenibilidad requieren propuestas comunes”.

Ante la pandemia de Covid-19, cabe preguntarnos si es compatible la sostenibilidad y la prevención frente al Covid-19, sobre todo con la densidad como factor controvertido, ya que el contagio tiene mucho que ver con la densidad de los barrios. Sin embargo, cabe recordar que las características esenciales de la ciudad son la densidad, la complejidad y las interacciones sociales. Sin estas componentes no tenemos ciudad. Además dotan a la ciudad de resiliencia frente a cualquier eventualidad o catástrofe, entre las que también se incluyen las pandemias.

Ciudad y sostenibilidad: diez principios para el desarrollo sostenible

La ciudad sostenible según el ICLEI es el “desarrollo que proporciona servicios básicos, medioambientales, sociales y económicos a todas las residencias de una comunidad sin amenazar la viabilidad de los sistemas natural, construido, y social de los que depende la provisión de esos sistemas”, esta definición es compatible con la situación pre y post Covid-19.

	PLANIFICACIÓN Y DISEÑO URBANO					
PRINCIPALES ENFERMEDADES	Alta densidad	Estructura urbana	Variedad tipológica	Pocas zonas verdes	Usos del suelo	Movilidad
Obesidad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Enfermedades cardiovasculares	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí
Enfermedades respiratorias	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
Golpes calor-frío	Sí		Sí	Sí	Sí	
Accidentes	Sí	Sí				Sí
Salud mental	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: Adaptación de “*Delivering Healthier communities in London*”. HUDU (2006).

En 2009, el texto “*La ciudad habitable y sostenible*” (Higueras), establecen diez principios que deben ser alcanzados simultáneamente en la ciudad sostenible que pasan por: el estudio adecuado de la densidad urbana, la complejidad y variedad de morfologías y tipologías edificatorias, la propuesta de usos mixtos por compatibilidad en base

“La movilidad y los consumos para calentar, enfriar, y poner en marcha los equipos eléctricos son los mayores consumidores de la energía madrileña”.

Tampoco Madrid es una ciudad que se mueva con energías renovables, limpias y no contaminantes. El *Plan de uso sostenible de la energía y de prevención del Cambio Climático* de 2008, redactado por el Ayuntamiento de Madrid, muestra como el 97,4% de la energía proviene del Gas natural (23,8%), del carbón (1,3%) de la electricidad (24,0%) y de los derivados del petróleo (47,5%). Todas fuentes contaminantes. Y sólo el 2,6% proviene de energías renovables como los residuos industriales (0,3%), residuos urbanos (1,6%), biogás (0,6%) y solar térmica (0,01%). Es evidente que hay mucho que hacer.

El gráfico anterior (Figura 1) también muestra en qué se gasta la energía para que Madrid funcione. Los consumos domésticos de comercio y servicios computan el 49,9%; los usos industriales el 8,3%; el transporte por carretera el 35,5% y otros modos de transporte el 6,3%. Es evidente que la movilidad y los consumos para calentar, enfriar, y poner en marcha los equipos eléctricos son los mayores consumidores de la energía madrileña.

¿Es Madrid una ciudad saludable?

La población de Madrid, como la mayor parte de las ciudades europeas, tiene enfermedades asociadas a su estilo de vida. Las **enfermedades cardiovasculares** son la primera causa de muerte en Madrid (31,2 % del total de defunciones). Dentro del grupo, las enfermedades isquémicas del corazón son la primera causa de muerte entre los hombres (20.226 defunciones) y las enfermedades cerebrovasculares son la principal entre las mujeres (17.529 defunciones). Las **enfermedades respiratorias** ocupan el segundo lugar, después de las cardiovasculares, en términos de mortalidad, incidencia, prevalencia y coste. El 47% de los madrileños tiene **sobrepeso** u obesidad. Detrás de estas cifras se encuentran el sedentarismo y una alimentación poco saludable. El 20% de los hombres jóvenes (de 15 y 16 años) sufre sobrepeso u obesidad. En las mujeres la cifra cae a casi la mitad (el 11%). Sin embargo, desde 1996, el número de chicas obesas o con sobrepeso casi se ha duplicado. El **suicidio** se mantiene como la principal causa externa de muerte (3.569 fallecimientos 2017), todo según datos del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid en 2018.

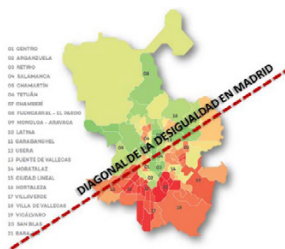


Figura 2. Diagonal de la desigualdad a partir del Índice de Vulnerabilidad 2018. Fuente: Oficina del Sur y Este de Madrid (2018). *Documento Estratégico*. Pg. 8 y 9

Así mismo, existe una importante desigualdad entre el norte y el sur de Madrid. Los mapas de vulnerabilidad en salud establecen un índice

“Una persona que nazca al sur del río tiene una esperanza de vida dos años y medio menor que alguien que lo haga al otro lado”.

de vulnerabilidad muy diferenciado entre los distritos del nor-oeste y los del sur-este. Podemos aquí también decir que: “en términos de salud, el código postal es más importante que el código genético”, ya que no solo el Manzanares separa a Arganzuela de Usera, entre ambos distritos, se levanta una de las muchas **barreras invisibles** que dividen Madrid. Una persona que nazca al sur del río tiene una **esperanza de vida dos años y medio menor que alguien que lo haga al otro lado**. A lo largo de su vida, cobrará 6.500 euros menos al año y, de vivir en el barrio colindante de Moscardó, tiene el doble de posibilidades de inscribirse en el paro.

También en la pandemia Covid-19, los distritos de Usera, Villaverde, Puente de Vallecas y Carabanchel han sido los más azotados de la región, lo que hace necesario pensar en equidad en servicios, prestaciones, recursos, etc.

Conclusiones

Las principales conclusiones son las siguientes:

- El Covid-19 ha presentado un panorama de contagio masivo a la que los planificadores debemos dar **una respuesta**.
- Entendiendo que la esencia de una ciudad es su densidad y su complejidad, harían falta **medidas extraordinarias**, temporales o de emergencia ante estas situaciones.
- El confinamiento en casa puede tener importantes efectos indirectos y negativos. Necesitamos organizar un estructura **saludable a escala de barrio**, donde nos sintamos seguros y se puedan realizar actividades cotidianas y salida a los parques.

BIBLIOGRAFÍA

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010). *Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud*. Basado en Solar, Irwin (2010) y Navarro (2004).

Comunidad de Madrid (2020). *COVID-19 Situación epidemiológica por municipios*. Disponible en: <https://comunidadmadrid.maps.arcgis.com/apps/PublicInformation/index.html?appid=cdfb61b3eb3a49c2b990b4fdb41dfcfe>

Díaz-Olalla JM, Benítez-Robredo T. (eds.) (2015) *Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2014*. Madrid: Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid. Disponible en: http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/estudio_salud_madrid_2014.pdf

Higueras García, Esther (2013). *Desarrollo urbano sostenible y criterios de diseño urbano*.

Higueras, Román, Gallego y Pozo (2019). *Salud en los barrios madrileños. Presentación del Proyecto Urb-HealthS. RECS*. Secretaría Técnica de la Red Española de Ciudades Saludables. Disponible en: <http://reces.es/reces-participa-conferencia-anual-europea-ciudades-saludablesoms/>

Higueras, Román, Gallego y Pozo (2019) *Proyecto UNI-Health. EIT Health BP 2019*. Disponible en: <https://blogs.upm.es/urb-healthier/proyectos-de-investigacion/>
<https://www.youtube.com/watch?v=6YTdQhAlmX8&feature=youtu.be>

Naciones Unidas (2015) *Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS 3 y ODS 11*.

Navarro V. (2004) *The political and social contexts of health*. Amityville: Baywood Publishing.

Observatorio Barcelona (2018). *5 claves para ciudades más saludables*. <https://www.isglobal.org/ciudadesquequeremos>

Observatorio en Salud de Asturias (2018). *Dimensiones e indicadores utilizados en 2018: Proyecto de Rankings, 2018*. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/Dimensiones_e_indicadores_utilizados_en_el_proyecto_de_Rankings_2018_44.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). *Healthy Cities*. Disponible en: www.euro.who.int/healthy-cities

Salud Madrid (2020) *Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud*. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/EstadoPoblacion.aspx?ID=17>

Solar O., Irwin A. (2010) *Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud, Documento de debate 2 sobre los determinantes sociales de la salud (política y práctica)*. Organización Mundial de la Salud.

Varela M. (2017) Morir tres años antes por nacer en otro barrio: las 7 fronteras de Madrid en mapas. *El Confidencial*. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/espana/madrid/2017-04-03/mapa-desequilibriorenta-madrid-distritos-barrios-paro-inmigrantes_1359146

2. LOS MALES DE LA CIUDAD: DIAGNÓSTICO Y TERAPIA

María Cristina García González
Universidad Politécnica de Madrid

El punto de partida del proceso de institucionalización del urbanismo y su transformación en ciencia autónoma - dotada por tanto de un corpus disciplinar con un soporte legal y un lenguaje propio, un espacio común de educación y de entrenamiento de habilidades y de competencias que han de ser demostradas, una estructura profesional organizada, un código de conducta y una finalidad para el bien público - podría situarse, según distintos expertos, a partir de 1859, año en el que tuvo lugar la aprobación del Plan de Ensanche de Barcelona redactado por el Ingeniero de Caminos, Canales y Puertos Ildefonso Cerdá.

“Cerdá se refería a la ciudad como un organismo vivo que cumplía determinadas funciones y proponía una novedosa idea de ciudad en base a la dialéctica establecida entre el espacio privado o intervías y el espacio público”.

Cerdá, en su obra *Teoría General de la Urbanización* (1867), se refería a la ciudad como un organismo vivo que cumplía determinadas funciones y proponía una novedosa idea de ciudad en base a la dialéctica establecida entre el espacio privado o intervías (las manzanas) y el espacio público (las vías de circulación). Es en la relación entre ambas categorías espaciales donde se desarrolla el programa vital del hombre frente a la realidad física. Una realidad física que para Barcelona partía de los beneficios que para la salud aportaban el adecuado soleamiento y la indispensable ventilación, en un espacio urbano socialmente homogéneo. Así, podríamos hablar de un palimpsesto tanto físico como social.

La habitación (o vivienda), el lugar de trabajo y las distancias entre ambos, el transporte entre el centro y la periferia de la ciudad, y el papel reservado a la naturaleza, eran las grandes cuestiones en las que se conjeturaba la necesidad de una nueva ciencia que tuviera a su cargo la ciudad en su sentido más amplio. Y fue en 1909 cuando más se evidenció ese esfuerzo disciplinar debido a la concatenación de una serie de iniciativas. En la enseñanza se dictaron los primeros cursos reglados en el seno del *Landscape Architecture College* de la Universidad de Harvard y se creó el *Civic Department* de la Universidad de Liverpool; en el ámbito legislativo, se aprobó la *Town Planning Act*, la legislación inglesa que consagró la ciudad-jardín y para cuya puesta en marcha el arquitecto Raymond Unwin publicó su difundido manual *Town Planning in Practice*. El primer resultado

directo fue la convocatoria del congreso internacional del Royal Institute of Architects de Londres en 1910, en el cual se expusieron los distintos aspectos de la ciencia o arte de la ciudad que requerían del establecimiento de metodologías, procedimientos y estándares comunes.

La práctica urbanística se ha consolidado mediante la utilización de distintos canales de difusión según los casos, los instrumentos y las cuestiones que se sucedían, como la publicación de manuales y revistas especializadas, la celebración de congresos, encuentros, cursos o exposiciones, en un singular contexto de internacionalización dada la complejidad de la problemática que afectaba a las ciudades. Una muestra de esa complejidad fueron los distintos significantes que se sucedían; en el caso español, desde trazado de poblaciones, arte cívico, urbanización, urbanología, urbanística o urbanismo, el vocablo que más se ha extendido en la actualidad, términos a los que se sumaban las distintas acepciones que implicaba el abordaje del problema por parte de los diferentes países, como el *Stadtebau* alemán o el *Town Planning* inglés, que superaban al arte cívico o arte público, interpretado como decoración de calles y plazas.

“Destacaba el significativo papel de la naturaleza y sus beneficios, tanto físicos como anímicos, cuyo valor se acrecentaba a la par que se tomaba conciencia de las precarias condiciones de vida de gran parte de la población”.

La nueva disciplina se ocupaba por una parte de la intervención sobre la ciudad existente, aquejada de males como las epidemias y la contaminación, derivados del hacinamiento y de la aglomeración, y por otra, de la planificación de su crecimiento, buscando las herramientas, las leyes y los protocolos de gestión que pudieran anticiparse a las necesidades y así prevenir los llamados males de la ciudad industrial. Destacaba el significativo papel de la naturaleza y sus beneficios, tanto físicos como anímicos, cuyo valor se acrecentaba a la par que se tomaba conciencia de las precarias condiciones de vida de gran parte de la población.

El abordaje de las cuestiones de salud que afectaban a la ciudad moderna desde la medicina sentó en buena parte las bases de la evolución del urbanismo tal y como hoy lo conocemos. Abarcaba aspectos que no se limitaban al análisis clínico de las enfermedades, sino que añadía variables sociológicas y geográficas del entorno urbano en el que se producían. Desde estas coordenadas fueron realizados estudios médicos y epidemiológicos sobre la presencia de diferentes enfermedades, ya fueran endémicas, siempre presentes, epidemias, como el cólera, o enfermedades profesionales derivadas

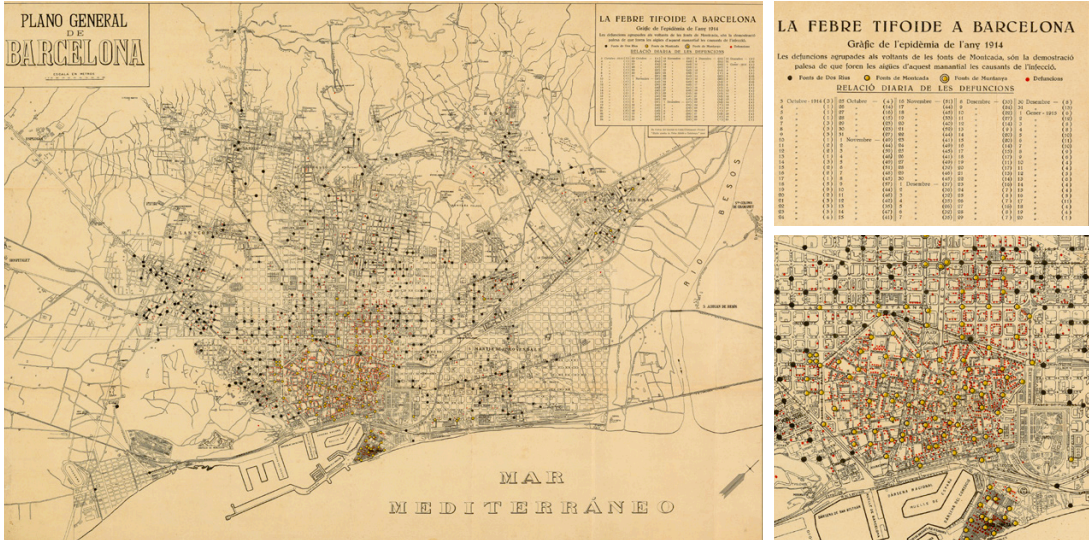


Figura 3. Plano de Barcelona. Fiebre Tifoidea. Barcelona 1914. Fuente: Arxiu Municipal de Barcelona.

de las precarias condiciones de trabajo, en relación con la ciudad. El desarrollo de la investigación empírica de la medicina a través de los estudios estadísticos y geográficos, representados por las topografías médicas, fueron un claro exponente de las preocupaciones por la salud pública ante las epidemias que asolaban las ciudades. Se intentaba argumentar así el concepto de miasmas (las emanaciones malignas de suelos y aguas) en las que se basaban estos estudios.

“Las cartografías generadas constituían un significativo ejemplo de las relaciones establecidas entre la enfermedad y el lugar”.

Las cartografías generadas constituían un significativo ejemplo de las relaciones establecidas entre la enfermedad y el lugar. De los muchos ejemplos que se realizaron en España hasta que los avances en la investigación bacteriológica los dejaron en desuso, hay que destacar los trabajos del médico de origen alemán Felipe Hauser, autor de los *Estudios médico-topográficos de Sevilla* (1882-1884) y *Madrid bajo el punto de vista médico-social. Su política sanitaria, su climatología, su suelo y sus aguas, sus condiciones sanitarias, su demografía, su morbilidad y su mortalidad* (1902). Estas cartografías eran coetáneas de las denominadas cartografías sociales, como fueron las elaboradas por el sociólogo Charles Booth: *Maps descriptive of London poverty* (1889-1891), los mapas de la pobreza de Londres, y la reinterpretación americana generada en el seno de la Hull-House de Chicago en 1895, el *social settlement* liderado por la carismática

“El estudio del hacinamiento de la población en las ciudades convirtió el parámetro de la densidad en la principal unidad de medida para valorar la calidad de los asentamientos urbanos”.

Jane Addams, en el que la lucha contra la situación de los más desfavorecidos se realizó a través de la integración de estudiantes universitarios, en este caso pertenecientes a la Universidad de Chicago, en los barrios objeto de estudio. En estas cartografías se mapeaban los solares según un código de colores que definía los grupos sociales mediante la vinculación de distintos parámetros.

Sin obviar estos antecedentes, un referente en el estudio sistemático y holístico de la ciudad industrial fue el *Pittsburg's survey*, publicado en 1907. Este documento constituía la base de la información cartográfica, estadística y social (con la incorporación de la fotografía) que se consideraba necesaria para la elaboración de las propuestas urbanísticas de mejora de la ciudad en una interpretación causa-efecto de los diferentes fenómenos del desarrollo urbano. A partir de aquí, estos informes urbanísticos se consolidaron como una parte fundamental de las propuestas planificadoras del futuro de la ciudad.

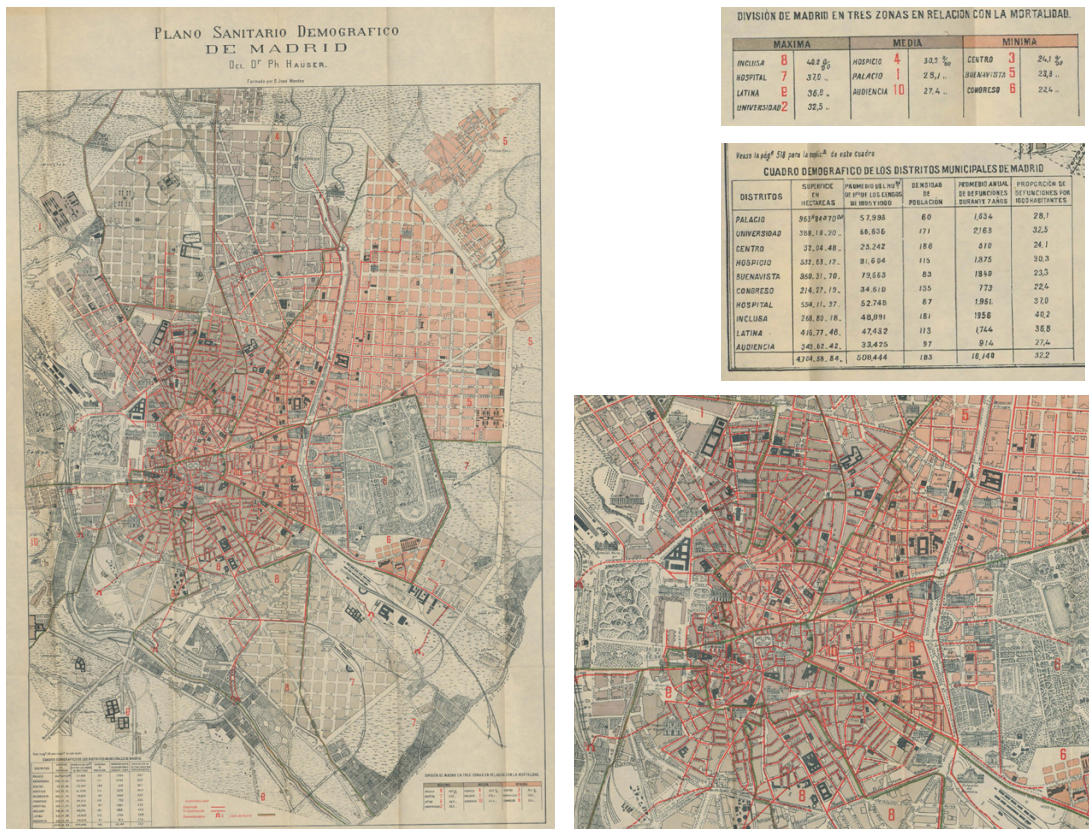


Figura 4. Plano sanitario demográfico de Madrid, Philip Hauser. 1902. Fuente: Ayuntamiento de Madrid.

Se consagraba así la necesidad del conocimiento de la realidad para poder intervenir en ella. De todos estos estudios se deriva una primera conclusión: el estudio del hacinamiento de la población en las ciudades convirtió el parámetro de la densidad en la principal unidad de medida para valorar la calidad de los asentamientos urbanos.

El pensamiento social de los utopistas, las propuestas del paternalismo empresarial o las iniciativas de los higienistas constituyeron diferentes aproximaciones al hecho urbano que dejaron huella en propuestas como la ciudad-jardín, que lejos de transformarse en una utopía se convirtió en una de las propuestas más sugerentes de finales del siglo XIX. Una propuesta que ha tenido una gran influencia, tanto positiva como negativamente, en el desarrollo del urbanismo en la actualidad, en tanto que plantea un modelo de ciudad dispersa frente a la ciudad compacta tradicional.

Las intervenciones urbanas desde las infraestructuras sanitarias, como el saneamiento, los servicios de retirada de basuras o los suministros de aguas (inicialmente a través de fuentes públicas), se consideraron también fundamentales para la higiene de la



Figura 5. Imágenes publicitarias para la promoción de una planificación urbana saludable y mejora de las viviendas y del entorno construido. Fuente: New York Housing Authority, 1930s.

ciudad, pero no fue hasta el siglo XIX cuando las urbes pusieron al día sus infraestructuras con grandes proyectos vinculados casi siempre a expansiones urbanas. A estas intervenciones de carácter más general se añadieron, en espacios urbanos localizados en las afueras, equipamientos, como mataderos, cementerios, lazaretos u hospitales, que afectaban directamente a la higiene pública, a los que se sumó la aparición de la gran industria. A estas actividades, que podríamos calificar como esenciales para la vida (*nec-otium*, tomando la expresión del filósofo José Ortega y Gasset), se sumaron pronto las demandas de otros espacios que también pasaron a ser considerados fundamentales, como eran los espacios de relación relativos al *otium*, aquello que nos hace humanos, y que tiene que ver con los ámbitos necesarios para la socialización, la educación, el comercio, el arte o la cultura, entre otros.

“La irrupción de las nuevas tecnologías de la información plantea la ciudad algoritmo, que nos debiera permitir abordar con éxito una ciudad más amable.”.

Todo este proto-urbanismo sentó las bases de una ciencia que en la actualidad se haya en un momento de profundo cambio y reflexión, con nuevos retos que se pueden percibir como amenazas, pero también como posibilidades u oportunidades. La irrupción de las nuevas tecnologías de la información plantea la ciudad algoritmo, parafraseando a Christine Boyer, que nos debiera permitir abordar con éxito una ciudad más amable.

BIBLIOGRAFÍA

Callabi D. (2008) *Storia dell'urbanistica europea*. Milán: Bruno Mondadori.

Choay F. (1983) *El urbanismo: utopías y realidades*. Barcelona: Lumen.

García-González M.C. y Guerrero S. (2019) “Jane Addams y el llanto de la ciudad amarga”, *Urbs. Revista de Estudios Urbanos y Ciencias Sociales* (número monográfico sobre “Género, feminismo y ciudad”), 9 (1), pp. 115-132. Disponible en: http://www2.ual.es/urbs/index.php/urbs/article/view/garcia_gonzalez_guerrero

Hall P. (2002). *Ciudades del mañana*. Barcelona: Ediciones del Serbal.

Pinol J.L. (Dir.) (2011) *Historia de la Europa urbana* (tomo IV), Valencia: Publicacions Universitat de València.

Urteaga L. (1980) “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”, *Geo Crítica. Cuadernos críticos de geografía humana*, 29, Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/geo29.htm>

3. POLÍTICAS Y REGULACIONES REGIONALES Y LOCALES. OPORTUNIDADES Y RETOS PARA EL MUNICIPIO

Cristina Gallego Gamazo
Universidad Politécnica de Madrid

1. Recomendaciones para promover programas específicos de salud urbana

Según los expertos que han participado en la consulta DELPHI del proyecto URB-HealthS, la implementación a nivel regional y local del marco general basado en el enfoque de ‘Salud en todas las políticas’, se ha de canalizar mediante políticas y programas específicos de salud y medio ambiente urbano, y a su vez, la integración en otras políticas y programas. Así mismo, en la segunda ronda del DELPHI, los expertos aportan también otras recomendaciones adicionales que pueden ayudar a los municipios a desarrollar modelo urbano saludable.

Las principales recomendaciones de los expertos en torno a la formulación de programas específicos de salud urbana basados en el enfoque de ‘Salud en todas las políticas’ se resumen en los siguientes ordenados según su relevancia:

- [60%] Promoción del envejecimiento activo y ambientes inclusivos
- [48%] Promoción de entornos alimentarios saludables
- [44%] Promoción de la accesibilidad universal
- [40%] Adhesión a la Red de Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores
- [32%] Promoción de entornos de trabajo saludables
- [28%] Promoción de redes sociales y vecinales de apoyo en barrios
- [12%] Mejorar la preparación de las ciudades y comunidades frente a las pandemias

Resultados del DELPHI URB-HealthS, 2020.

A continuación, se presenta una relación de buenas prácticas y experiencias que ejemplarizan la aplicación de estas recomendaciones y estrategias en casos prácticos, que pueden aportar ideas para su municipio:

1. Promoción del envejecimiento activo y ambientes inclusivos

[CASO: Programa de envejecimiento activo de Zaragoza](#)

- Iniciativa: Grupos de participación en barrios/distritos: “ParticipAcción”

- [Iniciativa: rutas aplicables, proyecto europeo Mobil.Edad](#)

2. Promoción de entornos alimentarios saludables

[CASO: FOTOVOZ en San Pedro de Deusto, Uribarri y San Francisco, Bilbao.](#)

3. Promoción de la accesibilidad universal

[GUÍA: “La Accesibilidad Universal en los Municipios: guía para una política integral de promoción y gestión”, Elisa Sala y Fernando Alonso, Equipo ACCEPLAN, Instituto Universitario de Estudios Europeos, Universidad Autónoma de Barcelona, 2005](#)

[CASO: PAE Plan Especial de Actuación de Quart de Poblet, Valencia.](#)

[CASO: PIAM Plan Integral de Accesibilidad del Municipio de Santomera, Murcia](#)

4. Adhesión a la Red de Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores

[CASO: Madrid, Ciudad Amigable con las personas mayores, 2014](#)

5. Promoción de entornos de trabajo saludables

[CASO: WELL Parque Tecnológico Actiu, Castalla, Alicante](#)

6. Promoción de redes sociales y vecinales de apoyo en barrios

[CASO: Caso: A pie de barrio, La Arena, Gijón \(2007-2008\)](#)

7. Mejorar la preparación de las ciudades y comunidades frente a las pandemias

[GUÍA: Red Ciudades que Caminan. Memorándum: Reconexión: recomendaciones para la nueva movilidad urbana.](#)

Recomendaciones para promover la integración en otros programas

En cuanto a la integración de la salud en otras políticas o programas, los expertos recomiendan las siguientes medidas con este orden de relevancia:

- [64%] Promover ciudades para caminar: promoción de recorridos y espacios peatonales para todas las edades
- [44%] Promover normativas o guías de diseño bioclimático urbano
- [40%] Promover infraestructura verde: calidad, gestión, promoción, puesta en valor y accesibilidad
- [32%] Promover planes para restringir el uso de vehículos a motor: recuperar el espacio público para el peatón
- [32%] Promover planes para reducir la contaminación y mejorar la calidad del aire
- [28%] Promover la movilidad activa (peatón, ciclista): infraestructuras adecuadas y seguras
- [24%] Promover proyectos renovación urbana y rehabilitación energética
- [20%] Promover programas de reducción y/o regulación de desplazamientos laborales

Resultados del DELPHI URB-HealthS, 2020.

“Los expertos ponen la atención en la relevancia de llevar a cabo Evaluaciones de Impacto en Salud, para la puesta en marcha a nivel local de estas recomendaciones o medidas para la integración de la perspectiva de ‘Salud en todas las políticas’”.

Además, ponen la atención en la relevancia de llevar a cabo Evaluaciones de Impacto en Salud, para la puesta en marcha a nivel local de estas recomendaciones o medidas para la integración de la perspectiva de ‘Salud en todas las políticas’:

1. EIS Evaluación de impacto en salud/HIA Health Impact Assessment
[CASO: proyecto europeo PHASE](#)
2. Promover ciudades para caminar: promoción de recorridos y espacios peatonales para todas las edades.
[CASO: Nuevos planes de movilidad post pandemia: Open Street Project, Milán](#)
3. Promover normativas o guías de diseño bioclimático urbano
[CASO: Eco-barrio participativo La Pinada, Paterna, Valencia](#)
4. Promover infraestructura verde: calidad, gestión, promoción, puesta en valor y accesibilidad
GUÍA: Estudio de la relación de la infraestructura verde y salud en A Coruña

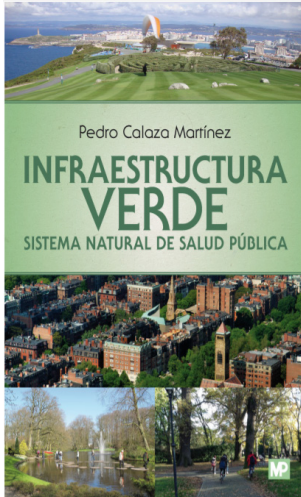


Figura 6. Calaza Martínez, P. (2017). *Infraestructura verde. Sistema natural de salud pública*. Mundi-Prensa Libros.

5. Promover planes para restringir el uso de vehículos a motor: recuperar el espacio público para el peatón

[CASO: Pontevedra: un modelo de ciudad centrado en las personas](#)

6. Promover planes para reducir la contaminación y mejorar la calidad del aire

[CASO: Plan de mejora de la calidad del aire de Alcobendas. 2012 – 2016 / 2018 - 2025](#)

7. Promover la movilidad activa: infraestructuras adecuadas y seguras

[GUÍA: Manual de Diseño para el Tráfico de Bicicletas CROW. Lorca bicitud](#)

8. Promover proyectos renovación urbana y rehabilitación energética

[CASO: Proyecto europeo SOPHIE: evaluación Llei de Barris](#)

9. Promover programas de reducción y/o regulación de desplazamientos laborales

CASO: PIMSS Plan Integral de Movilidad sostenible y segura de Gijón 2018 – 2024 (propuesta, no aprobada)

Recomendaciones adicionales

a) Acordar y abordar a **nivel local** las necesidades y prioridades de salud y bienestar, con la participación de la diversidad de actores locales, incluidas las organizaciones de base ciudadana

b) Formular y evaluar políticas y programas basados en **diagnósticos previos** utilizando herramientas como:

- Evaluación según el Mapa de la salud en asentamientos (Barton y Grant, 2006): método basado en los determinantes espaciales en la salud de asentamientos humanos

- **Evaluación de Impacto en Salud (EIS)**: método estructurado para determinar y mejorar las consecuencias sobre la salud de proyectos y políticas de sectores no sanitarios

c) Desarrollar una **visión estratégica** para un **urbanismo saludable**:

- **Integrar la salud como principio rector de la planificación urbana saludable a nivel de barrio y ciudad**

- Establecer **condiciones mínimas de urbanismo saludable** en

planeamiento (ejemplo: obligaciones de la Sección 106, de la Ley de planificación urbana y rural de 1990, Reino Unido)

- Respalda por la **evidencia científica** y con **objetivos específicos**
- Respalda por **inversiones nacionales en salud y calidad de vida** (sistemas de cofinanciación, apoyo de financiación de la UE: Fondos estructurales y de inversión europeos)
- Basada en la **coordinación** de políticas y programas y el **intercambio** de conocimiento y experiencias
- **Trabajo previo** para seleccionar objetivos principales de forma **multidisciplinar** y definir de forma colaborativa una **hoja de ruta a medio y largo plazo**, con momentos de control para acumular experiencia y mejorar los resultados

d) Recomendaciones y prioridades para la formulación de políticas de la Red de entornos inteligentes y amigables para las personas mayores, White Paper 2019 (*Joint Statement for the Smart Healthy Age-Friendly Environments Stakeholders Network*):

- Crear una **visión europea compartida** sobre entornos inteligentes, saludables y adaptados a las personas mayores;
- Promover la **cooperación intersectorial**;
- **Financiar** la implementación de entornos inteligentes, saludables y amigables con las personas mayores;
- **Invertir en investigación** teniendo presente las necesidades y desafíos de la sociedad y utilizar el conocimiento para predecir y prevenir;
- Garantizar el **empoderamiento de la ciudadanía** y la promoción de políticas y medidas **centradas en las personas**.

e) Ir hacia “comunidades de 15 minutos”, a la “ciudad del cuarto de hora”, a “lo local”:

- Rehabilitación urbana dirigida a crear “comunidades de 15 minutos” en las que la población pueda desplazarse a pie o en bicicleta a los nodos densos de la ciudad, y evitar así tanto el transporte público como el privado.
- Utilizar las “comunidades piloto de 15 minutos” como demostradores para el diseño futuro de nuestras ciudades y comunidades
- Revisar los Planes Urbanos de Movilidad Sostenible con la intención de promover “comunidades de 15 minutos”

f) Asegurar la **participación** con un fuerte esfuerzo de comunicación.

“Ir hacia Comunidades de 15 minutos, a lo local”.

2. Procedimientos: promoción, prevención, atención/cuidados, gestión

Promoción y prevención

El ámbito local se considera un entorno básico para desarrollar estrategias de promoción y prevención de la salud. Si se entiende la salud como bienestar, no solo como ausencia de enfermedad o modos de vida saludables, la prevención de la salud debería ir dirigida no solo a prevenir la aparición de la enfermedad y reducir los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias.

Según la OMS, la promoción de la salud consiste en proporcionar a las comunidades y a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y que puedan ejercer un mayor control sobre la misma. Para ello, es necesario poner en marcha intervenciones sociales y ambientales enfocadas a mejorar y proteger la salud y la calidad de vida individuales, centrándose en la prevención y solución de las causas, y no simplemente en el tratamiento y la curación. Destacan tres componentes principales de la promoción de la salud: buena gobernanza sanitaria, educación sanitaria, y el liderazgo y compromiso de las ciudades.

“Se combinan medidas sanitarias, sociales y ambientales, principalmente por medio de programas de salud comunitaria y de transformación de espacios urbanos, para fomentar comunidades más saludables”.

A nivel local, la mayoría de las experiencias de referencia, toman como objetivo tanto la prevención como la promoción de la salud. Es decir, se tratan de estrategias que combinan medidas de prevención dirigidas a reducir los factores de riesgo y enfermedad, disminuir las complicaciones de la enfermedad, y a proteger a personas y grupos en riesgo de agentes agresivos, y a su vez, medidas de promoción dirigidas a influir en los determinantes sociales de la salud y en decisiones de políticas públicas, cambios en hábitos y condiciones de vida, mejorar la salud y la calidad de vida de las comunidades, y perseguir la equidad y la justicia social. De forma que se combinan medidas sanitarias, sociales y ambientales, principalmente por medio de programas de salud comunitaria y de transformación de espacios urbanos, para fomentar comunidades más saludables.

[CASO: Supermanzana de Poblenou, Barcelona. Mención del Premio Europeo del Espacio Público Urbano, 2018.](#)

[CASO: Estrategia de barrios saludables, Ayuntamiento de Madrid 2016-2019.](#)

“La perspectiva de los cuidados y el papel de las comunidades es fundamental en la salud comunitaria”.

Cuidados

Siguiendo a Comas 2016, entendemos por cuidados las actividades vinculadas a la gestión y mantenimiento cotidiano de la vida, la salud y el bienestar de las personas. La perspectiva de los cuidados y el papel de las comunidades es fundamental en la salud comunitaria. El enfoque en los cuidados supone promover un cuidado centrado en las personas, que reconozca al otro como un ser de desarrollo en libertad, y el apoyo y corresponsabilidad en los cuidados. Este enfoque plantea una complejidad en la definición de los cuidados, por un lado, existen dos servicios de proximidad diferentes (hogares y servicios públicos o privados), y por otro, dos dimensiones diferentes de los cuidados (el material o corporal, y el inmaterial o emocional).

[CASO: Plan Madrid Ciudad de los Cuidados 2015-2019](#)

[CASO: Entornos inteligentes amigables con los mayores. Coimbra. Caritas](#)

Gestión

En cuanto a la gestión de programas y política de salud urbana a nivel local, destacan experiencias en las que se utiliza como recurso la protección de los recursos naturales como parte del propio patrimonio, y experiencias de fomento de la participación en salud comunitaria.

Protección de recursos naturales como parte del patrimonio natural.

CASO: [Trujillo, Red Natura 2000.](#)

Fomento de la participación.

GUÍA: [Guía de partición comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud.](#)

4. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. RETOS Y PROPUESTAS.

Carmen Gallardo Pino

Decana Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos Campus de Alcorcón (Madrid)

“En 2050, el 66% de la población vivirá en ciudades, los retos en salud serán la cronicidad y sus factores de riesgo, como pobreza, desempleo, condiciones de trabajo, desigualdades y segregación. La Ciudad: será la oportunidad para mejorar la salud de millones de personas”.

El objetivo de mi intervención en promoción de la salud versará sobre como se fundamentan las bases teóricas y líneas principales de actuación para conseguir barrios y espacios públicos más saludables y sostenibles. Como punto de partida, quería comentaros algunos datos publicados. En 2050, el 66% de la población vivirá en ciudades, los retos en salud serán la cronicidad y sus factores de riesgo, como pobreza, desempleo, condiciones de trabajo, desigualdades y segregación. La Ciudad: será la oportunidad para mejorar la salud de millones de personas, en Franco, Bilal y Díez Roux (2015).

Primera consideración:

El interés por la búsqueda y preservación de la salud data de tiempos antiguos. La salud es considerada un elemento valioso y deseable tratándose de una condición necesaria para llevar a cabo actividades que impactan positivamente en la organización de la vida social, teniendo repercusiones físicas, económicas, sociales y psicológicas.

Los desafíos que enfrenta la salud han cambiado enormemente desde el comienzo de este siglo. Siendo el envejecimiento demográfico, la

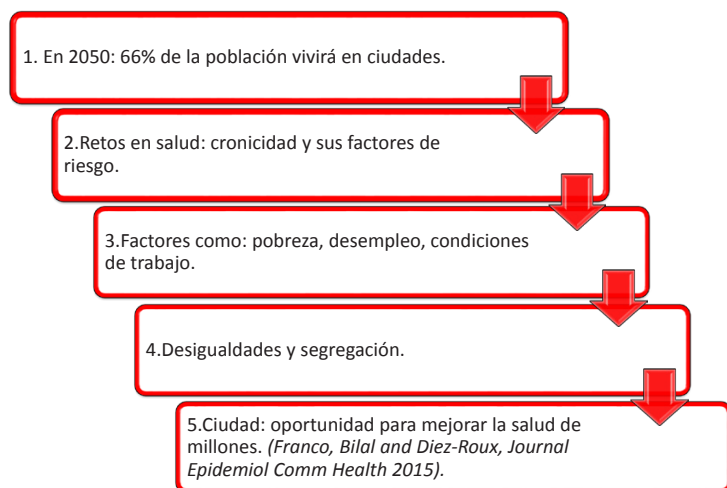


Figura 7. Carmen Gallardo Pino (2020). *La promoción de la salud: retos y propuestas*. Presentación curso URB-HealthS día 19 de octubre 2020.

“La promoción de la salud aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto y no sólo a los enfermos, al desarrollo de la salud y sus causas sociales y no sólo a lo biológico...”

“...combina metodologías y planteamientos diversos huyendo del monopolio corporativo, y favorece la participación y la autoayuda alejándose del paternalismo”.

“La Salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación”.

rápida urbanización y la globalización de estilos de vida no saludables desafíos importantes en este siglo. Existen otros factores que en ocasiones producen confusiones importantes como lo que es y no es la promoción de la salud, también entre prevención clínica con promoción de la salud, y promoción de la salud con la actuación y educación sanitaria sobre determinadas patologías o grupos de población con enfermedades específicas.

Esta visión reduccionista de la promoción de la salud no es un problema meramente teórico o intelectual. Estas comprensiones, normalmente eliminan el componente de cambio social que lleva implícita la definición de la promoción de la salud. Quiriendo decir, que a veces se puede poner el foco en modificar estilos de vida y obviar la importancia de la actuación sobre entornos o políticas.

Es interesante observar como esta confusión en la definición de la promoción de la salud, incluso ha conseguido que muchas personas muy vinculadas al mundo del desarrollo comunitario o de la actuación sobre determinantes sociales, tenga problemas de urticarias y pruritos varios cuando oyen la palabra “promoción de la salud”. *La promoción de la salud, a diferencia de la aproximación médica centrada en la enfermedad, aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto y no sólo a los enfermos, al desarrollo de la salud y sus causas sociales y no sólo a lo biológico, que combina metodologías y planteamientos diversos huyendo del monopolio corporativo, y favorece la participación y la autoayuda alejándose del paternalismo.*

Segunda Consideración:

En la aparición de la promoción de la salud, ejercieron influencia, tres y más acontecimientos históricos como: La Declaración de Alma Ata (1978), El informe Lalonde (1974) y El informe “Un pueblo saludable” (1979) revelando en su momento la grave crisis institucional ocasionada por la poca capacidad de la atención médica curativa para manejar eficazmente la enorme carga representada por los problemas sanitarios, enfermedades crónicas y degenerativas. La medicina tradicional, con su énfasis casi exclusivo en los fenómenos biológicos, seguía siendo el modelo de atención predominante en casi todas partes.

“¿Qué visión de la salud es la más prometedora para el futuro y guiará las acciones de salud pública a medida que avanzamos con ímpetu y firmeza?”.

“La salutogénesis es un enfoque médico que se centra en factores que apoyan la salud y el bienestar humanos, en lugar de en factores que causan enfermedades”.

Es en el siglo XIX: En Escocia, en 1820, W.P. Alison describió la asociación entre la pobreza y la enfermedad; R. Virchow en Alemania, en 1845, decía que las causas de la enfermedad eran mucho más sociales y económicas que físicas. Pero no fue hasta 1945, cuando H.E. Sigerist utilizó por primera vez el término “Promoción de la Salud”. El historiador alemán Henry Sigerist, en 1946 fue el primero en utilizar el concepto de promoción de la salud:

“La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación”. En su libro clásico *Civilización y Salud* escribió que “en cualquier sociedad la incidencia de la enfermedad está determinada mayormente por factores económicos”.

“La Salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación”.

Este concepto que parece nuevo, no lo es. Hipócrates, médico griego, en su tratado *“Sobre los aires, aguas y lugares”* nos definía cuidarse, curarse. ¿En qué consistía? En alimentarse bien, hacer ejercicio, leer, conversar, tener higiene con uno mismo, todo en equilibrio, para que al acabar el día digamos ¡he vivido! Como cuenta Séneca en las cartas a Lucilio. Cicerón decía que la primera decisión importante es ¿con quién viviré?, la segunda ¿me empeñaré en esta guerra? Y la tercera ¿a qué dedicaré mi vida?, creo que ya ellos habían definido Promoción de la salud en su tiempo. Ulrich Beck, fue un sociólogo alemán, 1944. En su libro *“La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad”* (1986) expuso una serie de cambios que no estaban siendo advertidos por las ciencias sociales y que afectaban notablemente a las nuevas generaciones. Nos planteaba, ¿qué visión de la salud es la más prometedora para el futuro y guiará las acciones de salud pública a medida que avanzamos con ímpetu y firmeza?, en resumen, la pregunta era, ¿Cómo queremos vivir?

Durante los años 70 y en paralelo al desarrollo de la educación sanitaria basada en factores de riesgo, comienza a vertebrarse un notable cuerpo teórico, crítico con estas aproximaciones y la introducción de los planteamientos holísticos, pueden citarse como pioneros e influyentes los de Blue, (planning for health) y de Antonovsky.

“La buena salud emocional, psíquica y somática se mantiene gracias a la habilidad dinámica del ser humano para adaptarse a los cambios de sus circunstancias vitales”.

“La promoción de la salud ha sido un eje de orientación para la creación de condiciones que la mejoren y promuevan, como un derecho básico universal, situándola como una de las mejores inversiones para lograr el desarrollo económico y social de los países en todo el mundo”.

Aarón Antonovsky PhD, (1923-1994) sociólogo norteamericano israelí dedicó su vida a trabajar sobre el estudio del estrés, de la salud y del bienestar. Aaron Antonovsky supuso el primer intento riguroso de vertebrar una teoría explicativa del sufrimiento humano, partiendo no tanto de planteamientos de déficit sino de aspectos positivos. La salutogénesis es un enfoque médico que se centra en factores que apoyan la salud y el bienestar humanos, en lugar de en factores que causan enfermedades. Más específicamente, el “modelo salutogénico” se refiere a la relación entre salud, estrés y afrontamiento. El término salutogénesis define una disciplina que centra su estudio en el origen de la salud y en los denominados activos para la salud, como complemento al enfoque patogénico que contempla los orígenes de la enfermedad y sus factores de riesgo. El concepto es utilizado por primera vez en la década de los setenta del pasado siglo por el médico y sociólogo Aaron Antonovsky en su libro *Health, Stress and Coping*.

El modelo salutogénico postula que la buena salud emocional, psíquica y somática se mantiene gracias a la habilidad dinámica del ser humano para adaptarse a los cambios de sus circunstancias vitales. La teoría salutogénica define un concepto que denomina “sentido de coherencia” que es la suma de los recursos generales de resistencia a la enfermedad menos el déficit general de resistencia a la misma. Los recursos de resistencia se interrelacionan en tres dominios básicos: aquéllos que mejoran la capacidad de obtenerlos, aquéllos que benefician la comprensión del entorno y aquéllos que permiten encontrarle un significado a la propia vida.

Por el contrario, los déficits de resistencia se definen como entrópicos, lo que significa que, sin el impulso de un sentido positivo, éstos ejercen una fuerza desintegradora continua, permitiendo que una determinada enfermedad venza a una persona. La teoría salutogénica proporciona una base con capacidad para ser aplicada al diseño de edificios pensados desde el punto de vista del mantenimiento de la salud, no desde el punto de vista sanitario. Su objetivo es diseñar y construir una Arquitectura que ayude a liberar recursos de forma que estos se reserven o habiliten para la resistencia a la enfermedad, reduciendo la falta de adaptación de la persona al entorno físico.

Tercera y Cuarta Consideración:

Analizaremos el concepto de promoción de la salud, así como sus orígenes y evolución a lo largo del tiempo, se revisarán los principales documentos nacionales e internacionales (cartas), que describen los elementos filosóficos, sociales y políticos; que dan la pauta para el ejercicio de la promoción de la salud en cada uno de los niveles de atención; y que son el resultado del compromiso de las naciones, por preservar la salud del mundo. En 1974 el Informe del primer ministro canadiense Lalonde, proponía: “una nueva perspectiva de la salud de los canadienses”, transformando de algún modo las políticas de salud, al pasar de un modelo basado en la curación de las enfermedades a otro sustentado en la promoción de la salud, considerada la mejor herramienta para aliviar y reducir los problemas de salud.

“Permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud, sean estos positivos o negativos, lo que les da la posibilidad de mejorarla, por lo tanto, la participación activa es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud”.

Desde 1978, con la Declaración de Alma Ata, en la que se estableció el lema: “Salud para todos en el año 2000”, la promoción de la salud ha sido un eje de orientación para la creación de condiciones que la mejoren y promuevan, como un derecho básico universal, situándola como una de las mejores inversiones para lograr el desarrollo económico y social de los países en todo el mundo.

En 1986, se celebra en Ottawa, Canadá, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, fue una iniciativa en favor de una nueva acción de salud pública.

En la carta de Ottawa emanada de dicha conferencia, se analizan los progresos alcanzados desde la declaración de Alma Ata y se pone énfasis en una nueva concepción de la salud pública, tomando en cuenta, desde el concepto de promoción basado en el autocuidado y la acción intersectorial en salud. 3-4 Se define además el concepto de promoción de la salud, haciendo un llamado a la acción internacional, identificando acciones claves y estrategias básicas para lograr la “Salud para todos”, ya propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma Ata. De acuerdo a lo establecido en la Primera Reunión Internacional sobre el tema, realizada en Canadá en el año 1986, el concepto de promoción de la salud (Health Promotion) es definido como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud). Permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud, sean estos positivos o negativos,

“Se plantea la necesidad de adoptar medidas eficaces de buen gobierno centradas en la salud identificando desigualdades sanitarias y de fuerzas comerciales contra la salud”.

lo que les da la posibilidad de mejorarla, por lo tanto, la participación activa es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

La Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Adelaida, Australia en 1988, con el lema “Políticas públicas favorables a la salud”, declara la importancia de la construcción de políticas públicas saludables, abordadas por todos los sectores para actuar sobre los determinantes de la salud y reducir las inequidades sociales y el acceso equitativo a bienes, servicios y a la atención en salud.

En 1991, se celebra en Sundsvall, Suecia, la Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud titulada: “Podemos hacerlo”, la que promovió el concepto de vida saludable y la creación de ambientes En el año 1997 se realiza en Yakarta, Indonesia, la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud con el lema: “Nueva era, nuevos actores; adaptar la promoción de la salud al siglo XXI”. En esta reunión se reflexiona sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, se propone reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los obstáculos y las estrategias necesarias para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI.

En el año 2000, México es sede de la 5ª Conferencia Internacional, en ella se prioriza la: *“promoción de la Salud hacia una mayor equidad”*, tuvo como objetivo *enfatizar el aporte de la promoción de la salud en las políticas, los programas, proyectos de salud y calidad de vida, mediante los Planes Nacionales*. En Bangkok, Tailandia 2005, se realizó la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, con el lema: “Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria”, se orientó a buscar la manera de reducir las desigualdades en materia de salud, en un mundo globalizado.

La Séptima conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud se llevó a cabo con el lema: “Acción de Nairobi”, realizada en Nairobi, Kenia en el año 2009. *Identifica estrategias y compromisos claves que se requieren para cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la promoción de esta.*

“Se plantea la necesidad de adoptar medidas eficaces de buen gobierno centradas en la salud identificando desigualdades sanitarias y de fuerzas comerciales contra la salud”.

En el año 2013, la octava Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud celebrada en Helsinki (Finlandia) da como resultado la Declaración de Helsinki, en donde se recomienda: dar prioridad a la salud y afirmar la necesidad de la coherencia de políticas efectivas para la salud y el bienestar.

En el año 2016 se celebra la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de la OMS convocada para realizarse en Shanghái, China. Se plantea la necesidad de adoptar medidas eficaces de buen gobierno centradas en la salud identificando desigualdades sanitarias y de fuerzas comerciales contra la salud.

La Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud ha sido aprobada con el refrendo de los participantes de la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, organizada conjuntamente por el Gobierno de China y la OMS en Shanghai del 21 a 24 de noviembre de 2016. Pone en relieve la función que desempeñan las ciudades - los dirigentes municipales, en particular los alcaldes- en la promoción de la salud (con la creación de la iniciativa «Ciudades Saludables»), en el contexto de una población mundial cada vez más urbanizada.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado programas basados en entornos saludables dejando la puerta abierta a nuevas iniciativas más originales y menos obvias como supermercados saludables, peluquerías promotores de salud o cualquier otra”.

En todas estas conferencias se habla de entornos para la promoción de la salud, como lugares o contextos sociales donde las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, sociales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar, identifican los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan. Es importante identificar estos escenarios porque, para trabajar con eficacia, las intervenciones de Promoción de la Salud se deben desarrollar e integrar en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004). Los entornos no solo se definen por ser las localizaciones para la Promoción de la Salud, sino también por ser entidades sociales o sistemas que cambian y pueden promover su salud. Se tiene en cuenta la influencia en el entorno y en la creación de sus problemas de salud derivados de la relación entre el ambiente social y los factores personales. Al ser un sistema social, el objetivo de la intervención en un escenario no son solo las personas sino también las estructuras y patrones sociales que lo conforman. Tal y como afirman varios informes (Dennis, 2000; Shinko, Takehito, Keiko & Masafumi, 2001;

“El Movimiento Global de Promoción de la Salud ha reiterado durante las últimas tres décadas la importancia del trabajo conjunto, el trabajo colaborativo, el desarrollo de alianzas y las redes”.

Trevor, 2001), la aproximación por entornos puede considerarse que ha demostrado su capacidad de: - movilizar apoyo político e introducir temas de salud en la agenda política, - crear cauces de participación y modelos de empoderamiento, y - desarrollar redes muy amplias (literalmente mundiales) de colaboración, innovación e intercambio de experiencias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado programas basados en entornos saludables como Ciudades Saludables, posteriormente Escuelas Promotoras de Salud, Hospitales Promotores de Salud, Prisiones Saludables y Universidades promotoras de salud, dejando la puerta abierta a nuevas iniciativas más originales y menos obvias como supermercados saludables, peluquerías promotores de salud o cualquier otra.

Arroyo y Rivera (1) plantean que el trabajo en red ha sido un importante instrumento de trabajo en el ámbito de la Promoción de la Salud. Las manifestaciones de trabajo en red son variadas. Coexisten redes de Promoción de la Salud de naturaleza diversa. Hay redes de las organizaciones de base comunitaria y de la sociedad civil que impulsan grandes causas sociales y de Promoción de la Salud.

“Es importante es el contacto y el trabajo en red con otras universidades que aborden esta misma temática, tanto por el intercambio de experiencias y conocimientos como por el factor reforzador y el apoyo motivante que supone poder compartir los éxitos y dificultades con otras personas con perspectivas similares”.

El trabajo en red es un importante instrumento de trabajo en el ámbito de la Promoción de la Salud. Las manifestaciones de trabajo en red son variadas, coexistiendo redes de Promoción de la Salud de naturaleza diversa: redes de organizaciones de base comunitaria y de la sociedad civil que impulsan grandes causas sociales y redes formales orientadas por el enfoque institucional/gubernamental de entornos saludables. Las redes de entornos saludables han aportado a la visibilidad y permanencia de la ideología y el marco operacional de la Promoción de la Salud con alcance a nivel comunitario e institucional. Las redes existentes contribuyen al desarrollo de capacidades, al liderato y a la defensa pública de los asuntos de salud. El Movimiento Global de Promoción de la Salud ha reiterado durante las últimas tres décadas la importancia del trabajo conjunto, el trabajo colaborativo, el desarrollo de alianzas y las redes.

Las conferencias mundiales recientes de Promoción de la Salud son reiterativas en destacar la importancia del trabajo colaborativo y las alianzas intersectoriales, como ejemplo en la 23ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de la UIPES, celebrada en Rotorua (Aotearoa Nueva Zelanda) en abril de 2019 se aprobó la Declaración

“Es necesario fortalecer la promoción de la salud en lo referente a las acciones de acuerdo con la realidad epidemiológica, demográfica y social; garantizando así la equidad, justicia y el derecho a la salud para todos, lo anterior con la finalidad de lograr un impacto realmente significativo en la salud de cada uno de los habitantes”.

“Reto vital: crear en la salud, ampliando la dimensión bio-psico-social, como profesionales, personas e Instituciones, asimismo incorporándola día a día en todas las acciones”.

de Rotorua WAIORA: Promover la salud planetaria y el desarrollo sostenible para todos. Esta declaración representó el sentir colectivo de los miembros de movimientos sociales, investigadores, profesionales y responsables de elaborar las políticas que participaron en el evento. El documento declaratorio presenta un contenido amplio que destaca la importancia del trabajo conjunto y las alianzas colaborativas.

Como ejemplo del trabajo en redes en promoción de la salud en las universidades son punto de apoyo importante es el contacto y el trabajo en red con otras universidades que aborden esta misma temática, tanto por el intercambio de experiencias y conocimientos como por el factor reforzador y el apoyo motivante que supone poder compartir los éxitos y dificultades con otras personas con perspectivas similares.

Hemos de destacar un aspecto que debe de ser tenido en cuenta para realizar nuestra aportación de modo más eficiente al tema de redes en promoción de la salud: aprovechar la sinergia que provoca el trabajo en red implica que se tendrían que homogeneizar los planteamientos básicos de lo que cabe esperar de una universidad promotora de salud, sus características definitorias y sus modos de actuación; en otras palabras, generar unos criterios básicos acerca de qué entendemos por universidad promotora de salud de tal modo que pueda ser identificada de modo diferenciada de otras universidades sin este compromiso por la salud.

Quinta Consideración:

Aún existe una gran brecha para alcanzar la premisa: “Salud para todos en el año 2000”. Es necesario fortalecer la promoción de la salud en lo referente a las acciones de acuerdo con la realidad epidemiológica, demográfica y social; garantizando así la equidad, justicia y el derecho a la salud para todos, lo anterior con la finalidad de lograr un impacto realmente significativo en la salud de cada uno de los habitantes.

El reto consiste en aplicar cada una de las iniciativas, estrategias y propuestas revisadas a lo largo de esta unidad, pasar del discurso a su aplicación práctica en las situaciones de salud del individuo, crear sinergia en la concientización de los profesionales de la salud, en los encargados de las tomas de decisiones e individuos; realizar cambios

sostenibles en el comportamiento de los sujetos y por ende en el estado de salud de la población.

Cómo retos en Promoción de la salud, podemos hablar de reto vital, reto de concepción, reto estratégico y reto metodológico.

Reto vital:

Crear en la salud, ampliando la dimension bio-psico-social, como profesionales, personas e Instituciones, asimismo incorporándola día a día en todas las acciones.

Reto de concepción:

Concebir la promocion de la salud como un trabajo psico-socio-sanitario-participativo, empezando a desarrollarlo desde nuestros ámbitos o experiencias cotidianas y considerándolo como un trabajo, incorporando lo psicológico-individual, lo social grupal/comunitario y lo biológico-genético, es decir, empoderar a la comunidad.

Reto estratégico:

Dar a la promoción de la salud un lugar concreto, preciso, identificable y asumible. Hay que adquirir saberes, incorporando teoria, metodos, técnicas,...

Reto metodológico:

Formación en promoción de la salud, pero poniendo en practica esa formación, haciendo un ejercicio reflexivo que posibilite aprender e ir mas allá de la adquisición de conocimientos hay que adquirir saberes, incorporando teoría, métodos, técnicas.

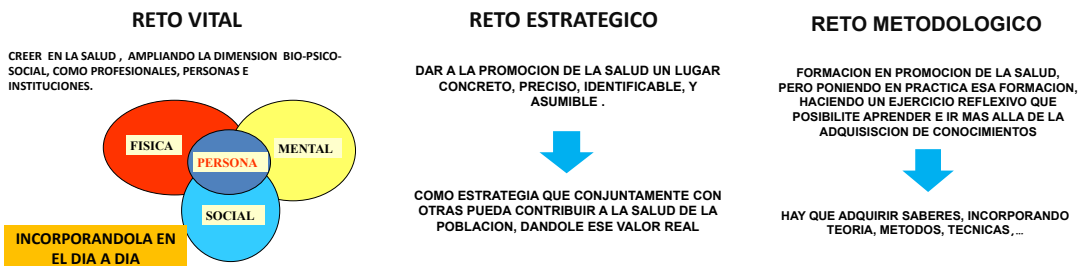


Figura 8. Carmen Gallardo Pino (2020). *La promoción de la salud: retos y propuestas*. Presentación curso URB-HealthS día 19 de octubre 2020.

BIBLIOGRAFÍA

Arroyo Acevedo H., Gallardo Pino C. (2020) *El trabajo colaborativo y en red en la Promoción de la Salud*. Disponible en: [Promoción de la Salud en la Región de las Américas. Elementos teórico-prácticos con una perspectiva integral e intersectorial](#).

Arroyo HV. (2016) Perfil descriptivo-situacional del Movimiento Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica. En: La promoción de la salud en América Latina: apuntes históricos, estructuras y políticas nacionales. Universidad de Puerto Rico. pp.81–103.

Arroyo-Acevedo H, Durán Landazabal G, Gallardo Pino C (2014). *Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud* (RIUPS). Global Health Promotion. 22. pp.64–8.

[Carta de Ottawa para la promoción de la Salud](#) (1986) primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986.

[Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado hacia la Promoción de la Salud, Volumen 11, Enero – Diciembre 2006, págs.133 – 142.](#)

5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; México, F. (2000). Disponible en: <https://docs.google.com/document/d/1EJT15fSBDJO-TzMgntyj5KlwgBVZ91pHUttszVB7LrQ/edit>

8ª Conferencia Mundial de la Organización Mundial de la Promoción de la Salud (2013) *La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas*. Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013.

Hernández Xochipa V. (2013). *Evolución histórica del concepto de promoción de la salud*.

Martínez-Riera J.R. et al. (2018). Gac Sanit, 32 (S1):86–91

[Salud Extremadura](#) (2020). Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/web/>

OMS/OPS y Unicef (1978) [Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Almá-Atá](#), 6-12 de septiembre de 1978.

[Organización Mundial de la Salud \(2016\). Promoción de la salud](#). Disponible: [Organización mundial de la Promoción de la salud](#)

Organización Mundial de la Salud. [Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción](#). (Consultado el 27/12/2017)

[Organización Panamericana de la Ejecución del plan de acción sobre la salud en todas las políticas \(SeTP\)](#) (2017). *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad*.

Secretaría de Salud, Dirección general de Promoción de la Salud, Modelo Operativo de Promoción de la salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/direccion-general-de-promocion-de-la-salud>

5. POLÍTICAS Y REGULACIONES EUROPEAS Y NACIONALES. SUBVENCIONES Y LÍNEAS DE AYUDA

Milagros Ramasco Gutiérrez

Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

“Cerdá se refería a la ciudad como un organismo vivo que cumplía determinadas funciones y proponía una novedosa idea de ciudad en base a la dialéctica establecida entre el espacio privado o intervías y el espacio público”.

Hacia el año 2050, casi el 70% de la población mundial vivirá en zonas urbanas, lo que representará el mayor crecimiento urbano en la historia de la humanidad. Las ciudades ofrecen oportunidades e impulsan la innovación y la creación de riqueza. Al mismo tiempo, para la sociedad, suponen las principales fuentes de consumo de recursos, contaminación, crimen y enfermedad. Para muchos, las crecientes desigualdades limitan los beneficios de la vida urbana y agravan los impactos negativos.

The screenshot shows the ISGlobal website interface. At the top, there is a navigation bar with the ISGlobal logo, a 'COVID-19: HAZ UN DONATIVO' button, and social media links. Below this is a main menu with categories like 'Sobre ISGlobal', 'Investigación', 'Iniciativas', 'Análisis y Desarrollo', 'Formación', and 'Actualidad'. A secondary menu lists specific topics: 'CHAGAS', 'ELIMINACIÓN DE LA MALARIA', 'SALUD URBANA', 'RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS', and 'SALUD MATERNA'. The 'SALUD URBANA' section is highlighted. The main content area features the title 'Planificación Urbana, Medio Ambiente y Salud' and a sub-header 'El vínculo entre la salud de la población y el medio ambiente debe ser la base de la planificación urbana.' Below the text is an aerial photograph of a dense urban area. At the bottom of the screenshot, there is an illustration titled '5 claves para ciudades más saludables' showing various urban activities like walking, cycling, and playing in a park.

Figura 9. ISGLOBAL⁴. <https://www.isglobal.org/urban-planning>

Figura 10. ISGLOBAL⁴. <https://www.isglobal.org/es/ciudadesquequeremos>

4. Como respuesta, [ISGlobal](https://www.isglobal.org) ha creado la Iniciativa de Planificación Urbana, Medio Ambiente y Salud con el objetivo de aplicar rigurosas evidencias científicas, herramientas e indicadores para fomentar el desarrollo urbano saludable y sostenible. La iniciativa reúne a expertos, médicos y responsables de todos los sectores con el fin de optimizar los entornos urbanos para la salud. A través de la investigación, incidencia política y desarrollo de capacidades, la iniciativa se compromete con socios clave y el público para la acción e impacto transformador en la sociedad.

[Convocatoria de Ayudas a las Entidades Locales 2019.](#)

[Carta de Ottawa de PS.](#)

Marco de los Determinantes Sociales de la Salud y Enfoque de equidad

Una de las cuestiones clave al hablar de urbanismo y salud en un territorio como es Alcorcón, es partir del contexto socio-histórico, político y económico en el que se gestan y despliegan en un territorio dado las condiciones de asentamiento, vida y relación: vivienda, vecindad, trabajo, movilidad, educación, recursos de ocio, deporte, cultura, etc. y las condiciones de posibilidad que lo acompañan, contando con lo existente.

La salud es el resultado de muchos factores, algunos fuera ámbito sanitario. Las condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales y acciones de diferentes sectores (educación, vivienda...) repercuten en la vida de las personas, en sus relaciones sociales, en el apoyo social y facilitan o impiden estilos de vida saludables. Las acciones dirigidas a mejorar la salud deben actuar de manera amplia teniendo en cuenta los sectores implicados.

“Una de las cuestiones clave al hablar de urbanismo y salud en un territorio como es Alcorcón, es partir del contexto socio-histórico, político y económico en el que se gestan y despliegan en un territorio dado las condiciones de asentamiento, vida y relación”.

- **La salud** = resultado de factores, algunos fuera ámbito sanitario.
- **Las condiciones socio-económicas, culturales, ambientales y acciones** de diferentes sectores (educación, vivienda....) repercuten en la vida de las personas, en sus relaciones sociales, en el apoyo social y facilitan o impiden estilos de vida saludables.
- **Las acciones dirigidas a mejorar la salud** deben actuar de manera amplia teniendo en cuenta los sectores implicados.



Figura 11. Determinantes Sociales de la Salud y Enfoque de equidad. Fuente: Dahlgren y Whitehead (1993).



Figura 12. Organización Panamericana de la Salud (2020). *Validación de los indicadores de implementación del Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas: propuesta para su aplicación en los países.*



Figura 13. McQueen, Wismar, Lin, Jones y Davies (2012). *Gobernanza Intersectorial para la Salud en Todas las Políticas.* Organización Mundial de la Salud.

Salud en todas las políticas

Salud en todas las políticas (HiAP) es un enfoque para la formulación de políticas que considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud para mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria.

En línea con los principios establecidos en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud por la Organización Mundial de la Salud-OMS (1986) de Alma Ata, la Carta de Ottawa, el Informe final de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud y la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, *Salud en todas las políticas* es un enfoque colaborativo que busca mejorar salud mediante la incorporación de un lente de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de política. También desarrolla la capacidad de los profesionales de políticas de salud para reconocer y apoyar los objetivos de desarrollo de otros sectores, reconociendo la naturaleza interdependiente del desarrollo social, económico y ambiental (ver [Documentos](#)).



Inicio / Salud en todas las políticas

Salud en todas las políticas

Salud en todas las políticas (HiAP) es un enfoque para la formulación de políticas que considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud para mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria. En línea con los principios de Alma Ata, la Carta de Ottawa, el Informe final de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud y la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, *Salud en todas las políticas* es un enfoque colaborativo que busca mejorar salud mediante la incorporación de un lente de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de política. También desarrolla la capacidad de los profesionales de políticas de salud para reconocer y apoyar los objetivos de desarrollo de otros sectores, reconociendo la naturaleza interdependiente del desarrollo social, económico y ambiental.

Figura 14. Organización Panamericana de la Salud (2020). *Salud en todas las políticas.* Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-todas-politicas>



Figura 15. [Red Española de Ciudades Saludables](#)

Red Española de Ciudades Saludables

Esta asociación de ciudades nace en 1988 en la Federación Española de Municipios y Provincias, dentro del Proyecto europeo de **Ciudades Saludables** que es una iniciativa internacional, dirigida por la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo es la salud y el desarrollo sostenible, en el nivel local, según la estrategia “Salud para todos”. El proyecto busca mejorar el bienestar y el medio ambiente físico, mental y social de la ciudadanía. Actualmente, 149 ciudades están asociadas a la Red Española de Ciudades Saludables. En las ciudades españolas de la Red viven más de 19 millones de personas, más del 41% de la población nacional. Forman parte de la Red 31 capitales de provincia y 39 ciudades de más 100.000 habitantes. Pero no importa el tamaño de la ciudad, todos los Gobiernos Locales tienen cabida en la Red, así está integrada también una Diputación Provincial y un Cabildo insular.

Estrategia de Promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social:

Fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2013. El horizonte temporal de su implementación es 2020 y su principal objetivo es fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones no intencionales.

Esta Estrategia, coordinada desde la Subdirección de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública de la Dirección General de



Figura 16. Portada de la *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social.

Salud Pública, Calidad e Innovación, proporciona una oportunidad para integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles, sectores y actores implicados. Se desarrolla en tres ejes de acción: entornos, factores y poblaciones.

- Tiene como entornos prioritarios de intervención el sanitario, el educativo y el comunitario.

- Los factores que se abordan corresponden a aquellos que tienen mayor importancia desde el punto de vista del abordaje de la cronicidad: alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco y consumo de riesgo de alcohol, sumando también el bienestar emocional y la seguridad del entorno con el objetivo de prevenir lesiones no intencionales.

- Aunque la Estrategia tiene un enfoque de ciclo de vida, en la primera fase se han priorizado dos poblaciones: la infancia (menores de 15 años) y los mayores de 50 años.

El enlace y documento recogen y resumen las acciones que se han llevado a cabo desde la aprobación de la Estrategia hasta el momento actual.

Convocatoria premios RECS

Convocatoria de los Premios de Calidad de la Red Española de Ciudades Saludables (RECS). Su objetivo es recopilar y difundir las actuaciones desarrolladas en el ámbito de la promoción de la salud por los Gobiernos Locales españoles adheridos a la RECS. Más información en el siguiente enlace: <http://reces.es/convocados-los-premios-de-calidad-de-la-reces/>



Figura 17. Premios estrategia NAOS.

Para cualquier consulta sobre esta Convocatoria pueden dirigirse al correo institucional de la Estrategia NAOS: estrategianaos@mscbs.es

XIV Premios Estrategia NAOS, Edición 2020:

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) ha convocado los XIV Premios Estrategia NAOS, Edición 2020 con el objetivo de reconocer y divulgar aquellos programas o proyectos que fomenten una alimentación saludable y/o la práctica de actividad física, objetivos de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS) en cualquiera de los ámbitos de actuación de esta Estrategia: familiar y comunitario, escolar, laboral, sanitario y empresarial. Más información sobre la XIV edición de los Premios Estrategia NAOS: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/ampliacion/Premios_NAOS_2020.htm

EUROHEALTHNET – Publicaciones de interés:

Tres enlaces con recientes publicaciones de interés de Eurohealthnet (de la que el Ministerio de Sanidad es miembro):

1. [E-Guide for Financing Health Promoting Services](#)
2. Policy Précis Making the link: [Improving Health and Health Equity through Strong Social Protection Systems](#)

La revista de [Eurohealthnet](#), recoge proyectos de promoción de la salud actuales especialmente ligados a la respuesta a la pandemia COVID-19.

Gobernanza Intersectorial para la Salud en Todas las Políticas. Estructuras, acciones y experiencias

Capítulo introductorio sobre Salud en Todas las Políticas, los determinantes sociales de la salud y la gobernanza por David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin y Catherine M. Jones.

La Agenda 2030

El 25 de septiembre de 2015, 193 países nos comprometimos con los 17 **Objetivos de Desarrollo Sostenible** de Naciones Unidas y su cumplimiento para el año 2030. Los objetivos persiguen la igualdad entre las **Personas**, proteger el **Planeta** y asegurar la **Prosperidad** como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Un nuevo contrato social global que **no deje a nadie atrás**.



Figura 18. [Objetivo 11. Ciudades y comunidades sostenibles. Agenda 2030.](#)



Cómo implementar los ODS en las ciudades

Un manual introductorio para quienes trabajan en el ámbito del desarrollo urbano sostenible

Figura 19. Kanuri C., Revi A., Espey J. y Kuhle H., con aportes de la Red Temática Ciudades Sostenibles de la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible SDSN. [Cómo implementar los ODS en las ciudades. Un manual introductorio para quienes trabajan en el ámbito del desarrollo urbano sostenible](#)

Cómo implementar los ODS en las ciudades. Un manual introductorio para quienes trabajan en el ámbito del desarrollo urbano sostenible

Explica cómo emprender la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en ciudades y asentamientos humanos. La acción eficaz y decisiva para el desarrollo sostenible a nivel local, en todas las ciudades y en todos los asentamientos humanos, es esencial para el éxito de la Agenda 2030. Aunque los gobiernos locales desempeñan un rol clave en la implementación de los ODS, se dispone de muy poco material orientativo sobre cómo adaptar los objetivos mundiales al plano local. Este manual procura cubrir este déficit de información y sugiere maneras en que dirigentes municipales, profesionales locales y diseñadores de políticas pueden usar los ODS para planificación y desarrollo in situ. Se han tomado ejemplos de casos de ciudades en países de bajos a altos ingresos, procurando brindar un marco de pautas orientativas que puedan ser aplicadas en todas las regiones.

Salud y Desarrollo Urbano Sostenible Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo. N.º 17. Abril 2014

La planificación estratégica de los procesos de Agenda local 21 cristaliza en los Planes de Acción local, en los que se recogen las acciones que el municipio va a abordar de cara a mejorar la calidad de vida de su ciudadanía sin gravar la de quienes lo habitan en el futuro. El marco de referencia para el desarrollo de las Agendas Locales 21 son los Compromisos de Aalborg+10. En su preámbulo, indica que estos Compromisos son en sí mismos la respuesta a los retos y responsabilidades de quienes gobiernan para con su ciudadanía y que los adoptan como «un medio a partir del cual seleccionaremos las prioridades de acuerdo a nuestras situaciones y necesidades locales».

DOS EJEMPLOS DE CIUDADES QUE APLICAN POLÍTICAS URBANAS SALUDABLES

Vancouver: Ciudades que se adaptan al cambio climático

El urbanista y ex jefe de planificación de Vancouver, Brent Toderian, explica en este [vídeo](#) tres factores que demuestran que la movilidad sustentable fue adoptado por los habitantes desde hace más de 40 años.

El primero: a fines de los 60 e inicios de los 70 la ciudadanía rechazó construir autopistas, por lo que hoy es la única ciudad de Norteamérica que no tiene autopistas dentro de sus límites urbanos. A esto se suman proyectos más recientes como por ejemplo que el 24% de la red de ciclovías es considerada para personas de todas las edades y habilidades, por lo que hoy facilitan los viajes en bicicletas. Incluso, el 10% de los viajes al trabajo se realizan en este medio de transporte.

El segundo: la Exposición Internacional de 1986 que tuvo como tema central las comunicaciones y el transporte. Durante seis meses el borde costero de False Creek estuvo intervenido con los pabellones de los 54 países participantes y actualmente es uno de los principales espacios públicos de la ciudad hasta donde los habitantes llegan a caminar, pasear en bicicleta o simplemente disfrutar al aire libre.

El tercero: que fue sede los Juegos Olímpicos de Invierno realizados en 2010 que incluyeron numerosas actividades en espacios públicos de la ciudad siendo uno de ellos el cierre de las calles para realizar fiestas al aire libre.

No obstante, existen factores secundarios como la extensión de la red de Skytrain y que hay que esperar menos de un minuto por un tren, además del nuevo sistema de bicicletas públicas Mobi que recién se lanzó en julio de 2016, que favorecen que los habitantes adopten medios de transporte sustentables en su rutina diaria.

[El plan de los barrios de Barcelona](#)

El Plan de barrios de Barcelona es una iniciativa municipal que, en colaboración con los vecinos y vecinas y con una dotación presupuestaria extraordinaria, pone en marcha acciones sociales, económicas y urbanas para mejorar los barrios que más lo necesitan.

El Plan de Barrios establece una nueva manera de trabajar entre la administración y los barrios, que se basa en la suma de la creatividad y la eficacia de la acción vecinal con la capacidad y los recursos del Ayuntamiento. Con este modelo de actuación, los procesos consiguen ser más eficientes y los retos de cada barrio se solucionan de manera orgánica, sostenible y desde el mismo entorno.

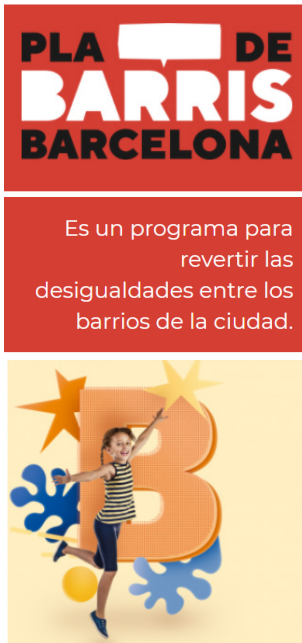


Figura 20. Plan de los barrios de Barcelona.
Fuente: Ayuntamiento de Barcelona.

6. CIUDAD, URBANISMO Y SALUD

José Fariña Tojo

Catedrático Emérito de la Universidad Politécnica de Madrid

“Los residentes en las calles de tercera categoría presentaban una mortalidad cuatro veces superior a los que lo hacían en las de primera categoría”.

La relación entre Salud y Urbanismo es uno de los temas fundamentales a lo largo de la historia del urbanismo. La urbanística surgió como reacción a las desigualdades sanitarias que produjo la ciudad de la Revolución Industrial. Así, en una encuesta realizada en el año 1944 en Manchester se observó, al clasificar las calles en tres grandes grupos, que los residentes en las de tercera categoría presentaban una mortalidad cuatro veces superior a los que lo hacían en las de primera categoría. También en el informe de *La situación de la clase obrera en Inglaterra* de Federico Engels se afirma que en Liverpool cuatro años antes de esta encuesta que el promedio de vida de los nobles era de 35 años, de los artesanos acomodados de 22 años, y de los jornaleros de 15. Para corregir el problema surgieron dos respuestas: la reformista con las primeras leyes sanitarias y la utópica con propuestas como la de Howard de la llamada *Ciudad Jardín*. El 31 de agosto de 1848 se aprueba la primera ley sanitaria inglesa y se puede decir que, a partir de ese día, empieza el urbanismo moderno.

“La ciudad se ha ido alejando progresivamente de estos orígenes tan relacionados con la Salud Pública”.

Con el transcurso del tiempo la planificación y organización de la ciudad se ha ido alejando progresivamente de estos orígenes tan relacionados con la Salud Pública probablemente debido a la suposición de que habían sido superados. El problema es que ha habido un cambio muy importante en las condiciones de contexto planetarias debido al hecho de que el consumo de planeta ha superado a su biocapacidad. Es lo que se conoce con el nombre de sostenibilidad. Paralelamente, también en la Salud Pública se han empezado a detectar nuevos problemas que hacen necesaria una reconsideración de la forma en que se planifican y organizan las ciudades, para poder afrontar el problema. Se podrían poner muchos ejemplos: aumento de la obesidad y de las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, lesiones, incluso pandemias como la que estamos padeciendo, también problemas psicológicos derivados, por una parte del exceso de estímulos y por otra de la soledad. Y si añadimos el problema del cambio climático parece necesario un replanteo importante de las bases urbanas actuales.



Figura 21. Fariña J, Higuera E, Román E (2019). *Ciudad Urbanismo y Salud. Documento Técnico de criterios generales sobre parámetros de diseño urbano para alcanzar los objetivos de una ciudad saludable con especial énfasis en el envejecimiento activo.* Madrid.

“El peatón debería adquirir el estatus de pieza básica en la construcción urbana”.

“Tanto la salud como la sostenibilidad requieren propuestas comunes”.

“Shanahan plantea la necesidad de establecer una ‘dosis mínima’ de naturaleza accesible para la población”.

En un reciente trabajo que realizamos para el Ministerio de Salud y la Federación Española de Municipios (2019), recogimos las propuestas más importantes encaminadas a afrontar estos temas y que podríamos resumir en tres aspectos: una ciudad pensada para andar (es decir, una ciudad de cercanía), la introducción de la naturaleza en las áreas urbanas y la creación de espacios de convivencia. Respecto a la ciudad de cercanía decíamos en el informe que este enfoque implica una recomposición casi completa de los parámetros actualmente establecidos que están basados en ciudades construidas para los automóviles.

Es importante destacar el hecho de que el peatón debería adquirir el estatus de pieza básica en la construcción urbana, de forma que se pudiera acceder a las diferentes funciones que proporciona la ciudad andando. No necesariamente en transporte público, en moto o en bicicleta, sino andando. Esto es básico desde el punto de vista de la salud porque ya se ha insinuado que el sedentarismo es uno de los primeros problemas a los que es necesario enfrentarse. Además, todas las proyecciones demográficas nos ofrecen un panorama de una población envejecida, particularmente en el caso español, lo que significa que, a veces, es complicado para los mayores desplazarse en bicicleta. Pero es que, además, este aspecto está directamente relacionado con los límites planetarios de forma que, probablemente, sea una de las formas de abordar con más solvencia la sostenibilidad del sistema.

Respecto a la cuestión de la introducción de la naturaleza en la ciudad también decíamos que la ciudad se creó para separarse de la naturaleza y tener un espacio pequeño mucho más controlado. Sin embargo, esta separación llevada al límite ha traído consigo, no sólo problemas que afectan a la salud de los habitantes de las ciudades sino también a las posibilidades de supervivencia planetaria al explotar excesivamente los ecosistemas que dan sustento a la vida urbana. Una vez más se puede ver que, tanto la salud como la sostenibilidad requieren propuestas comunes. No cabe duda de que, en las actuales condiciones de densificación de las ciudades, hay un debate abierto y un interés creciente sobre la relación entre los elementos naturales y otros componentes de la plástica urbana y cómo hacer coexistir naturaleza y urbanismo. Así, Shanahan plantea la necesidad de establecer una “dosis mínima” de naturaleza accesible para la población que, como estos mismos autores

“La necesidad de espacios de convivencia es crítica para el funcionamiento de una sociedad”.

“La mejora del bienestar subjetivo y la necesidad de interacción social son los dos conjuntos de motivaciones básicas que justifican la importancia de los espacios naturales urbanos para la calidad de vida”.

“Si queremos que la ciudad recupere su función de educación en la urbanidad es imprescindible que aceras, plazas y parques se constituyan en puntos de encuentro y socialización”.

muestran contribuye a la mejora de la salud de la población urbana. Matsouka y Kaplan concluyen que el contacto con estos espacios busca satisfacer la necesidad de contemplar elementos naturales (especialmente vegetación) la necesidad de satisfacción y estar a gusto y la necesidad de usos recreativos (juegos, deporte, etc.).

Justamente estos espacios verdes de cercanía son básicos como espacios de interacción social y convivencia. De forma que este planteamiento debe complementar el anterior ya que la mejora del bienestar subjetivo (en sentido amplio, incluyendo bienestar físico y psicológico) y la necesidad de interacción social son los dos conjuntos de motivaciones básicas que justifican la importancia de los espacios naturales urbanos para la calidad de vida. Pero no sólo los espacios naturales. La necesidad de espacios de convivencia, sean o no verdes, es crítica para el funcionamiento de una sociedad cada vez más mediatizada por las redes virtuales y la sustitución de la realidad por una ficción cada vez más alejada de la interacción directa de las personas.

Además, en la mayor parte de los estudios analizados se destaca la importancia que los espacios públicos de cercanía tienen para la satisfacción de las necesidades de interacción social, promover la participación y desarrollar sentimientos de comunidad. Así pues, la mejora del bienestar subjetivo (en sentido amplio, incluyendo bienestar físico y psicológico) y la necesidad de interacción social son los dos conjuntos de motivaciones básicas que justifican la importancia de los espacios naturales urbanos para la calidad de vida. Y dentro de la amplia tipología de espacios verdes, se destaca la importancia estratégica cada vez más relevante de los espacios verdes de cercanía. Para ello es imprescindible que el espacio público sea confortable. Según Bedino-Rung, Mowen y Cohen, un medio ambiente urbano poco confortable disuade de la utilización del espacio. Si queremos que la ciudad recupere su función de educación en la urbanidad es imprescindible que aceras, plazas y parques se constituyan en puntos de encuentro y socialización. Para ello es necesario que sean confortables. Pero esto no es suficiente. Además, el urbanita tiene que sentirse seguro. Esta es otra cuestión muy importante de forma que trabajos como los pioneros de Newman en 1971, que desembocaron en métodos como CEPETED, deberían constituir un área muy importante en el diseño urbano.

BIBLIOGRAFÍA

Bedimo-Rung et al. (2005). The Significance of Parks to Physical Activity and Public Health: a conceptual model. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 28, Issue 2, Supplement 2.

Benevolo L. (1994). *Los orígenes del urbanismo moderno*. Ediciones Celeste.

Borrell C., Díez E., Morrison J. y Camprubí L. (2012). *Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas*. Barcelona. Projectos Medea e IneqCities.

Centre for Active Design (2013). *Active design. Shaping the sidewalk experience*. New York City Departments of Planning, Design and Construction and Health and Mental Hygiene.

Croucher K., Wallace A., Duffy S. (2012). *The influence of land use mix, density and urban design on health: a critical literature review*. The University of York.

Edwards P. y Tsouros A. (2008). *A Healthy City is an Active City: a physical activity planning guide*.

Engels F. (1845). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*.

Faculty of Public Health (2010). *Great Outdoors: How Our Natural Health Service Uses Green Space To Improve Wellbeing. An action report*. Natural England.

Fariña J, Higuera E, Román E (2019). *Ciudad Urbanismo y Salud. Documento Técnico de criterios generales sobre parámetros de diseño urbano para alcanzar los objetivos de una ciudad saludable con especial énfasis en el envejecimiento activo*. Madrid.

Holland, P.H. (1844). *Report of Commission of Inquiry into the State of large Towns and Populous Districts*, first Report. Appendix.

Jones S.J., Lyons R.A, John A. et al. (2005). *Traffic calming policy can reduce inequalities in child pedestrian injuries: database study*.

Matsuoka, R. H., y Kaplan, R. (2008). People's needs in the urban landscape: Analysis of landscape and urban planning contributions. *Landscape and Urban Planning*, 84.

Newman O. (1971). *Defensible Space: people and design in the violent city*. Architectural Press.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Night noise guidelines for Europe*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/noise/publications>

Shanahan D. F. et al (2015). *The Health Benefits of Urban Nature: How Much Do We Need?* BioScience Vol.65 No.5.

Sukopp, H. y Werner, P. (1991). *Naturaleza en las ciudades. Desarrollo de flora y fauna en áreas urbanas*. Edición en español. Madrid: Secretaría de Estado para las Políticas del Agua y el Medio Ambiente, Ministerio de Obras Públicas y Transportes.



INDICADORES Y METODOLOGÍAS MULTI-CRITERIO



7. INDICADORES PARA EL ANÁLISIS TERRITORIAL POR ÁREA PEQUEÑA

Urko Elozegui Gurmendi

Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud
Subdirección General de Higiene, Seguridad Alimentaria y Ambiental. Dirección General de Salud Pública.
Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

El taller de indicadores para el análisis territorial por área pequeña impartido dentro del curso sobre urbanismo y salud del caso de estudio de la localidad madrileña de Alcorcón trata de capacitar a los técnicos en herramientas de libre acceso y repositorios de datos estadísticos oficiales para poder desarrollar seguimientos mediante indicadores de datos en micro-ámbitos que posibiliten identificar la distribución a escala infra-municipal de fenómenos de interés para lograr ciudades más saludables.

Asumiendo como Marco contemporáneo el enfoque de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la implementación de indicadores para todos y cada uno de los objetivos, en este práctico taller se enumeran medio centenar de enlaces vigentes y recursos activos para su uso por parte de los profesionales.

Inicialmente se presenta como recurso de referencia la página del Instituto Nacional de Estadística que describe la metodología, ofrece resultados detallados y los datos base de todos los indicadores estadísticos vinculados a cada una de las metas los 17 Objetivos definidos por la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Vinculado al enunciado de los indicadores, se da a conocer la estrategia quinquenal 2019-2023 del Global Partnership for Sustainable Development Data (GPSD), que invoca un marco común para la creación y el tratamiento de datos indicadores desde lo global a lo local.

“Los equipos que afrontan el diseño y la planificación urbana precisan de un buen análisis y diagnóstico del ámbito territorial”.

El primer bloque práctico, referido a las herramientas, presenta y describe los tipos de visores de mapas y ortofotografía oficiales y de uso libre más útiles para el análisis territorial en la región. Los equipos que afrontan el diseño y la planificación urbana precisan de un buen análisis y diagnóstico del ámbito territorial, a menudo de ámbitos desconocidos para todo o parte de los profesionales. El

lenguaje de los mapas se revela como la mejor manera de iniciar el conocimiento de un territorio, en parte por su altísima capacidad de síntesis y revelación de las complejas relaciones de los fenómenos en el territorio. La dantesca evolución de la cartografía digital en la última década nos deja como herencia unas potentísimas herramientas al alcance de todos para observar al máximo detalle todos los municipios de la Comunidad de Madrid.

Se destacan cuatro visores públicos que por su especificidad ayudarán en muy poco tiempo al profesional obtener una visión general del entorno y con ello identificar la demanda de indicadores concretos:

El [visor PLANEA](#), que forma parte de la última generación de visores de la Infraestructura de Datos Espaciales de Madrid.

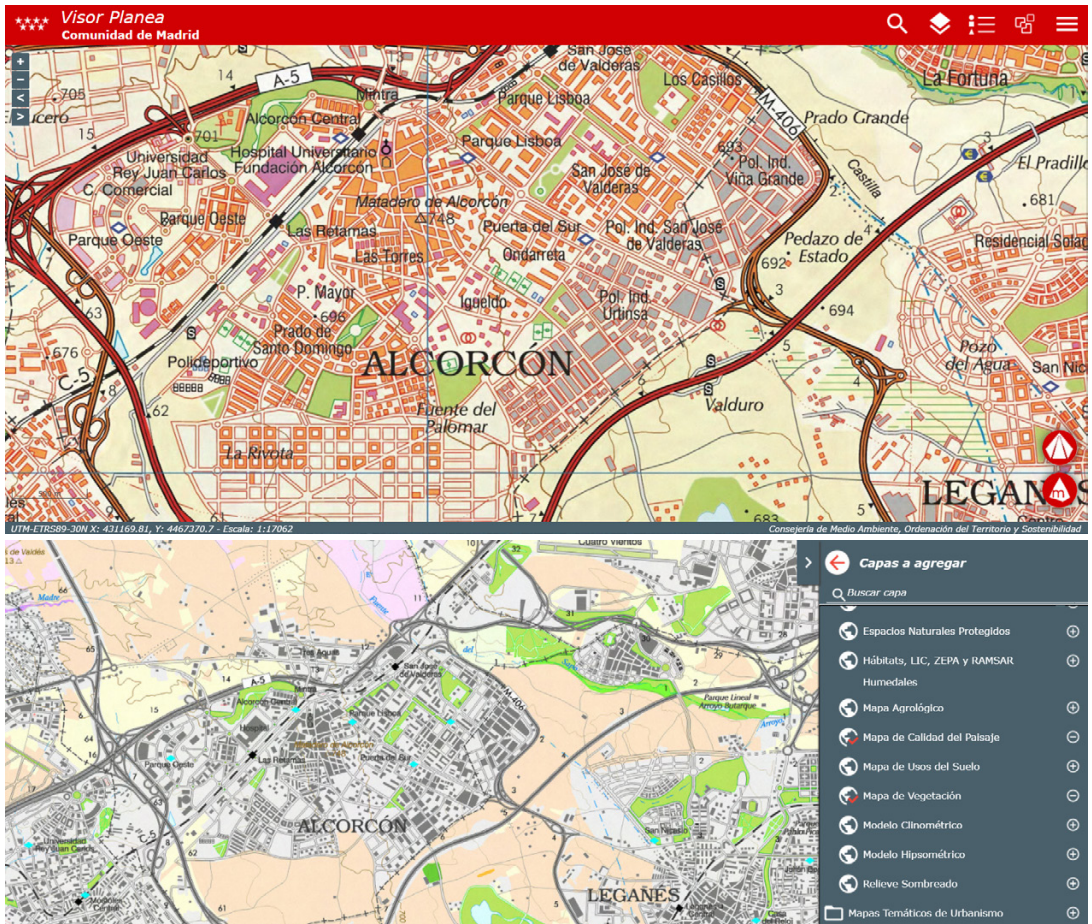


Figura 22. Plano de Alcorcón. Fuente: Visor Planea. Comunidad de Madrid.

El **Sistema de Información Territorial** que informa de las normativas urbanísticas vigentes, con acceso a todos los documentos.

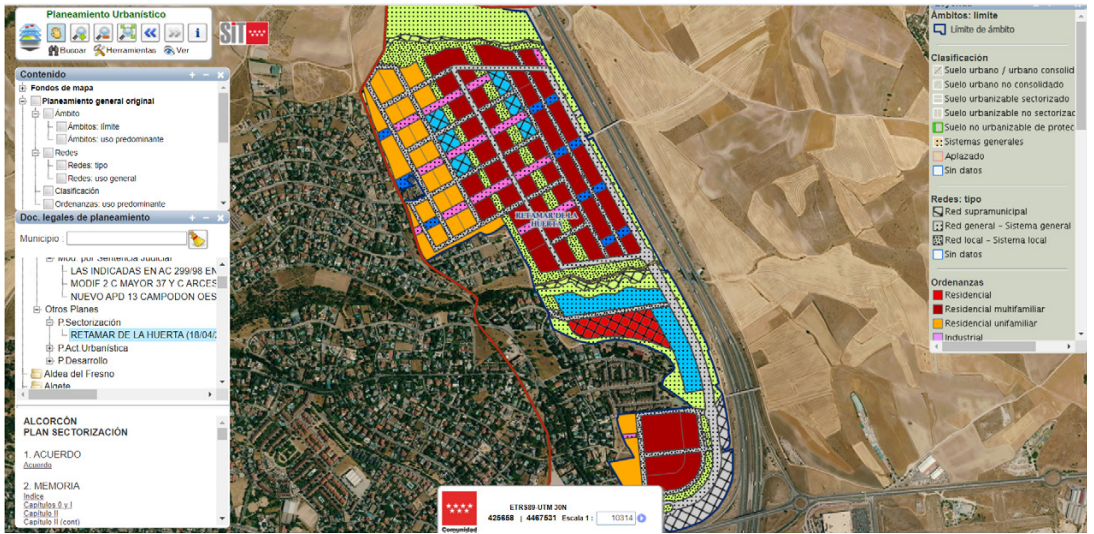
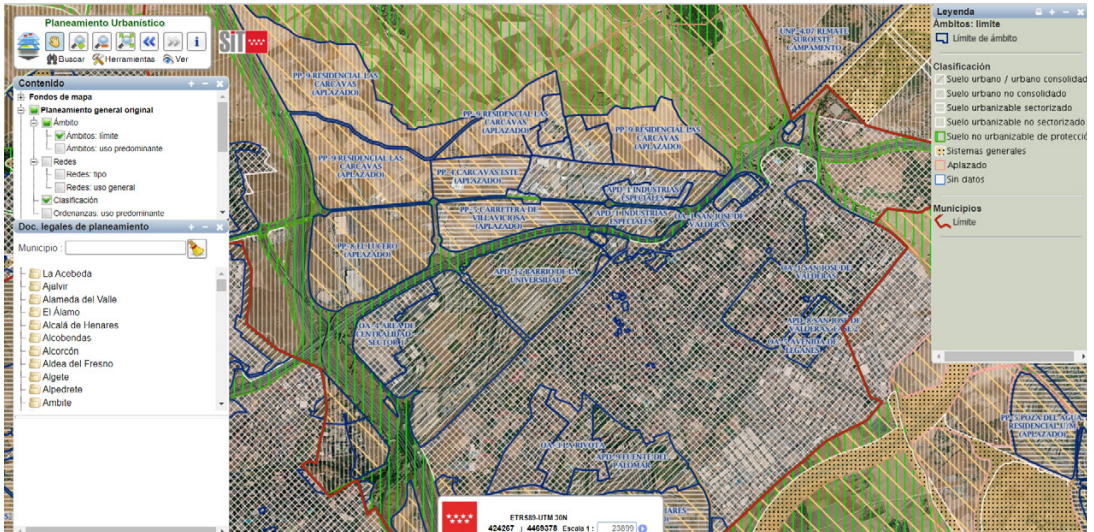


Figura 23. Plano de Alcorcón.
Fuente: Sistema de Información Territorial. Comunidad de Madrid.

Los novedosos [Mapas de Protección Civil](#), que sintetizan la vulnerabilidad, peligrosidad y riesgos en el territorio.

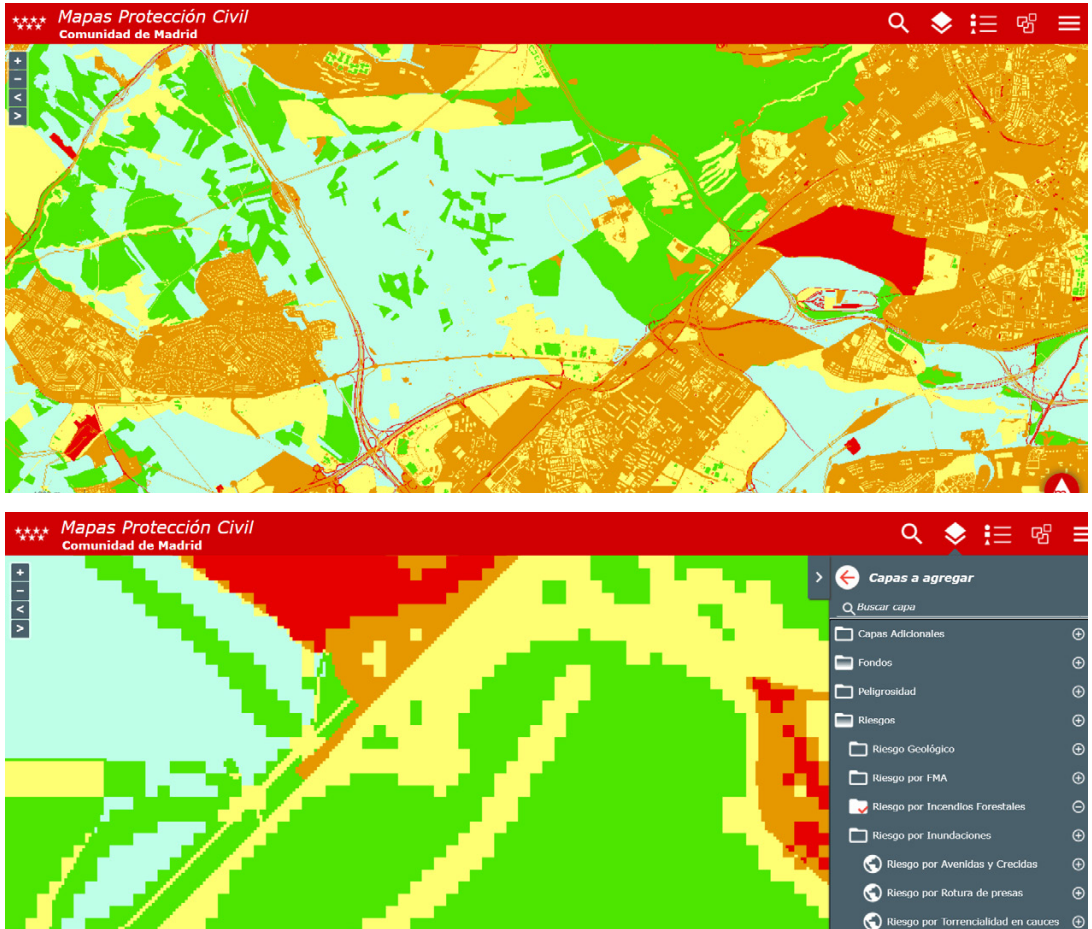


Figura 24. Plano de Alcorcón.
Fuente: Mapas de protección civil. Comunidad de Madrid.

Se presenta el [universo OpenStreetMaps](#), el principal repositorio de cartografiado colaborativo libre mundial, que se ha convertido en un estándar de facto por su accesibilidad, gratitud y versatilidad. El uso de sus servicios, mapas y apps complementa las fuentes de datos y visores oficiales en datos que por su detalle y granularidad resultan a menudo difíciles de obtener sin contar con una importante dotación de fondos para el proyecto.

Destacamos aquí la plataforma de descripción de [datos masivos osm](#) y la utilidad [overpass turbo](#) de consulta por parámetros. No obstante, el análisis territorial urbano y urbanístico también **debe valerse de la**

observación directa de fotografías y su foto interpretación que en la actualidad también está al alcance de todos gracias a información de calidad que se ofrece por parte de distintos organismos competentes. Merece la pena observar la última información del territorio desde el aire ya que nos permite observar cambios estructurales y detalles de la trama urbana y otros indicadores que pueden resultar útiles. Diversos indicadores y métricas que caracterizan el territorio se basan en la fotointerpretación debido a su potencia en la inmediatez del análisis. Se destacan como referencias el [Manual de Fotointerpretación SIOSE](#); una metodología nacional de fotointerpretación, y [De Ciudades Emergentes a Ciudades Sostenibles: Comprendiendo y Proyectando las Metrópolis Del Siglo XXI](#); un compendio de experiencias de análisis urbanos cuya herramienta básica fue la fotointerpretación.

“Resulta fundamental conocer cómo se zonifica la ciudad desde el punto de vista de la salud y por tanto cuales zonificaciones sanitarias aplican en el territorio”.

El segundo bloque acerca al profesional de Alcorcón al ámbito específico de los indicadores de salud. Hablando de urbanismo y salud resulta fundamental conocer cómo se zonifica la ciudad desde el punto de vista de la salud y por tanto cuales zonificaciones sanitarias aplican en el territorio.

Sin duda la zonificación de salud que más está dando que hablar y que habéis sufrido vuestras propias vidas precisamente en Alcorcón son las zonas básicas de salud. Pero además de las [286 zonas básicas de salud](#) (y sus peculiaridades) existen otras zonificaciones propias de la Dirección General de Salud Pública como las 11 [áreas de salud](#), 36 distritos de salud, y otras propias de las gestión de gerencias hospitalarias como las 6 direcciones asistenciales, las cuales se han de conocer ya que en mayor o menor medida siguen siendo de uso y existen diversos datos que se agregan en esas unidades. El profesional planificador del territorio deberá reconocerlas ante un indicador que haga referencia a ellas en sus análisis.

“Las zonificaciones más conocidas siguen siendo las delimitaciones territoriales como municipios, distritos y barrios”.

En cualquier caso, las [zonificaciones más conocidas](#) siguen siendo las delimitaciones territoriales como municipios, distritos y barrios. Pero, además, existe una zonificación bien definida que sin duda resulta de interés para el profesional que requiere trabajar de forma estructurada y homologable dentro de un territorio municipal: las Secciones Censales o *Seccionado*.

Todo dato viene avalado por la calidad que ofrece, tanto en la robustez y consistencia de la delimitación geográfica en el que se apoya como

en la solvencia recopiladora de la fuente productora del dato. Es tan importante conocer la existencia de las delimitaciones como conocer **la fuente y metadatos de cada una de ellas**. Las competencias a este respecto están perfectamente delimitadas y se basan en que **el organismo que tiene competencia en la gestión y delimitación es quien debe servir esos datos, y además ahora, bajo la directiva INSPIRE, deben ser interoperables**.

La aplicación de la directiva [INSPIRE](#) se va desarrollando a ritmo irregular pero fácilmente reconocible: Organismos como el [Catastro](#) operan bajo esta directiva hace años, convirtiéndose en referencia de fiabilidad y robustez de una información que, además de servir para su objetivo principal, la recaudación, ha revelado múltiples usos analíticos por su carácter de geoinformación.

Se presenta al organismo competente en [indicadores básicos del municipio](#), el Instituto de [Estadística de la Comunidad de Madrid](#) con sus distintos modos de consulta de datos y, especialmente, los microdatos territorializables en [secciones censales](#) disponibles como ámbito de agregación mínima de datos estadísticos.

A continuación, se muestran las plataformas que ofrecen acceso a datos e indicadores oficiales específicos de salud, como los [Indicadores clave](#) del [Sistema Nacional de Salud](#) (SNS) y aplicaciones de consulta del portal estadístico y la [consulta interactiva del propio SNS](#), y se destacan los regionales:

- [Informe del estado de salud](#) de la población madrileña
- [Observatorio de resultados](#) del servicio madrileño de salud

Adicionalmente, se presentan dos indicadores de especial interés por su ajuste con la temática de salud y territorio:

- [Índice de Privación](#) por sección censal de la Sociedad Española de Epidemiología, que permite analizar las variaciones de privación, definida⁵ como estado de desventaja observable y demostrable en relación con la comunidad, la sociedad o la nación a la cual pertenece un individuo, una familia o un grupo.

5. Townsend P, Phillimore P, Beattie A. (1988). *Health and deprivation. Inequality and the North*. London: Routledge.

- [Atlas de Mortalidad](#) por sección censal de MEDEA, que permite analizar la distribución espacial y espacio-temporal de la Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada⁶, con un nivel de desagregación geográfica municipal y estudiando por separado 102 causas de muerte que pueden ser exploradas con todo detalle.

La revisión pormenorizada de todos los indicadores útiles rebasa el alcance de la ponencia, por lo que quedan enumeradas las principales

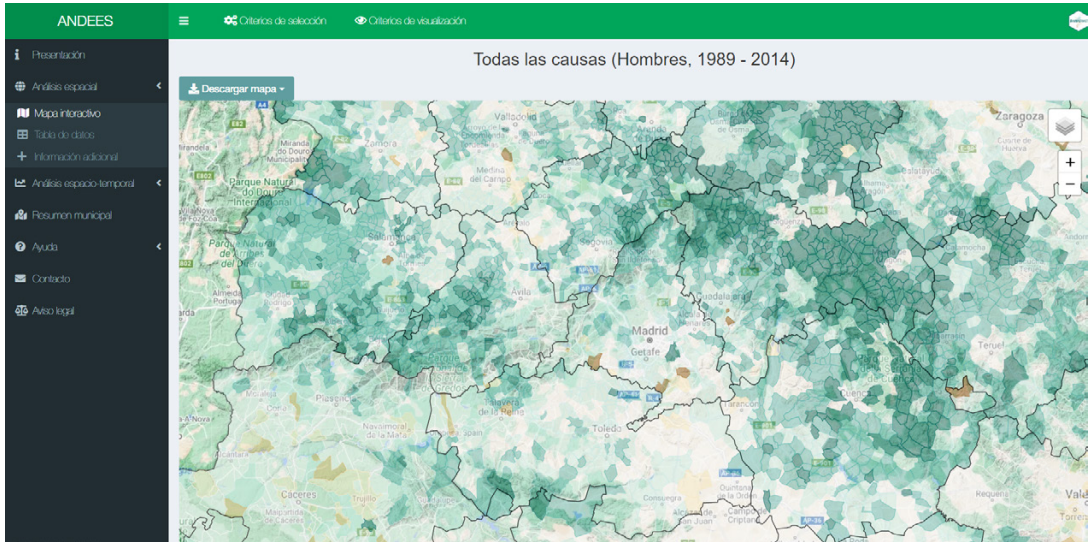


Figura 25. Atlas de Mortalidad ANDEES.

fuentes y documentaciones que permitirán determinar y seleccionar aquellos más adecuados al proyecto específico del profesional.

Por último, se presenta la herramienta propia de indicadores de salud de la DGSP: El Sistema de Información Geográfica de Indicadores en Salud (SIGIS). Actualmente, el SIGIS intranet de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid sirve sus datos y herramientas de análisis espacial a técnicos de Salud Pública tanto de la Subdirección

6. La Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada o RME de un territorio para una causa de defunción puede interpretarse del siguiente modo: Un valor de 100 indica que se han observado el mismo número de muertes que las que cabría esperar en ese municipio, lo que sitúa al municipio en el riesgo promedio de toda España para dicha causa de defunción. Un valor superior a 100 indica que se han observado más muertes que las que cabría esperar en ese municipio, lo cual se traduce en que el municipio presenta un exceso de riesgo en comparación con el riesgo promedio de toda España para dicha causa. Por ejemplo, un municipio con una RMEs igual a 115 para una causa presenta un riesgo de muerte para dicha causa un 15% superior al riesgo promedio de España en su conjunto, mientras que una RMEs de 300 indicaría que ese riesgo es tres veces superior al riesgo promedio de España. Un valor inferior a 100 indica que se han observado menos muertes de las que se esperarían en ese municipio, indicando que el municipio presenta menos riesgo de muerte en comparación con el riesgo promedio de toda España para dicha causa.

“El SIGIS permitirá establecer una infraestructura que permita servir, conectar e interoperar con otros usos usuarios y sistemas. Además de lo anterior, el nuevo esquema posibilita el intercambio de geodatos bajo el paraguas INSPIRE y está más preparado para el futuro desarrollo de la Inteligencia de Ubicación”.

General de Sanidad Ambiental como de la de Epidemiología y la de Prevención y Promoción de la Salud, quienes acceden al visor desde los más de una docena de centros en los que están repartidos casi medio millar de usuarios habilitados. Este recurso se encuentra en pleno proceso de migración que supondrá evolucionar desde el uso de GIS en nichos aislados de conocimiento a establecer una infraestructura que permite servir, conectar e interoperar con otros usos usuarios y sistemas. Además de lo anterior, el nuevo esquema posibilita el intercambio de geodatos bajo el paraguas INSPIRE y está más preparado para el futuro desarrollo de la Inteligencia de Ubicación⁷ (LI en sus siglas en inglés). Podría decirse que es el equivalente, en GIS, de adoptar el ancho de vía ferroviario europeo estándar⁸.

El SIGIS, una vez integrado en la Infraestructura de Datos Espaciales de Madrid (IDEM), dará cumplimiento a la normativa en vigor y además posibilitará implementar la transparencia de la administración pública (Ley 19/2013) y la reutilización de la información del sector público (Ley 18/2015), además de nuevas características como las siguientes:

- Más de 50 determinantes y recursos de salud en cada punto del territorio.
- Integrará todos los datos, desde 2004, para todos los municipios y todas las Zonificaciones de Salud de la Comunidad de Madrid.
- Será interoperable (máquina a máquina) gracias al modelo de datos compatible con toda la Infraestructura.
- Será escalable para incorporar más analítica de datos, enfocado a la *Location Intelligence*.
- El trabajo de recopilación y homogeneización de conceptos permitirá explotar estadísticamente los datos, permitiendo análisis territoriales

7. Calvo Melero, M., Palanques Salmerón, M.L. Inteligencia de Ubicación con Sistemas de Información Geográfica <https://addi.ehu.es/handle/10810/29629> 2017.

8. Jennifer R. Bauer (2012) Assessing the Robustness of Web Feature Services Necessary to Satisfy the Requirements of Coastal Management Applications. Oregon State University. 2012;23 Disponible en: <http://ir.library.oregonstate.edu/xmlui/bitstream/handle/1957/30062/BauerJennifer2012.pdf>

“Con la democratización del uso de internet se ha fraguado otra revolución, aún más importante: la de los datos abiertos”.

“Las TIC han impactado enormemente en los indicadores para el análisis territorial por área pequeña, multiplicando los recursos disponibles y reduciendo el esfuerzo o curva de aprendizaje necesario para incorporarlos como herramienta de uso común de los técnicos municipales en salud urbana y diseño sostenible”.

de elevado interés para conocer la realidad de la Salud Pública en la Comunidad de Madrid.

- Permitirá el análisis espacial con otras fuentes como los datos municipales y osm.

La revolución digital de los últimos lustros ha traído aparejada la explosión de los datos por el incremento de volumen, velocidad, variedad, veracidad y valor⁹ de los mismos. Las capacidades analíticas más relevantes estaban en manos de las grandes compañías, gobiernos y entidades multilaterales en torno a complejos desarrollos de inteligencia de negocio. Con la democratización del uso de internet se ha fraguado otra revolución, aún más importante; la de los datos abiertos, los cuales son cada vez más accesibles gracias a herramientas y sistemas interoperables basados en estándares.

Estas dos revoluciones de las TIC han impactado enormemente en los indicadores para el análisis territorial por área pequeña, multiplicando los recursos disponibles y reduciendo el esfuerzo o curva de aprendizaje necesario para incorporarlos como herramienta de uso común de los técnicos municipales en salud urbana y diseño sostenible. Por ello, se propone una inmersión práctica en los múltiples recursos de libre acceso disponibles en internet para la aplicación de URB-HealthS como proyecto de innovación educativa en salud en Alcorcón y así poder medir las implicaciones del diseño urbano de la ciudad en los condicionantes de salud para la población.

9. Volumen, velocidad, variedad, veracidad y valor son los atributos conocidos del concepto Big Data.

8. PLAN VALLECAS 18.000. ESTRATEGIAS DE SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Fernando Conde Gutiérrez Del Álamo

Licenciado en Sociología, socio fundador de CIMOP

En memoria y homenaje a Juan Luis Ruiz Jiménez.

“El Plan 18.000 fue un acuerdo firmado por el movimiento vecinal y el gobierno regional madrileño en el que se acordaron no sólo todo un conjunto de actuaciones en el ámbito de la salud sino la propia aprobación por parte del movimiento vecinal de las actuaciones del Plan”.

La investigación que se presenta en este curso se realizó en el 2003 en el distrito madrileño de Vallecas en el marco de un acuerdo firmado por el movimiento vecinal y el gobierno regional madrileño denominado Plan 18.000 en el que se acordaron no sólo todo un conjunto de actuaciones en el ámbito de la salud sino la propia aprobación por parte del movimiento vecinal de las actuaciones del Plan.

La investigación planteada responde a una forma “sui géneris” de la metodología denominada de “investigación-acción” en la que se trata, en cierto modo, de ayudar a construir una especie de conocimiento compartido y participativo con el objetivo de llegar a unas conclusiones que ayudasen al diseño de un plan de acción en el ámbito de la salud, de común acuerdo entre las instituciones públicas presentes en el territorio (Salud Pública, CMS e IMSALUD) y los vecinos.

La investigación se realizó entre Septiembre de 2002 y Mayo del 2003. En total, se habrá consultado a más de 250 profesionales de los distintos equipos de A.P., del CMS de Villa de Vallecas y de otras instituciones y ONGs y a más de 550 vecinos a lo largo de las distintas reuniones de trabajo y asambleas celebradas. Ésta se planteó en varias fases con diferentes metodologías en cada una de ellas.

La primera fase más abierta en sus objetivos y más formalizada en cuanto a su metodología consistió en una investigación cualitativa entre varios segmentos de la población con el objetivo de recoger el conjunto de las “necesidades de salud” de Vallecas expresadas por:

a) Vecinos. No miembros cualificados del movimiento asociativo. No pertenecientes al movimiento asociativo. Se realizaron 16 reuniones de grupo.

b) Profesionales sanitarios de la red de Atención Primaria y del CMS mediante la convocatoria de reuniones abiertas en todos y cada uno de los equipos a la hora del cambio de turno, entre 2 y 3 de la tarde (con una asistencia media entre 20 y 25 profesionales).

c) Profesionales del campo de los servicios sociales (mayores, drogas, menores, jóvenes,...), educación, salud mental... que trabajan en los distritos de Vallecas.

“La primera fase puede entenderse como un momento de “objetivación” de los problemas y de las necesidades expresadas por la población y por los distintos colectivos que trabajan en Vallecas”.

ONGs que trabajan en Vallecas (7 Prof. Sanitarios, 9 Prof. de Servicios Sociales, 5 Centros de mayores, 3 Centros especializados (drogas, discapacidad y menores), 13 ONGs, 5 Prof, Sist, Educativo y 8 Ent, a otros informantes cualificados.

Esta primera fase puede entenderse como un momento de “objetivación” de los problemas y de las necesidades expresadas por la población y por los distintos colectivos que trabajan en Vallecas.

La segunda fase tenía como objetivo devolver la información a vecinos y profesionales y tratar de señalar prioridades de acción entre el conjunto de necesidades detectadas en la primera fase de la investigación. Esta segunda fase puede entenderse como de apertura y fomento de la **“participación vecinal y profesional”** en la elaboración de los planes de acción.

“La segunda fase tenía como objetivo devolver la información a vecinos y profesionales y tratar de señalar prioridades de acción”.

La tercera fase tenía como objetivo la elaboración de las líneas de acuerdos y consensos con los representantes vecinales e institucionales sobre los planes de acción que dimanaban de la investigación planteada. Esta tercera fase principalmente puede entenderse como de **“mediación política”** y de **trabajo “institucional”** para facilitar los acuerdos. Conjunto de fases que aparecen sintetizadas en el siguiente cuadro en algunas de sus principales características en relación con el tipo de trabajo realizado, los documentos elaborados y el propio cambio de rol de los investigadores a lo largo del proceso de la investigación.

“La tercera fase tenía como objetivo la elaboración de las líneas de acuerdos y consensos con los representantes vecinales e institucionales”.

Principales fases de la investigación sobre las necesidades de la salud de la población de Vallecas

1ª FASE	2ª FASE	3ª FASE
Momento de la “objetivación”.	Momento de la devolución de la información y de la participación.	Momento del consenso y la decisión.
Recogida de información mediante Inv. Cualitativa “clásica”.	Reuniones, grupos de trabajo y asambleas.	Trabajo en la Comisión del Plan Integral de Mejora de la Salud Pública.
Concepto “social” y “global” de Salud.	Localización y particularización demandas de salud.	Prioridades de acción.
Elaboración Informes de Trabajo (MAPAS).	Debate y enriquecimiento Informes de Trabajo.	Documentos de Consenso.
Línea de análisis más descriptiva.	Identificación con Problemas. Localización y particularización.	Problemas de competencias institucionales. Asentamiento Comisión de Coordinación.
Rol. Prof.: Coordinación clásica reuniones de grupo. Despertar interés interlocutores profesionales.	Rol. Prof.: Impulsar la participación. Generar esperanzas.	Rol. Prof.: Mediador político y profesional.

Fuente: Conde del Álamo F. (2020)

La primera fase concluyó con la elaboración de dos amplios informes de trabajo relativos a las necesidades expresadas desde la perspectiva de los vecinos y desde la perspectiva de los profesionales de A.P/CMS y de dos documentos más ejecutivos de conclusiones operativas de los dos informes anteriores:

- Problemas urbanos y medioambientales (ruido, contaminación....).
- Condiciones sociales (paro, envejecimiento, inmigración, historia generacional de los vallecanos,...)
- El deterioro de los sistemas educativo y de salud.
- Focos de marginación y exclusión (el triangulo de las aguas, Fontarrón, núcleos de Entrevías...).
- Desajuste cuantitativo y cualitativo entre la oferta y la demanda en A. Primaria (colas, servicio de atención telefónica, retrasos en las consultas...)
- La Salud Mental, como el gran vacío de la atención especializada.
- Los problemas de las especialidades médicas.

“Cuanto más próxima se sitúa la investigación a un territorio, más global, general y social es la problemática de salud que se produce”.

“Dentro de la apertura de la salud a las más distintas cuestiones sociales, la realización de una investigación cualitativa muy enraizada en los territorios hace emerger una estrecha relación entre el urbanismo y la salud”.

La coordinación de los recursos. Una enseñanza relevante con respecto a la relación de la metodología, el urbanismo y la problemática de la salud se puede sintetizar de la siguiente forma.

- Cuando más próxima se sitúa la investigación a un territorio, más global, general y social es la problemática de salud que se produce. La salud emerge más distante de una concepción biomédica de la salud y, por el contrario, aparece más encarnada y relacionada con otro conjunto de cuestiones sociales. Lo que supone un cierto desafío a las concepciones y al trabajo sobre la salud por parte de las instituciones sanitarias y de sus distintos tipos de profesionales habitualmente formados en una concepción más biomédica.

- Dentro de la apertura de la salud a las más distintas cuestiones sociales, la realización de una investigación cualitativa muy enraizada en los territorios hace emerger una estrecha relación entre el urbanismo y la salud desde un doble punto de vista:

- La importancia de cuestiones del urbanismo y de la vivienda en los problemas de la salud (por ejemplo, accidentes por el mal estado de las aceras, concentración de ciertas instalaciones contaminantes y la salud, ausencia de ascensores en las viviendas...).
- El señalamiento muy detallado de los problemas específicos de salud dominantes en cada zona.

Asimismo, dada la diferente perspectiva de los vecinos y de los profesionales sanitarios sobre las necesidades y principales problemas de salud de la zona pensamos que en este primer momento era más adecuado mantener diferenciados los informes de ambos colectivos con el objetivo de explicitar los acuerdos y diferencias de cara al trabajo de elaboración de un proceso de participación posterior que permitiera llegar a un cierto consenso sobre el plan de acción a implementar.

Ambas reflexiones nos condujeron a sintetizar y visualizar los problemas señalados en una especie de cartografía artesanal, tal como hemos recogido en los siguientes ejemplos.

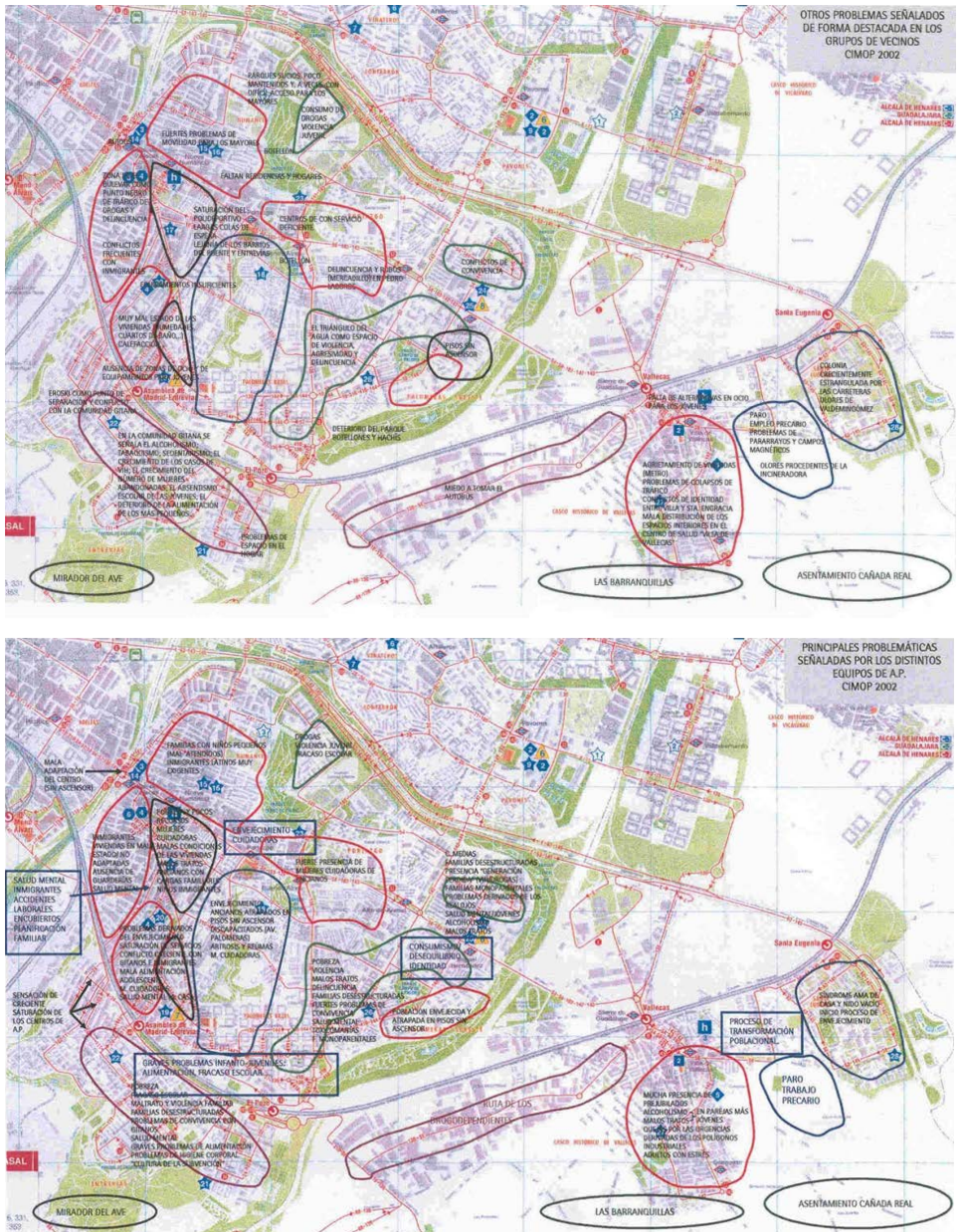


Figura 26. Representación cartográfica de los principales problemas de salud. Fuente: Plan Valdecañas 18.000. (2003)

La segunda fase desarrollada en el primer trimestre de 2003 se basó en el debate abierto de los dos documentos ejecutivos elaborados con sus respectivas representaciones cartográficas de los problemas de salud.

La manera de organizar los debates fue la siguiente: Entre los vecinos se realizaron un amplio número de reuniones por colectivos organizados y asociados de vecinos (Asociaciones de Vecinos, Parroquias, Grupos Juveniles...). (En total, habrán participado más de 400 vecinos). Entre los profesionales sanitarios se volvió a realizar una segunda ronda de reuniones en todos y cada uno de los centros de salud (En total, habrán participado más de 200 profesionales). Asimismo, se volvió a entrevistar a una gran parte de los profesionales entrevistados en la primera parte (principalmente de las instituciones públicas).

En paralelo a este proceso más abierto y participativo, se iniciaron los debates más “formales” en las Comisiones de Salud y en alguna Comisión Socio Sanitaria existente en el distrito, en la Comisión de Salud de la Coordinadora de Vecinos y en el Servicio de Salud Pública del Área 1.

“El principal resultado de esta fase fue la elaboración de un documento con las principales prioridades de trabajo que se deberían de implementar por parte del Servicio de Salud Pública”.

El principal resultado de esta fase fue la elaboración de un documento con las principales prioridades de trabajo que se deberían de implementar por parte del Servicio de Salud Pública del Área 1 (Vallecas) con su localización y particularización de las necesidades y demandas de salud y con la consiguiente elaboración de unos documentos de acciones al respecto para cada una de las prioridades señaladas: Mayores, Adolescentes, Medio Ambiente y Atención Primaria - este último, elaborado por la propia Gerencia de A.P que se comprometió a elaborar un documento con sus planes de acción en función de lo expresado en la investigación.

Una de las experiencias de esta segunda fase fue la dificultad de que los diferentes colectivos participantes entendieran el punto de vista de los otros colectivos y la dificultad de conjugar intereses a veces distintos en la medida, por ejemplo, que vecinos y profesionales sanitarios podían percibirse como aliados en unas cuestiones y como adversarios en otras. En este sentido, el rol de los investigadores cambió hacia un rol más de mediadores.

Por último, la tercera fase se desarrolló en el segundo y tercer trimestre de 2003 y consistió básicamente en la realización de un conjunto de reuniones en la Comisión de Coordinación del Plan de Salud (a la que se incorporaron la Comisión del Servicio de Salud Mental y de

los Servicios Sociales de los dos distritos de Vallecas) para debatir y consensuar los Planes de Acción derivados de la investigación:

- Medio Ambiente
- Jóvenes de 12 a 16 años
- Mayores de 65 años
- Atención Primaria

Con la aprobación de los cuatro documentos respectivos de las acciones en Medio Ambiente, Adolescentes, Mayores y Atención Primaria y la consolidación de la Comisión de Salud del Plan 18.000 con la incorporación de Salud Mental y Acción Social. Conjunto de documentos que se presentaron a las “autoridades” y nuevos responsables técnicos y políticos, y a los vecinos mediante la realización de unas jornadas vecinales en Diciembre de 2003 de debate al respecto.

“Una parte de los problemas de salud detectados en relación con el urbanismo no eran responsabilidad directa ni entraba en el marco de las competencias directas de ninguno de los participantes (por ejemplo, la vivienda en altura y los ascensores)”.

Una experiencia interesante de esta tercera fase se relaciona estrechamente con el urbanismo en el sentido de que había una parte de los problemas de salud detectados en relación con este tema que, siendo importantes, no eran responsabilidad directa ni entraba en el marco de las competencias directas de ninguno de los participantes (por ejemplo, la vivienda en altura y los ascensores). La superación parcial de este problema se resolvió, en parte, con la asunción progresiva por parte de la Comisión de Salud que se podían llevar a cabo tareas como tal comisión, más allá de las competencias y responsabilidades de las instituciones representadas.

BIBLIOGRAFÍA

Alguno de los informes iniciales de la investigación se puede encontrar en la siguiente [dirección](#).

Asimismo, un balance del Plan se puede encontrar en la siguiente [dirección](#).

9. EQUIDAD, SALUD Y BIENESTAR: UNA MIRADA INTEGRADORA

Susana Saiz
ARUP

“Existen ya sistemas de certificación de sostenibilidad globales que empiezan a incluir o desarrollar herramientas específicas que incluyan la dimensión social desde el punto de vista de equidad”.

Arup es una empresa independiente de diseñadores, planificadores, arquitectos, ingenieros, consultores y especialistas técnicos que ofrece un amplio espectro de servicios profesionales globalmente y aporta una mirada integradora y global sobre los aspectos clave de la sostenibilidad, la salud y el bienestar de las personas en el entorno urbano. Esta experiencia recogida en más de 20 años trabajando en diferentes aspectos del entorno construido relacionados con la salud se refleja en esta ponencia, en la que la Equidad, se analiza como factor clave en la correcta definición de los indicadores de salud urbana.

Esta ponencia se inicia con una definición del contexto global y local en el que nos encontramos y analiza cómo la equidad se en la definición de inserta en los parámetros definitorios de la Salud y el Bienestar en diferentes marcos globales de aplicación internacional. Desde su consideración en el Marco global de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, hasta su consideración como elemento clave para asegurar la justicia social en el *Green New Deal* de la Unión Europea, el marco definitorio de la estrategia Europea de desarrollo sostenible y justo.

14 ways to design child-friendly cities



Así mismo, analiza como la equidad se inserta en indicadores globales de salud urbana como el *Urban Health Index* de la Organización Mundial de la Salud y su evolución hacia marcos específicos de evaluación de la inclusión de la equidad en el contexto de la salud en medios urbanos, la herramienta HEART, con ejemplos de aplicación en ciudades como Barcelona.

Explora como sistemas de certificación de sostenibilidad globales empiezan a incluir o desarrollar herramientas específicas que incluyan la dimensión social desde el punto de vista de equidad, tanto en las herramientas de certificación de la sostenibilidad, como LEED o BREEAM como en aquellas específicas de evaluación de salud y bienestar como WELL en su versión para comunidades.

Figura 27. ARUP. *Cities Alive: Design for childhood.*

Madrid: Mapa de vulnerabilidad frente al cambio climático

Análisis de la vulnerabilidad basado en una concepción del riesgo asociado al cambio climático entendiéndolo como el resultado de una "construcción social" (IPCC, 2012)

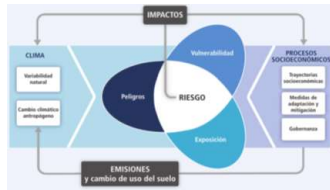
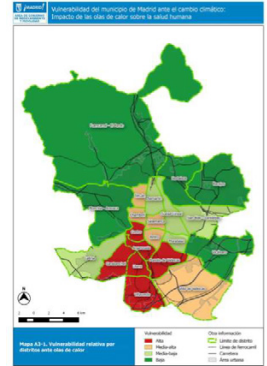


Figura 28. Susana Saiz (2020). *Equidad, salud y bienestar: una mirada integradora*. Presentación curso URB-HealthS día 20 de octubre 2020.

Por último, analiza experiencias nacionales e internacionales, como el trabajo del Observatorio 2030 en el grupo de trabajo de Territorios Saludables, las experiencias de Madrid o ejemplos de desarrollo de herramientas y mapas de salud, donde el elemento clave de la definición de Salud Urbana es la Equidad.

breTRUST bre BRE HCI Causal Pathways

Healthy Cities Index

El índice internacional de ciudades saludables del Building Research Establishment (BRE HCI) contiene 10 categorías ambientales y 58 indicadores, basados en evidencias de su impacto sobre la salud (2).

La equidad es un indicador clave en el desarrollo de este índice de salud.

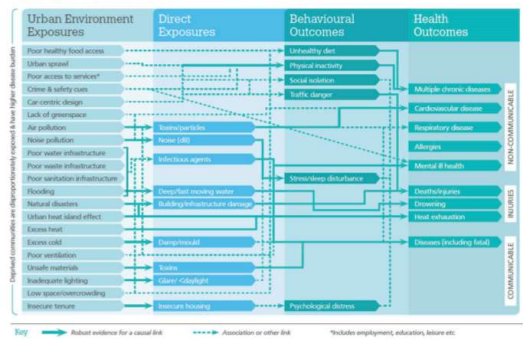


Figura 29. Susana Saiz (2020). *Equidad, salud y bienestar: una mirada integradora*. Presentación curso URB-HealthS día 20 de octubre 2020.

PLANES DE ACCIÓN, BUENAS PRÁCTICAS EUROPEAS O LOCALES: RED ESPAÑOLA DE CIUDADES SALUDABLES (RECS)

10. HÁBITOS SALUDABLES (ALIMENTACIÓN Y MOVILIDAD)

Patxi J. Lamíquiz Daudén
 Universidad Politécnica de Madrid

Esta sesión trata del cambio de hábitos para una ciudad más saludable particularmente desde la movilidad y con referencia a las prácticas agroalimentarias. Se plantea la necesidad de dicho cambio, las herramientas para su planificación, así como algunas buenas prácticas.



Figura 30. *Mel's Place* (American Graffiti, 1973) y *The Highline* (ciudad de Nueva York, 2009), símbolos del cambio en el estilo de vida norteamericano.

La Ciudad Paseable

La dificultad de trabajar en movilidad es que no se trata de poner en practica simples medidas, planes o programas de carácter técnico, sino que las mismas deben servir para algo tan difícil como **cambiar ciertos hábitos de vida de los ciudadanos**. Para apoyar dicho cambio, urbanísticamente se trata de pasar de la ciudad orientada al coche, la forma en la que hemos diseñado las periferias de nuestras ciudades, a la ciudad orientada al peatón o a la bicicleta.

En 2000 en EE.UU., el gasto medio en transporte de las familias con ingresos inferiores a 13.000\$ era del 42%, del 26% para las familias entre 13.061 y 25.218\$ y tan solo el 12% para las de más de 67.517\$ (Fuente: CNT, 2005).

Como media, en 2003 el gasto en transporte para los hogares americanos era el 19,1% del presupuesto familiar, aplicándose su importancia desde el 10% de los años 60. (Fuente: Center for neighborhood technology, 2005).

Gastos en transporte, según nº de veh. y uso transporte público

Annual Income & Expenses	Own 2 or more vehicles	Own 1 or less vehicles and do not use transit	Own 1 or less vehicles and are heavy transit users
Total Income before Taxes	\$69,537	\$45,638	\$45,938
Total Transportation	\$13,189	\$7,315	\$4,372
Income After Transportation Expenditures	\$56,348	\$38,322	\$41,567
Average Autos	2.4	0.7	0.4
Total Gas	\$1,937	\$1,311	\$609
Mass Transit	\$35	\$0	\$1,115
Transportation as % of Income	19%	16%	10%

Fuente: Surface transportation policy project, 2004

Figura 31. Algunas de las consecuencias del actual modelo de movilidad que no va a paliar el coche eléctrico: falta de equidad. Fuente: Center for Neighborhood Technology (2005).

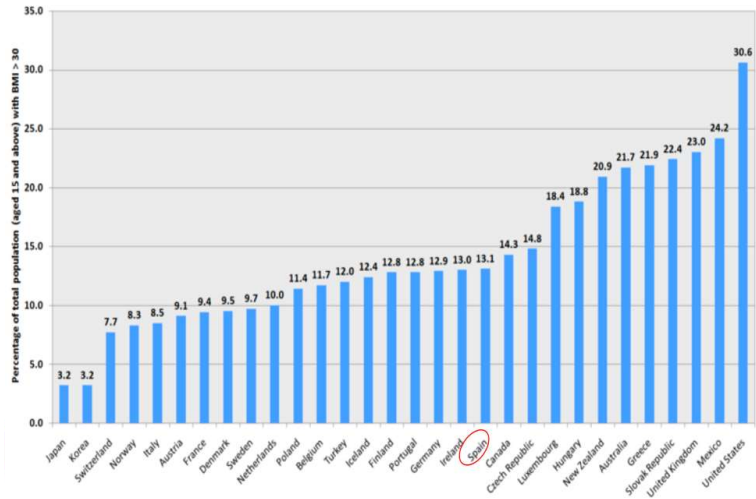


Figura 32. Porcentaje de población con sobrepeso (IMC>30). Fuente: y Surface transportation policy Project (2004).

Propósito

Pero ¿por qué cambiar esos hábitos?, o en el plano técnico de la planificación, ¿para qué ir a una ciudad más paseable o más ciclable? La necesidad de cambiar el modelo urbano y de movilidad a otro que no sea dependiente del coche, se apoya al menos en cinco razones, que dejan claro que el coche eléctrico no es la solución a los problemas que supone el actual modelo.

1. La primera es la **lucha contra el cambio climático**. Ya en 2011 la Comisión europea aprueba el Libro blanco del transporte urbano, en el que se fija un objetivo de reducción de las emisiones de CO2 hasta el -60% en 2050, objetivo que luego el documento Acción por el clima de la misma Comisión reducirá hasta cero emisiones en 2050. Pero no es solo en el plano estratégico donde la Comisión es tan ambiciosa para el ciudadano medio. A cualquiera que no lo sepa le puede resultar llamativo que ya en 2013 la Comisión aprobara medidas de movilidad tan avanzadas como las restricciones de acceso a los centros urbanos. Es exactamente lo que en la legislatura anterior ha implementado el Ayuntamiento de Madrid, y que fue recibido con un gran rechazo político y popular. Para cambiar hábitos también hay que cambiar mentalidades.

2. Pero es que hay más razones porque en ese sentido es importante entender que el coche eléctrico no es la solución a los problemas

“ Para cambiar hábitos también hay que cambiar mentalidades”.

“ El coche eléctrico no es la solución a los problemas de movilidad y de nuestras ciudades”.

“Cuantos más coches hay (más motorización), aumenta exponencialmente su utilización”.

“En su día transformamos lo que eran calles con múltiples usos (estancia, relación social, corredores verdes, etc.), en simple espacio viario para circular y aparcar, perdiendo sus otras funciones”.

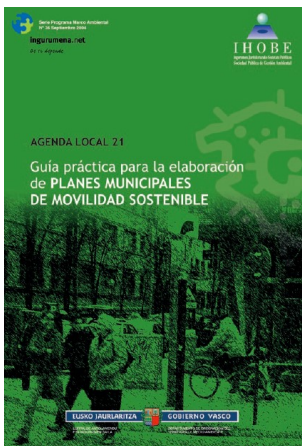
“El transporte es el segundo gasto de las familias (en España es el tercero, con un 14%), en perjuicio de una mejor alimentación, mejor ocio o mejores vacaciones”.

de movilidad y de nuestras ciudades, tal y como la publicidad eco, parece querer hacernos creer. En primer lugar, sabemos que **el coche eléctrico no va a reducir la congestión** de forma significativa, porque está comprobado que cuantos más coches hay (más motorización), aumenta exponencialmente su utilización y, con ella, la congestión se extiende: ya no solo es en las horas punta de la mañana, sino en las de la tarde; ya no es solo en los accesos radiales y en el centro, sino en las anulares y en la periferia. Y ninguna sociedad, ni siquiera la norteamericana, puede permitirse construir tantas carreteras como se necesitarían para semejante incremento de la movilidad. Y también sabemos que tampoco las TIC o el coche autónomo van a mejorar tanto la eficiencia y capacidad de las vías como para solucionar la congestión.

3. El siguiente problema que no va a solucionar el coche eléctrico es el deterioro de la calidad de nuestras ciudades que ha supuesto **la adaptación de las calles del automóvil**. En su día transformamos lo que eran calles con múltiples usos (estancia, relación social, corredores verdes, etc.), en simple espacio viario para circular y aparcar, perdiendo sus otras funciones. Las calles de Madrid en 1960 tenían varias alineaciones de arbolado y mucho más espacio para peatones o el tranvía de lo que tienen actualmente; pero lo que se hizo a partir de entonces fue talar los árboles o desmontar aquel espacio público para albergar carriles y más carriles de coches. La lástima es que parece que nuestras calles siempre hayan sido así y no puedan ser de otra manera. Sin embargo, entonces Madrid tenía unas calles que ahora llamaríamos “Green streets”, calles con una gran calidad ambiental, unas condiciones bioclimáticas mucho más adaptadas a las rigurosas condiciones del verano e invierno madrileños y un uso social mucho más intenso.

4. Otro tema que tampoco va a arreglar el coche eléctrico es la **falta de equidad del actual modelo de movilidad**. Los datos de Estados Unidos nos muestran que la proporción de gasto de las familias en transporte es muy superior para las de ingresos inferiores (hasta el 42% de los ingresos) que para de mayor renta (12%). O es que familias americanas se gastaron de media en transporte el 20 % de sus ingresos en el año 2003, cuando en los años 60 era el 10%, o que allá el transporte es el segundo gasto de las familias (en España es el tercero, con un 14%), en perjuicio de una mejor alimentación, mejor ocio o mejores vacaciones. Los datos muestran a su vez que,

la ciudad paseable



Figuras 33 y 34 *Manuales urbanístico y de movilidad para la planificación de la ciudad paseable*: Lamíquiz, F.; Pozueta, J. (Dir.); Porto, M. (2009) "La Ciudad Paseable. Recomendaciones para un planeamiento, un diseño urbano y una arquitectura considerada con los peatones" CEDEX, Ministerio de Fomento, Madrid y "Guía metodológica para la redacción de Planes Municipales de Movilidad Sostenible". IHOBE, Gobierno Vasco, 2003.

si hay menor motorización en el hogar y un mayor uso del transporte público, es decir para aquellas familias con otro modelo y otros hábitos de movilidad, este porcentaje del gasto puede reducirse a la mitad.

5. Y el último problema que no va a solucionar el coche eléctrico es justamente el que nos ocupa en este curso, **el deterioro de la salud física relacionado con el sedentarismo**. Si la ciudad "facilita" el que nos desplazemos a diario más los modos activos (andar o ir en bicicleta), tendremos otro recurso para reducir las pandemias asociadas al sedentarismo, como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, etc.

Por tanto, además de la lucha contra el cambio climático, el evitar el aumento de la congestión, recuperar las calles de las ciudades como espacio público, mejorar la equidad de la movilidad y reducir la incidencia de las pandemias asociadas al sedentarismo son las cuatro razones para cambiar el modelo de movilidad.

Planes y acciones

Pero ¿realmente es tan importante este tema dentro de las herramientas para la mejora de la salud urbana?

La encuesta a expertos en salud urbana realizada en el proyecto URB-Health, señala la ciudad paseable (walkability), como la herramienta de planificación municipal integrada (no específica de salud), más eficaz para conseguir ciudades saludables (64%), por encima las regulaciones bioclimáticas urbanas (44%) o de la infraestructura verde (40%). Cuando se preguntaba por acciones concretas, aparece un matiz muy interesante que es la promoción de entornos saludables de movilidad y alimentación.

En el caso español, ¿cuales son los planes o acciones más adecuados para desarrollar ese cambio en la ciudad o crear esos entornos?

A diferencia del tráfico motorizado o la bicicleta, **para promover el desplazamiento a pie no es suficiente con crear una infraestructura específica, sino que es necesario planificar un tipo de entorno edificado diferente**. En otras palabras, no es suficiente con que haya aceras o calles peatonales, hay que tener usos del suelo suficientemente próximos para que merezca la pena caminar, edificaciones que den protección climática o tiendas y

“A diferencia del tráfico motorizado o la bicicleta, para promover el desplazamiento a pie no es suficiente con crear una infraestructura específica, sino que es necesario planificar un tipo de entorno edificado diferente”.

“En este nuevo tipo de planificación no hay solo un plan de acción, sino que primero hay un diagnóstico y otra fase importante para consensuar y definir unos objetivos adecuados a todos los agentes (que posiblemente firmaron el pacto) y finalmente la de seguimiento”.

plantas bajas visualmente permeables, que proporcionen interés y vigilancia natural a los paseantes. Por tanto, la ciudad paseable puede ser si no se modifican los **Planes Generales de Ordenación Urbana (PGOU)**, que son los que deciden temas como la intensidad y localización de los usos del suelo y las redes de movilidad. Es por ello también que la ciudad paseable finalmente, tiene una presencia muy importante en el modelo de ciudad compacta densa y mezcla de usos que proponen los objetivos e indicadores de la **Agenda Urbana Española (AUE)**.

Pero, por supuesto, a los peatones hay que integrarlos también en la planificación de la movilidad, ya que precisan aceras accesibles y amplias o calles arboladas, confortables bioclimáticamente o que sean seguras desde el punto de vista del tráfico. En el campo de la movilidad, más allá de los ya obsoletos planes de tráfico y aparcamiento, hay actualmente dos herramientas específicas que es necesario conocer: los Pactos de movilidad y los Planes de movilidad urbana sostenible (PMUS).

Los **Pactos de movilidad** se pueden considerar un paso previo al PMUS para conseguir el consenso entre administraciones y agentes sociales sobre los principios generales de la movilidad sostenible. Se suelen impulsar por la administración local y existen numerosos ejemplos en nuestra geografía.

Por su parte, los **Planes de Movilidad Urbana Sostenible (PMUS)**, son una herramienta de planificación que incluye por supuesto un programa de acciones pero que aporta otros elementos importantes para el cambio, como la participación (para mejorar las posibilidades de modificar los hábitos de los ciudadanos) o un sistema de indicadores, para medir su capacidad de transformación. Aunque actualmente la guía para redactar PMUS más conocida es la del IDAE, pongo de ejemplo la guía metodológica para la elaboración de planes de movilidad municipal urbana sostenible que hicimos para el Gobierno Vasco, que fue la primera de España y cuya estructura ilustra perfectamente dicho cambio. La metodología incluye además de la instancia técnica, la instancia política, dentro de los elementos de control que harán el seguimiento y, la instancia civil, la participación. Como se decía, en este nuevo tipo de planificación no hay solo un plan de acción, sino que primero hay un diagnóstico y otra fase importante para consensuar y definir unos objetivos adecuados a todos los agentes (que posiblemente firmaron el pacto) y finalmente

Buenas prácticas

Como ejemplos de aplicación tenemos primero **la ciudad de 15 minutos en París**, un concepto evolucionado de ciudad paseable que ejemplifica las bondades de transformar no solo las calles sino las actividades, los usos de nuestras ciudades. La ciudad debe garantizar la proximidad a los equipamientos y servicios necesarios para la vida diaria. Son los mismos principios ya explicados y, más concretamente, el de la web inmobiliaria norteamericana “Walkscore”. Que esta idea se haya convertido en una web comercial, significa que existe demanda para un nuevo estilo de vida, un nuevo sector de gente en Estados Unidos que valora la ciudad paseable; y es que, en esa web, la casa se vende no solo porque tiene dos dormitorios o está en un buen barrio, sino porque nos va a permitir al que la compre no depender del coche. Para transformar nuestras ciudades en ciudades de 15 minutos es necesaria también una transformación de las calles como la que decíamos al principio: la calle deja de ser espacio viario, solo para circular y aparcar, y se transforma en un espacio lineal de relación social, verde y actividad física. En el caso de París, para ello se han quitado muchas plazas de aparcamiento, pero ello ha permitido la creación de 50 km de carriles bici, 8.000 nuevas autorizaciones para terrazas o el acceso tranquilo a 56 colegios del centro, cerrando al tráfico los tramos de calle que les dan acceso.

“Para transformar nuestras ciudades en ciudades de 15 minutos es necesaria también una transformación de las calles”.



Figura 36. Ciudad de 15 minutos: esquema y usos implantados en las calles de París en la bandas de aparcamiento. Fuente: HerveLevivfe. Ville de Paris, Direction de la voirie et des déplacements. Webinar “Changing the parking fundamentals” Polis 17/09/2020

“A costa de menos espacio para el coche, con lo cual se promueve un modelo de movilidad distinto”.

Un segundo ejemplo es la propuesta de **Red de calles verdes del Plan de Infraestructura Verde y Biodiversidad del municipio de Madrid (2018), denominada Red ARCE**. Se trata de reconvertir las calles de Madrid en calles con más arbolado, más vegetación y superficies permeables (ciclo del agua), y con preferencia para los modos activos. Lógicamente, ello se haría a costa de menos espacio para el coche, con lo cual se promueve un modelo de movilidad distinto. Y se trata de que haya calles de este tipo en todos los barrios de Madrid, no solo en el no solo en el centro. Permitiría recuperar los bulevares como el de Príncipe de Vergara o jardines de los años 60, como el que había en la plaza del Marqués de Salamanca.

El último tipo de acción a presentar, tiene como protagonista a la ciudadanía y a su educación, es el Programa de **“Camino escolar seguro”**. El de Las Rozas lo promovieron las AMPAS de tres colegios, y se sumaron luego las direcciones y el Ayuntamiento, en una acción de tipo “bottom-up”. Se trata primer de hacer un diagnóstico, ver como vienen al colegio los niños, en qué modo de transporte y si lo hacen solos y acompañados, para promover acciones que buscan mejorar la autonomía y el desarrollo infantil y que, para ello, también deben mejorarla seguridad y la calidad el entorno urbano en el que están los centros, no solo el físico sino también el social. Se realizan talleres con niños, profesores y padres que sirven parareparar en los problemas del entorno, o para el conocimiento de su historia y su apropiación y finalmente, con el pedibus, para organizar un a modo de autobús a pie que va recorriendo paradas y recogiendo a los niños; el objetivo final del pedibus es que los niños acaben yendo al colegio ellos con sus amigos y sin sus padres.

“Se trata de iniciativas de gran valor desde el punto de vista socio-económico así como desde la conservación de estos paisajes culturales en peligro, acciones que evitan que este modo de producción se olvide a la espera de potenciales rentas inmobiliarias”.

La ciudad comestible

Sobre la ciudad comestible, se aportan algunas referencias, empezando por el concepto de soberanía alimentaria, con el ejemplo de la **Estrategia alimentaria de Vitoria-Gasteiz y su Plan de Acción 2017-2025**, que es pionera y qué trabaja desde cinco ámbitos (adecuación normativa urbanística, proyectos demostrativos, impulso a la demanda por contratación pública, concienciación y acciones transversales). También las de los **parques agrológicos como el del BaixLlogrebat, Fuenlabrada o el de Rivas-Vaciamadrid**, donde se trabaja la cadena agroalimentaria empezando por la producción pero también desde la distribución a través de redes cortas o la educación. Se trata de iniciativas de gran valor desde el punto de



Figura 37. Productores y denominación “Productos frescos” del Parque agroecológico del Soto del Grillo (Rivas-Vaciamadrid) y locales de distribución de los productos del Parque Agrario de Fuenlabrada.

vista socio-económico así como desde la conservación de estos paisajes culturales en peligro, acciones que evitan que este modo de producción se olvide a la espera de potenciales rentas inmobiliarias.

Finalmente, se incluyen las referencias a diversas webs internacionales, nacionales y locales para promover **el cambio de hábitos alimentarios y los entornos saludables escolares**. Se trata de un conjunto de iniciativas que incluyen caminos escolares seguros, distancias y licencias de locales saludables (comida rápida, máquinas dispensadoras, tiendas de chuches, estancos, etc), control del catering en los colegios, promoción de productos locales, prohibición o limitación publicidad negativa, etc.

[CDC. Healthy food environments](#)

[FAO. Entornos alimentarios y alimentación escolar saludables](#)

[España. Ministerio de Sanidad. Salud en la escuela](#)

[España. Ministerio de Sanidad. Programa PERSEO alimentación saludable.](#)

[España. RECS. Buenas prácticas Gobiernos Locales. Alimentación Saludable \(pp. 99-125\)](#)

[Argentina. Ley Entornos Escolares Saludables](#)

[Peru. Ordenanza quioscos entornos escolares](#)

[Madrid. Programa ALAS \(Alimentación, Actividad física y salud\). Promoting healthy food and active mobility. Preventing Diabetes and Obesity: combining population and high risk approaches.](#)

[Ayuntamiento de Madrid. Huertos urbanos comunitarios](#)

Iniciativas para el cambio de hábitos alimentarios y la promoción de entornos escolares saludables.

10. SOLUCIONES BASADAS EN LA NATURALEZA Y CONFORT TÉRMICO

Ester Higuera García

Universidad Politécnica de Madrid

La lección aborda la importancia de la naturaleza para la salud de las personas. Primero desde el **Bienestar físico**: control microclimático, atenuación ruido, freno de contaminantes. Y segundo desde el **Bienestar psíquico**: relajación, actividad, relación social, terapia. La lección concluye con ejemplos sobre el confort térmico y de soluciones basadas en la naturaleza.

1. La importancia de la naturaleza para la salud de las personas: Zonas verdes y Bienestar Físico y Psíquico

La importancia de la naturaleza para la salud de las personas ya las destacaron Sukop y Werner, en 1989, donde en el libro *Naturaleza en las ciudades*, publicado en español en el año 1989 (Ministerio de Obras Públicas), enumeraban las funciones positivas que la naturaleza introducía en la ciudad, como ornamentar la ciudad, proporcionar espacios recreativos, para la expansión de la población y favorecer el contacto de ésta con la naturaleza, mejorar las condiciones micro-climáticas de la ciudad: aumento de la humedad y control de la temperatura, reducir la contaminación ambiental, ya que las hojas sirven para el depósito de las partículas contaminantes en suspensión, servir como filtros y freno a la velocidad del viento, amortiguar el ruido de baja frecuencia, proporcionar espacios adecuados para el desarrollo de la vida animal y reflejar los cambios estacionales a lo largo del año.

*“En el libro **Naturaleza en las ciudades (Ministerio de Obras Públicas, 1989)**, se enumeraban las funciones positivas que la naturaleza introducía en la ciudad”.*

En el siglo XXI, la importancia de la naturaleza para la salud de las personas, se aborda desde el concepto de infraestructura verde, concepto desarrollado por la Unión Europea, que articula el:

- **Bienestar físico**: control microclimático, atenuación ruido, freno de contaminantes.
- **Bienestar psíquico**: relajación, actividad, relación social, terapia.

El concepto de infraestructura verde es una relación espacial continua entre las estructura territoriales como los espacios naturales

*“El concepto de **infraestructura verde es una relación espacial continua entre las estructura territoriales”.***

INFRAESTRUCTURA VERDE
1ª ESCALA TERRITORIAL
Espacios protegidos a nivel europeo, nacional y regional.
Red de agua superficie principal: ríos, arroyos, vaguadas y barrancas.
Espacios de alta potencialidad ambiental. Existentes o no, por flora, fauna, relieve, suelo, etc.
Otros elementos lineales continuos: vías pecuarias, senderos, caminos.

INFRAESTRUCTURA VERDE
2ª ESCALA TERRITORIAL
Espacios verdes planificados con su jerarquía. Existentes y propuestos para establecer un sistema diverso.
Calle verdes. Secciones amplias para implantar corredores verdes urbanos, bulevares, calles con amplias aceras, etc.
Espacios hídricos urbanos de oportunidad. Calles coincidentes con la escorrentía natural, para la colocación de Suelo Urbano de Drenaje Sostenible. El agua como recurso estético, ambiental y microclimático.
Cubiertas y fachadas verdes.

Fuente: Elaboración propia, 2020.

protegidos, los corredores o los ríos y sus riberas, y las estructuras urbanas como son las zonas verdes de los parques, los jardines o las huertas urbanas.

“No sólo son eficaces frente al cambio climático, sino que las zonas verdes mejoran la biodiversidad de los espacios”.

Los beneficios de la infraestructura verde así concebida son múltiples. El Centro de Estudios Ambientales de Vitoria-Gasteiz las articula en cinco grandes apartados sumando un total de 23 beneficios. La primera categoría hace referencia a la **ADAPTACIÓN frente AL CAMBIO CLIMÁTICO**, en este sentido ayudan a la prevención de inundaciones y regulación de escorrentías; a la reducción de los riesgos derivados de las inundaciones, regulación de avenidas; al incremento de la recarga de agua de los acuíferos; a mejorar la regulación térmica y disminución de las islas urbanas de calor; y a mejorar la permeabilidad ecológica-movimiento y refugio de especies - ante condiciones climáticas extremas mediante la creación de redes ecológicas. La segunda categoría se centra en la **MITIGACIÓN frente al CAMBIO CLIMÁTICO**, y así encontramos que las zonas verdes incrementan el secuestro de carbono (efecto sumidero); reducen las emisiones de carbono provenientes de los vehículos motorizados por el incremento de las infraestructuras de transporte público y movilidad sostenible (paseos, bicarriles...); generan fuentes de energía renovable (gracias a los “edificios verdes”); y reducen el consumo de energía (por la atemperación climática por parte de arbolado, fachadas verdes, edificación bioclimática).

No sólo son eficaces frente al cambio climático, sino que las zonas verdes **MEJORAN LA BIODIVERSIDAD de los espacios**, ya que

mantienen los hábitats naturales, la vida silvestre y la biodiversidad; y posibilitan un incremento de la biocapacidad. Así mismo, encontramos beneficios en la **MEJORA DE LA CALIDAD AMBIENTAL**, sobre todo en la mejora de la calidad del aire; la mejora de la calidad del agua (purificación del agua); la reducción de los niveles de ruido; y propician la mejora y el mantenimiento de los valores del suelo agrícola (aumento de la fertilidad del suelo), reduciendo así mismo la erosión del suelo.

“El concepto de infraestructura verde ya es una realidad en algunas ciudades europeas y americanas”.

Las zonas verdes **MEJORAN LA SALUD Y EL BIENESTAR** de todos los ciudadanos, mejorando los valores estéticos; incrementando los recursos para la práctica del deporte y el ocio, establecen un incremento de recursos para la contemplación y el bienestar espiritual; generan recursos para la formación y la educación, generan recursos comunitarios (implicación de la ciudadanía); incrementan el sentimiento de pertenencia e identidad, y posibilitan la práctica de la agricultura urbana y producción de alimentos de proximidad. El concepto de infraestructura verde ya es una realidad en algunas ciudades europeas y americanas. Destacan el anillo verde de Hamburgo, el de [Ontario](#); los [anillos verdes de Colonia](#); el [anillo verde de Otawa](#) y el de [Estocolmo](#).

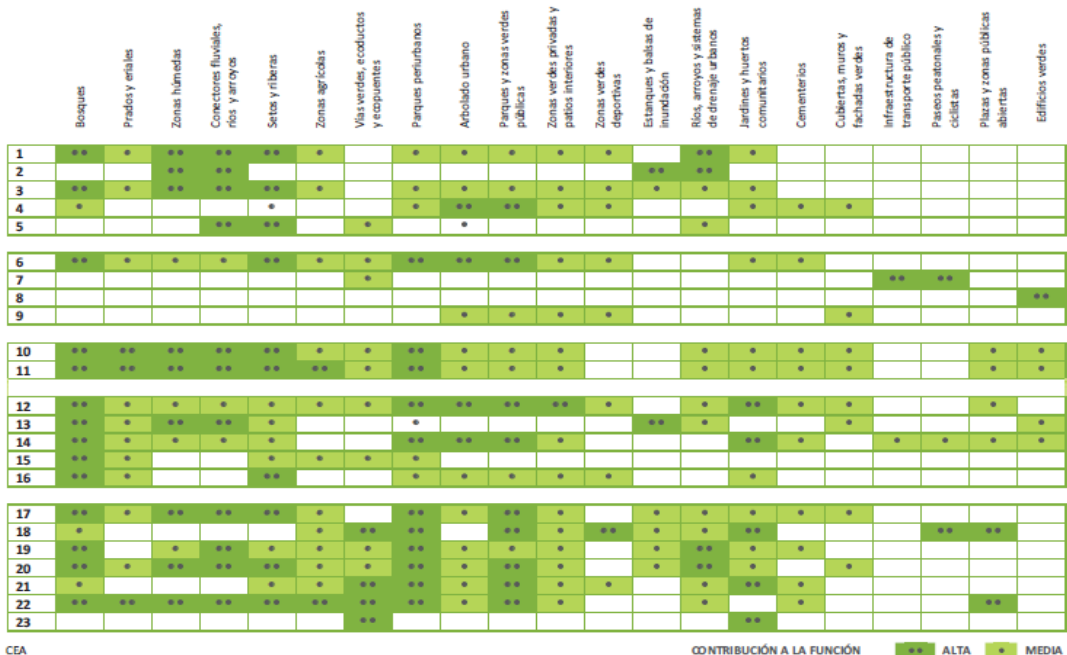


Figura 38. La importancia de la naturaleza para la salud de las personas. Fuente: Infraestructura verde para Vitoria-Gasteiz.

“Las zonas verdes urbanas son importantes y necesarios “oasis” para reducir las altas temperaturas y aumentar la humedad ambiental creando microclimas que mejoran el bienestar en los espacios exteriores”.

2. Microclima, zonas verdes y bienestar

Desde el punto de vista del confort térmico las zonas verdes urbanas son importantes y necesarios “oasis” para reducir las altas temperaturas y aumentar la humedad ambiental creando microclimas que mejoran el bienestar en los espacios exteriores y promueven las actividades en el exterior durante períodos más dilatados a lo largo del año. El control microclimático de las zonas verdes, lo enumera Fariña; ya que las zonas verdes son efectivas para controlar la humedad ambiental (tanto del aire como del subsuelo); amortiguar la velocidad del aire, absorbiendo las corrientes y eliminando turbulencias; controlar la radiación solar con sombra en el verano y sol en el invierno con vegetación de hoja caduca; amortiguar el ruido (sobre todo el de baja frecuencia); y fijando los contaminantes en suspensión en las hojas.

La metodología para hacer espacios microclimáticos en zonas urbanas, parte de los principios del *Urbanismo Bioclimático* (Higueras, 2006), que se pueden resumir en el siguiente cuadro:

METODOLOGÍA: DETERMINACIÓN ESTRATEGIAS BIOCLIMÁTICAS				
Determinación del microclima local				
Soleamiento según latitud, 40°N	Temperatura seca máximas y mínimas por mes	Viento en invierno y en verano	Balance hídrico total	Humedad relativa cada mes
Ejecución del Climograma local de Bienestar CBA				
	Determinación de las necesidades térmicas es a mes para el bienestar en el lugar			
Cuantificación de las necesidades térmicas				
	Mañanas	Mediodía	Tardes	Noches
Determinación de las estrategias bioclimáticas				
Sol-sombra		Viento: Protección-Brisas		Evaporación: sí-no
Propuesta de diseño bioclimático				
Estrategias urbanismo bioclimático			Estrategias constructivas bioclimáticas	
Orientación	Forma		Fachadas	Cubiertas
Color	Microclima exterior		Huecos	Patios

Fuente: Urbanismo Bioclimatico, 2006.

“Promover la integración de zonas verdes en las ciudades, así como la plantación de árboles en las calles contribuyen a paliar los efectos de la isla de calor urbana y absorben contaminación del aire”.

“La ciudad de Vitoria-Gasteiz cuenta con una dilatada experiencia en proyectar con la naturaleza”.

“En Pamplona, destaca la estructura verde del ecobarrio de Sarriguren, donde un gran parque central, con el arroyo existente al norte, estructura la parte central de la ordenación, donde se sitúan los usos culturales, recreativos, comerciales y terciarios”.

Se ha comprobado el efecto refrescante de los grandes parques urbanos, mediante un [estudio analítico en los alrededores del Parque del Retiro de Madrid](#). Se demuestra que el efecto refrescante no es homogéneo en todas las direcciones, sino que otros factores como el viento, la morfología urbana o la topografía lo condicionan. Sin embargo, el efecto psicológico sí lo percibe la población si existe una relación visual directa con el Parque.

Desde el *Manual de Urbanismo, Medio Ambiente y Salud*, la Consejería de Andalucía subraya la necesidad de “promover la integración de zonas verdes en las ciudades, así como la plantación de árboles en las calles, ya que contribuyen a paliar los efectos de la isla de calor urbana y absorben contaminación del aire”.

En 2020, se ha publicado el *Plan del Verde de la Biodiversidad de Barcelona*, un plan ambicioso que se apoya en el concepto de infraestructura verde y establece los corredores necesarios entre el área metropolitana y la ciudad consolidada de Barcelona. Es un plan no solo de zonas verdes, sino donde la fauna también tiene una importancia determinante, y se establece una jerarquía de tipos de zonas entre el territorio y el centro urbano.

En España, la ciudad de Vitoria-Gasteiz cuenta con una dilatada experiencia en proyectar con la naturaleza. Su premiado anillo verde cumplió 25 años en 2018, y ahora se complementa con las vías verdes del anillo interior, las zonas de agricultura peri-urbana, y la protección con usos adecuados del todo el término municipal, logrando una red real de infraestructura verde multiescalar.

En Pamplona, destaca la estructura verde del ecobarrio de Sarriguren, donde un gran parque central, con el arroyo existente al norte, estructura la parte central de la ordenación, donde se sitúan los usos culturales, recreativos, comerciales y terciarios.

Así mismo, encontramos en la recuperación de las riberas del río Manzanares, una exitosa operación socio-ambiental, en Madrid-Río. El nuevo canal ya es uno de los espacios de mayor actividad social de Madrid, y ha recuperado la biodiversidad de aves y peces desde su creación en 2018.

Adaptada a un contexto menos verde pero si estructurando llanuras de inundación, huertas, parques urbanos y estanques de aliviaderos de inundación, destaca el Plan de infraestructura verde de Zaragoza, aprobado en 2017.

“Los problemas de salud en las zonas urbanas hacen preciso un diseño urbano con presencia de cantidad y calidad de zonas verdes”.

3. Soluciones basadas en la naturaleza

Las soluciones de zonas verdes dentro de las ciudades, ahora se han estructurado dentro de la categoría de *Soluciones basadas en la naturaleza*. Bajo ella, se definen un conjunto de acciones para proteger, gestionar, restaurar y regenerar los ecosistemas modificados por el hombre en las ciudades.

Existen acciones multi-nivel y multi-agente de este tipo de soluciones implantadas en numerosas ciudades europeas.

El informe de *Nature-based Solutions in Mediterranean cities*, de 2018 establece una enumeración de soluciones muy diversas, que se pueden aplicar en muchos de los barrios y espacios públicos de las ciudades europeas. Se destacan los jardines comunitarios, iniciativas de protección de arbolado, fachadas y muros verdes en paradas de autobús, cubiertas verdes, barreras vegetales, practicas de agricultura urbana, conexión de parques urbanos con vías verdes, planes de arbolado urbano, jardines comunitarios es espacios interbloque con usos múltiples, propuesta de usos del suelo considerando los servicios ecosistémicos, retención de tanques de tormenta, políticas de protección de zonas de inundación, políticas de alimentación de proximidad, parques educativos y didácticos, anillos verdes, etc.

“Las zonas verdes nos traen beneficios físicos y psíquicos para la población”.



Figura 39. Proyecto de Madrid Río.
Fuente: Ayuntamiento de Madrid (2019).

En Madrid el programa *Madrid+Natural*, ha implementado este tipo de estrategias en edificios, calles, entornos urbanos, y espacios públicos, con un gran éxito.

Conclusión

Los problemas de salud en las zonas urbanas hacen preciso un diseño urbano con presencia de **cantidad y calidad de zonas verdes**, bajo la perspectiva multiescalar que aporta el concepto de infraestructura verde.

“Los ejemplos de infraestructuras verdes muestran casos muy exitosos capaces de ser replicados con la adaptación al clima, al lugar y a la estructura urbana de cada ciudad”.

Las zonas verdes nos **traen beneficios físicos y psíquicos** para la población, que han sido valorados desde hace tiempo, a los que se suman ahora los específicos frente a la adaptación y mitigación frente al cambio climático.

Las infraestructuras verdes como solución **desde las escalas territoriales y urbanas**, son capaces de romper la fragmentación territorial resultante de las vías y servicios de alta capacidad.

Los ejemplos de infraestructuras verdes muestran casos muy exitosos capaces de ser replicados con la **adaptación al clima, al lugar** y a la estructura urbana de cada ciudad. No se pueden importar modelos, pero a la vista del éxito de algunas. Soluciones basadas en la naturaleza de algunas ciudades, cada barrio y cada ciudad debe encontrar su propia solución.

BIBLIOGRAFÍA

Bettini, V. (1998). *Elementos de ecología urbana*. Editorial Trotta, serie medio ambiente. Madrid

Fariña J. (2010). [Madrid y el Manzanares](#). *El blog de José Fariña*.

Fariña J. (2016). [Infraestructura verde urbana](#). *El blog de José Fariña*.

Fariña J. (2013). *Zonas verdes en las ciudades*. [El Escarabajo Verde](#). Rtvé.

Higueras E. (2006) *Urbanismo bioclimático*. Gustavo Gili

Hough M. (1998). *Naturaleza y ciudad. Planificación urbana y procesos ecológicos*. Editorial Gustavo Gili. Barcelona.

[International Union for Conservation of Nature \(IUCN\)](#)

Salvador Palomo P.J. (2003). *La planificación verde en las ciudades*. GG.

Sukopp H. y Werner P. 1989. *Naturaleza en las ciudades. Desarrollo de flora y fauna en áreas urbanas*. Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo. Madrid.

11. EQUIDAD Y DISEÑO PROACTIVO DE BARRIOS SALUDABLES

Milagros Ramasco Gutiérrez

Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

“El Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural fomenta la interacción y la convivencia en zonas con una diversidad cultural significativa para construir una sociedad más cohesionada e integradora”.

El Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural (Proyecto ICI)

El Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural es una propuesta innovadora de intervención social y gestión de la diversidad social y cultural impulsado por la Fundación la Caixa, que se está extendiendo a nuevos barrios, pueblos y ciudades de toda España, validada por sus buenos resultados y sus impactos en la mejora de la convivencia y de las políticas sociales. Su objetivo es fomentar la interacción y la convivencia en zonas con una diversidad cultural significativa para construir una sociedad más cohesionada e integradora, impulsando una nueva manera de trabajar desde las administraciones locales de forma transversal e intersectorial en el campo social, partiendo de los recursos existentes en el territorio y convirtiendo a la comunidad en protagonista de su propio desarrollo.

La Colección Juntos por la Convivencia, consta de cinco volúmenes que sistematizan cada una de las dimensiones en las que se ha desarrollado la experiencia del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural durante su primera etapa, del 2010 al 2013. El volumen 4, Salud, aborda la línea específica de salud en el marco del proceso comunitario intercultural.

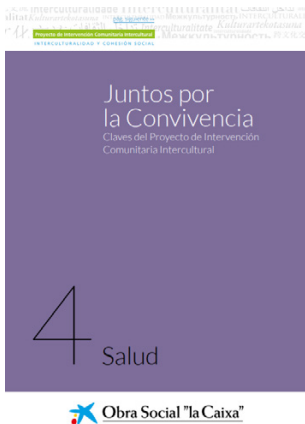


Figura 40. Giménez Romero C. et al. (2015). *Juntos por la Convivencia. Claves del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural*. Obra Social. El alma de "la Caixa".

Una década trabajando por la mejora de la convivencia: el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural

El artículo original de la **Revista Madrileña de Salud Pública REMASP**, describen los fundamentos teóricos y metodológicos en los que se asienta el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural, realizando un recorrido por los diez años de desarrollo de esta propuesta que genera procesos comunitarios interculturales que, partiendo de lo existente, promuevan la convivencia y cohesión social en territorios de alta diversidad, favoreciendo la integración y la capacitación comunitaria mediante la creación de estructuras mancomunadas y participativas en las que representantes políticos,



Original 1
Una década trabajando por la mejora de la convivencia. El Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural. A. Ramasco Gutiérrez, L. Giménez Romero, M. Marchioni

Vigilancia en Salud Pública de la Comunidad de Madrid 8
Implementación de declaración obligatoria. Bases epistemológicas. Vigilancia de la gripe. Vigilancia de las crisis zoonóticas. Vigilancia del Polio. Efectos de crisis en la salud. Dirección General de Salud Pública



Figura 41. Ramasco Gutiérrez, Giménez Romero C. y Marchioni M. (2020). Una década trabajando por la mejora de la convivencia: El Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural. *REMASP Revista Madrileña de Salud Pública*.



Figura 42. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España (2020). *Redes comunitarias en la crisis de COVID-19*.

profesionales de las administraciones públicas, entidades sociales y ciudadanía puedan afrontar conjuntamente sus desafíos.

Aporta un modelo de intervención sumamente innovador al integrar, en un mismo enfoque y metodología, la filosofía y praxis de la intervención comunitaria con los de la interculturalidad y la mediación, adaptándose en su aplicación a las diversas realidades territoriales. Los resultados alcanzados muestran la idoneidad del modelo para generar una respuesta articulada y participativa, corroborando la hipótesis de que comunidades más organizadas y cohesionadas están en mejores condiciones para afrontar las adversidades y mejorar su calidad de vida.

[Ministerio de Sanidad: "Redes comunitarias en la crisis del COVID19". Abril 2020.](#)

Este documento tiene como objetivo dar una información práctica para el desarrollo de redes comunitarias locales en respuesta a la pandemia de COVID-19. Se ha elaborado sistematizando la experiencia de diversas redes en marcha en el ámbito local, a partir de la información facilitada a través de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), la Red Española de Ciudades Saludables (RECS), la Alianza de Salud Comunitaria y el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), entre otras fuentes (ver agradecimientos).

[Instituto de Salud Global Barcelona ISGlobal](#)

Una colección de documentos de análisis con el objetivo de guiar la lucha contra la COVID19, así como la estrategia de desconfinamiento de la población. La serie contempla inicialmente 17 documentos, en los que 23 expertos y expertas identifican y responden, desde la



Figura 43. ISGlobal (2020).

“Esta pandemia es mucho más que una crisis sanitaria. Requiere de una respuesta de los gobiernos y de la sociedad en su conjunto”.

perspectiva de la investigación, a algunos de los grandes retos de la crisis actual. Esta colección, coordinada por el área de Análisis de ISGlobal, pretende aportar respuestas e información basada en evidencias acerca de las principales preguntas alrededor de la crisis de la COVID-19 y queda abierta a la posibilidad de sumar nuevos documentos en función de los interrogantes que la pandemia vaya generando. El análisis, basado en conocimientos científicos y epidemiológicos, incluye consideraciones económicas, sociales, de salud pública y de comunicación. Coordinado por el Área de Análisis de Políticas de ISGlobal, los autores ya confirmados de la colección son: Josep M. Antó, Joan Ballester, Quique Bassat, Elisabeth Cardis, Carlos Chaccour, Carolyn Daher, Carlota Dobaño, Gonzalo Fanjul, Alberto García-Basteiro, Raquel González, Caterina Guinovart, Manolis Kogevinas, Jeffrey Lazarus, Jill Litt, Anna Llupiá, Denise Naniche, Mark Nieuwenhuijsen, Cristina O’Callaghan, Antoni Plasència, Adelaida Sarukhan, Elisa Sicuri, Jordi Sunyer y Rafa Vilasanjuan.

[Conselleria Salut i Consum Direcció General de Salut Pública y Participación. Gobierno Islas Baleares.](#)

Este informe recoge las actuaciones puestas en marcha para hacer frente a la crisis del COVID-19 y se estructura según las indicaciones recogidas en el informe: “Revisión de estrategias para mejorar el bienestar durante el confinamiento domiciliario por el COVID-19” elaborado por la Cooperativa APLICA.

[Organización Mundial de la Salud: actualización de la estrategia frente a la Covid-19.](#) 14 de abril de 2020

Este documento orienta la respuesta de la sanidad pública a la COVID-19 a nivel nacional y subnacional, incluida la orientación práctica para la acción estratégica, adecuada al contexto local.

Esta pandemia es mucho más que una crisis sanitaria. Requiere de una respuesta de los gobiernos y de la sociedad en su conjunto. La resolución y el sacrificio de los trabajadores sanitarios en primera línea deben ir acompañados de la determinación de todas las personas y todos los líderes políticos para poner en práctica las medidas a fin de acabar con la pandemia.



Figura 44. Organización Mundial de la Salud (2020). Actualización de la estrategia frente a la Covid-19. 14 de abril 2020.

López de Lucio R. (2020) [El blog de Ramón López de Lucio](#). Es una sección con numerosos artículos del catedrático de Planeamiento Urbanístico en la E.T.S. de Arquitectura de Madrid.

Paisaje Transversal (2020). [Cartografías del confinamiento](#). Madrid.

Ralero Rojas I., Jaime Prieto L., Caramés García T. y Piñeiro Fernández-Puebla A. (2020). [Yo soy Polígono. Proceso de Intervención Comunitaria Intercultural y Salud en el barrio del Polígono de Toledo](#). Comunidad, 22(3):5

Ramonet I. (2020) [Ante lo desconocido... La pandemia y el sistema-mundo](#). en Le Monde diplomatique 2 de Mayo 2020.

Segura del Pozo J. (2020). [¿Cómo sería una respuesta comunitaria al coronavirus? Cuarto poder. Marzo 2020](#)

Segura del Pozo J. (2020). [Más allá del #QuédateEnCasa y otras épicas. Cuarto poder. Abril 2020](#).

Vera F., Soulier Faure M., Adler V., Rojas F. y Acevedo P. (2020). [¿Cómo mitigar la propagación del coronavirus en los asentamientos informales durante la emergencia y recuperación ante la pandemia?](#)

Desde el punto de vista de la política urbana existen cuatro áreas donde los gestores de políticas públicas pueden incidir durante la crisis: provisión de infraestructuras que permitan mejorar las condiciones de higiene y hacinamiento, reforzar pautas de comportamiento, activar la economía local y articular con otras áreas de gobierno.



Figura 47. Ciudades Sostenibles.
Fuente: [Banco Internacional de Desarrollo \(2020\). Ciudades Sostenibles. Desarrollo Urbano.](#)

TALLER DE SOSTENIBILIDAD, URBANISMO Y SALUD EN PARQUE-OESTE DE ALCORCÓN

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Asistentes

Francisco J. Agüera Enríquez
 Marta Arias González
 María Teresa Baquero Larriva
 Blanca Barragán Urbiola
 Javier Cacho García
 Santiago Carmona Tobares
 Carlos Carretero
 Irene Castrillo Perote
 Luciana Castro Goncalves
 Francisco J. Cuerda Fiestas
 María Angélica Donoso
 Teresa Eiroa Escalada
 M^a Victoria Gainzarain Armentia
 Aurora García Losada
 Ekaterina Gundar
 Alexandra Jiménez Rodríguez
 Francisco R. López Barquero
 Irina Lugo Ruiz
 Belén Luna Porta
 M^a Mar Marínez Oliván
 Elizabeth Mata Sanjurjo
 Manuel Antonio Medrano Blanco
 Gonzalo Navarrete
 Facundo Nicolás Rial
 Patricia I. Paez
 Mercedes Palop Botella
 M^a Carmen Pardillo Porras
 Pilar Pereda Suquet
 Eduardo Pérez de Arenaza
 M^a de las Nieves Pérez Pérez
 Felipe Pinilla Sánchez
 Julián A. Portocarrero Núñez
 Jesus Recover Antón
 Erwin Rodríguez Pabón
 Patricia San Nicolás Vargas
 Augusto Sapaico
 Iván Táboas Rodríguez
 Merari Trespalacios Olivero
 Emanuel Valpacos
 Miguel Ángel Velarde del Barrio

En el marco del proyecto europeo URB-HealthS, de la UPM, y gracias al apoyo y colaboración de la Concejalía de Sostenibilidad, Movilidad y Energías Renovables, del Ayuntamiento de Alcorcón, se ha realizado este taller, correspondiente a la segunda parte del curso, con el objetivo de analizar y realizar un diagnóstico de un ámbito concreto de la ciudad de Alcorcón, incidiendo especialmente en los aspectos que influyen en la salud de los ciudadanos en general, con el objetivo de hacer una ciudad más habitable, sostenible y saludable.

Debido a las condiciones y limitaciones generadas por la pandemia, el taller, al igual que el resto del curso, se realizó en formato “online”. El número de alumnos y alumnas fue numeroso y variado, con presencia tanto de docentes y alumnos de posgrado de la ETSAM-UPM, como de técnicos municipales de diversas Concejalías del Ayuntamiento de Alcorcón y personas de ámbitos multidisciplinares, pero convergentes en el tema de la salud urbana, como sanitarios, psicólogos, arquitectos, ingenieros, licenciados en derecho, biólogos, sociólogos, etc.



Figura 48. Participantes del curso URB-HealthS. Fuente: Proyecto URB-HealthS (2020)

Objetivo

El objetivo del taller fue conocer las condiciones de movilidad, sostenibilidad, habitabilidad y salud del espacio público del ámbito urbano de “Parque Oeste”, ubicado en Alcorcón (Madrid), y su conexión con los barrios residenciales, para posteriormente realizar propuestas de mejora, con un enfoque orientado hacia la prevención, promoción y gestión de ámbitos urbanos sostenibles y saludables.

Ámbito de análisis

El municipio de Alcorcón está situado al suroeste de Madrid. Su cercanía con la capital ha propiciado su gran desarrollo industrial a lo largo del siglo XX, con una población que supera los 170.000 habitantes.

El área de análisis corresponde al denominado “Parque Oeste”, que comprende el Campus de Alcorcón, de la Universidad Rey Juan Carlos, un área comercial con el mismo nombre, que incluye diversidad de centros comerciales (con grandes playas de aparcamiento asociadas), oficinas, así como una zona de tejido residencial. Está delimitada por importantes infraestructuras de comunicación, como la A5, M-50 y la Avenida de Móstoles, que conviven con el tejido residencial y terciario, así como con espacios naturales de cierto interés.



Figura 49. Alcorcón en la Comunidad de Madrid.
Fuente: Mapa municipal de la Comunidad de Madrid.

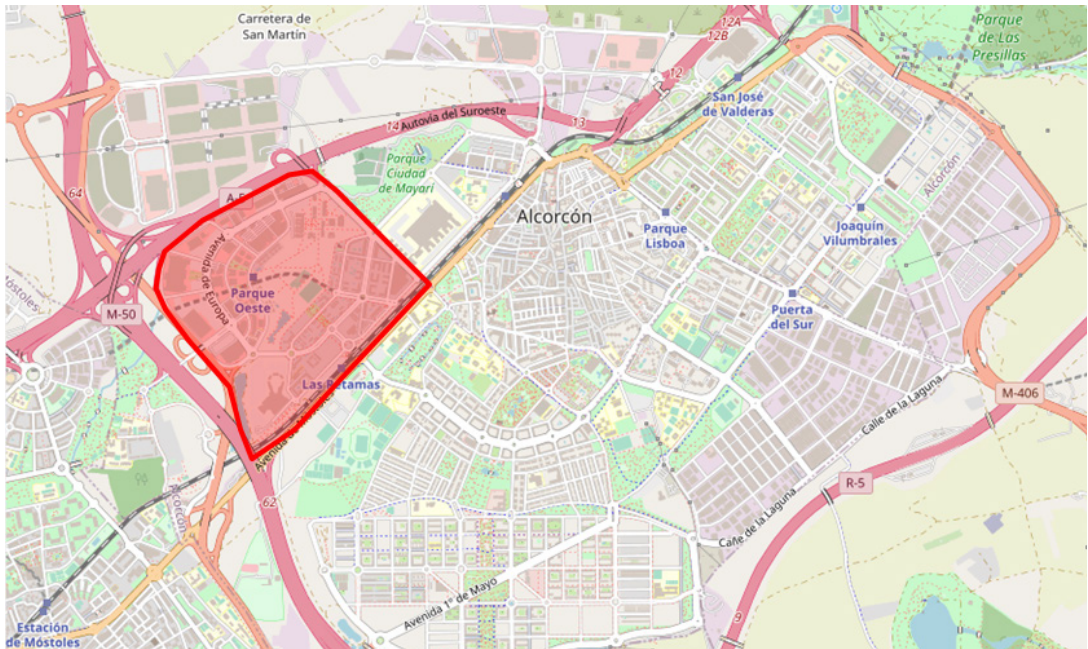


Figura 50. Ubicación del ámbito de estudio – Parque Oeste
Fuente: Open Street Maps



Figura 51. Ámbito de estudio – Parque Oeste
Fuente: Proyecto URB-HealthS (2020)

Desarrollo del taller

Los datos proporcionados, junto con la información disponible en internet relativos al barrio y la toma de datos realizada tras las visitas de campo, fueron la base para realizar este taller.



Figura 52. Primera visita de campo al ámbito – “Parque Oeste”
Fuente: Proyecto URB-HealthS (2020)

Con dicha información se caracterizó el ámbito en su estado actual y se estableció la base para la propuesta de un Plan de Acción de mejora para el barrio, desde el enfoque de la prevención, promoción y gestión de ámbitos urbanos saludables y sostenibles. También se realizó la revisión de actuaciones y planes de intervención integrada propuestos para el ámbito (Agenda 21, PMUS, etc.), así como los objetivos de la Agenda Urbana Española y su relación con los planteados en el taller.

PARTE PRIMERA: CARACTERIZACIÓN DEL ÁMBITO

En la primera parte del taller se dividió a los participantes del curso en tres equipos, para la caracterización del ámbito desde la perspectiva ambiental, urbanística y socioeconómica, y teniendo en cuenta de manera destacada sus implicaciones sobre la salud y la sostenibilidad. Cada uno de los grupos se centró en realizar el análisis, diagnóstico y DAFO para las siguientes líneas estratégicas y temas asociados (referencia del proyecto UNI-Health):

Análisis de espacio y las conexiones para caminar en el sector

- Confort térmico
- Confort compositivo, de identidad y pertenencia
- Accesibilidad y calles para los peatones
- Sistema de prioridades en la circulación urbana
- Transporte público y bicicleta
- Transporte privado
- Conexiones con el resto de la ciudad

Análisis de la presencia de naturaleza en el sector

- Los espacios verdes de cercanía
- Infraestructura verde y azul
- Contaminación del aire y acústica
- Contaminación del agua y de los suelos
- Otros tipos de contaminación

Análisis de la presencia de espacios de convivencia y equipamientos en el sector

- Condiciones urbanísticas
- Equipamientos: condiciones básicas
- Equipamientos: cercanía y accesibilidad
- Redes sociales y estructuras de participación
- Seguridad en el espacio público (delincuencia, accidentes, etc.)

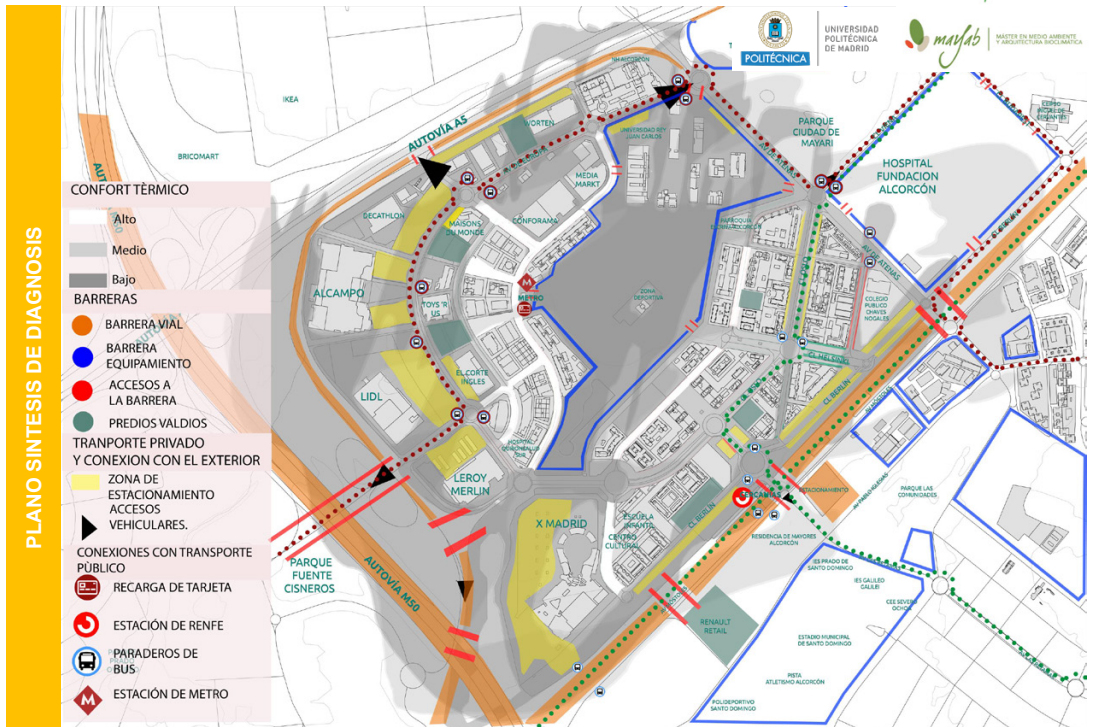


Figura 53. Diagnóstico de espacio y las conexiones para caminar en el sector "Parque Oeste".
Fuente: Alumnos MAYAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

Posteriormente se realizó una exposición y puesta en común de las conclusiones obtenidas para cada una de las líneas estratégicas estudiadas, determinando cuáles eran los problemas encontrados y estableciendo las prioridades para el Plan de Acción. Este proceso se realizó mediante el apoyo de encuestas online a todos los asistentes, con el posterior debate de los resultados obtenidos.

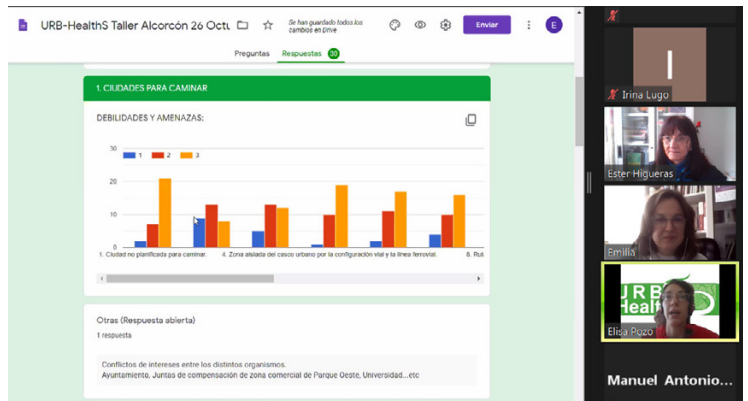


Figura 54. Encuestas online para la detección de los problemas prioritarios
Fuente: Proyecto URB-HealthS (2020)



Figura 55. Presencia de naturaleza en el sector “Parque Oeste”. Fuente: Alumnos MAYAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

Plano Síntesis

Uso del suelo

- Comercial
- Servicios
- Residencial
- Ciudad y Equipamiento

Equipamiento

- Supermercado
- Hipermercado
- Hospitales
- Centro de salud
- Farmacias
- Asociación salud
- Centro deportivo
- Parques y plazas
- Residencia mayores
- Guarderías
- Escuelas
- Universidad
- Cafetería / bar / Restaurant
- Teatro / cine
- Centro Cultural
- Biblioteca
- Asociaciones civiles y vecinales
- Aparcamiento público
- Bancos
- Hotel
- Tanatorio

Recorridos

- Menos de 10 min
- De 10 min a 20 min
- De 20 a 30 min

Alturas

- Menos de 5 pisos
- De 5 a 10 pisos
- Más de 10 pisos

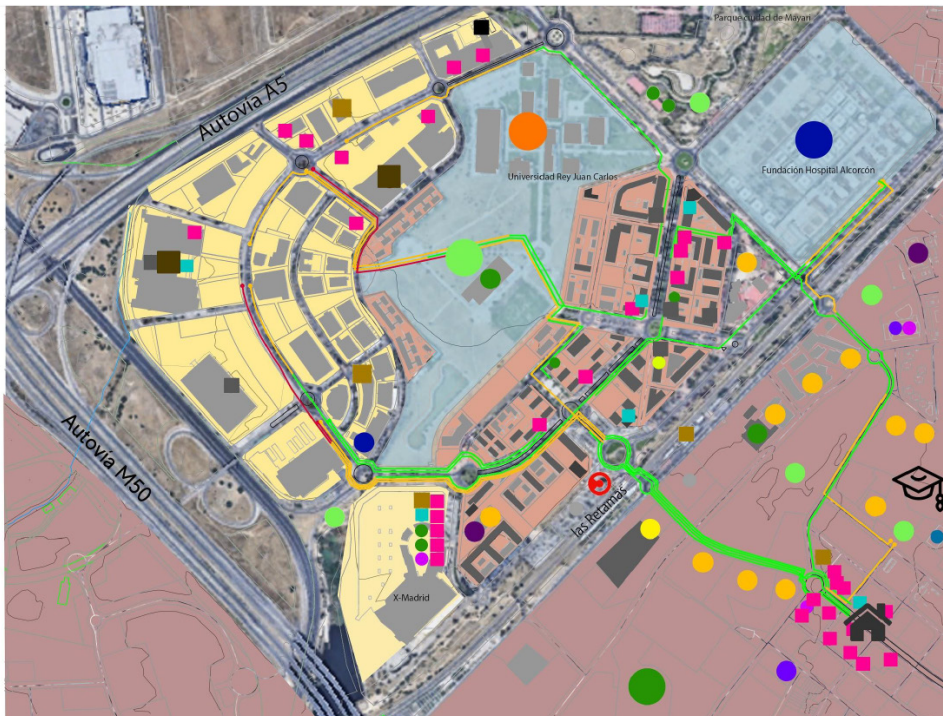


Figura 56. Espacios convivencia y equipamientos en el sector “Parque Oeste”. Fuente: Alumnos MAYAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

SEGUNDA PARTE: GRUPOS DE TRABAJO

En esta última parte del taller la clase se dividió en 4 grupos para la realización de los Planes de Acción, orientados hacia los aspectos más propositivos.

Cada plan se estructuró según los ejes clave para la salud (Ciudad para caminar, naturaleza en la ciudad, espacios de convivencia) y sobre la base de los problemas detectados. Se establecieron programas y proyectos concretos con el objetivo de mejorar la zona de intervención, centrándose en aquellas actuaciones que se consideraron prioritarias. Para cada uno de los planes se diseñó un logotipo y un lema, con el fin de identificar el Plan de Acción y ayudar a transmitir sus objetivos.



Figura 57. Estructura del trabajo en equipo para los Planes de Acción
Fuente: Alumnos M^AyAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

Tras el debate por equipos, las decisiones y resultados obtenidos por cada uno de los equipos se expusieron de forma común, utilizándose un sistema de encuesta online similar a la primera parte del taller.



Figura 58. Exposición de los resultados del Plan de Acción
Fuente: Alumnos M^AyAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

En esta última parte del taller la clase se dividió en 4 grupos para la realización de los Planes de Acción, orientaros hacia los aspectos más propositivos.

Cada plan se estructuró según los ejes clave para la salud (Ciudad para caminar, naturaleza en la ciudad, espacios de convivencia) y sobre la base de los problemas detectados. Se establecieron programas y proyectos concretos con el objetivo de mejorar la zona de intervención, centrándose en aquellas actuaciones que se consideraron prioritarias. Para cada uno de los planes se diseñó un logotipo y un lema, con el fin de identificar el Plan de Acción y ayudar a transmitir sus objetivos.

SITUACIÓN ACTUAL
Túnel peatonal sector Estanque de tormentas



PROPUESTA
Túnel peatonal sector Estanque de tormentas



Figura 59. Propuesta de rehabilitación de espacios exteriores
Fuente: Alumnos MAYAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

DIAGRAMAS DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y ESTRATEGIAS DE PROPUESTA

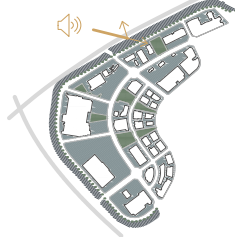
Clasificación del comercio



- Comercio gran escala
- Comercio mediana escala
- Comercio pequeña escala

Al analizar la escala del comercio de la zona oeste nos encontramos con 3 grupos diferenciados. Los comercios de gran escala se sitúan en las líneas de las autopistas y la Avenida de Europa principalmente, mientras que los medianos se encuentran más próximos al campus y la zona residencial. Los pequeños se emplean para rellenar espacios de parcelas con comercios más grandes.

Tratamiento acústico de los bordes



- Autovías (M50 y A5)
- Tratamiento topográfico propuesto
- Barrera arbórea propuesta

Las autopistas que circundan Parque Oeste son causantes de gran parte de la contaminación acústica generada en la zona. Asimismo constituyen unas barreras infranqueables que separan nuestro entorno del resto de los espacios y poblaciones aledañas. Se propone un tratamiento de la topografía y la introducción de vegetación en estos bordes para mejorar la situación de la contaminación acústica.

Gestión del aparcamiento



- Superficie impermeable
- Playas de aparcamiento existentes
- Bloques de aparcamiento propuestos
- Recorrido de acceso

Actualmente la superficie de aparcamiento dispersa entre todos los comercios se aproxima a los 100.000m², consumiendo gran parte de un valioso recurso como es el suelo, además de impedir que se complete el ciclo natural del agua y ofrecer un paisaje anodino. La propuesta pasa por dos aparcamientos en altura que concentren esa superficie de aparcamientos, conectados de manera más eficiente con los accesos.

Ejes verdes



- Calles sin arbolado
- Calles con una línea de arbolado
- Calles con arbolado en las dos aceras
- Posibles ejes verdes radiales y concéntricos

Dada la distribución actual de las superficies verdes, se pueden identificar dos calles que parten de la estación de metro Parque Oeste, las cuales se pretende continuar con la propuesta. También, mejorar el arbolado de la Avenida de Europa plantando árboles de gran porte acorde con la anchura de la calle y añadir arbolado a la calle Estraburgo.

Figura 60. Diagramas de la situación actual y estrategias de propuesta.
Fuente: Alumnos MAYAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

Las principales líneas de acción propuestas por cada grupo y en cada una de las categorías de estrategias fueron:

1. Ciudad para caminar

- Potenciar itinerarios peatonales, ciclistas y conectados con el transporte público: mejorar su calidad y añadir focos de actividad e interés.
- Acuerdo con la Universidad para cruzar el recinto vallado hacia la parada de metro y uso del área verde, sobre todo los fines de semana.
- Impulsar actividades de logística en relación con la distribución de productos de venta en la zona comercial para reducir la necesidad de desplazarse en coche.
- Implantar rutas de autobús para los trabajadores de la zona comercial por parte del conjunto de empresas del área. Requiere un estudio detallado previo. Dar facilidades a los trabajadores para que accedan en bici, coches eléctricos, etc. (puntos de carga, bases de bicis de alquiler, duchas...).
- Rutas biosaludables accesibles incluyentes mediante participación ciudadana que conecte los puntos importantes del barrio. Mejorar las conexiones peatonales interiores y con el resto del municipio de Alcorcón (existen tres rutas biosaludables en Alcorcón y la única zona sin ruta biosaludable es el Parque Oeste).
- Ciclorutas. Desde zona comercial a la residencial, conexión de zonas verdes (alineaciones de arbolado, zonas verdes y de agua).
- Fomentar la flexibilidad y mezcla de usos en Parque Oeste.
- Revitalizar la mesa de movilidad sostenible existente con una sesión específica sobre el Parque Oeste.
- Llevar a cabo pequeñas intervenciones muy a corto plazo que mejoren la movilidad peatonal (urbanismo táctico).
- Adecuar el carril derecho del anillo verde (Av. Europa, Av. Atenas, C/Oslo) para uso preferente de bicicletas y patinetes mediante urbanismo táctico.
- Instalar estacionamiento preferentes de bicicletas y patinetes sobre las plazas de aparcamiento comerciales.
- Instalar zonas preferentes de estacionamiento para vehículos eléctricos o híbridos con punto de recarga rápida.
- Integrar las áreas residuales privadas al espacio público.

PROYECTO 3.2.3_Gestionar concesiones por parte de los grandes comercios a pequeños locales para implantar puestos en las zonas de las playas de aparcamiento que lindan con la calle, con la condición de que dispongan de una zona ajardinada y estén insertos dentro de la trama de calles con arbolado.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3	PROGRAMA DE ACTUACIÓN 3.2	PRIORIDAD: MEDIA
---------------------	---------------------------	------------------

	OBJETIVO ESTRATÉGICO	OBJETIVO ESPECÍFICO	17 ODS
SINERGIAS CON LA AGENDA URBANA ESPAÑOLA Y CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	2. Evitar la dispersión urbana y revitalizar la ciudad existente.	2.1. Definir un modelo urbano que fomente la compacidad, el equilibrio urbano y la dotación de servicios básicos. 2.2 Garantizar la complejidad funcional y diversidad de usos. 2.3 Garantizar la calidad y la accesibilidad de los espacios públicos.	 1.4 Acceso servicios básicos y recursos financieros. 11.7 Acceso a zonas verdes y espacios urbanos seguros.
	4. Hacer una gestión sostenible de los recursos y favorecer la economía circular.	4.1 Ser más eficientes energéticamente y ahorrar energía.	 7.2 Energías renovables.
	7. Impulsar y favorecer la Economía Urbana.	7.1 Buscar la productividad local, la generación de empleo y la dinamización y diversificación de la actividad económica.	 8.1 Crecimiento económico. 8.3 Fomento pequeña y mediana empresa. 9.2 Industria inclusiva y sostenible.
	10. Mejorar los instrumentos de intervención y gobernanza.	10.1 Diseñar y poner en marcha campañas de formación y sensibilización en materia urbana, así como de intercambio y difusión de la información.	 4. 7 Educación global para el desarrollo sostenible. 16.7 Participación ciudadana.
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> Localización de los nuevos desarrollos. Participación ciudadana en las actividades de educación ambiental organizadas por el Ayuntamiento de Alcorcón. Empresas con certificado de gestión ambiental. 		

Figura 61. Propuesta de sinergias con la agenda urbana española y con los objetivos de desarrollo sostenible.
Fuente: Alumnos MAYAB (2020) Proyecto URB-HealthS.



Figura 62. Propuesta línea estratégica la naturaleza en el barrio.
Fuente: Alumnos MAYAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

2. Naturaleza en el barrio

- Creación de una red de espacios verdes dentro del área y de conexión con el exterior. Ligarla a itinerarios peatonales de calidad.
- Rutas y espacios bioclimáticos con sol-sombra, árboles y fuentes.
- Gestión de las actividades de mantenimiento, poniéndolas en relación con residuos, participación.
- Sombreamiento de espacios públicos y zonas de aparcamiento con arbolado y pérgolas.
- Generación de energías renovables (solar y minieólica) en las zonas de aparcamiento y cubiertas. Estudiar fuentes de financiación: fondos FEDER, Comunidades energéticas, otras.
- Huertos urbanos como actividad didáctica intergeneracional de todo el proceso relacionarlo con el proyecto de gestión de residuos y con el mercadillo además como punto de compostaje.
- Instalaciones deportivas de la Universidad abiertas al barrio y generar zonas cardiosaludables para mayores y juegos infantiles.
- Rehabilitación de zona de la laguna, limpieza, recuperar infraestructura.
- Corredores verdes, circuito que recorra todo el parque oeste conectando las zonas verdes con arbolado y vegetación de baja escala y señalética de ejercicios, mobiliario (universidad, charcas, av. Europa, Berlín) que genere más zona permeable.
- Fomentar la flexibilidad y la mezcla de usos en Parque Oeste.
- Mejorar las conexiones entre los espacios verdes, utilizando como hilo conductor una nueva ruta biosaludable como parte de la infraestructura verde (existen tres rutas biosaludables en Alcorcón y la única zona sin ruta biosaludable es el Parque Oeste).
- Visualización de los servicios ecosistémicos de la vegetación del sector.
- Identificación de los árboles del sector en una plataforma web que permita a los vecinos su interacción.
- Potenciar la vegetación entre parques.
- Eliminar la valla perimetral.

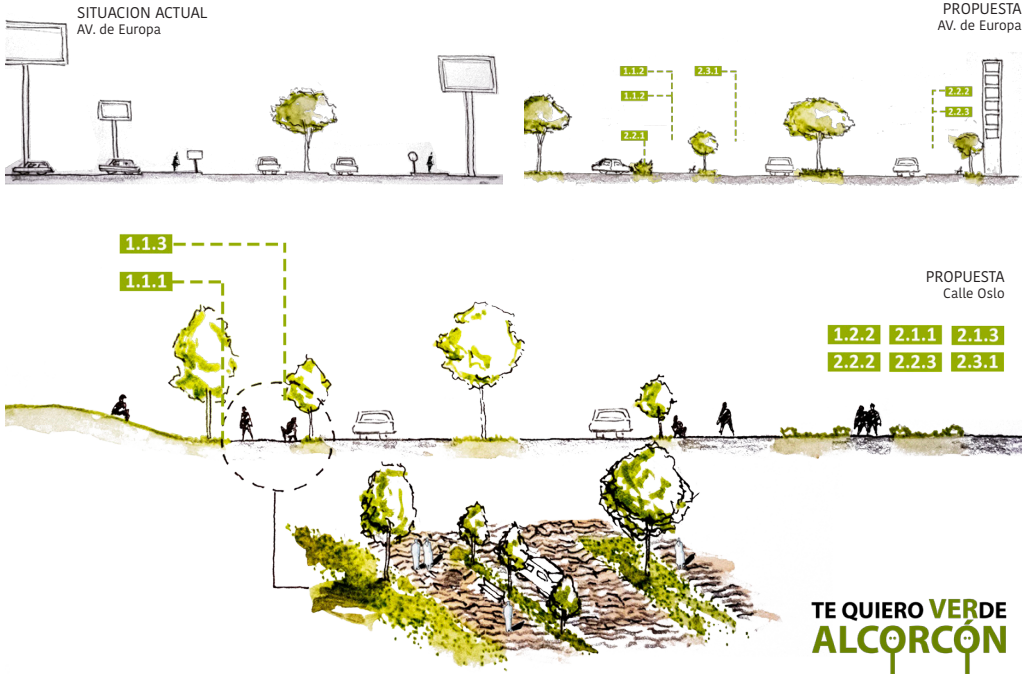


Figura 63. Propuestas de intervención en la Avenida Europa y en la Calle Oslo en Alcorcón. Fuente: Alumnos MAYAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

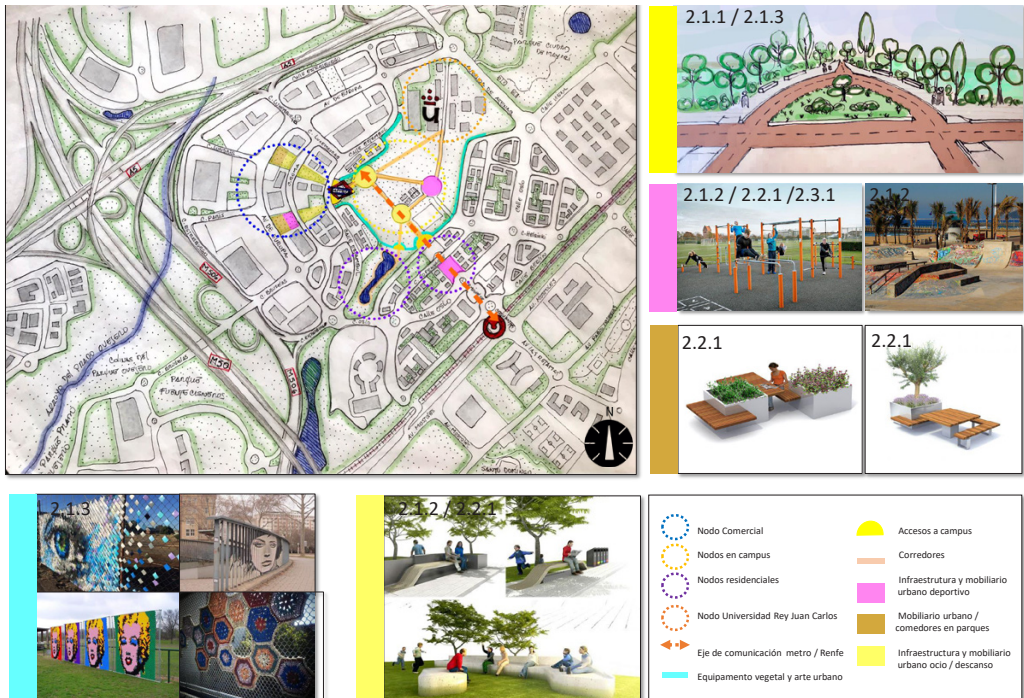
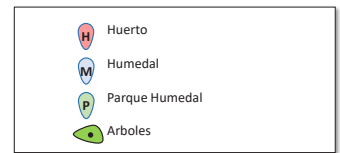
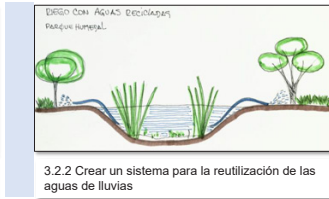
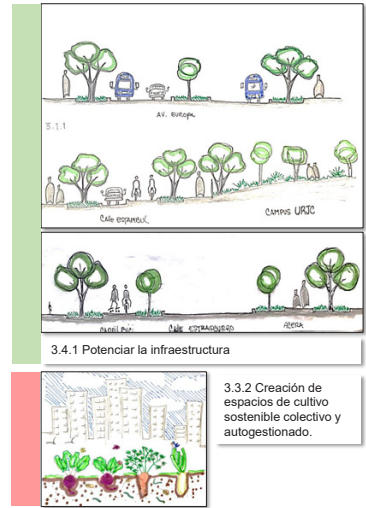
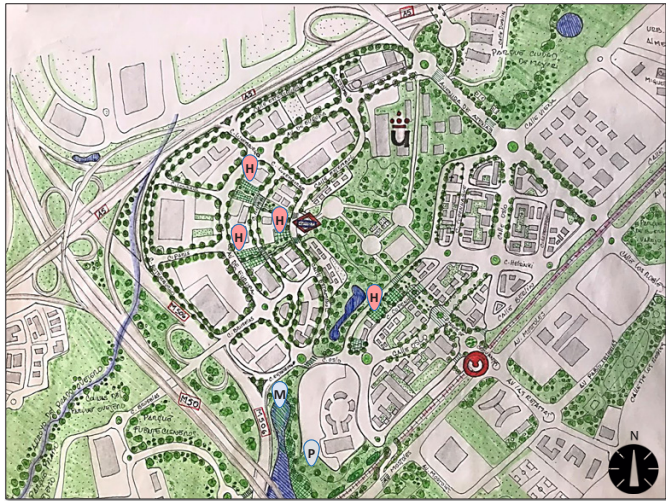


Figura 64. Propuestas de acción para la línea estratégica 2: "Naturaleza en el barrio". Fuente: Alumnos MAYAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

3. Espacios de convivencia y equipamientos

- Vincular Universidad-Ayuntamiento (ESMASA) -empresarios-ciudadanos en actividades de gestión de residuos. Programas de compostaje, tratamiento de plásticos, etc. (ligados a los proyectos municipales existentes).
- Eliminación de algunas plaza de aparcamiento para hacer lugares estanciales.
- Creación de un marco de actividades integral que dinamice y aproveche los espacios libres (públicos y privados). Aprovechar el Centro Cultural Cooperante Margarita Burón y las redes de comunicación del Ayuntamiento.
- Utilización temporal de los espacios de aparcamientos mediante estructuras provisionales para usos deportivos, mercadillos, etc.
- Ofertar actividades y programación en Centro cívico cultural Municipal Margarita Burón, wifi gratuito, asociarlo con zonas verdes. Usarlo como plataforma de difusión de actividades en toda la comunidad, incluyendo comunicación impresa y redes sociales.
- Mercadillo itinerante (Domingo- martes) en calle Berlín, entre paseo Cervantes y Atenas, pegado a los taludes de la vía ferroviaria.
- Programación de actividades culturales en espacios públicos, y en zona comercial y Universidad. Aprovechar sinergias entre ellas.
- Crear programa de voluntariado entre los vecinos para educación ambiental.
- Fomentar la flexibilidad y la mezcla de usos en Parque Oeste.
- Revitalizar la mesa de movilidad sostenible existente con una sesión específica sobre el Parque Oeste.
- Construcción agencia de comunicación y educación ambiental, cultural, vecinal, etc para difundir el valor y la iniciativas de desarrollo de futuro proyecto de barrio.
- Incorporar equipamiento infantil y de mayores para promover los espacios intergeneracionales en el ámbito.
- Involucrar a los comercios en capacitaciones en escuelas para mejorar las técnicas de sembrado.
- Desarrollar talleres formativos sobre Bio-construcción y sus beneficios en la salud rescatando la tradición artesana de la ciudad (Alfarería).



Patricia I. Paez Alvarez/ Ivan Táboas Rodríguez / Facundo Nicolás Rial

Figura 65. Propuestas para la línea estratégica 3: "espacios de convivencia".
Fuente: Alumnos MAYAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

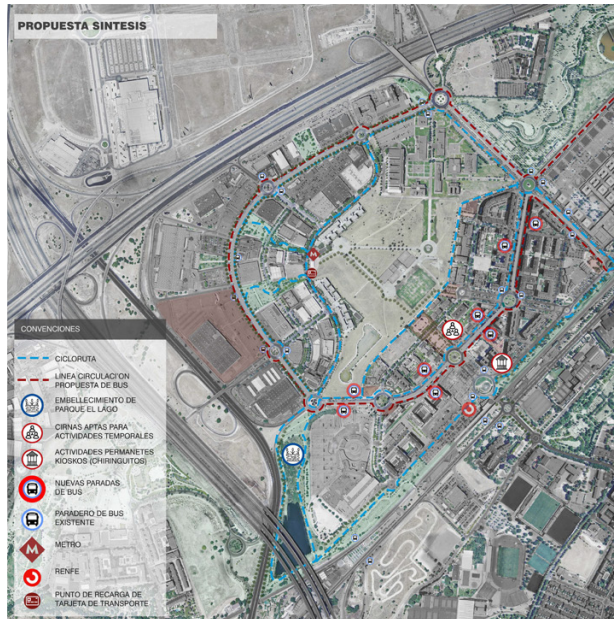


Figura 66. Propuestas de intervención en la estrategia 3.
Fuente: Alumnos MAYAB (2020) Proyecto URB-HealthS.

CONCLUSIONES

Tras la finalización del curso se destaca la alta participación y el gran interés y complementariedad de perfiles para trabajar en urbanismo y salud desde la prevención y la promoción.

La parte teórica estableció una excelente base documental, actualizada, y con conceptos que parten de las prioridades de los expertos, en políticas, buenas prácticas, prevención y promoción de la salud (con la generación de un material muy interesante y gran cantidad de enlaces para ampliar la documentación)

La parte práctica ha resultado también muy interesante, ya que se ha conseguido llegar a un plan de acción muy realista, pero con actuaciones y proyectos muy innovadores.

Se agradece el apoyo de la Concejalía de Sostenibilidad, Movilidad y Energías Renovables del Ayuntamiento de Alcorcón, así como la implicación de todos los participantes, la capacidad analítica y propositiva de los alumnos del Máster en Medio Ambiente y Arquitectura Bioclimática (MAyAB) de la ETSAM-UPM, así como el amplio conocimiento de los técnicos municipales, vecinos y profesionales que trabajan y viven en el área de actuación, aportando una visión muy realista de los problemas y oportunidades del ámbito. Un lugar alejado no solo físicamente de la población, sino también por factores psicológicos relacionados de forma directa con el diseño urbano.

Este Proyecto Europeo ha tenido ediciones en Coimbra, Alcorcón y Newcastle y ha despertado gran interés, dada la amplia demanda generada (al duplicar, en la mayoría de los casos, el número de solicitudes respecto a las plazas ofertadas). También se ha puesto de manifiesto con estas experiencias la necesidad e importancia de la intervención multidisciplinar y multinivel en los temas de sostenibilidad y salud de nuestros barrios y ciudades.



INFORMACIÓN Y CONSULTAS

<https://blogs.upm.es/urb-healths/>
uni-health@upm.es

Colabora



Ayuntamiento de Alcorcón

