

## Por un urbanismo incluyente que contribuya a garantizar la ciudadanía

*Ximena de la Barra*

Arquitecta y urbanista. Asesora Urbana Principal de UNICEF ante el Primer Congreso Internacional de Salud Ambiental Urbana.[1]

Madrid (España), julio de 1998.[2]

*"Equilibrar socialmente a la ciudad y evitar que la ciudad se convierta en testimonio de las diferencias y modos de vida que nacen de la rentabilidad de las distintas funciones y actividades. Quizá sea este uno de los modos más activos y eficaces de hacer habitable la ciudad para los ciudadanos".*

Prólogo del Alcalde Don Enrique Tierno Galván en "Recuperar Madrid", Ayuntamiento de Madrid, Oficina Municipal del Plan, Madrid, 1982.

*"Platón tenía su ciudad de 5.040 habitantes. Y permitía la esclavitud, no del ciudadano ateniense, sino de otros grupos subordinados. Ahora se trata de convertir a los 30 millones de habitantes en ciudadanos".*  
Conversación con el arquitecto Argentino, Jorge Enrique Hardoy, historiador de ciudades, con el periódico bonaerense Clarín, 18 de Enero de 1987, Buenos Aires, Argentina.

Vivimos un momento histórico en que los peores problemas que enfrenta la humanidad y que tienen un impacto directo en el estado de salud de la población - el constante crecimiento de la pobreza; la agudización de las disparidades y el creciente deterioro ambiental - tienen un común origen en el modelo político-económico prevalente. Las ciudades, por constituir la expresión física de las sociedades que las construyen y de las interacciones políticas, sociales y económicas de sus habitantes, reflejan estos desequilibrios y se manifiestan como ciudades excluyentes y segregadas. Ciudades donde el comportamiento de unos genera consecuencias en la salud de otros.

Esta ponencia pone a la perspectiva de derechos humanos en el centro de la ecuación al proponer se supere el urbanismo de trazado y se tienda hacia un urbanismo cuya gestión contribuya a garantizar la ciudadanía, reequilibrar a la sociedad al revertir disparidades y garantizar igual calidad de vida y de acceso a los espacios, a los servicios públicos y a las instancias de decisión, a todos los habitantes sin discriminación de ningún tipo. En consecuencia plantea la necesidad de lograr la calidad de vida y la salud no solo combatiendo las enfermedades sino también combatiendo sus causas profundas, es decir, las circunstancias políticas, sociales y económicas y ambientales que fomentan la mala salud. Se aboga por la necesidad de revertir las disparidades simultáneamente con la necesidad de erradicar la pobreza; por la necesidad de actuar sobre las causas de la pobreza y las disparidades y de no sólo limitarse a aliviar los síntomas de la pobreza. Plantea el desafío de establecer sistemas de gobernabilidad participativa que promueva seguridad económica, justicia social, y respeto ambiental. También señala las oportunidades que provienen de los instrumentos de derechos humanos como base para construir sociedades inclusivas y garantizar la ciudadanía. Se podrá, en consecuencia, abrir la oportunidad para un nuevo urbanismo incluyente, expresión de una sociedad solidaria y sana.

## **La concentración de la población en las ciudades: dos caras de una misma moneda**

El siglo 21 se inicia con la mitad de la población del mundo viviendo en áreas urbanas, proporción que llegara al 75% en el 2025. Por otra parte, se espera que el 90% del crecimiento poblacional se produzca en áreas urbanas. Esta es una buena noticia si se considera que las ciudades constituyen centros de concentración de riqueza, de capacidades de producción y de creatividad. Están en la mejor posición para satisfacer las necesidades de la población en materia de servicios básicos dado que gracias a la concentración de la población, estos se pueden producir de mejor calidad y a menor costo. Además, es en las ciudades, donde la población tiene las mejores posibilidades de organizarse para ejercer sus derechos. Paradojalmente, es en las ciudades donde se concentra la pobreza, donde las disparidades son mas violentas y donde la salud de los individuos, especialmente de los pobres se ve mas amenazada por carencias en agua potable, sistemas de eliminación de excretas y de residuos sólidos. La localización de los pobres en suelo a quien nadie más interesa, ya sea porque están sujetas a alto riesgo de desastres naturales o porque están sujetas a contaminaciones tóxicas de los efluentes urbanos constituyen gran parte de su vulnerabilidad. El trabajador urbano, además está en mayor situación de riesgo ambiental en su trabajo, especialmente si trabaja sin el amparo de leyes sociales y sindicatos. Y sus familias deben vivir en situación de alto riesgo ambiental.

La congestión en la que viven los pobres acelera el contagio de las enfermedades infecciosas, y también contribuye al *stress*, las enfermedades crónicas y a la violencia. Además, la excesiva concentración de población carente de infraestructura pone en jaque al medio ambiente en su capacidad para reciclar los residuos de la actividad humana a la velocidad necesaria. Asimismo, hace imposible el suministro de insumos para la actividad humana tales con el agua en los volúmenes necesarios y a precios accesibles. Por consiguiente, el hecho de que la mayor parte del crecimiento poblacional urbano ocurrirá entre los pobres en las ciudades más pobres del mundo, reforzando la segregación espacial en el mundo tanto como en las ciudades, es la cara negativa de esta moneda. La pobreza y las disparidades continuarán concentrándose en las ciudades y continuarán constituyendo la mayor causa de mortalidad y morbilidad en la población.

## **Algunos antecedentes históricos del urbanismo saludable**

A través de la historia, hay innumerables casos en los que las epidemias fueron la razón poderosa que dio impulso a obras de infraestructura urbana o que inicio procesos de mejoramiento de asentamientos precarios. Leonardo Benévolo, el historiador urbano nos cuenta en su obra *Orígenes del Planeamiento Urbano Moderno* de las consecuencias sanitarias que la especulación urbana tuvo durante la rápida urbanización provocada por la revolución Industrial en Inglaterra en la primera mitad del siglo XIX. Apunta a la epidemia de cólera en 1830 como el punto de quiebra en el cual la opinión publica, especialmente después de las violentas protestas de sus víctimas, deja de considerar a la pobreza con sus secuelas ambientales y de enfermedad, como males inevitables, y comienza a considerarla como un mal que hay que erradicar a cualquier precio. Surge entonces la legislación sanitaria como precursora de la legislación urbana moderna. El urbanismo deja en este momento de limitarse al diseño de los asentamientos para incorporar los problemas sociales del momento. El urbanismo se coloca así como parte integral de los esfuerzos por extender los beneficios de la Revolución Industrial a todas las clases sociales y por la creación de una sociedad democrática, enfatizando la componente política de esta disciplina antes meramente técnica.

El historiador Neoyorquino Peter Derrick cuenta en su libro pronto a ser publicado [**Derrick , 1998**], que fueron las epidemias de tuberculosis y de violencia que arrasaron a los congestionados e insalubres barrios obreros del Lower East Side a principios de este Siglo lo que impulso a los reformadores de aquella época a tomar dos medidas urbanísticas significativas: la expansión de la pequeña red de trenes urbanos elevados con la construcción del Sistema Dual de Transporte Rápido que se puso en servicio entre 1913 y 1920; y el cambio en la ordenanza de construcción de las viviendas obreras (*tenement houses*) donde se producían las más altas densidades del mundo. Hasta 1879 los especuladores urbanos construían edificios de vivienda de 6 a 7 pisos, ocupando el 90% de los predios de dimensión standard de 8m por 33m. Los edificios no tenían agua corriente, y los servicios higiénicos se localizaban en el patio trasero. Ninguna de las habitaciones interiores contaban con ventanas. En 1879 se obligó a los especuladores a incluir un pequeño patio de luz compartido con el lote vecino, y a instalar servicios higiénicos colectivos en cada planta del edificio. A partir de 1901, la nueva ordenanza limita la altura de este tipo de edificios y obliga a la inclusión de baños y cocinas dentro de cada vivienda. Más que actuaciones urbanísticas, esta fueron medidas de salud publica, que tuvieron el poder de transformar la calidad de vida en la ciudad de Nueva York de principios del Siglo XX.

Pareciera ser que el avance es más lento de lo que nos proponemos. Tenemos que reaprender constantemente las viejas lecciones. Las enfermedades erradicadas reaparecen, incluso en el mundo desarrollado. En Nueva York, por ejemplo, a pesar de los esfuerzos de los reformistas de principios de este siglo, en los barrios pobres, por causas muy similares, vuelve a recrudecer la tuberculosis, que ahora es resistente a los antibióticos. A la tuberculosis se le suman entre otras, la reciente epidemia de SIDA. A finales de este siglo aun debemos apoyarnos en el temor de las clases dominantes a las epidemias para que se evite reprimir los esfuerzos que hacen los pobres por asentarse en las ciudades del tercer mundo o bien para evitar que las autoridades ignoren los derechos de los pobres a beneficiarse de la función pública. El caso de la comunidad urbana de El Mezquitil, en la Ciudad de Guatemala es un ejemplo exitoso, en que en un largo y gradual proceso, se paso de una toma de terrenos violentamente reprimida por el gobierno y de acciones privadas en el campo de la salud para contener epidemias, a la situación actual de autogestión comunitaria en asociación con el Gobierno y a acciones integradas de promoción de la salud ambiental. Jorge Hardoy llamaba a los pobres en las ciudades segregadas, "una masa de gente que no existe cuyo paso por la vida no figura en ningún registro". De no haber sido por el temor de la ciudad visible a las epidemias, los pobres seguirían siendo ignorados, reprimidos, erradicados, ilegales e invisibles.

Ya en 1978 la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud en Alma Ata recomendó a los gobiernos "incorporar y reforzar la atención primaria en salud dentro de los planes de desarrollo nacional, con especial énfasis en programas de desarrollo rural y urbanos". Más tarde, en 1986, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, reconoce a la paz, la vivienda, la educación, la nutrición, los ingresos, un eco-sistema estable, los recursos sustentables, la justicia social y a la equidad como prerequisites fundamentales para lograr la salud. Tanto la Organización Mundial de la Salud como UNICEF han sido muy claras al señalar certeramente a la extrema pobreza como la mayor causa de mortalidad, mala salud y sufrimiento a lo largo y ancho del mundo [**WHO , 1995**]. Por consiguiente, en mi opinión, lo que nos debe preocupar en este momento es determinar cuales son las causas de la pobreza y de las disparidades en las ciudades, e iniciar una campaña para erradicarlas. No importa cuanto se aíslen y se protejan los más privilegiados de los aspectos negativos de la concentración urbana, hay cierto tipo de riesgos como la polución aérea, las epidemias y la violencia, que no reconocen fronteras de clase. Promover la salud es, por consiguiente, del interés y de la responsabilidad de todos.

Durante el proceso preparatorio para la Cumbre de las Ciudades, Habitat II, efectuada en Estambul en Junio de 1996, algunos de los que estamos en esta sala hoy, tuvimos que unir fuerzas para que se le prestara atención a los factores políticos y macro-económicos subyacentes en la problemática urbana y para que se le restara triunfalismo al modelo de crecimiento y al mercado como fuente de solución y a las políticas facilitadoras y al urbanismo de trazado, como las únicas alternativas de política urbana. Incluso fue necesario rediscutir el rol que se le asignaba a las ciudades. Nos dimos cita en el Diálogo para la Salud en Estambul para confrontar a aquellos que sólo veían en las ciudades el lugar ideal para promover el crecimiento económico y mejorar la productividad. Nosotros argumentamos por una visión en la cual el rol fundamental de las ciudades es el de garantizar el bienestar de sus habitantes. El argumento de ellos era que es precisamente el crecimiento y la productividad lo que contrarrestara a la pobreza. El argumento nuestro era que el modelo de crecimiento prevalente en el mundo, no está erradicando la pobreza. Por el contrario, en los últimos 50 años de búsqueda del crecimiento económico, la economía mundial se ha expandido cinco veces, el comercio internacional, doce veces, y los flujos internacionales de capital especulativo, entre 25 y 30 veces. Pero las disparidades se han multiplicados por tres. Nadie ha logrado calcular aun en cuanto se han deteriorado los ecosistemas durante este proceso.

Estoy segura que no será la última vez que tengamos que dar una batalla de este tipo.

## **Ciudades segregadas en un mundo segregado**

Ya en 1844, Engels había establecido la correlación entre la inequidad en la distribución de ingresos y la inequidad en el goce a la salud al constatar que los índices de mortalidad eran el doble en las calles de las clases bajas que en las calles de las clases altas [*Engels* , 1856].

De acuerdo al Informe del Desarrollo Humano publicados por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en 1997, a nivel global las disparidades continúan reforzándose aceleradamente. El 20% más pobre de la población pasó de controlar el 2.3% de los ingresos globales en 1960 a controlar solo el 1.1% de esos ingresos en 1996. La proporción entre el ingreso del 20% más afluente en comparación con el ingreso del 20% más pobre pasó de ser de 30:1 en 1960 a 61:1 en 1991 y 78:1 en 1994. Lo que significa que el proceso continúa acelerándose.

Las disparidades en expectativa de vida varían entre los 77 años como promedio para los países industrializados, 62 años para los países en desarrollo y 50 años para los habitantes del África Sub-sahariana donde se espera una disminución del orden de 10 años adicionales a causa del SIDA en el año 2010. En el plano de la mortalidad infantil de menores de 5 años, la situación es aún más grave. El promedio en el mundo industrializado que es de 7/1.000, llega a 95/1.000 en los países en desarrollo y a 174/1.000 en África Sub-sahariana donde se espera aumente a unos 225/1.000 al año 2010 a causa del SIDA [*PNUD* , 1997].

América Latina, por ejemplo, la región más urbanizada del mundo en desarrollo, y también la de mayores disparidades, sigue siendo utilizada como modelo de éxito en la gestión económica y en el proceso de redemocratización. La verdad detrás de esta campaña es que en América Latina, las políticas de ajuste se ejecutaron "sin rostro humano", creando una doble crisis de generación de ingresos familiares y de desaparición de beneficios sociales, agudizando tanto la pobreza como las disparidades y violando sistemáticamente los derechos sociales y económicos de las familias. La pobreza creció desde el 35% de la población en 1980 al 41% en 1994 [*CEPAL* , 1997], y la distribución territorial de la pobreza varía entre el 10% en Uruguay y el 75% en Honduras [*PNUD* , 1997]. La década de los ochenta se caracterizó por un colapso de la inversión social. Debido al doble efecto de la menor proporción del PIB destinado al gasto

social y de la disminución del ingreso por habitante, el gasto social real per capita se redujo en un 24%. Lo que es aún más grave, la pobreza afecta aproximadamente a 80 millones de menores de 18 años [UNICEF , 1997].

En la actualidad, el 40% de la población más pobre en Latino América, usufructa del 9% de los ingresos familiares regionales, en consecuencias que el 20% mas acomodado disfruta del 61% de ellos. El extremo se produce en Brasil donde el 40% mas pobre disfruta solo del 7% de los ingresos familiares y el 20% más acomodado, el 68% [PNUD , 1997], el 10% de la población es propietaria del 90% de la tierra y de acuerdo a estimaciones de OIT, ocho de cada 10 empleos creados durante los noventa, se crearon en el sector informal, lo que contribuyó aun más al deterioro en la redistribución de ingresos. Con el 75% de su población viviendo en zonas urbanas, el 65% de los pobres son urbanos [CEPAL , 1997] y viven en barrios cuyas condiciones ambientales constituyen un grave riesgo para el bienestar y la salud. Si se mantienen las tendencias actuales, el fin de siglo será testigo del incremento de la población a 500 millones de habitantes, de los cuales 104 millones carecerán de agua y 239 millones carecerán de saneamiento [UNICEF , 1996].

Lamentablemente, la agenda política en Latino América, sigue propiciando el crecimiento económico a la espera del derrame hacia los pobres, desoyendo las lecciones de un pasado de crecimiento sin desarrollo. La agenda también incluye un énfasis en la educación con miras a la formación de capital humano pero focalizándola sólo sobre los más pobres y sólo sobre la educación primaria, con lo cual la capacidad de formación de capital humano competitivo en una economía globalizada es más que cuestionable. Escandalosamente ausente de la agenda, están la equidad y la redistribución, la generación de empleos dignos - no hablo de unos cuantos empleos que las transnacionales crean en las maquilas - y el respeto a los derechos económicos y sociales de la población.

La situación urbana en África, la región menos urbanizada del mundo, no es menos preocupante. Como no lo es tampoco en el resto del mundo en desarrollo y en gran parte del mundo industrializado.

## **La pobreza y las disparidades en el medio ambiente urbano**

El peor contaminante urbano y mayor causal de enfermedad en las ciudades del tercer mundo son los excrementos humanos. A la inversa, la existencia de agua potable en cantidad es el factor más conducente a la salud y el bienestar. El acceso al agua potable y al saneamiento es sin lugar a dudas uno de los factores que contribuye a disminuir el impacto de la pobreza. Nuestras sociedades lo saben, pero poco o nada hacen para mejorar la situación en este campo. Aunque en repetidas ocasiones se han trazado metas globales al respecto, la cruda realidad es que año a año se sufren retrocesos. UNICEF ha comprobado que la cobertura global de saneamiento adecuado ha declinado desde 1990, y que son 3 mil millones de habitantes - casi la mitad de la humanidad - los que carecen de este servicio [UNICEF , 1997], lo que hace imposible la meta de lograr acceso universal al final del siglo. Con tal concentración de contaminantes, se ha roto el equilibrio entre los seres humanos y el medio ambiente en las ciudades.

Habiendo ya encontrado la tecnología para producir agua potable para sustentar el poblamiento de la luna en algún futuro cercano no identificado, aún no nos sentamos al tablero de dibujo para diseñar la tecnología que nos permita transformar y reutilizar los excrementos humanos *in situ* en las áreas urbanas congestionadas para poder así evitarnos su costoso traslado a plantas de tratamiento, y evitarnos el triste espectáculo de niños jugando en el lodo contaminado en los asentamientos precarios de las ciudades del tercer mundo. La ausencia de saneamiento y agua potable son responsables del 80% de las muertes por

diarrea, y en el mundo, aun mueren 2.5 millones de niños a causa de la diarrea cada año [WHO , 1997].

El crecimiento industrial y la globalización han generado nuevos patrones de consumo en aquellos que se benefician con el desarrollo de sus sociedades, lo que ha significado un crecimiento en la producción de desechos y contaminantes. Sin embargo, no ha habido un ritmo equivalente de la innovación y la adopción de medidas para restablecer el equilibrio entre la actividad humana y el medio ambiente, ni en la reducción de la producción de desechos, ni en la reutilización de los recursos valiosos que ellos - incluso los excrementos humanos - contienen [Esrey , 1998]. Sólo si hay una voluntad colectiva para manejar la relación entre el ambiente natural y el ambiente construido para servir los intereses colectivos y de largo plazo de ambos, se evitarán conflictos respecto a la apropiación y deterioro de los recursos, y se evitarán inequidades en su distribución.

En Mayo de este año, la 51 Asamblea Mundial de la Salud en su Resolución sobre Promoción de la Salud, insta a todos los estados miembros a que fomenten la responsabilidad social en materia de salud y a que aumenten las inversiones en desarrollo sanitario [WHO , 1998] y la Organización Panamericana de la Salud en su Informe Técnico N.46 de 1988, *Health Social Equity and Changing Production Patterns in Latin América and The Caribbean* afirma que la inversión en agua y saneamiento no sólo contribuye a un mejor estado de salud sino que también a aumentar la productividad de los países. Del mismo modo afirma que la inversión en vivienda no sólo contribuye a revitalizar la economía nacional sino que beneficia directamente el estado de salud de la población, al mismo tiempo que facilita el suministro simultáneo de otros servicios básicos. Por ultimo, sostiene que el acceso a la salud constituye un importante factor de reversión de las disparidades. Ahora que se acerca el fin del siglo, ¿seremos capaces de asumir estas obligaciones?

A menudo se culpa a los pobres de deteriorar el medio ambiente en sus ciudades y en su entorno. Es cierto que al asentarse en la periferia de las ciudades, los pobres buscan en el bosque cercano, el combustible para la cocción de sus alimentos ya que su falta de ingresos y la eliminación del subsidio al combustible doméstico, les impide alternativas menos destructivas. También es cierto que precisamente donde viven los pobres encontramos las peores calidades ambientales. Sin embargo, antes de apuntar el dedo acusatorio hacia los pobres, debemos hacernos algunas reflexiones fundamentales:

Los pobres siempre pierden en la lucha por la apropiación de los recursos naturales y por la asignación de los recursos públicos. Por consiguiente, siempre deben vivir aguas abajo de los efluentes de los ganadores, deben arreglarselas sin infraestructura ni servicios públicos y deben pagar con su salud las consecuencias ambientales de los que realmente consumen. Los pobres al consumir ínfimas fracciones de lo que consumen los más afluentes y al ser peatones o bien recurrir sólo al transporte público, son responsables de menos apropiación de insumos y menos producción de desechos. Los dueños del capital, de la tecnología y de los insumos, al buscar el mayor lucro al menor costo, emplean a los que sólo pueden vender su esfuerzo, pagándoles remuneraciones infrahumanas. Estas remuneraciones de poco sirven para contrarrestar la falta de infraestructura pública y la concentración de contaminantes donde viven. Además, se ha comprobado que los pobres habitualmente deben pagar más caro por servicios informales de peor calidad. También los pobres al satisfacer sus necesidades básicas, tienden a ser los grandes recicladores de nuestras sociedades. En consecuencia, los patrones de consumo y comportamiento de los más afluentes están creando las desventajas en términos de salud de los pobres.

## **Causas de la Pobreza y las disparidades**

Las evidencias se acumulan para sustentar la afirmación de que es el modelo macro-económico neo-liberal el mayor causal de la pobreza al concentrar la riqueza en menos manos e incrementar la exclusión política, económica y social. Se trata de un modelo que fuerza a los gobiernos a competir para exportar básicamente los mismos productos, lo que deprime los precios de los productos primarios en los mercados internacionales y exacerba el deterioro de los términos de intercambio. Un modelo capaz de generar crecimiento pero que no genera empleo digno. Para empeorar más aún la situación, al igual como sucede con la política económica, que es impuesta por la banca internacional, los gobiernos no determinan ya su política social. Es muy fácil imponer condicionalidades a Gobiernos endeudados y obligarlos a adoptar políticas sociales regresivas que lejos de responder a las necesidades de la población, contribuyan a mejorar las capacidades de repago de las deudas.

## **Fracaso de los gobiernos y del mercado en revertir las disparidades**

Si bien los gobiernos a todos los niveles tienen responsabilidades, legalmente adquiridas por velar por los derechos de los ciudadanos, la mayoría presta oídos sordos a las consecuencias negativas de las políticas económicas que aplican o les son impuestas.

Sin regulación, la globalización de la economía y de las finanzas concentra las inversiones en algunas áreas urbanas seleccionadas, creando enclaves afluentes que se alimentan de la economía global en medio de la pobreza circundante donde se agotan los recursos naturales, se concentra la contaminación y se pone en riesgo el desarrollo humano. En su competencia ciega por atraer inversiones, los gobiernos abandonan los objetivos del buen gobierno - desarrollo social, gestión ambiental y participación democrática - y ofrecen al capital extranjero reglamentaciones laborales y ambientales vergonzosas que ponen en riesgo las condiciones de vida de la población. Mano de obra barata, suspensión de las reglamentaciones laborales y medioambientales, prohibición y represión de la organización sindical es lo que exige el capital extranjero para sacar las máximas ventajas. En esta competencia no gana ninguno de los que compete. Sólo hay perdedores, salvo el capital transnacional que es el que llama a esa competencia.

El modelo económico también limita la capacidad gestora y redistributiva de los gobiernos. El ajuste estructural transfiere las funciones del gobierno al mercado, limitando los subsidios a los pobres y reduciendo el gasto público - especialmente el gasto social - mejorando las capacidades de pago de la deuda externa a costo de la inversión en desarrollo humano. Procesos mal concebidos de descentralización han transferido las responsabilidades de la política social a los gobiernos locales sin transferirles las capacidades necesarias, acrecentando no sólo las disparidades sociales sino también las territoriales. En un contexto de agudización de las disparidades, los pobres no están en condiciones de competir en el mercado para generar ingresos razonables que les permita contrarrestar la ausencia del sector público. Los procesos de expansión del mercado hacia los servicios de salud y educación constituyen, en consecuencia una flagrante violación a los derechos de ciudadanía.

El mercado, por su parte, ignora la demanda insolvente de los pobres, imponiendo sobre ellos tarifas impagables por los servicios privatizados. En consecuencia el mercado distribuye de acuerdo al nivel de ingresos y no de acuerdo a los derechos de los ciudadanos y beneficia a los ya privilegiados ofreciendo igualdad de oportunidades sólo a aquellos que se encuentran en igualdad de condiciones. Y lo que es igualmente grave, el mercado, al buscar el máximo retorno en el mínimo plazo, pone a los intereses individuales por encima de los intereses colectivos, causando estragos irreparables en el medio ambiente

por quien pocos parecen velar y por cuyo deterioro no pagan los culpables sino las víctimas. En consecuencia, ni los gobiernos ni el mercado responden a los pobres.

## **¿Por qué concentrarse en las disparidades?**

En una época que se caracteriza por una acumulación de la riqueza sin precedentes, las disparidades también se acrecientan velozmente dejando a un cuarto de la humanidad con sólo un dólar diario para cubrir las necesidades más imperiosas. La Declaración de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, en Viena en 1993 sostuvo que "la extrema pobreza y las exclusiones sociales son violaciones de la dignidad humana y la pobreza extrema generalizada inhibe el ejercicio efectivo de los derechos humanos". Por consiguiente, se están violando sistemáticamente a los derechos que se han reconocido también a los pobres, entre ellos a los 650 millones de niños que viven en extrema pobreza.

Nuestra preocupación por la pobreza, debe superar el enfoque reducido sólo a mejorar la situación de los más pobres y dirigirse hacia el conjunto de la sociedad. Al concentrarse en las disparidades, se ponen sobre la mesa las causas de la pobreza además de sus síntomas. Si sólo nos concentráramos en los síntomas, las estructuras económicas existentes, actuando a una velocidad muchísimo mayor, incrementarían las disparidades y el volumen de la pobreza al transformar en pobres a los vulnerables y enriquecer aún más a los ricos. Por consiguiente, de no intentar contrarrestar las disparidades, el abismo entre ambos extremos continuaría ensanchándose, reforzando la injusticia y violando los derechos de los excluidos. La desintegración social, la pérdida de calidad de vida y la violencia son las consecuencias que cabe esperar.

## **La naturaleza de las disparidades**

Generalmente las disparidades se caracterizan por una exclusión múltiple: exclusión del poder político; del usufructo de los recursos naturales; del acceso al suelo, la vivienda y los servicios básicos; del acceso a la educación, el empleo no explotador y las oportunidades de generar ingresos razonables; también del acceso a los recursos financieros. A esta exclusión múltiple se le suman los mayores costos que los pobres deben pagar en términos financieros y de calidad ambiental, y por último, en términos de su propia salud. Solo al comprender la naturaleza de las disparidades se pueden diseñar las políticas que se requieren para crear una sociedad equitativa. Más allá de las habituales políticas distributivas que alivian los peores síntomas de la pobreza manteniendo el *status quo*, se requiere de políticas redistributivas que cambien la estructura de poder en la sociedad.

## **La dimensión espacial de la exclusión y las disparidades a nivel urbano**

Algunos de los aquí presentes recordarán que la dimensión espacial del desarrollo fue el sustento teórico del urbanismo madrileño de principios de los años ochenta que buscaba equilibrar socialmente a la ciudad para hacerla habitable y fomentar la convivencia. En el mundo entero, esto constituye ahora uno de los temas más ignorados del momento. Aún si hubiera la voluntad política de revertir las disparidades dentro de las ciudades, en el mundo en desarrollo no contamos con la información suficientemente desagregada para hacerlo. Nos manejamos con estadísticas de promedios urbanos lo que contribuye a oscurecer el tema substancialmente. Debido al hecho de que las ciudades albergan simultáneamente a los más privilegiados y a los más pobres, los promedios urbanos sólo sirven para esconder las verdaderas tragedias urbanas. Por consiguiente los promedios son peligrosos ya que deforman la realidad. Si efectivamente interesa revertir disparidades, será imperativo conducir un análisis espacial de la pobreza, mapeando



condiciones de salud, niveles de provisión de servicios, exclusiones sociales y vulnerabilidades ambientales. Para poder asistir a los pobres viviendo en tugurios o asentamientos informales, es imprescindible separar la información sobre su situación de los promedios urbanos. La carencia de información desagregada que refleje las diferencias intra-urbanas de calidad de vida es uno de los mayores obstáculos para el análisis serio y la planificación urbana eficiente, que concentre esfuerzos sobre aquellas áreas más vulnerables.

En este tema, tampoco parecemos ser muy rápidos en internalizar las lecciones aprendidas. Ya en 1985, en el *Taller sobre Salud Comunitaria y Pobreza Urbana* realizado en Oxford, Inglaterra, organizado por la *London School of Tropical Medicine*, con participación, entre otros de UNICEF y Oxfam, una de las conclusiones más importantes fue el señalar a la falta de información que documentara los diferenciales intra-urbanos en salud en los países en desarrollo, como una de las lagunas más importantes en el campo de la salud urbana. Sin embargo, casi 15 años más tarde, al referirnos a las disparidades intra-urbanas, debemos acudir una y otra vez a los mismos escasos estudios de caso. Hay que urguetear profundo para encontrar buenos ejemplos similares, y aparecen en los lugares más impensados. En Olinda, por ejemplo, en el Noreste Brasileño, su región más pobre, las autoridades se dieron cuenta que a mayor desagregación, mayor disparidad, y decidieron desagregar la información a nivel de familia. La verdad sea dicha que nada de esto es ninguna novedad porque ya en 1854 el Dr. John Snow tuvo que recurrir a mapear cada caso individual de fallecimiento por cólera en el centro de Londres para poder detectar la causa de la epidemia, que no era otra que la bomba de la que procedía el agua de la zona con la mayor concentración de casos [*Gilbert*, 1958:172-183].

En 1996, UNICEF en su estrategia urbana *Ciudades Amigas de los Niños*, nuevamente ha hecho firme referencia a la dimensión espacial de la salud, señalando que el acceso al bienestar es un proceso multisectorial cuya convergencia se da en un espacio concreto. La Organización Panamericana de la Salud en su informe anual de 1997 *Poblaciones Saludables, Espacios Saludables* señala la importancia fundamental de promover el análisis de los espacios saludables. En Sao Paulo, se elabora el *Mapa de Exclusión Social* como instrumento de gestión. Los planificadores urbanos en el mundo entero, bien entienden este tema, y es posible que sea justamente en ello donde encuentren las mejores oportunidades para abocarse a un urbanismo incluyente.

## **Algunos ejemplos de disparidades intra-urbanas en salud**

En Karachi, el gasto en salud es seis veces mayor para aquellos que no tienen acceso al saneamiento ni a la educación

En las áreas urbanas en Kenia, la matrícula escolar básica es del 72% para el 2% de los niños más pudientes y sólo del 45% para el 10% de los niños más pobres.

Para los pobres en Ciudad de Guatemala el costo unitario del agua es 10 veces más caro que el agua que se distribuye por red pública a los barrios más acomodados.

En Accra, Ghana, el riesgo de mortalidad infantil por enfermedades infecciosas es 5 veces más alto en los barrios pobres que en los ricos.

En Bangladesh, la desnutrición alcanza al 46% de los niños urbanos. Sin embargo, si se consideran solo los niños que viven en asentamientos urbanos precarios y tugurios, la desnutrición alcanza al 73% de ellos [*UN*, 1997].

En Sao Paulo el riesgo de mortalidad infantil por enfermedades respiratorias es 5 veces más alto en los

barrios pobres que en los ricos.

Para los niños del Bronx, en Nueva York, el riesgo de tuberculosis es 5 veces mayor que para sus vecinos de las comunas más afluentes.

## **Correlación entre inequidades en ingresos e inequidades en salud**

En lugar de vincular el desarrollo humano, medido en términos de salud, al crecimiento económico, varias investigaciones han contribuido al concepto de que son los países con las menores disparidades entre pobres y ricos quienes gozan de mejor salud, y no aquellos países cuyo gasto público per capita es el más elevado, en términos absolutos. Son las sociedades más igualitarias las que tienen más bajos índices de mortalidad. Se ha apuntado a la importancia de la desventaja social relativa más que a la privación material en términos absolutos como la explicación para las inequidades en términos de salud.

La Fundación Rockefeller convocó a una *Conferencia Sobre Buena Salud a Bajo Costo*, en 1985 en la cual se examinaron varios estudios de casos. La conclusión fundamental a la que se llegó fue que no es esencial un alto nivel de actividad económica para lograr el éxito de los programas de salud, sino más bien, lo esencial es el compromiso político y social para una distribución equitativa en la sociedad. Los factores comunes que se observaban en los países que siendo pobres, lograban altos niveles de salud eran: un firme compromiso político y popular a extender la salud a todos; un igualmente firme compromiso a la educación para todos; y para garantizar que hasta el menos privilegiado tuviera asegurada una buena dieta (Good Health at Low Cost, Rockefeller Foundation, New York, October 1995).

Amartya Sen argumenta que no es sólo el ingreso per capita nacional el factor determinante de la salud sino más bien la forma en que estos ingresos estén distribuidos. Además, argumenta que al ingreso personal es necesario agregarle una serie de factores físicos y sociales como determinantes de las condiciones de salud. Entre otros, el ambiente epidemiológico, del lugar en que se vive, la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, el acceso a otros servicios básicos. En su análisis, la única vinculación directa entre el crecimiento económico y la salud se daba sólo si paralelamente se producía un incremento en el gasto público en erradicar pobreza y fomentar la salud. Los países en los cuales esta correlación se producía, eran escasos. Por el contrario existen un pequeño grupo de países en los cuales, sin crecimiento económico, la prioridad del gasto público en salud y educación conseguía los mismos resultados (*Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure* (Amartya Sen, , Florencia, 1995, Innocenti Lectures, UNICEF International Child Development Centre).

Más recientemente, UNICEF ha hecho un estudio sobre 10 casos para demostrar que es posible lograr altos niveles de desarrollo social aún sin crecimiento económico, si es que la voluntad política es fuerte y las prioridades son las correctas. Este estudio afirma que la redistribución de bienes e ingresos no se producirá automáticamente y que no hay garantía que la distribución de los ingresos en una economía de mercado va a ser neutra. El estudio concluye afirmando que quienes definen la política pública harán bien en aprovechar las sinergias potenciales que existen entre las inversiones en educación, agua y saneamiento, nutrición y salud, para maximizar los niveles de desarrollo social que se pueden lograr dados las limitantes y la escasez de recursos. Los avances en salud y educación, no sólo son valiosos en sí mismo, sino que además, proporcionan a los individuos las herramientas con las cuales emerger de la pobreza por falta de ingresos. Por último el estudio concluye afirmando que el crecimiento no reducirá la pobreza en términos de ingreso ni tenderá hacia el desarrollo humano, al menos que las políticas públicas se orienten específicamente a ese objetivo (Development with a Human Face, Mehrotra and Jolly,

UNICEF, 1997, Oxford University Press).

## **Una propuesta solidaria**

Esta ponencia pone a la perspectiva de derechos humanos en el centro de la ecuación al proponer se supere el urbanismo de trazado y se tienda hacia un urbanismo cuya gestión contribuya a garantizar la ciudadanía, reequilibrar a la sociedad al revertir disparidades y garantizar igual calidad de vida y de acceso a los espacios, a los servicios públicos y a las instancias de decisión, a todos los habitantes sin discriminación de ningún tipo. Los principios básicos de los instrumentos de derechos humanos, incluyendo la *Convención Sobre Los Derechos de los Niños*, nos proporcionan el marco moral y legal para proceder por el camino que conduce hacia sociedades inclusivas en las cuales las necesidades se tornan en derechos y el concepto de la expansión de la ciudadanía incluye tanto a los derechos políticos y civiles como a los derechos económicos y sociales. Sociedades que reconocen que no sólo hay una interdependencia entre los distintos tipos de derechos sino también una relación sinérgica entre ellos. Los derechos económicos, sociales y culturales crean las condiciones para el total cumplimiento de los derechos cívicos y políticos y viceversa.

Una agenda que permita revertir las disparidades y eliminar exclusiones sólo será posible con un nuevo tipo de política pública. Una política pública que permita tanto a los gobiernos a todos los niveles como a la sociedad civil y sus organizaciones el trabajar mancomunadamente. Una política pública con la necesaria base económica para garantizar el cumplimiento de los derechos sociales y económicos al hacer disponibles los recursos necesarios y al promover las condiciones de vida y las condiciones laborales que permitan a las familias - a todas las familias - atender adecuadamente a sus hijos y construir su futuro. Una política pública que se consolide con las necesarias reformas legislativas, fiscales, institucionales y presupuestarias consistentes con una perspectiva de derechos. Una política pública cuyas estrategias expandan la cobertura de servicios de calidad universal, que equalicen la demanda por la vía del empleo y del salario mínimo razonable para hacer viable el rol de la familia y que incluya el subsidio para garantizar el acceso a los servicios. Una política pública, que revierta disparidades al redistribuir los recursos públicos.

## **Por un urbanismo incluyente**

Esta propuesta hace un llamado a la voluntad política de los gobernantes para ir mas allá de las políticas urbanas facilitadoras que ponen la responsabilidad de solucionar los problemas a sus propias víctimas y que han fracasado en un contexto de creciente pobreza en un contexto de privatización de la función pública y propone pasar a un urbanismo de gestión, de responsabilidad social, que impida la especulación y que resuelva los problemas sistémicos de infraestructura física y de tenencia y uso del suelo y demás recursos naturales. No debemos permitir que se obligue a las comunidades excluidas a resolver puntualmente estos problemas por si solas. El desafío consiste en establecer un sistema de gobernabilidad participativa que promueva seguridad económica, justicia social y respeto ambiental, que son elementos esenciales para que las comunidades, las familias y los individuos se desarrollen integralmente.

Se requiere de una estrategia que promueva la participación transformando nuestras democracias representativas en democracias participativas. Una estrategia que combata las causas fundamentales de la pobreza y que desarrolle el recurso humano al invertir en la infraestructura física que cobija la actividad humana. Una estrategia que apoye a las economías locales generando empleos que no sean dañinos a la salud de los individuos y del medio ambiente como son actualmente los escasos empleos que nos brinda la

globalización. Una estrategia que actúe preventivamente apoyando a las comunidades y a las familias antes de que estas entren en riesgo, pasando así de el alivio a la pobreza a la garantía de los derechos ciudadanos. Una estrategia que fortalezca la gobernabilidad a todos los niveles, desde el local hasta el global. Es en la esfera del mantenimiento recíproco entre la sociedad y el medio ambiente, tanto del medio ambiente natural como del construido, donde el rol del gobierno es fundamental - sean cuales sean las limitantes - dado que constituye la única entidad que puede defender los intereses colectivos y futuros y protegerlos de los intereses individuales y de corto plazo.

Finalmente, esta propuesta hace un llamado a un cambio de valores desde el individualismo actualmente prevalente que busca maximizar la ganancia personal al más corto plazo, hacia los valores de solidaridad y responsabilidad social con el presente y también con el futuro. Sólo así se podrá dar paso a un nuevo urbanismo incluyente, integrador, expresión de una sociedad solidaria y sana. Los urbanistas tendremos que asumir nuestro rol indiscutible en la salud de la población, y tendremos la obligación moral de abrir nuestra mirada en forma mas amplia y reconocer que el urbanismo es indivisible de la política, la economía y la gestión. No sólo es la salud una responsabilidad de todos nosotros, sino que también lo es el comprender las profundas causas políticas y económicas que la impiden.

## **Referencias bibliográficas**

*Derrick, Peter* (1998) **A Hole in the Ground: The Subways that Transformed New York.**

*WHO* (1995) **The World Health Report "Poverty the Main Cause of Ill Health"**. Discurso pronunciado en Habitat II, Estambul 1996 por la Asesora Urbana Principal de UNICEF, Ximena de la Barra.

*Engels, F.* (1856) **The Conditions of the Working Class in England.**

*PNUD* (1997) **Informe del Desarrollo Humano.** (PNUD) .

*UNICEF, TACRO* (1997) **Report on Seminar on Public Policy and Children.** (UNICEF) .

*CEPAL* (1997) **The Equity Gap.** (CEPAL) .

*UNICEF* (1996) **Water Supply and Sanitation Sector Monitoring Report.** (UNICEF) .

*UNICEF* (1997) **Progreso de las Naciones.** (UNICEF) .

*WHO* (1997) **Health and Sustainable Development, Five Years After Earth Summit.** (WHO. Geneva)

.

*WHO* (16 de Mayo 1998) **Informe 51.12.** (WHO)

*Gilbert E.W.* (1958) **"Pioneer Maps of Health and Disease in England"**. (Geographical Journal, 124) .

*United Nations* (1997) **The Dancing Horizon: Human Development Prospects for Bangladesh.** (United Nations, Dhaka, Bangladesh) .

Fecha de referencia: 31-1-1999

---

1: Las opiniones vertidas en esta ponencia son de la exclusiva responsabilidad de la autora y no representan necesariamente las opiniones de UNICEF.

---

2: Ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional sobre Salud y Medio Ambiente Urbano, celebrado en Madrid (España) del 6 al 10 de julio de 1998.

Boletín CF+S > 8 -- Ciudad, economía, ecología y salud > <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n8/axbarra.html>

Edita: Instituto Juan de Herrera. Av. Juan de Herrera 4. 28040 MADRID. ESPAÑA. ISSN: 1578-097X