



150Años

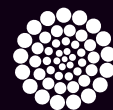
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

# HACIA UN ENTORNO SALUDABLE EN LAS COMUNIDADES MEXICANAS

DOCUMENTO DE POSTURA

Jaime Latapí López



**CONACYT**

*Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

---

HACIA UN ENTORNO SALUDABLE

EN LAS COMUNIDADES MEXICANAS

DOCUMENTO DE POSTURA



**CONACYT**

*Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*

Mesa Directiva  
de la Academia Nacional de Medicina  
*2013-2014*

Presidente

**Dr. Enrique Ruelas Barajas**

Vicepresidente

**Dr. Enrique Graue Wiechers**

Secretario General

**Dr. Javier Mancilla Ramírez**

Tesorero

**Dr. Germán Fajardo Dolci**

Secretaria Adjunta

**Dra. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez**

Comité Organizador de las Actividades Conmemorativas  
del CL Aniversario de la Fundación  
de la Academia Nacional de Medicina de México

Presidente

**Dr. Enrique Ruelas Barajas**

Coordinador General

**Dr. Carlos E. Varela Rueda**

Coordinador del Subcomité de Actividades Científicas

**Dr. Raúl Carrillo Esper**

Coordinador del Subcomité de Actividades Editoriales

**Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg**

Coordinador del Subcomité de Actividades Culturales

**Dr. Emilio García Procel<sup>†</sup>**

**Dr. Julio Sotelo Morales**

Coordinador del Subcomité de Actividades Sociales

**Dr. Germán Fajardo Dolci**



150 Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

---

# HACIA UN ENTORNO SALUDABLE

## EN LAS COMUNIDADES MEXICANAS

Coordinador:

**Jaime Latapí López**



**CONACYT**

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

DERECHOS RESERVADOS © 2014, por:  
Academia Nacional de Medicina (ANM)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina, por



**Intersistemas, S.A. de C.V.**  
Aguilar y Seijas 75  
Lomas de Chapultepec  
11000, México, D.F.  
Tel. (5255) 5520 2073  
Fax (5255) 5540 3764  
intersistemas@intersistemas.com.mx  
www.intersistemas.com.mx

## Hacia un entorno saludable en las comunidades mexicanas

Colección: Documentos de Postura

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN 978-607-443-502-3



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: [info@cempro.org.mx](mailto:info@cempro.org.mx)

### **Créditos de producción**

Alejandro Bravo Valdez

**Dirección editorial**

Alberto Santiago Fernández Molina, MBA

**Cuidado de la edición**

LDG Edgar Romero Escobar

**Diseño de portada**

LDG Marcela Solís

**Diseño y diagramación de interiores**

DCG Marco A. M. Nava

**Coordinación de proyectos**

J. Felipe Cruz Pérez

**Control de calidad**

Impreso en México

*Printed in Mexico*

# Coordinador

---

## Arq. Jaime Latapí López

Director General de Promotora de Desarrollos Estratégicos Integrales, S.A de C.V.  
Ex presidente de la Junta de Honor del Colegio de Arquitectos CAM-SAM  
Ex presidente de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud (SMAES)  
Fundador de la especialidad de Planeación y Diseño de Unidades para la Salud en la Facultad de Arquitectura de la UNAM

# Colaboradores

---

V

## Arq. Gloria Magaña y Garcilazo

Licenciada en Arquitectura UNAM  
Miembro de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud (SMAES)  
Diplomado en Ciudades Seguras, UIA

## Lic. María Asunción C. Fernández Soto

Licenciada en Ciencias Humanas, UCSJ  
Especialista en salud emocional  
Tanatóloga

## Arq. Francisco Javier Ortíz Islas Allende

Especialista en Arquitectura para la Salud, UNAM  
Miembro de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud (SMAES)

## Arq. Carlos Rojas Chávez

Arquitecto, UNAM, y DRO, CDYA  
Certificación CAM-SAM, SMAES

## Responsable de la integración del equipo de trabajo

Arq. Héctor Carlos Solano Zepeda  
Miembro de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud (SMAES)



# CONTENIDO

Presentación.....	XIII
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	
Objetivo general del documento .....	XV
Introducción.....	1

VII

La presente obra es un documento de postura, constituye un primer paso para obtener un panorama inicial que facilite la definición de políticas públicas y la determinación de acciones que deben realizarse en el ámbito nacional. Además, pretende concientizar a instituciones tanto oficiales como privadas de la trascendencia que algunas de estas acciones pueden tener para favorecer los niveles de salud de la población, en muchos casos con inversiones de bajo costo.

1. Antecedentes sobre entornos saludables en México.....	1
<i>Ciudades saludables en Europa: promoción de la salud ....</i>	2
<i>Desarrollo de sistemas locales de salud .....</i>	4
<i>Municipios y comunidades saludables en México.....</i>	5
2. Sistema de protección social .....	9

El sistema de protección social reviste gran importancia ante la perspectiva de carácter urbano-arquitectónico de las ciudades saludables en México, pues se debe tomar en cuenta no sólo la prestación de servicios de atención a la enfermedad, sino la estructura de los diversos sistemas y subsistemas que protegen la salud y los medios de subsistencia, con el objeto de construir los fundamentos que hagan posible y permitan a la comunidad un mayor y mejor conjunto de opciones que favorezcan tanto su calidad como su forma de vida.

<i>Piso de protección social .....</i>	10
Protección social y derechos humanos .....	13
Protección social, salud, seguridad social, asistencia social o desarrollo social en México .....	13
<i>Indicadores para ciudades saludables .....</i>	23



3. Planeación del desarrollo ..... 27

Para atender los altos niveles de exclusión, privación de derechos sociales y desigualdades entre personas y regiones de México, es necesario generar esquemas de desarrollo comunitario con mayor grado de participación social e impulso a soluciones de vivienda dignas y mejoramiento de espacios públicos, mediante una Política Nacional de Vivienda consistente en un nuevo modelo que promueva el desarrollo ordenado y sustentable del sector, mejore y regularice la vivienda urbana, así como construya y mejore la vivienda rural.

<i>Fundamento de la planeación del desarrollo en México.....</i>	27
Artículo 25 .....	27
Artículo 26 .....	28
<i>El Plan Nacional de Desarrollo .....</i>	30
<i>Programas sectoriales .....</i>	33
Programa Sectorial de Salud .....	39
<i>Programas especiales.....</i>	34
<i>Otros programas .....</i>	34

VIII

4. Incidencia de la estructura normativa para ciudades saludables 37

Se ejemplifica la planeación del desarrollo y la estructura normativa en el país con el municipio de Torreón, Coahuila, por medio del cual se retrata la complejidad que representa un documento de postura de la perspectiva arquitectónica de las ciudades saludables en México. Para que esto sea posible, debe iniciarse por tomar como eje a la comunidad, y con ella, como estructura de gobierno, al municipio, pues este último es la instancia gubernamental más cercana a la población, única titular de los derechos sociales que inciden en la salud.

<i>Generalidades del municipio de Torreón, Coahuila .....</i>	38
Pobreza .....	39
Ciudadanía.....	39
Infraestructura y servicios.....	42
Gobernanza y gobierno digital .....	42
Planeación estratégica.....	44
Programa de calidad municipal .....	44
<i>Estructura normativa que incide en servicios públicos</i>	
<i>municipales en Torreón, Coahuila .....</i>	47
Disposiciones constitucionales .....	50
Legislación ordinaria: facultades concurrentes, coexistentes	
y coincidentes .....	54
Legislación estatal que incide en los servicios públicos	
municipales.....	60
Reglamentos municipales de Torreón, Coahuila .....	64
Conclusiones jurídicas .....	19

5. Programa sobre entornos y comunidades saludables en México 71

El objetivo principal del programa de acción específica *Entornos y Comunidades Saludables* de la Secretaría de Salud de México es concientizar a la gente de la necesidad de modificar patrones y conductas a fin de adoptar otros que lleven a una mejor salud y, sobre todo, a una mejor calidad de vida. Busca reducir la morbilidad y mortalidad de los padecimientos más comunes, crónicos y severos en salud pública específicos en cada comunidad, así como fomentar la participación y acción del municipio y la población que lo habita, para un mejor manejo de sus determinantes con relación a la salud.

<i>Conceptos clave en el programa de acción específico Entornos y comunidades saludables</i> .....	73
Determinantes .....	73
Entornos saludables .....	74
Participación municipal .....	74
Participación comunitaria.....	76
<i>Procesos críticos del programa Entornos y Comunidades Saludables</i> .....	78
<i>Estrategias y líneas de acción</i> .....	78
<i>Avances y resultados por periodo</i> .....	79
Avances 2000-2006 .....	80
Resultados 2000-2006 .....	80
Retos 2007-2012 .....	81
Resultados del programa en el periodo 2006-2012.....	81
<i>Acciones de mejora en la gestión pública</i> .....	82
<i>Estructura y niveles de responsabilidad</i> .....	83
<i>Programa Entornos y Comunidades Saludables para el periodo 2013-2018</i> .....	86
Objetivos específicos .....	86
Retos para el periodo 2013-2018 .....	87
Recomendaciones.....	89

IX

6. Condiciones actuales de las ciudades en México ..... 91

En este capítulo se analizan las condiciones de las ciudades de nuestro país. Asimismo, se recogen interesantes y reveladoras consideraciones de especialistas en las diferentes disciplinas que atañen al desarrollo de las ciudades y a su conversión en ciudades saludables. Por ejemplo, el arquitecto Eliseo Arredondo González afirma que: “Todo parte de la educación, de la falta de educación. Es lacerante y todos estamos conscientes de que mientras no se resuelva esto, va a continuar la corrupción y todos los problemas que nos aquejan y que están ahogando a este país [...] Creo que la solución está [...] en el dominio público, y digo dominio público, porque es la opinión pública la que debe ejercer su dominio [...], la sociedad, la colectividad.

<i>Primer Taller sobre Ciudades Saludables</i> .....	93
Rediseño del futuro estratégico de las ciudades mexicanas para que sean consideradas ciudades y comunidades saludables .....	94
<i>Participantes del taller</i> .....	95
<i>Descripción y metodología del taller</i> .....	104
<i>Cuadros resultantes del taller</i> .....	106
<i>Interpretación del taller</i> .....	118

Tema 1. Presupuesto y financiamiento .....	118
Tema 2. Planeación y normatividad.....	119
Tema 3. Servicios de salud .....	120
Tema 4. Educación y cultura.....	122
Tema 5. Autoridades y gobierno .....	123
Tema 6. Infraestructura y equipamiento .....	124
Tema 7. Servicios públicos .....	125
Tema 8. Sociedad y comunidad .....	126
Tema 9. Información y transparencia.....	127
Tema 10. Vivienda .....	128
Tema 11. Medio ambiente.....	129
Tema 12. Tecnología.....	130
Tema 13. Economía .....	130
<i>Comentarios finales de especialistas</i> .....	131
Consideraciones del arquitecto Antonio Toca Fernández ..	131
Consideraciones de la maestra Magdalena Lacotoure Fornelli .....	131
Consideraciones del arquitecto José María Gutiérrez Trujillo .....	132
Consideraciones del licenciado Hugo González Liquidano .....	133
Consideraciones del doctor Ferdinand Recio Solano .....	134
Consideraciones del doctor Mario Villafaña Guizar .....	135
Consideraciones del arquitecto Eliseo Arredondo González .....	136
7. Opiniones de expertos con relación a las ciudades saludables .	139
En este capítulo se ofrecen análisis, propuestas y comentarios de arquitectos y médicos con relación al desarrollo y conversión de las ciudades y comunidades de nuestro país en ciudades saludables. Se hace referencia, por ejemplo, a la necesidad de recuperar espacios públicos como banquetas, avenidas, corredores, terrenos baldíos y parques dignos para la población, que den seguridad en beneficio de la cohesión social y de la salud. Otras acciones son fomentar la activación física y desincentivar el uso del automóvil.	
<i>Ciudades saludables y hospital del futuro</i> .....	139
Consideraciones del arquitecto Arturo Aispuro Coronel .....	139
<i>Ciudad y salud</i> .....	140
Consideraciones del arquitecto Mario Schjetnan Garduño .....	140
<i>Ciudad saludable-ciudad sustentable</i> .....	141
Consideraciones del arquitecto Alberto Ramos y Bolaños .....	141
<i>Proyectos de la autoridad del espacio público de la Seduvi del Distrito Federal</i> .....	143
Consideraciones del arquitecto Eduardo Aguilar Valdéz .....	143
<i>La ciudad saludable y sustentable</i> .....	144
Consideraciones del licenciado Hugo Raúl González Liquidano .....	144
<i>Entorno saludable y arquitectura</i> .....	145
Consideraciones del doctor Eduardo Jaramillo Navarrete .....	145
<i>Ciudad, sociedad y las enfermedades crónicas no transmisibles</i> .....	147
Consideraciones del doctor Alfonso Petersen Farah .....	147

A partir de una serie de preguntas, varios arquitectos de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud (SMAES) aportan sus ideas sobre cómo sería una ciudad saludable; qué elementos de diseño urbano debería tener una ciudad para que ofrezca salud y bienestar a sus habitantes; qué aspectos del entorno arquitectónico influyen positiva o negativamente en la salud de las personas que transitan, caminan o permanecen en él; qué espacios abiertos y cerrados son importantes para hacer una ciudad saludable y qué características deben cumplir éstos; cuál debe ser la aportación de los arquitectos para tener ciudades saludables, y desde qué nivel de gobierno se deben definir las políticas y acciones para el movimiento “Ciudad Saludable” en México.

<i>Ciudad saludable</i> .....	151
<i>Elementos de diseño urbano importantes</i> .....	155
<i>Aspectos del entorno arquitectónico construido</i> .....	157
<i>Espacios abiertos y cerrados</i> .....	160
<i>Aportación de los arquitectos</i> .....	164

XI

9. Los urbanistas y los arquitectos ante los retos de la salud en las ciudades .....	167
---	-----

La equidad sanitaria se ve afectada por la planificación y el diseño de los espacios urbanos, pues estos elementos tienen consecuencias importantes al incidir en las conductas, los hábitos, el respeto, la armonía, la integración social, la seguridad y la identidad de los habitantes. El actual crecimiento de la población mundial que mora en las ciudades ha modificado los problemas de salud. Las repercusiones de estas modificaciones recaen en general en los más pobres. En este capítulo, se proponen posibles soluciones a este y otros aspectos de la vida en las ciudades, en función de la *La Carta de Atenas*.

La Carta de Atenas .....	167
La ciudad y su región .....	168
Estado actual de las ciudades .....	169
Conclusiones.....	172
<i>Determinantes sociales de la salud</i> .....	182
Entornos saludables para una población sana .....	176
Medidas que deben adoptarse para lograr la equidad sanitaria .....	177
<i>Factores de riesgo a la salud en espacios abiertos y cerrados</i> .....	177
A. Vialidades urbanas ... ..	177
B. Espacios para la integración social .....	181
C. Equipamiento urbano .....	182
<i>Generalidades</i> .....	184
A. Espacios para la vivienda .....	185
B. Espacios para la salud .....	186

10. Recomendaciones .....	199
---------------------------	-----

Luego del análisis profundo que se hizo a lo largo de esta obra sobre el alto impacto que las acciones urbano-arquitectónicas tienen en la salud de las comunidades, en este capítulo se proponen recomendaciones que buscan el equilibrio vital y el beneficio general de los habitantes de las ciudades. Se considera que todos los niveles de gobierno deben interactuar: federal, estatal y municipal, con la participación de los grupos representativos de la comunidad, para definir directrices y acciones que promuevan el desarrollo de las comunidades y sus habitantes.

	Glosario de términos .....	203
	Acrónimos .....	215
	Bibliografía y fuentes de consulta .....	217
	Libros .....	217
XII	Documentos publicados en Internet y páginas web .....	220
	Legislación.....	221
	Referencias y notas .....	223
	Índice.....	231

# PRESENTACIÓN

Desde enero de 1912, la Academia Nacional de Medicina ha sido “Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal” por disposición del presidente Francisco I. Madero. A través de más de cien años ha desempeñado este papel en diferentes momentos a solicitud de diversas autoridades. A casi un siglo de haber recibido esta encomienda, la Mesa Directiva en turno, bajo la presidencia del doctor David Kershenobich, tomó la decisión de adoptar una posición proactiva que demostrase el interés de la Academia de contribuir a la solución de importantes problemas de salud pública, sin esperar peticiones expresas para hacerlo. De esta manera, entre 2011 y 2012 se elaboraron y publicaron dos documentos de postura sobre sendos problemas altamente prioritarios, dadas las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población mexicana, uno sobre envejecimiento y el otro sobre obesidad. En ese mismo periodo se inició la realización de otro sobre diabetes mellitus.

A partir del inicio de 2013 y con miras a celebrar el CL Aniversario de la Fundación de la Academia en 2014, la actual Mesa Directiva 2013-2014 decidió establecer un proyecto específico para desempeñar de manera activa y permanente el papel de órgano consultivo. Para ello se creó el Programa de análisis y propuestas sobre grandes problemas nacionales de salud (PRAP) con un importante apoyo del Conacyt, sin precedente. El propósito del PRAP es fomentar el encuentro de científicos, miembros de nuestra Corporación, pero también de otros ámbitos, para desarrollar documentos de postura que deben tener dos características: estar fundamentados en la evidencia científica sobre el tema en cuestión y hacer propuestas concretas de política pública para su solución. Por otra parte, el PRAP tiene dos grandes subprogramas: Problemas de salud y Problemas del sistema de salud. En torno a estos dos grandes ámbitos versan todos los documentos producidos.

Como resultado del trascendente financiamiento del Conacyt, de la entusiasta respuesta de los académicos, de todas las personalidades que aceptaron participar en la elaboración de estos documentos y con objeto de dar el merecido realce a la celebración del sesquicentenario, en el periodo correspondiente a esta Mesa Directiva habrán de ser publicados cerca de 20 Documentos de Postura, un hecho inédito en la historia de la Academia. El que tiene usted en sus manos es un claro testimonio de ello. De esta manera, la Academia Nacional de Medicina no sólo cumple a cabalidad el encargo presidencial de 1912 sino que, además, demuestra una actitud responsablemente proactiva y un alto compromiso con la salud de la nación mexicana.

**Enrique Ruelas Barajas**

Presidente

# OBJETIVO GENERAL DEL DOCUMENTO

El *objetivo* del presente estudio consistió en investigar las condiciones actuales del entorno físico de las comunidades mexicanas, evaluar sus posibilidades de ser consideradas como *comunidades saludables* y proponer recomendaciones y acciones de mejoramiento de servicios, infraestructura municipal, equipamiento urbano, así como espacios que promuevan y consoliden la salud física, espiritual, mental y social de la población.

XV

La presente obra pretende ser un documento de postura de la Academia Nacional de Medicina ante las Instituciones Nacionales de Salud, Seguridad y Desarrollo Social, con el fin de concientizar y promover su aplicación, superando el ámbito de la enfermedad y proponiendo espacios y servicios abiertos y cerrados para mejorar el bienestar social y la calidad de vida correspondiente.

La Academia Nacional de Medicina ha solicitado apoyo a la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud (SMAES), para incorporar asesores especializados en arquitectura para la salud y en el ámbito urbano, a fin de coordinar y realizar los estudios necesarios. La SMAES propuso un grupo de asesores y especialistas para la integración, coordinación y elaboración del documento de postura. Cabe mencionar, que la SMAES desde hace muchos años, ha venido presentando, casi cada año, congresos internacionales en la sede de la ANM, con temas relacionados con la infraestructura para la salud.

El *plan de trabajo* para la ejecución de los estudios consideró la realización del primer *Taller sobre Comunidades Saludables* que concluyó en propuestas presentadas por diferentes especialistas sobre lo relevante para transformar las comunidades y ciudades mexicanas en comunidades saludables en materia de infraestructura física, y no precisamente en acciones de las instituciones en cuanto a programas de salud. Sin embargo, cabe mencionar que la acción



más importante identificada fue la de *educación para la salud*, que como tal tiene que impartirse en espacios para la salud.

Prevenir los riesgos para la salud y promover el desarrollo de ésta se transforman así en las acciones más importantes más allá de la atención y destitución por padecimientos de la misma.

El grupo de trabajo seleccionado coordinado fundamentalmente por arquitectos especializados en salud solicitó el apoyo y asesoría de economistas, ambientalistas, expertos en salud pública, urbanistas, sociólogos y médicos entre otras disciplinas. También participaron expertos del sector privado y público, como el de las instituciones de salud (SS) y de la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano SEDATU.

La recopilación de información de experiencias nacionales fue sumamente amplia, partiendo del Programa Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud 2013-2018, así como diversos estudios realizados por instituciones oficiales, como el programa de acción específico 2007-2012 sobre *Entornos y Comunidades Saludables*.

El campo de trabajo por su amplitud debió concentrar los objetivos del estudio en determinadas prioridades de acciones en el entorno físico de alto impacto en salud y aplicación inmediata, dejando para estudios posteriores la elaboración de otras propuestas de acciones.

# INTRODUCCIÓN

Para realizar con un nuevo enfoque un estudio que concluyera con un documento de postura para tender a comunidades saludables en el país, desde la óptica de la infraestructura física y servicios requeridos, se hizo necesaria la integración de un grupo multidisciplinario que analizara y luego propusiera acciones a realizar por los sectores público, social y privado.

En el estudio se presenta un capítulo sobre antecedentes en México, donde se hace referencia, también de manera breve, a las acciones de prevención a la salud, así como a lo que se ha realizado principalmente en Europa en este tema. En 1961, la OPS promovió la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables en América Latina. Bajo la orientación de la Organización Panamericana para la Salud en el año de 1986, se enfatizó la necesidad de priorizar el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, apoyando los procesos de descentralización para los países de la región.

Se consideró importante investigar sobre el sistema de protección social en México y los derechos humanos, con un enfoque jurídico, así como lo considerado en la seguridad social, lo asistencial y el desarrollo social en nuestro país.

La referencia importante en el estudio es el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* y el *Programa Sectorial de Salud* y, de manera importante, los programas especiales y otros programas.

La planeación del desarrollo es uno de los pilares fundamentales que rigen el actuar de la administración. Esto se quiso poner de manifiesto al hacer una pequeña presentación de los diversos instrumentos de planeación que pueden incidir en la construcción de los entornos saludables en México. Sin embargo, aunque se cuenta con importantes esfuerzos, poco se ve reflejado en los instrumentos de planeación del desarrollo que pueden llevarlo a una realidad concreta.

Para poder analizar la factibilidad de aplicación de un modelo de municipio saludable y, con la finalidad de conocer la complejidad normativa y de gestión, se realizó un estudio específico en un municipio del país, para el cual se seleccionó el municipio de Torreón, en el estado de Coahuila. Este tema se termina con una serie de recomendaciones jurídicas.

México, como muchos otros países, ha realizado esfuerzos para ir transformando sus entornos para mejorar la calidad de vida en zonas de alta concentración de la población, como son las ciudades. Sin embargo, aún falta un largo camino por recorrer para estimular la participación de la comunidad en el diseño, implementación, monitoreo, evaluación y retroalimentación de las políticas públicas de entornos saludables.

Para obtener un documento realmente de postura, se hace necesario conocer la realidad, diagnosticar la situación actual y definir objetivos y metas a corto y mediano plazos. Este estudio, consideramos, es un primer paso para tener una visión inicial que facilite la definición de políticas públicas y acciones a realizar en el ámbito nacional y concientizar a instituciones oficiales y privadas de la trascendencia que algunas de estas acciones pueden tener para favorecer los niveles de salud de la población, en muchos casos con inversiones de bajo costo.

Aunque la Secretaría de Salud ha realizado importantes esfuerzos en materia de municipios saludables, poco se verá reflejado en resultados concretos a corto plazo, si esta dependencia no logra elevarlos al rango de un *programa especial* o incluso de programas regionales, con la participación de dependencias del gobierno, ya sea federal, estatal o municipal para generar entornos.

Asimismo, es menester revisar las partidas presupuestales que se asignan a esfuerzos como el programa de acción específica *Entornos y Comunidades Saludables*, el cual viene operando de manera continua desde el año 2000, bajo la coordinación de la Dirección General de Promoción de la Salud, dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Federal. No cabe duda de que en este programa se establecen compromisos para que intervengan otras instituciones públicas y privadas, ya con énfasis en la participación comunitaria para la definición de sus propios problemas del entorno y de las acciones a realizar, de hecho, en el cumplimiento de sus metas y objetivos “aun escasos” a las comunidades se les califica como comunidades iniciada, orientada, activa y saludable certificada. También se proporcionan reco-

mendaciones para el fortalecimiento y consolidación de los objetivos de este programa de acción específica.

¿Qué opinan los especialistas en el tema de la salud y el urbanismo? Se decidió realizar un taller de intercambio de ideas con profesionistas relevantes del sector público y privado, con el tema de Ciudades Saludables en México, dejando en el ambiente el cuestionamiento sobre la factibilidad real de transformar las ciudades y comunidades de México a comunidades saludables. De gran riqueza fueron las exposiciones presentadas por arquitectos, urbanistas, sanitaristas, paisajistas, economistas, médicos, psicólogos, abogados y académicos.

En el transcurso del estudio, se contactaron diversos especialistas que participaron y aportaron sus puntos de vista sobre el tema. La visión de los urbanistas y de los arquitectos ante los retos de la salud en las ciudades se alimenta inicialmente de la llamada *Carta de Atenas*, generada en 1933 y publicada en 1942, en la que un grupo de destacados arquitectos plantean los problemas urbanísticos de las ciudades a partir de la revolución industrial, en gran parte vigentes en la actualidad.

Grandes son los riesgos para la salud en el entorno, es necesario identificar estos riesgos como determinantes de la salud negativos, evaluarlos y transformarlos en positivos, con acciones en la infraestructura física, en los espacios abiertos y cerrados y en los servicios municipales que coadyuven a promover la salud y mejorar los niveles de bienestar de la sociedad.

Finalmente, el documento presenta las conclusiones y las recomendaciones que se consideran pertinentes, para ser considerado como un documento de postura de la Academia Nacional de Medicina, ante las autoridades responsables y la sociedad en general.



# ANTECEDENTES SOBRE ENTORNOS SALUDABLES EN MÉXICO

En 1978 en Alma-Ata, Rusia, se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada conjuntamente por la OMS y la UNICEF, de la que surge una declaración que reitera la importancia de la atención primaria (AP) para proteger y promover la salud de la población. Allí se adopta el lema “Salud para todos en el año 2000”.

A partir de los innovadores conceptos de la salud definidos en Alma-Ata y promovidos por la OMS, en 1982, la Secretaría de Salubridad y Asistencia tomó medidas encaminadas al logro de la meta “Salud para todos en el año 2000” e implementó el modelo de atención primaria de salud (APS), donde se definieron los alcances de ésta, que se mencionan en seguida.

- a) *Constituye la puerta para que la población ingrese al Sistema Nacional de Salud*
- b) *No se trata de atención médica y sanitaria de segunda categoría*
- c) *La palabra primaria significa esencial, necesaria y adecuada*
- d) *En la APS son básicas la participación de la comunidad, la colaboración intersectorial y la tecnología primaria”.<sup>1</sup>*

Asimismo, se consideró que la aplicación del modelo de Atención Primaria de Salud contribuiría al desarrollo económico y social del país.

En 1985, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) cambió su nombre por el de Secretaría de Salud (SS). En el mismo año, se creó la Dirección de Educación para la Salud, cuyas funciones eran: apoyar el saneamiento básico y ocupacional; promover la formulación, normatividad y desarrollo de los programas de educación para la salud, desarrollar normas de comunicación social y coordinar la producción de material educativo,<sup>2</sup> jerarquizando la necesidad de la coordinación con los sectores social y privado para la consecución de sus objetivos.

En 1989, la Secretaría de Salud decidió fundar la Dirección General de Fomento de la Salud con la finalidad de

reforzar las acciones de Atención Primaria de Salud. para tal efecto, estableció dos líneas de acción básicas: la *educación para la salud*, encaminada a que las personas adquirieran conocimientos, fortalecieran actitudes y desarrollaran “habilidades para el cuidado de la salud, individual, familiar y colectiva, estimulando una cultura de la salud en cada entorno o grupo social, con respeto a sus tradiciones y organización local”<sup>3</sup> y la *participación social*, a partir de “que la sociedad, por medio de sus organizaciones y redes, se integre en forma solidaria, responsable y dinámica en el cuidado de la salud, en el bienestar de la población y el mejoramiento del medio”.<sup>4</sup>

## 2 Ciudades saludables en Europa: promoción de la salud

Marc Lalonde, ministro de salud de Canadá, presentó un documento en 1974, titulado *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*, donde identificó cuatro factores que determinan el estado de salud de los individuos:

- *factores biológicos*
- *factores ambientales y entorno*
- *estilo de vida*
- *organización de los sistemas de atención a la salud*

Este documento conocido como *Informe Lalonde* tuvo gran impacto en el ámbito internacional al plantear que los servicios de atención a la salud no eran suficientes para lograr el bienestar individual ni para elevar el nivel de salud de una población.

El gobierno de Canadá, con el antecedente del *Informe Lalonde*, organizó en 1984 el Congreso Toronto Saludable “Más allá de los Servicios de Salud”, que detonó el interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para, con el apoyo de Trevor Hancock y Len Duhl como consultores, impulsar un año después el movimiento “Ciudades Saludables” en Europa.

El proyecto de “Ciudades Saludables” se basa en el concepto de lo que es una ciudad y una visión de lo que puede llegar a ser una ciudad saludable. La ciudad se considera como un organismo complejo “que vive, respira, crece y cambia de manera constante.”<sup>5</sup>

La ciudad saludable es aquella que se crea de manera continua, que mejora sus ambientes físicos y sociales y que amplía sus

recursos para la comunidad, para que las personas puedan apoyarse mutuamente en la realización de “todas las funciones de vida y el desarrollo de su máximo potencial.”<sup>6</sup>

En 1986, se realizó la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en donde se partió de los avances logrados en la declaración de Alma-Ata (1978) en el concepto de salud, entendida como un Derecho Humano fundamental y la mención “de la importancia de la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de la población.”<sup>7</sup>

Como resultado de esta primera Conferencia sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, se emite una carta en la cual se definen varios conceptos, entre los que destacan:<sup>8</sup>

- **Promoción de la salud.** *Consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ésta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al ambiente.*
- **Requisitos previos para la salud.** *Cualquier mejora de la salud debe basarse en los siguientes requisitos condicionantes para la salud:*
  - paz: entendida como las condiciones de libertad y seguridad física de las personas
  - educación: gratuita, adecuada, accesible
  - vivienda: digna y adecuada a las condiciones climáticas locales
  - alimentación: sana y equilibrada
  - ingreso
  - ecosistema estable
  - justicia social
  - equidad

3

La carta identifica, además, cinco áreas de acción para llevar a cabo la promoción de la salud:

1. *desarrollo de políticas públicas saludables*
2. *creación de entornos propicios*
3. *fortalecimiento de la acción comunitaria*
4. *desarrollo de aptitudes personales*
5. *reorientación de los servicios de salud*

A partir de la relevancia de la promoción de la salud como estrategia internacional para superar las deficiencias en salud, las inequidades y mejorar las condiciones de vida de la población, la OMS



ha organizado las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud. La primera de las cuales fue en Ottawa, en 1986, y la última en Helsinki, en 2013, con avances considerables en definición de estrategias y directrices a los gobiernos, sobre las medidas que se han de tomar para el logro de “Salud para todos” en el mundo.

## Desarrollo de sistemas locales de salud

*“En la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, organismo máximo de conducción política de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), integrado por las autoridades de Salud de todos los países de la Región de las Américas, celebrada en 1986, se enfatizó la necesidad de priorizar el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, apoyando los procesos de descentralización para todos los países de la Región.”<sup>9</sup>*

4

Las condiciones que enfrentaban los países en esos años, derivadas de la crisis económica, los llevó a identificar que para lograr la *equidad y mayor cobertura de los servicios de salud*, era necesario mejorar la organización de sus Sistemas de Salud a partir de la descentralización, el reforzamiento de la *atención primaria* y el énfasis en la participación social. Con este propósito se inició el proceso para el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS).

En 1988, los países de América y la OPS elaboraron una propuesta sobre el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud, que fue aprobada en la Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo, en donde se mencionaba “la necesidad de fortalecer los procesos de descentralización tomando como componentes básicos la participación social, la acción intersectorial y el uso de métodos efectivos de planificación y gestión en función de las necesidades de cada grupo de población.”<sup>10</sup>

En México, como respuesta a la demanda regional de fortalecer los sistemas locales de salud (SILOS) y la evidencia de serias limitaciones detectadas en el diagnóstico sobre la situación de las jurisdicciones sanitarias en entidades descentralizadas, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia decidió, en 1989, poner en marcha el proyecto estratégico para desarrollar las jurisdicciones sanitarias (PDJS). Las jurisdicciones sanitarias son los “organismos técnico administrativos de la dependencia cuyo origen son los distritos sanitarios creados en 1934, con el fin de vigilar la salubridad general en el territorio nacional”.<sup>11</sup>

Con el desarrollo del PDJS, se estableció como meta el mejoramiento de las capacidades técnico-administrativas que les permitan: “dirigir y evaluar los programas de atención médica para la población no asegurada, así como coordinar las acciones de salud pública y asistencia social, tanto con las instituciones que en el ámbito local integran el Sector Salud, como con aquellos organismos de otros sectores que están involucrados en la atención de la salud”.<sup>12</sup> Las jurisdicciones sanitarias deberían funcionar como las instancias coordinadoras de los SILOS en el país, así como compartir el ámbito geopolítico en el que éstas se encuentran.

El proceso se consolidó en el periodo de 1989 a 1994 con “énfasis en desarrollar la totalidad de las 218 jurisdicciones sanitarias en que se divide el país.”<sup>13</sup>

## Municipios y comunidades saludables en México

En 1991, la OPS promovió la estrategia de municipios y comunidades saludables en América Latina, con base en los conceptos que dieron origen al movimiento “Ciudades Saludables” en Europa. En México, como en otros países de Latinoamérica, ya se habían implementado programas y acciones de promoción a la salud con sustento en los principios de *La Carta de Ottawa* de 1986.

En la definición global de la salud, los municipios son los encargados de proveer todos los bienes y servicios que garantizan los fundamentos del bienestar de la población: servicios, urbanismo, vivienda, parques, recreación, cultura, vialidad, regulación, sistema tributario, servicios de salud y educación.<sup>14</sup>

El *municipio* es el espacio territorial, social y político en donde se identifican y se manifiestan los problemas, inquietudes y necesidades de las comunidades que los habitan y, por ende, la mejor oportunidad de generar acciones de participación comunitaria y promoción de la salud, que mejoren sus condiciones de vida. Con el propósito de que esta condición sea aprovechada plenamente, los gobiernos iniciaron los procesos de descentralización necesarios para fortalecer los municipios.

En 1983 se llevó a cabo en México, una importante reforma a la Constitución, con el propósito de reforzar los municipios, dotándolos de mayores facultades y poder de decisión.

Un *municipio saludable* es aquel donde las autoridades políticas y civiles, las instituciones, organizaciones públicas y privadas,

empresarios, trabajadores y la sociedad en general, dedican constantes esfuerzos para mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armoniosa con el ambiente físico y natural y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia.<sup>15</sup>

En México las instituciones encargadas de la atención a la salud han contemplado desde sus inicios acciones de promoción de la salud (PS) y las han sumado a las diferentes campañas de vacunación o planificación familiar.

En 1993, en una reunión de presidentes municipales que se llevó a cabo en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, y con apoyo de personal de las direcciones generales de Medicina Preventiva y de Fomento de la Salud de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, así como de la OPS, se acordó la formación de la Red Mexicana de Municipios por la Salud, A.C. En dicha reunión se firmó una carta compromiso, con definiciones y obligaciones adquiridas inspiradas en los requisitos indispensables para la salud enunciados en la Carta de Ottawa, en donde los presentes reafirmaron la relación existente entre salud y desarrollo, así como la relevancia de la primera con el bienestar y calidad de vida de la población, siempre con el componente de equidad (sin importar género, etnia, religión, filiación política y posición socioeconómica), indispensable para un desarrollo equilibrado, compromiso que “incluirlá eliminar diferencias innecesarias e injustas que limitan las oportunidades de acceso a la salud y al bienestar.”<sup>16</sup>

Más adelante manifestaban: “Somos conscientes de nuestro papel como responsables de los servicios básicos, la seguridad pública, las actividades culturales y la convivencia armónica de nuestras colectividades y por ello estamos dispuestos a impulsar cada vez con mayor énfasis políticas y bandos municipales centrados en el bienestar humano, el desarrollo integral de nuestros municipios y el mejoramiento del ambiente que compartimos.”<sup>17</sup>

La decisión de conformar la Red Nacional por la Salud se tomó en forma unánime por los asistentes de la reunión, y quedaron establecidas las tareas a las que los presidentes municipales se comprometieron, las cuales se mencionan a continuación.

1. *Refrendar la voluntad de desarrollar políticas saludables para cumplir los requisitos de municipio por la salud*
2. *Concretar la participación de la sociedad civil, atendiendo y promoviendo sus iniciativas favorables a la salud*

3. *Difundir contenidos y propósitos de acciones y proyectos que mejoren el nivel de la educación en salud de la población*
4. *Estimular la incorporación de más municipios a la red, comunicando y mostrando experiencias y proyectos*
5. *Participar en las actividades de la red, cumpliendo las obligaciones de los asociados*

La entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a su vez definieron los siguientes compromisos:

1. *Conformar una oficina de apoyo a la red para coordinar, acreditar, capacitar y dar asesoría, seguimiento y evaluación*
2. *Conformar un banco de información sobre la red y sus proyectos*
3. *Promover reuniones periódicas entre los municipios que forman la red y con nuevos interesados en integrarse, para intercambiar experiencias, así como promover la relación entre municipios y redes en otros países*

7

La conformación de esta red reflejó los principios que impulsaron la descentralización, con acciones de promoción de la salud, para apoyar el desarrollo de las comunidades, promoviendo la participación activa de la población, vigorizando la estrategia de fortalecimiento y desarrollo de las jurisdicciones sanitarias, acciones todas encaminadas al concepto de municipio saludable.



# SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN MÉXICO

La referencia al *Sistema de Protección Social* ante la perspectiva urbano-arquitectónica de las ciudades saludables en México es importante, porque se debe tomar en cuenta no sólo la prestación de servicios de atención a la enfermedad, sino la estructura de los diversos sistemas y subsistemas que protegen la salud y los medios de subsistencia para crear las bases que permitan a la comunidad mayores y mejores opciones en su calidad y forma de vida.

Por otra parte, el conocimiento de la *estructura normativa* y de la *planeación del desarrollo* repercute en la estructura del sistema de protección social y en la prestación de servicios que indirectamente inciden en que la comunidad asentada en ciudades sea saludable. La responsabilidad de la prestación de estos servicios públicos recae en el municipio o en las delegaciones, si es el Distrito Federal, conforme a normas de carácter federal, estatal, municipal y, en muchos casos, como facultades en las que concurren dos o los tres niveles de gobierno. Esto conlleva una alta complejidad al presentar documentos de postura concretos, pues según el tiempo, lugar y jerarquía de la comunidad, las propuestas serán distintas. Baste con señalar que un documento de postura con respecto a ciudades saludables en México en materia de arquitectura en salud requiere tomar en cuenta el sistema de protección social, la estructura normativa y los objetivos, acciones, líneas de acción e indicadores de la planeación del desarrollo nacional en general y de planeación para la calidad. Esto desemboca en un problema de gran complejidad, como lo ilustra el caso del municipio de Coahuila, mediante el cual se ilustra la diversidad de normas que inciden en los servicios públicos municipales y por ende, en la creación de condiciones para una ciudad saludable.

En la actualidad, existe la tendencia a impulsar un enfoque de derechos humanos que incide en la construcción de políticas públicas para ciudades saludables, donde los miembros de la comunidad son objeto de la expresión de lo expuesto en la *Declaración y Programa de Acción de Viena*<sup>18</sup> del 12 de julio de 1993, en donde se acordó el impulso de la perspectiva de derechos humanos en las políticas públicas desde su diseño, pasando por su implementación, control y monitoreo, para permear hasta la retroalimentación de esas políticas públicas que lleven a su rediseño.

Con una perspectiva integral e integrada de políticas públicas de ciudades saludables, se puede incidir en la sustitución de un enfoque *top-down* para impulsar un enfoque *bottom-up* de las políticas públicas, como una auténtica respuesta responsable de los miembros de la comunidad.<sup>19</sup> Se abre así la posibilidad de que la comunidad y sus integrantes sean copartícipes y corresponsables en las distintas fases del ciclo de políticas públicas que permitan la construcción de una forma de vida saludable.

El punto de partida es el principio de que la atención de padecimientos cuesta y que siempre es mejor invertir en salud que gastar en enfermedad. Además, el costo tiene diversas vertientes, el económico es uno, pero también está el físico, el emocional, el psicológico, el familiar y el social.

Es por ello que se han instaurado diversos mecanismos para intentar dar respuesta a esa inquietud de que un mínimo de bienestar redunde en calidad de vida y así, en salud de la comunidad, en ciudades saludables. Uno de los mecanismos que ahora se promueve en el ámbito internacional y que incide en el sistema de protección social mexicano es el denominado *Piso de Protección Social*.

## Piso de Protección Social

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), con apoyo del Departamento de Economía y Asuntos Sociales de las Naciones Unidas (UN-DESA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), encabezan el esfuerzo de extensión de la protección social, mediante la coalición de agencias internacionales y donadores, para diseñar e implementar esquemas de transferencias sociales sostenibles con base en el concepto de *Piso de Protección Social* o *Social Protection Floor* (SPF) (Cuadros 2.1 a 2.5).

### **Cuadro 2.1.** *Piso Básico de Protección Social (A)*

- Organización Internacional del Trabajo (apoyo de Naciones Unidas)
- Principios: justicia social y derecho universal (a la seguridad social y nivel de vida)
- Aspectos: alimentación, vestido, vivienda, atención médica y servicios sociales

### **Cuadro 2.2.** *Piso Básico de Protección Social (B)*

- Protección y “empoderamiento” de la persona a lo largo del ciclo de vida
- Énfasis en grupos vulnerables
- Sustento en el Convenio 102
- Estrategia bidimensional en garantías horizontales y verticales

11

El punto de partida en el SPF es la diferenciación entre países y entre sus necesidades, prioridades, objetivos de desarrollo y capacidad tributaria, para alcanzar ese mínimo básico denominado SPF. De esta manera, no hay fórmulas que sean la mejor solución para aplicar el SPF, aunque sí existen algunos principios y criterios que pueden ayudar a alcanzarlo.

El SPF busca apoyar a los países en sus esfuerzos por construir, expandir, extender o reorientar, sus sistemas de protección social, al ofrecerles asistencia técnica de alta calidad a un bajo costo mediante un mecanismo de colaboración entre agencias.

El SPF tiene un acercamiento holístico a la protección social que considera que así se crean sociedades más fuertes, justas y más cohesionadas, y que esto constituye los cimientos de una paz y prosperidad a largo plazo. La propuesta para alcanzar esa protección social según cada estado lo determine es mediante las denominadas transferencias sociales sostenibles, que se dividen en servicios y prestaciones.

En cuanto a los servicios, el SPF contempla el aseguramiento en la disponibilidad, continuidad y acceso geográfico y financiero de

### **Cuadro 2.3.** *Piso Básico de Protección Social (C)*

Piso básico de protección social (C)

Enfoque unificado pero flexible (adaptación a circunstancias específicas de cada país)

- Complemento no sustitutivo de los seguros sociales, por lo tanto, un componente más de lo que se ha denominado *sistema de protección social integral y pluralista*



### Cuadro 2.4. Piso Básico de Protección Social (D)

Derechos Humanos	Nadie debe vivir por debajo de un determinado nivel de ingresos y todas las personas deben tener, al menos, acceso a servicios sociales básicos (salud, seguridad social, seguros sociales)
------------------	---

### Cuadro 2.5. Piso Básico de Protección Social (E)

- Organización Internacional del Trabajo (OIT)
- Sustento en Convenio 102
- Derecho Universal a la Seguridad Social y a un nivel de vida adecuado
- Enfoque unificado de seguridad básica de ingreso y servicios sociales (salud)
- Complemento no sustitutivo de los seguros sociales

12

servicios esenciales. Considera como tales el agua, la sanidad, la alimentación y adecuada nutrición, la salud, la educación, la vivienda, los ahorros, la información y otros servicios.

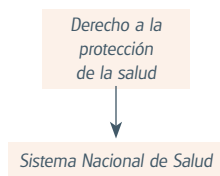
En lo que a las prestaciones se refiere, el SPF establece la importancia de tomar conciencia del aseguramiento de un paquete básico de transferencias sociales, en efectivo para educación, para estar saludables, para tener suficientes ingresos para formar parte de la vida cultural, para expresarse libremente y compartir el conocimiento y las ideas. Todo esto alude a derechos humanos que deberían poder disfrutarse por cualquiera, en todo tiempo. Las prestaciones contemplan un ingreso mínimo y seguridad de medios de subsistencia para la población pobre y vulnerable.

El SPF también contempla el derecho a la información y políticas para niños, grupos de individuos en edad productiva y aquellas personas mayores de ingresos insuficientes.

Como respuesta a ciertas presiones internacionales, México ha desarrollado algunos avances en materia de derechos humanos y protección social.

## Protección social y derechos humanos

Fue en la década de los ochenta del siglo pasado, cuando en México se incluyó como garantía individual el derecho a la protección de la



**Figura 2.1.** El derecho a la protección de la salud es una de las garantías individuales.

salud (Figura 2.1), en el Artículo cuarto de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, y se creó el Sistema Nacional de Salud en la *Ley general de salud*.

El tradicional trato diferenciado entre garantías individuales y garantías sociales sufrió un vuelco importante en virtud de las recientes modificaciones al texto constitucional<sup>20</sup> en materia de Derechos Humanos, que dieron un sustento normativo a un nuevo enfoque del estado y de los actores sociales en México.

No obstante los grandes avances y esfuerzos que se han llevado a cabo en nuestro país en el Sistema de Protección Social, aún persisten graves problemas que son expresión de una sociedad polarizada y que se reflejan en la existencia de diversos sistemas, desarticulados, atomizados y poco estructurados, que llevan a duplicidades en la protección social para un cierto sector de la población coexistente, con un gran vacío para otro sector cada vez más amplio de mexicanos.

## Protección social, salud, seguridad social, asistencia social o desarrollo social en México<sup>21</sup>

Tradicionalmente, términos como seguridad social, seguro social y protección social se han asociado con el sector formal del mercado laboral. Sin embargo, términos como protección social, salud, asistencia social, desarrollo social y seguridad social se encuentran vinculados de manera muy estrecha y, en ocasiones, empalmados en nuestro país, en diversos sistemas.

Si partimos de la premisa de que *sistema* es el “conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto”,<sup>22</sup> hay que empezar por definir algunos conceptos, para después ver la estructura de los diversos sistemas en México que inciden en el sistema de protección social.

De esta manera, podríamos entender que el sistema de *protección social* es el conjunto ordenado y sistematizado de instituciones y normas que buscan proteger la salud y los medios de subsistencia de su población, mediante servicios y prestaciones. Cuando nos referimos a la *protección social mexicana*, nos encontramos con diversos sistemas nacionales, como son el sistema nacional de salud, el de asistencia social, el de desarrollo social, que coexisten con otras estructuras que fueron las respuestas iniciales a la preocupación por la protección social, como son los diversos seguros sociales a cargo de organismos descentralizados, en algunos casos, de la administración pública federal, en otros, de la administración pública estatal, o incluso otras figuras administrativas.<sup>23</sup>

El Sistema Nacional de Asistencia Social se contempla en la *Ley de asistencia social* publicada en el *Diario oficial de la federación* de fecha 2 de septiembre de 2004 y que entró en vigor al día siguiente de su publicación. Esta ley abrogó la *Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social* del 9 de enero de 1986. La materia de asistencia social se desprende de la *Ley general de salud* como materia de salubridad general<sup>24</sup> y está definida como “el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.”<sup>25</sup>

Este Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada<sup>26</sup> está coordinado por un organismo público descentralizado denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;<sup>27</sup> dentro de los integrantes del sistema se encuentran la Secretaría de Salud y La Secretaría de Desarrollo Social.<sup>28</sup>

Por otra parte, está el Sistema Nacional de Desarrollo Social,<sup>29</sup> que fue creado mediante la *Ley general de desarrollo social*, publicada en el *Diario oficial de la federación* el 20 de enero de 2004, y que entró en vigor al día siguiente de su publicación (Figura 2.2).

La ley no define qué se entiende por desarrollo social y en su objeto se encuentra el “garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales consagrados en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, asegurando el acceso de toda la población al desarrollo social”.<sup>30</sup> Dentro de los derechos para el desarrollo social que la misma ley señala, se encuentra la salud, el trabajo y la seguridad social.<sup>31</sup>

En lo que al *Sistema Nacional de Salud* se refiere, hay quien sostiene que la fundación del Sistema “data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia –hoy Secretaría



**Figura 2.2.** Ley general de desarrollo social.

de Salud (SS)—, el IMSS y el Hospital Infantil de México, el primero de los diez Institutos Nacionales de Salud.”<sup>32</sup>

El Sistema Nacional de Salud en los Estados Unidos Mexicanos se constituyó como tal a partir de la hoy vigente *Ley general de salud* que se publicó en el *Diario oficial de la federación* de fecha 7 de febrero de 1984 y que entró en vigor el 10. de julio del mismo año.<sup>33</sup>

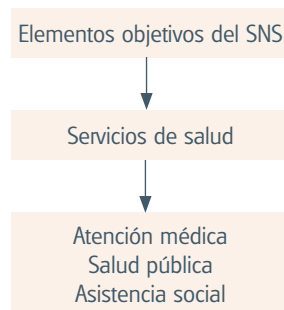
El Artículo 5 de la *Ley general de salud* no define el Sistema Nacional de Salud, pero sí establece que se constituye por dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones. Agrega que el objeto del sistema y de las actividades de sus integrantes es “la protección de la salud”.

Se puede señalar que hay elementos objetivos y otros subjetivos en materia del Sistema Nacional de Salud.<sup>34</sup>

Los *elementos objetivos* del Sistema Nacional de Salud son los denominados “servicios de salud” que prestan los sujetos que integran dicho Sistema. La misma ley los define como aquellas “acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad”.<sup>35</sup>

Aunque en ocasiones se considera que los servicios de salud sólo se orientan al individuo y sólo para restaurar la salud, en el artículo arriba citado destaca la inclusión de que se realizan en beneficio del individuo *y de la sociedad en general*, y por lo tanto, la misma *Ley general de salud* contempla de manera específica los entornos saludables y los servicios a la comunidad como parte del Sistema Nacional de Salud.

A su vez, los servicios de salud a los que se refiere la *Ley general de salud* se clasifican en tres tipos: atención médica, salud pública y asistencia social (Figura 2.3).<sup>36</sup> La atención médica comprende



**Figura 2.3.** Elementos objetivos del Sistema Nacional de Salud.

16

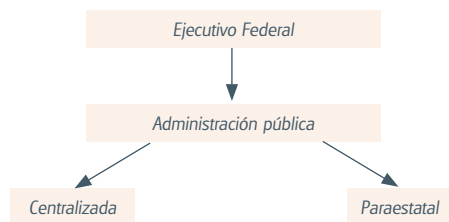
“actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluida la atención de urgencias”.<sup>37</sup>

La ley califica como básicos de salud los servicios que se listan a continuación.

- a. *Educación para la salud*
- b. *Promoción del saneamiento básico*
- c. *Mejoramiento de condiciones sanitarias del ambiente*
- d. *Prevención y control de:*
  - i. enfermedades transmisibles de atención prioritaria
  - ii. enfermedades no transmisibles más frecuentes
  - iii. accidentes
- e. *Atención materno-infantil*
- f. *Planificación familiar*
- g. *Salud mental*
- h. *Prevención y control de enfermedades bucodentales*
- i. *Disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales*
- j. *Promoción del mejoramiento de la nutrición*
- k. *Atención médica y*
- l. *Asistencia social*<sup>38</sup>

En lo que se refiere a los *elementos subjetivos* del Sistema Nacional de Salud, lo constituyen las dependencias y entidades, federales y locales, así como sujetos de los sectores social y privado que prestan servicios de salud.

El concepto de dependencias y entidades se desprende de la Ley orgánica de la administración pública federal que es reglamentaria del Artículo 90 de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (Figura 2.4).



**Figura 2.4.** Administración pública.

Según la *Ley orgánica de la administración pública federal*, la administración pública centralizada “está conformada por la Presidencia de la República, las secretarías de Estado, los Departamentos Administrativos y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal”,<sup>39</sup> mientras que a la administración pública paraestatal la conforman “los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal, las instituciones nacionales de crédito, las organizaciones auxiliares nacionales de crédito, las instituciones nacionales de seguros y de fianzas y los fideicomisos” (Figura 2.5).<sup>40</sup>

17

Cuando se hace referencia a descentralización, se exalta la importancia de la personalidad jurídica propia de las personas jurídicas de derecho público que la integran y que son distintas al Estado.

En materia local, la definición de qué entidades y qué dependencias hay se determina por la *Ley orgánica de la administración pública* de cada entidad federativa, independientemente del nombre que se le dé.



**Figura 2.5.** Elementos que conforman la administración pública centralizada y la administración pública paraestatal.

La *Ley general de salud* distribuye las materias entre los niveles de gobierno federal y estatal, de tal manera que podríamos señalar que la federación queda como autoridad normativa y las entidades federativas como autoridades operativas, aunque la participación de estas últimas (las entidades federativas) está regulada, además de por la ley, por los acuerdos de coordinación que para tal efecto celebra la federación por conducto de la Secretaría de Salud.<sup>41</sup>

En lo que a salubridad general se refiere, la *Ley general de salud* enumera los rubros que se citan en seguida.<sup>42</sup>

1. *La organización, control, vigilancia, coordinación, evaluación y seguimiento de la prestación de servicios y de establecimientos de salud.* De manera expresa, se excluye como un rubro de salubridad general este tipo de atribuciones respecto a instituciones de seguridad social
2. *La Protección Social en Salud,* que prácticamente es el servicio público mediante la figura denominada Seguro Popular
3. *La atención médica materno-infantil.* Cabría cuestionar que si sólo la atención médica materno-infantil es materia de salubridad general, entonces la que no tenga este carácter no es materia concurrente, sino local, porque no es un rubro de salubridad general
4. *El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas.* Pareciera que sólo la nutrición materno-infantil en pueblos y comunidades indígenas es materia de salubridad general, sin embargo, la orientación y vigilancia en materia de nutrición así como la prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición es un rubro de salubridad general, por lo que este trato diferenciado podría considerarse ocioso
5. *La orientación y vigilancia en materia de enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo, así como de los factores ambientales en la salud del hombre.* En principio podría señalarse que lo que no sea orientación y vigilancia en ese tipo de enfermedades no es salubridad general y, por lo tanto, es materia local y no concurrente; sin embargo, la Constitución concretamente manifiesta que el tabaquismo y los factores ambientales sí son rubros de salubridad general. La materia ecológica que se vincula con los factores ambientales es concurrente
6. *La salud visual y auditiva*
7. *La planificación familiar*
8. *La salud mental*
9. *La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud*
10. *La promoción de la formación de recursos humanos para la salud*

11. *La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos*
12. *La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país*
13. *La educación para la salud*
14. *La salud ocupacional y el saneamiento básico*
15. *La prevención y el control de:*
  - a. enfermedades transmisibles
  - b. enfermedades no transmisibles y
  - c. accidentes
16. *La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos*
17. *La asistencia social*
18. *Programas contra:*
  - a. el alcoholismo
  - b. el tabaquismo y
  - c. la farmacodependencia

19

A estos últimos sí se refiere el texto constitucional de manera expresa como materia de salubridad general.

19. *El control sanitario de(l) (los):*
  - a. productos y servicios y de su importación y exportación
  - b. proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos así como establecimientos dedicados al proceso de productos
  - c. la publicidad de las actividades, productos y servicios, así como de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células y de cadáveres de seres humanos;
20. *La sanidad internacional*<sup>43</sup>

Los rubros de salubridad general (Figura 2.6) se distribuyen entre la federación y las entidades federativas,<sup>44</sup> y la misma ley señala las bases a las que se sujetarán los acuerdos de coordinación entre la federación y los gobiernos de las entidades federativas.<sup>45</sup>



**Figura 2.6.** *Distribución de los rubros de salubridad general.*



El Sistema Nacional de Salud se encuentra encabezado por una dependencia que es la Secretaría de Salud, ante un régimen que es materia concurrente y en donde además se busca la coordinación del sector público con los sectores social y privado (Figura 2.7).

La misma *Ley general de salud* clasifica a los prestadores de servicios de salud en servicios públicos a la población en general, servicios públicos de instituciones de seguridad social y servicios de salud privados y sociales. La misma ley define los diversos servicios, según los prestadores en los siguientes términos:<sup>46</sup>

1. “Son **servicios públicos a la población en general** los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.”<sup>47</sup>

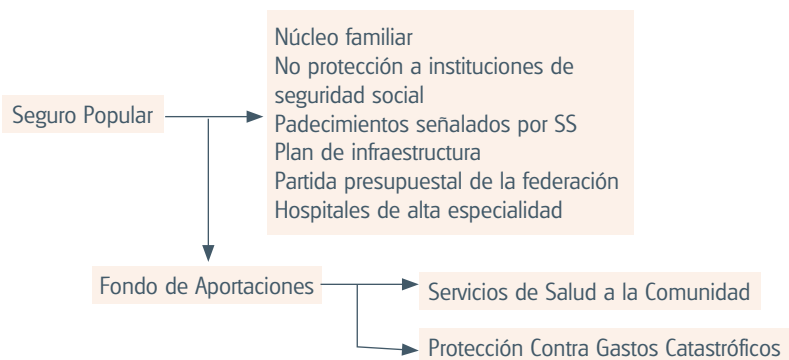
Cuando nos referimos a los “**servicios públicos a población en general**”, los criterios aplicables son, justamente, los de servicio público. Este subsistema se refiere al Seguro Popular. La gratuidad en el momento de usar los servicios dependerá de si se trata o no de un beneficiario de dicho “seguro” y de si su padecimiento está incluido en el catálogo que para tal efecto emite la Secretaría de Salud.

Las características del Seguro Popular (Figura 2.8) se explican a continuación.

1. *La unidad de protección es el núcleo familiar y los beneficiarios son los miembros de dicho núcleo familiar*
2. *Presupone la exclusión de protección por instituciones de seguridad social*
3. *Se limita a los padecimientos enumerados en un catálogo que emite la Secretaría de Salud y a la cual se deben sujetar los servicios estatales de salud*
4. *Implica la existencia de un Plan de infraestructura coordinado por la Secretaría de Salud*



**Figura 2.7.** La Secretaría de Salud encabeza el Sistema Nacional de Salud.



**Figura 2.8.** Seguro Popular.

5. Conlleva a la distribución de una importante partida presupuestal de la federación a los servicios estatales de salud
6. Incluye la figura de hospitales de alta especialidad
7. Presupone la constitución de dos fondos, uno de Aportaciones para los Servicios de Salud a la comunidad y otro de Protección contra Gastos Catastróficos, entre otros puntos

A partir del Seguro Popular, un buen avance en materia inmobiliaria fue el *Plan de Infraestructura* (Figura 2.9) que ha intentado regular con criterios técnicos la edificación de instalaciones en salud. Resta mucho por hacer, pero las bases están sentadas en el mismo texto de la *Ley general de salud*.

2. “Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios”.<sup>48</sup>

Cuando hablamos de instituciones de seguridad social, también nos referimos a “servicios públicos”, con la particularidad de



**Figura 2.9.** Seguro Popular.

la derechohabencia, en virtud de un esquema de aseguramiento que genera derecho a prestaciones en dinero y en especie en caso de un siniestro que vulnere la salud o la capacidad productiva del asegurado. En este caso, las normas aplicables son aquellas que están contenidas en la *Ley del Seguro Social*, que puede prestar los servicios de manera directa, por medio de su personal e instalaciones, o indirecta. En esta última modalidad, los servicios se proporcionan mediante los denominados “convenios” para la subrogación de los servicios, en donde subsiste la responsabilidad pero también la autoridad del Instituto.<sup>49</sup>

3. *“Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 43 de esta Ley. Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos”.*<sup>50</sup>

En este caso, por lo general, estamos ante contratos de prestación de servicios de carácter comercial (Figura 2.10), cuando son hospitales, ya que por lo general son sociedades mercantiles bajo la figura de sociedades anónimas de capital variable.

En estos casos la Procuraduría Federal del Consumidor puede llegar a tener competencia, pues no están señalados en aquellos de excepción a que se refiere el Artículo 5 de la *Ley federal de protección al consumidor*. Cuando se trata de instituciones como asociaciones y sociedades civiles, los contratos se rigen por principios del derecho civil en materia local y no existe injerencia alguna de la Procuraduría Federal del Consumidor, porque en este caso sí hay exclusión de los contratos de prestación de servicios. Incluso la Secretaría de Economía ha emitido Normas Oficiales Mexicanas que versan sobre elementos normativos para la contratación de servicios de atención médica por cobro directo.

4. *“Son **servicios de salud de carácter social** los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colec-*

Servicios de salud privados —————▶ Servicios de carácter comercial

**Figura 2.10.** Servicios contratados por los usuarios.

tivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.”<sup>51</sup>

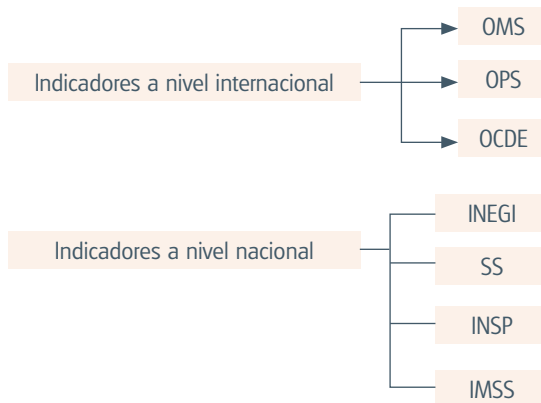
## Indicadores para ciudades saludables

La Secretaría de Salud ha llegado a considerar que “un indicador se usa para describir un problema; cómo y dónde ocurre y cómo afecta a [sic] éste. Los *indicadores* se desarrollan recolectando datos y se expresan a través de fórmulas matemáticas, tablas o gráficas.”<sup>52</sup>

Son cifras o fórmulas emitidas por autoridades competentes para determinar la situación que guarda un determinado problema y los avances que se han alcanzado cuando se llevan a cabo de manera comparativa. En este caso se quiere resaltar el carácter competente de la autoridad que emita los indicadores y que además, la construcción de estos permita el análisis comparativo.

Los indicadores no son cifras o fórmulas absolutas, sino abstracciones construidas que permiten determinar qué elementos son sustanciales en cierto fenómeno o su evolución, por lo que, en muchos casos, son una visión parcial desde una cierta perspectiva, de un problema o una situación, en un momento dado y de conformidad a los datos de que se dispone.<sup>53</sup>

En materia de salud, hay indicadores en los ámbitos internacional y nacional (Figura 2.11). En materia internacional, los orga-



**Figura 2.11.** Indicadores en los ámbitos internacional y nacional.

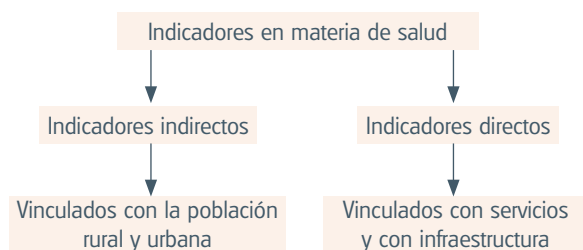
nismos que consagran información e indicadores y que pueden ser jurídicamente confiables en materia de salud serían la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). A nivel nacional se cuenta con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el *Consejo Nacional de Evaluación* de la Política de Desarrollo Social (Coneval) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).<sup>54</sup>

Los indicadores que pueden ser relevantes en materia de salud pueden clasificarse en aquellos que inciden de manera *indirecta*, o *directos*, y en aquellos que repercuten en forma *directa*, o *directos*, en materia de salud.

Los indicadores indirectos son, fundamentalmente los vinculados con la población y su estructura rural y urbana, los de servicios básicos e incluso los de brecha de ingreso de la población.<sup>55</sup> Con respecto a los Indicadores Indirectos, la Organización Panamericana de la Salud ha considerado que: “Al comenzar el siglo XXI, en la Región de las Américas se observan grandes variaciones en las condiciones de vida entre los países y también dentro de cada país. Se encuentran diferencias de educación, ingreso, acceso a los servicios y otras características sociales que determinan el estado de salud de las poblaciones.”<sup>56</sup> México se encuentra ubicado como una subregión específica dentro de la Región de América Latina, una de las dos regiones en que la Organización Panamericana de la Salud divide a lo que denomina las Américas (la otra es América del Norte, en donde ubica a Canadá y Estados Unidos de Norteamérica).

La estructura y conformación de la población de nuestro país sin duda incide e incidirá en sus indicadores de salud, ya que desde “un punto de vista conceptual, la salud de la población está determinada por un conjunto de factores que operan simultáneamente en distintos niveles de organización, desde lo individual, hasta lo social; es decir, la situación de salud y sus desigualdades están determinadas tanto individual, como histórica y socialmente [...] las profundas diferencias, en función del nivel y la brecha de ingreso, de la esperanza de vida y los recursos económicos y de salud son ejemplos de la presencia de desigualdades de salud en las Américas al final del siglo XX.”<sup>57</sup>

Dentro de los indicadores directos en materia de salud (Figura 2.12), se pueden resaltar los vinculados con servicios y con infraes-



**Figura 2.12.** *Indicadores en materia de Salud.*

estructura para la prestación de servicios de atención médica y que, en este caso, aunque son importantes, rebasan el tema de ciudades saludables, pues su enfoque es fundamentalmente hacia la enfermedad, más que hacia la salud del ente colectivo.



## Fundamento de la planeación del desarrollo en México

27

Desde la década de los ochenta del siglo pasado, la planeación del desarrollo adquirió una importancia relevante en el diseño, la implementación e incluso, en algunos casos, el monitoreo y la evaluación de las políticas públicas.

La planeación del desarrollo en México tiene fundamento en las disposiciones contenidas en los Artículos 25 y 26 de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, que establecen lo que se describe en seguida.

### Artículo 25

*“Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y sustentable, que fortalezca la Soberanía de la Nación y su régimen democrático y que, mediante la competitividad, el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta Constitución. La competitividad se entenderá como el conjunto de condiciones necesarias para generar un mayor crecimiento económico, promoviendo la inversión y la generación de empleo.*

*“El Estado planeará, conducirá, coordinará y orientará la actividad económica nacional, y llevará al cabo la regulación y fomento de las actividades que demande el interés general en el marco de libertades que otorga esta Constitución. Al desarrollo económico nacional concurrirán, con responsabilidad social, el sector público, el sector social y el sector privado, sin menoscabo de otras formas de actividad económica que contribuyan al desarrollo de la Nación. El sector público tendrá a su cargo, de manera exclusiva, las áreas estratégicas que se señalan en el Artículo 28, párrafo cuarto de la Constitución,*



*manteniendo siempre el Gobierno Federal la propiedad y el control sobre los organismos y empresas productivas del Estado que en su caso se establezcan. Tratándose de la planeación y el control del sistema eléctrico nacional, y del servicio público de transmisión y distribución de energía eléctrica, así como de la exploración y extracción de petróleo y demás hidrocarburos, la Nación llevará a cabo dichas actividades en términos de lo dispuesto por los párrafos sexto y séptimo del Artículo 27 de esta Constitución. En las actividades citadas la ley establecerá las normas relativas a la administración, organización, funcionamiento, procedimientos de contratación y demás actos jurídicos que celebren las empresas productivas del Estado, así como el régimen de remuneraciones de su personal, para garantizar su eficacia, eficiencia, honestidad, productividad, transparencia y rendición de cuentas, con base en las mejores prácticas, y determinará las demás actividades que podrán realizar.*

*“Asimismo podrá participar por sí o con los sectores social y privado, de acuerdo con la ley, para impulsar y organizar las áreas prioritarias del desarrollo. Bajo criterios de equidad social, productividad y sustentabilidad se apoyará e impulsará a las empresas de los sectores social y privado de la economía, sujetándolos a las modalidades que dicte el interés público y al uso, en beneficio general, de los recursos productivos, cuidando su conservación y el ambiente.*

*“La ley establecerá los mecanismos que faciliten la organización y la expansión de la actividad económica del sector social: de los ejidos, organizaciones de trabajadores, cooperativas, comunidades, empresas que pertenezcan mayoritaria o exclusivamente a los trabajadores y, en general, de todas las formas de organización social para la producción, distribución y consumo de bienes y servicios socialmente necesarios.*

*“La ley alentará y protegerá la actividad económica que realicen los particulares y proveerá las condiciones para que el desenvolvimiento del sector privado contribuya al desarrollo económico nacional, promoviendo la competitividad e implementando una política nacional para el desarrollo industrial sustentable que incluya vertientes sectoriales y regionales, en los términos que establece esta Constitución”.*

## Artículo 26

*“A. El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.*

*Los fines del proyecto nacional contenidos en esta Constitución determinarán los objetivos de la planeación. La planeación será democrática y deliberativa. Mediante los mecanismos de participación que establezca la ley, recogerá las aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporarlas al plan y los programas de desarrollo. Habrá un plan nacional de desarrollo al que se sujetarán obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal.*

*“La ley facultará al Ejecutivo para que establezca los procedimientos de participación y consulta popular en el sistema nacional de planeación democrática, y los criterios para la formulación, instrumentación, control y evaluación del plan y los programas de desarrollo. Asimismo, determinará los órganos responsables del proceso de planeación y las bases para*

que el Ejecutivo Federal coordine mediante convenios con los gobiernos de las entidades federativas e induzca y concierte con los particulares las acciones a realizar para su elaboración y ejecución. El plan nacional de desarrollo considerará la continuidad y adaptaciones necesarias de la política nacional para el desarrollo industrial, con vertientes sectoriales y regionales.

“En el sistema de planeación democrática y deliberativa, el Congreso de la Unión tendrá la intervención que señale la ley.

“B. El Estado contará con un Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica cuyos datos serán considerados oficiales. Para la federación, estados, Distrito Federal y municipios, los datos contenidos en el Sistema serán de uso obligatorio en los términos que establezca la ley.

“La responsabilidad de normar y coordinar dicho Sistema estará a cargo de un organismo con autonomía técnica y de gestión, personalidad jurídica y patrimonio propios, con las facultades necesarias para regular la captación, procesamiento y publicación de la información que se genere y proveer a su observancia.

“El organismo tendrá una Junta de Gobierno integrada por cinco miembros, uno de los cuales fungirá como Presidente de ésta y del propio organismo; serán designados por el Presidente de la República con la aprobación de la Cámara de Senadores o en sus recesos por la Comisión Permanente del Congreso de la Unión.

“La ley establecerá las bases de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, de acuerdo con los principios de accesibilidad a la información, transparencia, objetividad e independencia; los requisitos que deberán cumplir los miembros de la Junta de Gobierno, la duración y escalonamiento de su encargo.

“Los miembros de la Junta de Gobierno sólo podrán ser removidos por causa grave y no podrán tener ningún otro empleo, cargo o comisión, con excepción de los no remunerados en instituciones docentes, científicas, culturales o de beneficencia; y estarán sujetos a lo dispuesto por el Título Cuarto de esta Constitución.

“C. El Estado contará con un Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, que será un órgano autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propios, a cargo de la medición de la pobreza y de la evaluación de los programas, objetivos, metas y acciones de la política de desarrollo social, así como de emitir recomendaciones en los términos que disponga la ley, la cual establecerá las formas de coordinación del órgano con las autoridades federales, locales y municipales para el ejercicio de sus funciones.

“El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social estará integrado por un Presidente y seis Consejeros que deberán ser ciudadanos mexicanos de reconocido prestigio en los sectores privado y social, así como en los ámbitos académico y profesional; tener experiencia mínima de diez años en materia de desarrollo social, y no pertenecer a algún partido político o haber sido candidato a ocupar un cargo público de elección popular. Serán nombrados, bajo el procedimiento que determine la ley, por el voto de las dos terceras partes de los miembros presentes de la Cámara de Diputados. El nombramiento podrá ser objetado por el Presidente de la

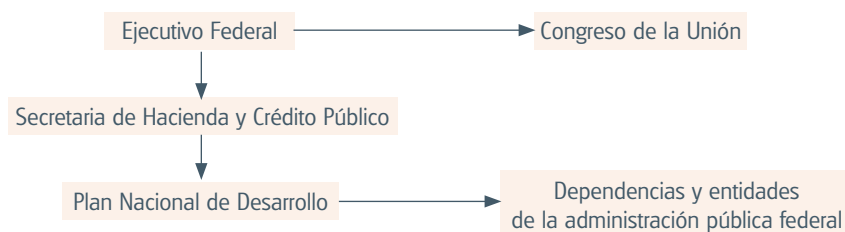
República en un plazo de diez días hábiles y, si no lo hiciere, ocupará el cargo de consejero la persona nombrada por la Cámara de Diputados. Cada cuatro años serán sustituidos los dos consejeros de mayor antigüedad en el cargo, salvo que fuesen propuestos y ratificados para un segundo periodo. “El Presidente del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social será elegido en los mismos términos del párrafo anterior. Durará en su encargo cinco años, podrá ser reelecto por una sola vez y sólo podrá ser removido de sus funciones en los términos del Título Cuarto de esta Constitución. “El Presidente del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social presentará anualmente a los Poderes de la Unión un informe de actividades. Comparecerá ante las Cámaras del Congreso en los términos que disponga la ley”.

30

Ya en la *Ley de planeación* se reconoce como instrumento de planeación, el Plan Nacional de Desarrollo, que expide el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público dentro de los seis meses siguientes a la fecha de toma de posesión del titular de dicho Poder, y que remite al Congreso de la Unión para su examen y opinión (Figura 3.1). La vigencia de este instrumento es el mismo que la gestión que corresponda. Este plan es obligatorio para dependencias y entidades de la administración pública federal y, en aquellas materias que corresponda, para los gobiernos de las entidades federativas. Por disposición de la ley, el Plan Nacional de Desarrollo precisa los objetivos nacionales, estrategias y prioridades del desarrollo, determinando instrumentos y responsables, así como lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional.<sup>58</sup>

## El Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) se publicó en el *Diario oficial de la federación* el 20 de mayo de 2013. Dentro del



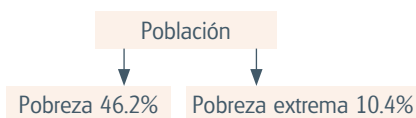
**Figura 3.1.** Plan Nacional de Desarrollo, instrumento de planeación.

diagnóstico general, se establecen cinco grandes temas, uno de los cuales es el Desarrollo Social para un México Incluyente, con respecto al cual señala lo que sigue.

*“El desarrollo social debe ser la prioridad de un México Incluyente. Muchos mexicanos se enfrentan a una serie de factores que los mantienen en círculos viciosos de desarrollo donde las oportunidades de progreso son escasas. Alrededor de 46.2% la población vive en condiciones de pobreza y 10.4% vive en condiciones de pobreza extrema [(Figura 3.2)].*

*“Los indicadores tampoco nos permiten ser complacientes con respecto a la desigualdad del ingreso, la violación de los derechos humanos, la discriminación y el limitado acceso a servicios de salud y a una vivienda digna. Lo anterior no sólo es inaceptable en términos de justicia social, sino que también representa una barrera importante para la productividad y el crecimiento económico del país. Existe un amplio sector de la población que por diversos motivos se mantiene al margen de la economía formal, en sectores donde no se invierte en tecnología, donde hay poca o nula inversión en capital humano, donde no hay capacitación y por tanto la productividad se ve limitada. El hecho de que la productividad promedio en el sector informal es 45% menor que la productividad en el sector formal muestra el amplio potencial de una política pública orientada a incrementar la formalidad.”*

31



**Figura 3.2.** Porcentaje de la población en pobreza y pobreza extrema.

Para atender el tema indicado, el Plan Nacional de Desarrollo se refiere a cinco metas, una de las cuales es:

*“Un México Incluyente... para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía”. Asimismo, contempla la promoción de una red de protección social que “garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo” [(Figura 3.3)].*

De esta manera, el Plan Nacional de Desarrollo establece que un México incluyente implica “hacer efectivo el ejercicio de los derechos sociales de todos los mexicanos, a través del acceso a servicios básicos, agua potable, drenaje,



**Figura 3.3.** El Plan Nacional de Desarrollo y el derecho a la salud.

saneamiento, electricidad, seguridad social, educación, alimentación y vivienda digna, como base de un capital humano...”

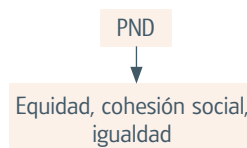
32

El Plan Nacional de Desarrollo reconoce como plan de acción para atender los altos niveles de exclusión, privación de derechos sociales y desigualdades entre personas y regiones de nuestro país (Figura 3.4), el “integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad”, que incluye “generar esquemas de desarrollo c io con mayor grado de participación social” así como “dar impulso a soluciones de vivienda dignas y mejoramiento de espacios públicos” mediante un Política Nacional de Vivienda consistente en un “nuevo modelo enfocado a promover el desarrollo ordenado y sustentable del sector; a mejorar y regularizar la vivienda urbana, así como a construir y mejorar la vivienda rural.

Esta política implica:

- i) lograr una mayor y mejor coordinación interinstitucional;
- ii) transitar hacia un modelo de desarrollo urbano sustentable e inteligente
- iii) reducir de manera responsable el rezago en vivienda y
- iv) procurar una vivienda digna para los mexicanos.

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo, se listan los programas sectoriales que deben elaborar las dependencias coordinadoras de sector, sujetándose a las previsiones contenidas en dicho plan, debiendo especificar objetivos, prioridades y políticas que regirán el desempeño del sector administrativo de que se trate.



**Figura 3.4.** El Plan Nacional de Desarrollo y la equidad social.

## Programas sectoriales

La *Ley de planeación* define los programas sectoriales como aquellos que, sujetándose a las previsiones contenidas en el plan, especifican los objetivos, prioridades y políticas que regirán el desempeño de las actividades del sector administrativo de que se trate. Contendrán asimismo, estimaciones de recursos y determinaciones sobre instrumentos y responsables de su ejecución.<sup>59</sup>

Dentro de los programas sectoriales especificados en el Plan Nacional de Desarrollo, se encuentran algunos que inciden en materia de comunidades saludables como son:

- *El Programa Sectorial de Salud*
- *El Programa Sectorial de Desarrollo Social*
- *El Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Naturales*
- *El Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano*
- *El Programa Nacional de Infraestructura*
- *El Programa Nacional de Vivienda*
- *El Programa Nacional México Sin Hambre*
- *El Programa Nacional Hídrico*

33

### Programa Sectorial de Salud

Con fecha 12 de diciembre de 2013 se publicó en el *Diario oficial de la federación* el decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

Dicho programa sectorial contempla seis objetivos, que se describen a continuación.

1. *Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.*
2. *Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.*
3. *Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.*
4. *Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.*
5. *Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud*
6. *Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud*

En materia de infraestructura, el quinto objetivo contiene la Estrategia 5.3, que se refiere a “Establecer una planeación y gestión

interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud”. Esta estrategia contempla cinco líneas de acción:

1. *Establecer los mecanismos para generar y conducir un plan maestro sectorial de recursos*
2. *Desarrollar la infraestructura física y equipamiento en salud alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales*
3. *Mejorar la calidad de la infraestructura establecida en unidades de primer y segundo nivel*
4. *Conformar los mecanismos sectoriales de planeación de recursos para la salud*
5. *Consolidar la infraestructura en salud con prioridad en zonas de población en condición de vulnerabilidad*

34

Por último, en cuanto a los indicadores considerados en este Programa, ninguno hace referencia específicamente a infraestructura de servicios básicos que inciden en la salud, aunque sí se mencionan los de la atención de la salud.

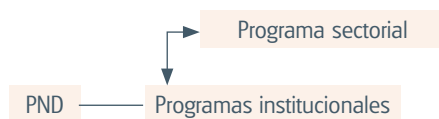
## Programas especiales

La *Ley de planeación* define los programas especiales como aquellos que se refieren a las prioridades del desarrollo integral del país fijados en el PND o a las actividades relacionadas con dos o más dependencias coordinadoras de sector.<sup>60</sup> Dentro del PND, se señalan diversos programas especiales, dentro de los cuales destacan:

- *El Programa Especial Concurrente para el Desarrollo Rural Sustentable*
- *El Programa Especial de Cambio Climático*

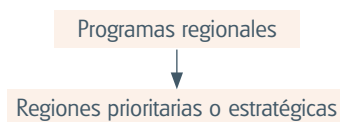
## Otros programas

La *Ley de planeación* define los programas institucionales como aquellos que deben elaborar las entidades paraestatales, se sujetarán a las previsiones contenidas en el PND y en el programa sectorial correspondiente, en concordancia con la ley que regule su organización y funcionamiento (Figura 3.5).<sup>61</sup>



**Figura 3.5.** A las entidades paraestatales atañe la elaboración de los programas institucionales.

Están también los programas regionales (Figura 3.6), que se definen en la *Ley de planeación* como aquellos que se referirán a las regiones que se consideren prioritarias o estratégicas, en función de los objetivos nacionales fijados en el PND, y cuya extensión territorial rebase el ámbito jurisdiccional de una entidad federativa.<sup>62</sup>



35

**Figura 3.6.** Los programas regionales se refieren a regiones consideradas como prioritarias o estratégicas.

Por otra parte, la misma ley establece que para la ejecución del plan y los programas sectoriales, institucionales, regionales y especiales, las dependencias y entidades elaborarán programas anuales, que incluirán los aspectos administrativos y de política económica, social, ambiental y cultural correspondientes. Estos programas anuales, que deberán ser congruentes entre sí, regirán, durante el año de que se trate, las actividades de la administración pública federal en su conjunto y servirán de base para la integración de los anteproyectos de presupuesto anuales que las propias dependencias y entidades deberán elaborar conforme a la legislación aplicable.<sup>63</sup>

Si ante esta estructura del Sistema de Protección Social y la Planeación del Desarrollo en México, se quisiera dimensionar la complejidad de la estructura normativa que incide en servicios públicos municipales, se podría ejemplificar con el municipio de Torreón, Coahuila, como se hará en el siguiente capítulo.





# INCIDENCIA DE LA ESTRUCTURA NORMATIVA PARA CIUDADES SALUDABLES

Sin duda, la importancia de las ciudades en el mundo contemporáneo reside en que, aunque constituyen tan sólo 2% de la superficie del mundo, en ellas vive cerca de 50% de la población total, con un consumo de recursos energéticos de 75% y la emisión de 80% del carbono que contamina el ambiente. Concretamente, el caso de Latinoamérica es representativo, ya que 82% de su población radica en las ciudades, siendo la segunda región más urbanizada del planeta.<sup>64</sup>

México está estructurado en un modelo federal, en el que coexisten diversos niveles de gobierno, como son: la federación, los gobiernos de las entidades federativas y los municipios. Los centros de concentración socioeconómica y política, por lo general, son la sede de los poderes federales y las ciudades capitales en el nivel estatal, y las cabeceras municipales en el nivel municipal, salvo aquellos que son centros turísticos (que no necesariamente coinciden).

Las políticas públicas que competen a las autoridades federales, por ser materia federal o concurrente, tienen un ámbito de aplicación en toda la República. Aquellas que son competencia de las autoridades municipales son las funciones y servicios públicos a los que se refiere la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* y aquellas que la constitución estatal le atribuye a los municipios dentro de cada entidad federativa. Todo lo demás que no sea federal o municipal es competencia de las autoridades de los gobiernos de las entidades federativas.

En este contexto, existen ámbitos en los cuales se pueden desarrollar algunos proyectos en las ciudades como espacios en los que convergen los tres niveles de gobierno, según la materia de que se trate.

Algunos de los temas de proyectos que podrían incidir en la construcción de ciudades saludables se explican a continuación.

- **Urbanismo y vivienda sostenibles.** Esto puede incluir la instalación de sensores para desastres, soluciones integradas, recolectores de agua de lluvia, energía por celdas solares, excusados sin uso de agua, infraestructura para captar agua de lluvia, calentadores solares, reutilización de agua con desechos orgánicos, entre otros
- **La movilidad y la comunicación.** Esto incluye la edificación de vías de comunicación, instalaciones y equipos para transporte de personas y bienes por medios terrestres, por agua y aéreas. También implica la comunicación de voz y datos así como telecomunicaciones
- **Desarrollo y cuidado del capital humano** a través de servicios de atención a la salud, sistemas de aprendizaje a distancia, grupos de trabajo a distancia, espacios verdes, entre otros.
- **Economía y participación en nuevas formas de producción, distribución y consumo.** Regionalización para producción de bienes y servicios a distancia.
- **Medioambiente.** Programas de urbanización, reservas de la biósfera, ecoturismo, plantas de tratamiento de aguas, plantas de reciclaje de basura, entre otros
- **E-gobierno y e-administración.** En los tres poderes (ejecutivo, legislativo y judicial) así como organismos autónomos y los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). El uso de las tecnologías de la información pueden ser mecanismos para mejorar el contacto con la ciudadanía desde un enfoque de coparticipación y corresponsabilidad en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas que inciden directa e indirectamente en el municipio y los servicios públicos a su cargo.

## Generalidades del municipio de Torreón, Coahuila

El municipio de Torreón en el estado de Coahuila, colinda al norte con el estado de Durango y el municipio de Matamoros; al este con los municipios de Matamoros y Viesca; al sur con el municipio de Viesca y el estado de Durango; al oeste con el estado de Durango. Este municipio ocupa poco menos de 1% de la superficie del estado y se divide en 135 localidades.<sup>65</sup>

Del total del territorio del municipio de Torreón de cerca de 2 000 kilómetros cuadrados, 15% se dedica a la agricultura, cerca de 78% es matorral, 2% tierra de pastizal y 0.2% es bosque. Sólo 5% es zona urbana.<sup>66</sup> La densidad de población es de cerca de 300 habitantes por kilómetro cuadrado.<sup>67</sup>

## Pobreza

El perfil de pobreza de la población es un factor determinante en la concepción de una ciudad que pueda avanzar hacia lo saludable, si consideramos que, para tal efecto, una ciudad debe ser “habitabile, inclusiva, sostenible y eficiente”.<sup>68</sup>

Diversos esfuerzos se están orientando a mejorar la calidad de vida en las ciudades encaminados a atender el problema de la polarización económica y social de la población, sobre todo, en países en desarrollo. México se caracteriza por una creciente polarización de la población, con importantes diferencias en muchos indicadores entre los estados del norte y los del sur de la República Mexicana.

El estado de Coahuila contaba en 2012 con una población cercana a los 3 millones,<sup>69</sup> de los cuales 2 000 son indígenas.<sup>70</sup> Dentro de esa entidad federativa, el municipio de Torreón contaba en 2010 con una población de 640 000 habitantes, de los cuales 9% tenía entonces 60 años o más, y cerca de 453 000 habitantes eran derechohabientes a servicios de salud.<sup>71</sup> Asimismo, cerca de 10 000 familias distribuidas en 36 localidades eran beneficiarias del Programa Oportunidades.<sup>72</sup>

Aunque en términos generales se ha considerado que es un municipio de baja marginación,<sup>73</sup> los indicadores en materia de pobreza ponen de manifiesto que en 2012 tenía 6% de pobreza alimentaria, 15% de pobreza de capacidades y 35% de pobreza patrimonial.<sup>74</sup> Por otra parte, de la población total del municipio, sólo cerca de 170 000 personas tenían primaria. Esto pone en evidencia que el nivel de escolaridad es muy bajo y, por lo tanto, las posibilidades de encontrar trabajos bien remunerados en el sector formal del mercado laboral son limitadas.

## Ciudadanía

Hay quien señala que si inteligencia es la capacidad de entender y comprender el entorno para resolver problemas, una ciudad puede orientar su inteligencia hacia lo saludable cuando es “capaz de llevar adelante procesos de colaboración entre sus habitantes con la finalidad de entender y comprender sus problemas y resolverlos eficazmente.”<sup>75</sup> Según esta concepción de procesos de colaboración, las megaciudades suelen ser “tontas e ignorantes”.<sup>76</sup>

A través de los procesos colaborativos entre habitantes, en las ciudades se pueden generar condiciones para una mayor calidad



**Figura 4.1.** Una colectividad informada veraz y oportunamente es prerequisite de una ciudad saludable.

de vida. Pero esto trae aparejado un gran esfuerzo de los diversos actores, pues esa inteligencia colectiva requiere la conjunción de elementos de información y conocimientos que permitan a la colectividad responder, de manera colaborativa y eficaz, a los problemas que la vida va planteando. Luego, entonces, si la construcción de la estrategia hacia una inteligencia colectiva es el primer y obligatorio paso hacia una ciudad saludable (Figura 4.1), y si esa inteligencia requiere de información y conocimientos de la colectividad, concluimos que el prerequisite para una *ciudad saludable* debe ser una colectividad informada de manera veraz y oportuna, para que pueda ir construyendo una democracia participativa.

De esta manera, es necesario encaminar los esfuerzos hacia un gobierno abierto que entable una comunicación con los habitantes, que tome decisiones escuchando las necesidades y preferencias de éstos, que facilite la colaboración entre usuarios y servidores públicos en la prestación de los servicios y que comunique todo lo que decide de manera abierta y transparente. Esto implica la transición de un modelo vertical y paternalista a uno abierto y colaborativo. Significa pasar de lo que se ha denominado *democracia deliberativa* (que descansa en el debate en torno a la decisión política) a una *democracia colaborativa* (que se centra en la capacidad de creación conjunta con los ciudadanos).<sup>77</sup>

Complementariamente, hay quien sostiene que una ciudad será saludable, cuando lo sean sus servicios, y éstos lo serán cuando “su diseño sea el resultado de un proceso participativo de identificación y priorización de las necesidades existentes entre los habitantes de la ciudad, y de la búsqueda de alternativas políticas y técnicas para satisfacerlas. De esta manera, se reitera que el primer requisito del proceso hacia los servicios saludables que lleven a la construcción de una ciudad saludable es que la administración de la ciudad ponga al

ciudadano en el centro de sus preocupaciones. El segundo requisito es que haya un proceso de planificación y dirección estratégicas”.<sup>78</sup>

En este sentido, la OCDE ha considerado que existe la que denomina “administración *por* los ciudadanos,” cuyos campos o ejes son cuatro y se enuncian en seguida.<sup>79</sup>

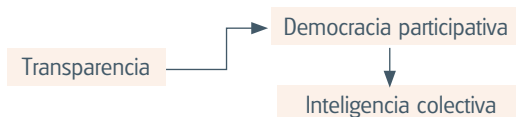
- a. *Transparencia comprensible*
- b. *Respuesta a las necesidades de los ciudadanos*
- c. *Accesibilidad del sistema administrativo desde la perspectiva espacial, material, temporal y cognitiva*
- d. *Participación activa para generar un esquema de corresponsabilidad*

La transparencia comprensible implica, pues, que los servidores públicos pongan a disposición de la población la información, completa, veraz, oportuna, en lenguaje sencillo, por medios accesibles a toda la población (no sólo por páginas *web*) y sin el uso excesivo de términos técnicos, desde el momento del diseño, pasando por la implementación, hasta el control, monitoreo y evaluación de las políticas públicas relacionadas con la prestación de los servicios públicos (Figura 4.2).

La respuesta a las necesidades de los ciudadanos requiere el establecimiento de canales de comunicación efectivos, incluso usando las tecnologías de la comunicación, que permitan a los servidores públicos captar la mayor y mejor información posible sobre las necesidades y prioridades que tiene la población en cuanto a los servicios públicos. En este aspecto, el uso de teléfonos celulares puede ser una buena opción.

La accesibilidad del sistema administrativo desde las diversas perspectivas implica la reingeniería de procesos para centrarlos en los usuarios y no exclusivamente en la reducción de costos, en detrimento de la confianza de la ciudadanía.

La corresponsabilidad de la ciudadanía sólo podrá ser efectiva cuando descansa en la confianza en el sistema.



**Figura 4.2.** La transparencia consiste en que la información debe ser accesible a la población.

## Infraestructura y servicios

El desarrollo de infraestructura necesaria para brindar bienes y servicios a la población que se encuentra asentada en las ciudades es de una gran complejidad, y requiere la participación de las autoridades de los tres niveles de gobierno, en el ámbito de su competencia, considerando la realidad socioeconómica de la población.

Sin temor a exagerar, podría señalarse que una ciudad es un *sistema de sistemas* (de agua, gas, electricidad, transporte, respuesta a emergencias, edificaciones, drenaje, alumbrado público, espacios verdes...) que deben interactuar bajo una gestión integral e integrada. Cuando se logra integrar la colaboración inteligente de la comunidad para la satisfacción de las necesidades y la priorización de las inversiones y requerimientos, la posibilidad de encaminar ese sistema de sistemas a una sostenibilidad real y financiera es mucho más viable.

Existen servicios básicos que son una expresión directa de la calidad de vida y de salud de la población en zonas de alta concentración de habitantes. El Coneval y el INEGI se han dado a la tarea de dar seguimiento a algunos bienes y servicios como son, la propiedad de la vivienda, el goce de servicios de agua potable, drenaje y electricidad en viviendas particulares. También, el contar con algunos bienes como refrigerador, lavadora, televisor y computadora son indicadores importantes para considerar el avance hacia ciudades saludables, pues facilitan la vida de los pobladores. En este sentido, en el municipio de Torreón en 2010<sup>80</sup> había poco más de 172 000 viviendas particulares con un promedio de aproximadamente cuatro habitantes por vivienda. De esas viviendas particulares, cerca de 164 000 tenían piso diferente de tierra, 165 000 contaban con agua y drenaje. Asimismo, cerca de 168 000 tenían servicio de energía eléctrica, lo que permitía que cerca de 160 000 hogares contaran con refrigerador y cerca de 140 000 con lavadora. Por último, en lo que a dispositivos para la comunicación se refiere, de ese total de viviendas particulares, cerca de 165 000 contaban con televisor y sólo 65 000 con computadora.

## Gobernanza y gobierno digital

*Gobernanza* es un concepto que se utiliza para describir los vínculos que establecen el estado y la sociedad con el objetivo de lograr fines públicos. Según el destacado tratadista Luis F. Aguilar,

*“Gobernanza quiere decir justamente la existencia de un proceso de dirección de la sociedad que ya no es equivalente a la sola acción directiva del gobierno y en el que toman parte otros actores: un proceso directivo pos gubernamental más que antigubernamental. Es un nuevo proceso directo, una nueva relación entre gobierno y sociedad, que difícilmente puede ser ya en modo de mando y control, en virtud de la independencia política de los actores sociales y de su fuerza relativa en virtud de los recursos que poseen. Más aun, la gobernanza incluye a la gobernabilidad, en tanto requiere la acción de un gobierno capaz y eficaz, pues sin esta condición cumplida no existiría una condición esencial para que pueda haber dirección de la sociedad antes y ahora; pero el gobierno competente es sólo uno de los actores requeridos para una dirección exitosa de la sociedad. En este sentido, gobernanza significa el cambio de proceso/modo/patrón de gobierno: el paso de un centro a un sistema de gobierno, en el que se requieren y activan los recursos del poder público, de los mercados y de las redes sociales. En conexión, es el paso de un estilo jerárquico centralizado a un estilo de gobernar asociado e interdependiente entre organismos gubernamentales, organizaciones privadas y sociales”.*<sup>81</sup>

Cualquier interacción de un organismo gubernamental con otros actores utilizando las tecnologías de la información y comunicación es *e-gobernanza*. Esos actores pueden ser los habitantes, las empresas u otras agencias gubernamentales de distintos niveles de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y de investigación, entre otras.

*E-gobernanza* es un concepto más amplio que *e-administración*, ya que, además de la información y los servicios en línea, implica la forma como los pobladores se relacionan con las estructuras gubernamentales y de los distintos niveles y poderes de gobierno entre sí. Esta *e-gobernanza* también tiene implícita una nueva concepción de ciudadanía, tanto en términos de necesidades como de responsabilidades, con el objetivo de comprometer y empoderar a los ciudadanos.

En el municipio de Torreón, en cuanto a cercanía con la ciudadanía, el portal del gobierno municipal cuenta con un apartado sobre quejas y denuncias con acceso vía Internet para presentarlas al Órgano Interno de Control<sup>82</sup> y tiene también una dirección de correo electrónico para contacto ciudadano.

En el portal del gobierno del municipio de Torreón,<sup>83</sup> existe información de los trámites y servicios. En el apartado de Gobierno de su página *web*, destaca el denominado Implan (Instituto Municipal de Planeación y Competitividad de Torreón) que administra el SIGI, que es una base de datos con información de sitios como Inegi, Coneval y el mismo Implan.<sup>84</sup>

El Implan es una institución que destaca la importancia de la planeación estratégica a partir de la participación de la ciudadanía.<sup>85</sup>



La información está estructurada en categorías y también por temas. El orden es alfabético lo que facilita su consulta. Cada dato cita las fuentes oficiales. Por ejemplo, en materia de participación ciudadana,<sup>86</sup> se informa sobre el número de organizaciones civiles por cada 100 000 habitantes. De igual manera, al entrar a la categoría de infraestructura,<sup>87</sup> se tienen datos de la red carretera.

## Planeación estratégica

Debe diferenciarse la planeación de desarrollo y la planeación estratégica. En el caso de la planeación de desarrollo, el Ejecutivo Federal, el gobierno de Coahuila e incluso, el gobierno municipal de Torreón hacen uso de los instrumentos de planeación del desarrollo al amparo de lo establecido en las disposiciones contenidas en los Artículos 25 y 26 de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, la *Ley de planeación*, el Plan Nacional de Desarrollo y la normativa de planeación de la Legislación Estatal y municipal.

La planeación estratégica, por su parte, identifica objetivos, afecta a toda la organización o función y abarca largos periodos. Adicionalmente, está la planeación operativa, que se subordina a la estratégica y procura la selección de medios que permitan alcanzar objetivos parciales hacia los otros objetivos de nivel superior. De esta manera, se lleva a cabo un ciclo que permite establecer los objetivos deseados, visualizar los indicadores para medirlos, establecer las metas por lograr, para después, con base en los logros alcanzados, analizar si se establecen nuevas metas, se modifican los objetivos o se generan nuevos, etc., como parte de un proceso de mejora.<sup>88</sup>

## Programa de calidad municipal

Calidad es el desempeño acorde a las especificaciones necesarias con el fin de lograr la completa satisfacción del usuario de los servicios públicos, involucrando a toda la organización en este proceso de mejora continua que impone la demanda del entorno al menor costo para maximizar los recursos disponibles.<sup>89</sup>

Sistema de Gestión de Calidad es un sistema de manejo para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.<sup>90</sup>

La política de calidad está constituida por orientaciones. Éstas son directrices generales que guían a la organización y resumen las afirmaciones principales relacionadas con las partes interesadas. La

política de calidad se establece tomando en cuenta las necesidades y expectativas de las partes interesadas, o sea de las personas o grupos que tengan un interés en el desempeño o éxito de una organización.<sup>91</sup>

Ante la perspectiva de Torreón como una ciudad saludable, debe atenderse a la gestión con calidad considerando lo que de ésta se explica en seguida.<sup>92</sup>

- *Constituye una cultura transformadora que impulsa a la administración pública a su mejora permanente para satisfacer de manera progresiva las necesidades y expectativas de la ciudadanía, el servicio público, con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos*
- *Debe medirse en función de la capacidad para satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos, conforme a las metas preestablecidas, alineadas con los fines y propósitos superiores de la administración pública y conforme a resultados cuantificables que tengan en cuenta el interés y las necesidades de la sociedad*
- *Debe estar referenciada a los fines y propósitos últimos de un gobierno democrático (centrada en el servicio al ciudadano, en cuanto a resultados)*
- *debe contar con parámetros equilibrados de racionalidad política, técnica y económica*
- *Su fin último debe ser alcanzar una sociedad del bienestar, con justicia y equidad, garantizando el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, la cohesión social y la garantía del cumplimiento efectivo e integral de los derechos humanos. En especial, asegurando a todas las personas, el acceso oportuno y universal al disfrute de prestaciones y servicios públicos de calidad*

45

Una importante herramienta para establecer contacto con la ciudadanía que da certidumbre y promueve la transparencia lo constituye la Carta Compromiso, que es un documento público en el que la organización explicita a los ciudadanos, entre otros aspectos, sus derechos y obligaciones; les informa sobre los servicios que presta y la forma de acceder a ellos; se compromete a prestar los mismos con determinados niveles de calidad o establecer compromisos de mejora cuando ello no es posible; fija las modalidades de participación ciudadana en la gestión, evaluación y control del desempeño institucional y establece los mecanismos para la corrección, apelación y reparación cuando la organización no respeta los derechos o no cumple los estándares fijados.<sup>93</sup>

La Carta Compromiso es una herramienta integral de gestión de la calidad que tiene una vertiente exterior y una interior. Debe contemplar, como un punto central, los compromisos que el organismo toma públicamente para conseguir prestar sus servicios a los ciudadanos de manera satisfactoria. Ello implica que la organización conozca las expectativas que los ciudadanos tienen acerca de cada uno de los servicios que presta, a fin de poder diseñarlos y producirlos de conformidad a éstas. La Carta Compromiso implica los siguientes cuatro componentes:

- *estándares de calidad (de servicios esenciales y de puntos de contacto)*
- *sistema de información y comunicación con el ciudadano o usuarios*
- *sistema de participación ciudadana*
- *monitoreo, evaluación y retroalimentación de actividades y resultados*<sup>94</sup>

46

También se le denomina Carta de Servicios y se le define como un documento que constituye un instrumento a través del cual las organizaciones públicas informan a la ciudadanía sobre los servicios que tienen encomendados y acerca de los compromisos de calidad de su prestación, así como de los derechos de las personas usuarias en relación con estos servicios.<sup>95</sup>

En el caso del municipio de Torreón, el Implan es una institución que destaca la importancia de la planeación estratégica a partir de la participación de la ciudadanía.<sup>96</sup>

En lo que se refiere a indicadores, este municipio cuenta con un sistema de indicadores denominado Sistema Metropolitano de Indicadores, que tiene vinculación con redes sociales como *Twitter* y *Facebook*.<sup>97</sup> Los indicadores se aglutinan en cinco grandes temas: seguridad, gobierno, sustentabilidad, economía y sociedad, vinculándose con fuentes que se denominan “primarias”, como Inegi, Segob, Conagua; con fuentes que denomina “directas” como IMCO o Cidac, IMSS, Conacyt, entre otras. En la actualidad, cuenta con 96 indicadores distribuidos entre los cinco temas antes comentados y reclassificados en varias categorías, entre los que se pueden mencionar:<sup>98</sup> bienestar, gobierno, gobierno digital, grupos vulnerables, infraestructura, participación ciudadana, población, recursos naturales, salud, servicios públicos, vialidad y vivienda, entre otros. Dentro de los cinco grandes temas, se pueden destacar los siguientes indicadores:

1. **Economía**
  - 1.1. Permisos de construcción
  - 1.2. Registro de propiedad

- 1.3. Sectores cuyo crecimiento se ha frenado
- 1.4. ...
- 2. Gobierno**
  - 2.1. Cumplimiento de información pública
  - 2.2. Índice de gobierno electrónico municipal
  - 2.3. Ingresos
  - 2.4. Participación ciudadana
  - 2.5. ...
- 3. Seguridad**
  - 3.1. Tasa de delitos
  - 3.2. Datos sobre accidentes
  - 3.3. Delincuentes
  - 3.4. ....
- 4. Sociedad**
  - 4.1. Adultos mayores
  - 4.2. Perfil de alumnos
  - 4.3. Índice de desarrollo humano
  - 4.4. Discapacidad
  - 4.5. Datos sobre atención médica
  - 4.6. Datos acerca de pobreza
  - 4.7. Datos relacionados con vivienda
  - 4.8. Rezagos alimentario y educativo
  - 4.9. Servicios a vivienda (agua, drenaje...)
  - 4.10. ...
- 5. Sustentabilidad**
  - 5.1. Alumbrado
  - 5.2. Acceso a vialidades pavimentadas
  - 5.3. Tratamiento de aguas residuales
  - 5.4. Viviendas desocupadas o temporales
  - 5.5. ...

## Estructura normativa que incide en servicios públicos municipales en Torreón, Coahuila

La estructura normativa que regula los municipios en México es muy compleja. Si se toma como ejemplo el municipio de Torreón, Coahuila, la estructura de normas que lo rigen podría esquematizarse de la manera siguiente.

### 1) *En el texto constitucional*

- a) *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*
  - i) Normas referentes a servicios públicos en materias concurrentes Servicios públicos coexistentes y coincidentes
  - ii) Normas relativas a servicios públicos del ámbito municipal
- b) *Constitución Política del Estado de Coahuila de Zaragoza*

### 2) *Legislación ordinaria*

- a) Concurrentes, coexistentes y coincidentes
  - i) Salud
    - (1) *Ley general de salud*
    - (2) *Ley estatal de salud*
  - ii) Educación
    - (1) *Ley general de educación*
    - (2) *Ley estatal de educación*
  - iii) Ecología y protección del ambiente
    - (1) *Ley general del equilibrio ecológico y la protección al ambiente*
    - (2) *Ley del equilibrio ecológico y la protección al ambiente del estado de Coahuila*
    - (3) *Ley para la prevención y gestión integral de residuos para el estado de Coahuila*
  - iv) Asistencia social
    - (1) *Ley de asistencia social*
    - (2) *Ley de prevención, asistencia y atención de la violencia familiar*
  - v) Desarrollo social
    - (1) *Ley general de desarrollo social*
    - (2) *Ley de desarrollo social para el estado de Coahuila*
- b) Regulaciones estatales que inciden en los servicios públicos municipales
  - i) Directamente
    - (1) *Código municipal para el estado de Coahuila de Zaragoza*
    - (2) *Ley para los servicios de agua potable, drenaje y alcantarillado en los municipios del estado de Coahuila*
    - (3) *Ley que crea el organismo público descentralizado denominado Comisión Estatal de Aguas y Saneamiento de Coahuila*
    - (4) *Ley reglamentaria para los juzgados del Registro Civil y campos mortuorios del estado*
    - (5) *Ley de tránsito y transporte del estado de Coahuila de Zaragoza*

- (6) *Ley de seguridad pública del estado de Coahuila de Zaragoza*
- ii) Indirectamente
  - (1) *Código financiero para los municipios del estado de Coahuila de Zaragoza*
  - (2) *Ley para la transferencia de funciones y servicios públicos del estado a los municipios*
  - (3) *Ley de población y desarrollo municipal para el estado de Coahuila de Zaragoza*
  - (4) *Ley de Hacienda para el Estado de Coahuila de Zaragoza*
  - (5) *Ley de coordinación fiscal del estado de Coahuila*
  - (6) *Ley para la distribución de participaciones y aportaciones federales a los municipios del estado*
  - (7) *Ley reglamentaria del presupuesto de egresos del estado de Coahuila de Zaragoza*
  - (8) *Ley de proyectos para prestación de servicios del estado de Coahuila*

49

### 3) *Reglamentos municipales de Torreón, Coahuila*

- a) *Reglamento de rastro municipal de Torreón*
- b) *Reglamento de tránsito y vialidad*
- c) *Reglamento interior del sistema municipal de aguas y saneamiento de Torreón, Coahuila (Simas)*
- d) *Bando de policía y gobierno para el municipio de Torreón*
- e) *Reglamento de mercados, plazas y sitios públicos del municipio de Torreón, Coahuila*
- f) *Reglamento de panteones y crematorios de la Ciudad de Torreón, Coahuila*
- g) *Reglamento de salud para el municipio de Torreón, Coahuila*
- h) *Reglamento interior del Consejo Municipal de Desarrollo Urbano del municipio de Torreón, Coahuila*
- i) *Reglamento para la atención de personas con capacidades diferentes en el municipio de Torreón, Coahuila*
- j) *Reglamento de especificaciones para la construcción de servicios públicos y pavimentos, en la Ciudad de Torreón, Coahuila, 1991-1993*
- k) *Reglamento interior de la Dirección General de Seguridad Pública y Protección Ciudadana del municipio de Torreón, Coahuila*
- l) *Reglamento de transporte público para el municipio de Torreón, Coahuila*

- m) *Reglamento para el Rastro Municipal de Torreón, Coahuila*
- n) *Reglamento del Instituto Municipal de Documentación de Torreón, Coahuila*
- o) *Reglamento de XHTOR Radio Torreón*
- p) *Reglamento municipal de asistencia social de Torreón, Coahuila*
- q) *Reglamento de desarrollo sustentable y protección al ambiente del municipio de Torreón, Coahuila*
- r) *Reglamento de limpieza*
- s) *Reglamento de parques, jardines y paseos públicos de la ciudad de Torreón, Coahuila*
- t) *Creación de la Dirección de Salud y Asistencia Social Municipal*
- u) *Modificaciones al reglamento para prestar el servicio público urbano de pasajeros en el municipio de Torreón, Coahuila*
- v) *Ley de ingresos ejercicio fiscal 2008*
- w) *Tarifas para el uso de taxímetros en las unidades de servicio público en su modalidad de taxis*

## Disposiciones constitucionales

En la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, no existe una lista de los servicios y materias de competencia estatal, aunque sí se abre la posibilidad de que la federación y los estados, en los términos de las leyes, puedan convenir la asunción de la prestación de servicios públicos (obras y funciones también) por parte de éstos últimos, cuando el desarrollo económico y social lo haga necesario, de conformidad con el Artículo 116, fracción VII, párrafo primero.

Además de las materias enumeradas en el Artículo 115, fracción III, y el 116 que posteriormente se detallan, de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, existen materias que son facultades concurrentes, entendiéndose como tales aquéllas en las que concurren la federación, las entidades federativas y los municipios, como son: salud (Artículo 40., párrafo 3o.), educación (Artículo 30., párrafo 1o.), ecología y medio ambiente (Artículo 73, fracción XXIX-G, y 67, fracción XXXII, de la CPCZ), protección civil (Artículo 73, fracción XXIX-J), turismo (Artículo 73, fracción XXIX-K), pesca y acuacultura (Artículo 73, fracción XXIX-L) y fomento y desarrollo sustentable de la actividad cooperativa (Artículo 73, fracción XXIX-N). Existen muchas otras materias que son concurrentes como: desarrollo social, asistencia social y desarrollo rural sustentable, por citar

algunos ejemplos, cuyo carácter concurrente no se desprende del texto constitucional pero sí de las leyes emitidas por el poder legislativo federal en estas materias y que pueden generar la participación de los municipios en la prestación de servicios públicos.

Al mismo tiempo que encontramos las materias concurrentes, el doctor Fernández Ruiz, citando al doctor Jorge Carpizo, quien clasifica los servicios públicos en coincidentes y coexistentes, señala que:

*Estaremos frente a un servicio público coincidente cuando su control se atribuye a dos o a las tres instancias de gobierno-federación, entidades federativas, municipios-, más sólo a una de ellas se confiere establecer los criterios para distribuir su prestación y control; [...] Consideramos servicios públicos coexistentes, los que en parte se asignan a la federación, en parte a las entidades federativas y en parte a los municipios....”<sup>99</sup>*

Los *servicios públicos cuya prestación compete a los municipios* se desprenden del texto del Artículo 115, fracción III, de nuestra Ley Fundamental, que se refiere a funciones y servicios, señalando como tales:

1. *agua potable*
2. *drenaje*
3. *alcantarillado*
4. *tratamiento y disposición de aguas residuales*
5. *alumbrado público*
6. *limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos*
7. *mercados*
8. *centrales de abasto*
9. *panteones*
10. *rastro*
11. *calles*
12. *parques*
13. *jardines*
14. *seguridad pública*
15. *policía preventiva municipal y*
16. *tránsito*

Es importante mencionar que curiosamente algunos de estos servicios están en un mismo bloque, como es el caso de los cuatro primeros rubros de esta lista, por citar un ejemplo, pues si atendemos al listado en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, todos ellos están en el mismo inciso a de la fracción III del Artículo 115, como si fueran equiparables. Se considera una pri-



mera falla en este sentido, ya que no podríamos hablar de relación entre el servicio público de suministro de agua potable con el servicio público de acarreo de aguas contaminadas a través del drenaje, por ejemplo. Por lo tanto, la lista de servicios públicos señalados en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* debe verse analizando cada rubro y no cada inciso.

Adicionalmente, cabe destacar que el texto constitucional deja la posibilidad de que se abran las funciones y servicios públicos a aquellos que determine la Legislatura Local (inciso *i* del Artículo 115, fracción III), así como a los convenios que celebre el estado con la federación y, a su vez, de éstos con los municipios para la prestación de determinados servicios –y funciones– de conformidad con el Artículo 116, fracción VII, párrafo segundo.

En cuanto a los servicios públicos señalados en la *Constitución Política de Coahuila de Zaragoza* (CPCZ), dicho ordenamiento otorga facultades al poder legislativo para “Expedir, reformar, derogar y abrogar leyes y decretos en materia municipal” y señala que los ayuntamientos deben aprobar “los bandos de policía y gobierno, los reglamentos, circulares y disposiciones administrativas de observancia general para organizar la administración pública municipal, regulen las materias, procedimientos, funciones y servicios públicos de su competencia” con sujeción a las leyes y decretos que expida el poder legislativo del estado.<sup>100</sup> En esas mismas leyes y decretos debe quedar establecido el procedimiento y las condiciones para que el gobierno estatal asuma un servicio municipal, cuando el legislativo estatal considere que el municipio no está en posibilidad de prestarlo, previa solicitud que haga para ello el ayuntamiento.<sup>101</sup> El poder legislativo del estado, al fijar el territorio que corresponde a los municipios, goza de amplias facultades además de que es quien aprobará la celebración de convenios entre municipios de otros estados para la prestación de servicios.<sup>102</sup> Cabe señalar que en esta fracción se señala en el texto la facultad del congreso del estado para fijar el territorio de los municipios, arreglar sus límites, modificar la extensión, suprimirlos y crear otros, mencionando que sea cuando “así lo exija el buen servicio público”, redacción que se tiene como imprecisa, pues se considera que debería referirse también a las funciones y obras públicas, y no sólo a los servicios públicos. Asimismo, el congreso del estado cuenta con facultades para investigar el funcionamiento de los municipios,<sup>103</sup> para examinar, discutir y aprobar anualmente las leyes de ingresos de los municipios y determinar las aportaciones federales o estatales que les correspondan,<sup>104</sup> y para

determinar los servicios públicos que, además de los señalados en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, puedan tener los municipios de la entidad.<sup>105</sup>

Por su parte, el Ejecutivo del estado puede convenir con los municipios para que el estado asuma temporalmente uno o varios servicios o funciones municipales, si el ayuntamiento así lo considera, así como para que los municipios presten servicios que competan al estado.<sup>106</sup>

La lista de servicios públicos municipales está en el apartado tercero en cuyo Artículo 158-U se contienen las competencias, facultades y obligaciones de los ayuntamientos. En concreto, tiene un apartado que se refiere a la materia de servicios públicos municipales (los otros son gobierno y régimen interior; administración pública municipal; materia de desarrollo urbano y obra pública, materia de hacienda pública; educación, cultura, asistencia y salud públicas; participación ciudadana y vecinal). Como primer punto, debe señalarse que esta clasificación es un tanto criticable ya que, como se verá, el apartado de servicios públicos incluye algunos rubros que la doctrina califica de funciones públicas e incluso obras públicas. Por otra parte, los otros apartados se refieren a algunos conceptos que podrían considerarse servicios públicos como se podrá ver en el análisis específico de algunos rubros.

Del análisis comparativo entre la lista anterior y la que se consigna en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, se puede detectar que la primera es una copia exacta de los rubros, a excepción de la materia de “tránsito”, ya que no aparece en la constitución estatal y sí está incluido en el inciso *h* de la fracción III del Artículo 115 de la Carta Magna. Adicionalmente, la seguridad pública, según como se le refiere en el inciso *h* de la fracción III del Artículo 115, es un rubro distinto al de la policía preventiva municipal, y en la *Constitución del estado de Coahuila de Zaragoza* se indica que el servicio público de seguridad pública se prestará a través de la policía preventiva municipal. En esta materia podría agregarse que es una cuestión de función pública y no de servicio público, y que está bajo el mando del presidente municipal pero en subordinación con respecto al gobernador del estado, en casos de fuerza mayor o alteración grave del orden público.<sup>107</sup>

Los principios que expresamente se señalan en materia de servicios públicos son:

- a) *El ayuntamiento está facultado para instrumentar los mecanismos necesarios para ampliar la cobertura y mejorar la calidad en la prestación de los servicios públicos, para crear órganos operadores, aprobar las concesiones a particulares conforme a la ley (que expida el congreso del estado).*

- b) *El producto de las contribuciones y bienes del estado debe invertirse únicamente en los gastos que demanda su administración, sus obras y sus servicios públicos<sup>108</sup>*
- c) *El ayuntamiento discute y analiza el presupuesto de egresos del municipio.*
- d) *Existen informes trimestrales sobre el origen y la aplicación de los recursos públicos*

## Legislación ordinaria: facultades concurrentes, coexistentes y coincidentes

### Salud

54

La *Ley general de salud* (LGS) fue publicada en el *Diario oficial de la federación* de fecha 7 de febrero de 1984, consta de 474 artículos, distribuidos en 18 títulos. En materia de servicios públicos municipales, la LGS establece la vinculación de la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas y la posibilidad de la descentralización a los municipios a través de convenios de coordinación<sup>109</sup> y que versarán sobre las atribuciones conferidas a los gobiernos de las entidades federativas,<sup>110</sup> entre las que se encuentran la organización, operación, supervisión y evaluación de la prestación de servicios de salubridad general expresamente señalados como materia de los gobiernos de las entidades federativas y que son<sup>111</sup> las que se enumeran a continuación: atención médica; atención materno-infantil; salud auditiva; planificación familiar; salud mental; organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; promoción de la formación de recursos humanos para la salud; coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos; información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país; educación para la salud; orientación y vigilancia en materia de nutrición; prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre; salud ocupacional y el saneamiento básico; prevención y el control de enfermedades transmisibles; prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes; prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos; asistencia social alcoholismo y, por último, tabaquismo. Cabe destacar que aunque existe la posibilidad de que los gobiernos de las entidades federativas celebren

convenios de coordinación con los municipios para la prestación de estos servicios de salubridad general, la misma *Ley general de salud* los excluye como autoridades sanitarias<sup>112</sup> pero, además, la posibilidad de concurrencia de los sectores privado y social está abierta en la misma LGS. Por otra parte, cabe señalar que en cuanto a prestadores de servicios de salud, la misma ley, en lo que a población abierta se refiere, lo designa como servicio público, no siendo ese el caso en cuanto a prestadores de servicios de seguridad social, en donde la *Ley del Seguro Social* a cargo del IMSS determina el carácter de servicio público del seguro social que, en caso de siniestro genera derecho a prestaciones, dentro de las cuales están las de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria en sus tres niveles de atención. En cuanto a los servicios a cargo de prestadores de carácter privado y social, no requieren concesión. La *Ley estatal de salud* (LES) fue publicada en el periódico oficial el 30 de julio de 1993, consta de 323 artículos, distribuidos en 15 títulos que, a su vez, se dividen en capítulos. Cabe destacar que los *ayuntamientos* son ya considerados *autoridades sanitarias* en los ámbitos de sus respectivas competencias,<sup>113</sup> y que se da una importante injerencia de las autoridades sanitarias en lo que denomina “Materia de Salubridad Local”,<sup>114</sup> gran parte de la cual es materia de servicios públicos atribuidos constitucionalmente al municipio, como son los casos de mercados, centros de abasto, cementerios, limpieza pública, rastros, agua potable y alcantarillado, entre otros. Es así como, contrario al texto constitucional, tanto federal como estatal, esta ley establece la posibilidad de que el ejecutivo estatal celebre convenios de coordinación sobre materias que califica de salubridad local que son atribuciones del municipio.<sup>115</sup> En lo tocante a las facultades de los ayuntamientos,<sup>116</sup> se hace referencia a sus atribuciones para certificar la calidad del agua para uso y consumo humano, pero subordinándolo a los convenios celebrados con el ejecutivo Local y con base en las normas oficiales mexicanas emitidas por la Secretaría de Salud como única autoridad normativa en este sentido. Es muy diferente la prestación del servicio de agua potable de la certificación de la calidad del agua. Asimismo, se reconocen al ayuntamiento facultades para expedir bandos de policía y buen gobierno, reglamentos, circulares y disposiciones administrativas relacionados con los servicios de salud que estén a su cargo, así como para formular y desarrollar programas municipales en el marco de los sistemas de salud, tanto nacional como estatal.

## Educación

La *Ley general de educación* fue publicada en el *Diario oficial de la federación* el 13 de julio de 1993 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 85 artículos, distribuidos en 8 capítulos. Tiene por objeto regular la educación que imparte el Estado a través de la federación, las entidades federativas y los municipios.<sup>117</sup> En dicho ordenamiento, el ayuntamiento es autoridad educativa municipal<sup>118</sup> y cuenta con facultades para editar libros y producir materiales didácticos, prestar servicios bibliotecarios y promover la investigación.<sup>119</sup> Se contempla la posibilidad de que se celebren convenios entre los gobiernos de las entidades federativas y los ayuntamientos para coordinar y unificar sus actividades en este sentido.<sup>120</sup> La asignación de recursos se realiza desde la federación a las entidades federativas, las cuales, a su vez, asignan recursos a los municipios, de conformidad con los convenios que suscriban.<sup>121</sup> Como servicios educativos, se encuentran: la educación básica, la media superior y la superior,<sup>122</sup> así como la inicial, la especial y la de adultos.<sup>123</sup> Los particulares pueden impartir educación en todos los niveles mediante autorización o reconocimiento, según sea el caso,<sup>124</sup> aunque, como sostiene el doctor Jorge Fernández Ruiz, este tipo de impartición de educación debería ser materia de concesión y no de autorización o reconocimiento, ya que se trata de servicios atribuidos al Estado. En cuanto a otros servicios vinculados con la educación que podrían entrar en la categoría de servicios públicos, la ley es omisa. La ley estatal de educación<sup>125</sup> se publicó en el periódico oficial de fecha 28 de mayo de 1996 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 111 artículos, distribuidos en 6 títulos. Define la educación como “un proceso intencionado de enseñanza-aprendizaje destinado a proporcionar conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores”, y es considerada un servicio público.<sup>126</sup> Se reconocen al ayuntamiento de cada municipio facultades para participar en la planeación del crecimiento de la infraestructura física de los servicios educativos y en su adecuado mantenimiento en su ámbito de competencia.<sup>127</sup>

## Equilibrio ecológico y protección al ambiente

La *Ley general del equilibrio ecológico y la protección al ambiente* fue publicada en el *Diario oficial de la federación* de fecha 28 de

enero de 1988 y entró en vigor el primero de marzo del mismo año. Consta de 204 artículos, distribuidos en 6 títulos. Tiene por objeto propiciar el desarrollo sustentable y sentar las bases para un ambiente sano. En esta materia, los municipios ejercen las funciones que le están atribuidas en el mismo ordenamiento, dentro de las cuales destacan en materia de servicios públicos, alcantarillado, limpia, mercados, centrales de abasto, panteones, rastros, tránsito y transporte locales. En este sentido se considera una imprecisión de la ley cuando señala que será en estos rubros cuando no esté atribuida a la federación o a los estados, siendo que por disposición constitucional, ya lo está a los municipios.<sup>128</sup> La misma ley establece que los ayuntamientos dictarán los bandos de policía y buen gobierno, los reglamentos, circulares y disposiciones administrativas que correspondan, para que en sus respectivas circunscripciones, se cumplan las previsiones de dicho ordenamiento.<sup>129</sup> De nueva cuenta se considera innecesaria esta mención, ya que no es materia de esta ley señalar esto, cuando ya está contenido en la norma constitucional. Existe la posibilidad de celebración de convenios entre la federación y los estados con sus municipios, para que asuman atribuciones en cuanto a facultades que se han señalado como materia federal.<sup>130</sup>

*La Ley del equilibrio ecológico y la protección al ambiente del estado de Coahuila de Zaragoza* se publicó en el periódico oficial el 8 de diciembre de 1996 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 214 artículos, distribuidos en 6 títulos. Tiene por objeto, entre otros, establecer las atribuciones en materia ambiental para las autoridades estatales y municipales.<sup>131</sup> Consagra la definición de agua residual y potable así como de residuos sólidos municipales. Remite a la *Ley general del equilibrio ecológico y la protección al ambiente* para la distribución de competencias<sup>132</sup> y considera como autoridades en materia de ecología a los ayuntamientos, por conducto de los presidentes municipales.<sup>133</sup> Dentro de las atribuciones que se le confieren y que pueden traducirse en servicios públicos, se encuentra la creación y, en su caso, administración de zonas de preservación ecológica en centros de población, parques urbanos, jardines públicos y demás áreas análogas, así como museos, zonas de demostración, zoológicos, jardines botánicos y exhibiciones similares y, finalmente, la promoción para aprovechar de manera sustentable las aguas que destinen a la prestación de servicios públicos a su cargo y la captación de agua de lluvia.<sup>134</sup> La ley establece la posibilidad de celebrar convenios y acuerdos de coordinación entre los diversos niveles de gobierno.<sup>135</sup>

*La Ley para la prevención y gestión integral de residuos para el estado de Coahuila de Zaragoza* fue publicada en el periódico oficial el 2 de diciembre de 2005 y entró en vigor a los noventa días naturales siguientes a la fecha de la publicación. Consta de 81 artículos, distribuidos en 7 títulos. Su objeto es la regulación de la generación, valorización y gestión integral de los residuos sólidos urbanos y de manejo especial, así como la prevención de la contaminación y la remediación de suelos contaminados con residuos.<sup>136</sup> En cuanto a la participación de particulares, la ley contempla la figura de *empresa de servicio de manejo* y la define como la persona física o moral registrada y autorizada a prestar servicios a terceros para realizar cualquiera de las etapas comprendidas en el manejo integral de los residuos de manejo especial y de aquellas etapas del manejo integral de residuos sólidos urbanos susceptibles de autorización.<sup>137</sup> Los ayuntamientos son autoridades para efectos de dicha ley.<sup>138</sup> Dentro de las facultades atribuidas a los ayuntamientos, destacan la de concesionar “de manera total o parcial la prestación del servicio público de limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos” (servicios que forman parte de un manejo integral), así como la de “autorizar aquellas etapas del manejo integral de residuos sólidos urbanos que no sean consideradas como servicio público” y la de “establecer y mantener actualizado el registro de grandes generadores de residuos sólidos urbanos”.<sup>139</sup> La ley señala diferentes etapas en el manejo de residuos, pero tratándose de “residuos sólidos urbanos, las etapas de limpia o barrido, recolección, traslado o transportación, tratamiento y disposición final estarán a cargo de los municipios por ser un servicio público”.<sup>140</sup> Además, contempla la posibilidad de que los ayuntamientos puedan autorizar el manejo integral de residuos sólidos urbanos en cuanto a las etapas de acopio, almacenamiento, coprocesamiento y reciclaje.<sup>141</sup>

## Asistencia social

*La Ley de asistencia social* se publicó en el *Diario oficial de la federación* de fecha 2 de septiembre de 2004 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 68 artículos, distribuidos en 8 capítulos. En términos generales, las atribuciones de los municipios se condicionarán a las transferencias que se hagan de conformidad con los convenios que se celebren con la federación.<sup>142</sup>

*La Ley de prevención, asistencia y atención de la violencia familiar* fue publicada en el periódico oficial de fecha 25 de octubre

de 2002 y entró en vigor noventa días después de la fecha de publicación. Consta de 95 artículos, distribuidos en 4 títulos. Tiene por objeto la atención de personas receptoras y generadoras de violencia; su prevención y sanción.<sup>143</sup> Los ayuntamientos son considerados autoridades competentes para la aplicación de la ley<sup>144</sup> y las instancias involucradas son las denominadas Unidades de Atención, cuyas atribuciones se señalan en la ley y que pueden derivar en la posibilidad de servicios públicos<sup>145</sup> y la participación de particulares en su prestación.<sup>146</sup>

## Desarrollo social

La *Ley general de desarrollo social* se publicó en el *Diario oficial de la federación* de fecha 20 de enero de 2004 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 85 artículos, distribuidos en 5 títulos. Su objeto consiste, entre otros, en regular la participación para la consecución de los derechos para el desarrollo social y que son la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el disfrute de un ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación,<sup>147</sup> lo que en muchos casos puede traducirse en la prestación de servicios públicos. Se considera que los municipios son “los principales ejecutores de los programas, recursos y acciones federales de desarrollo social, de acuerdo a las reglas de operación que para el efecto emita el Ejecutivo Federal”.<sup>148</sup> La importancia de ello radica en la posibilidad de asignación de recursos federales a los municipios, sin embargo, el problema reside en que deben estar acordes a los lineamientos que emita la federación,<sup>149</sup> y aunque pueden emitir sus programas municipales y coordinarse con otros municipios y el gobierno de la entidad federativa, el obstáculo reside en la disponibilidad presupuestal para que se hagan realidad.<sup>150</sup>

La *Ley de desarrollo social para el estado de Coahuila de Zaragoza* fue publicada en el periódico oficial de fecha 27 de octubre de 2006 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 64 artículos, distribuidos en 5 títulos. Los ayuntamientos son competentes para la aplicación de dicha ley.<sup>151</sup> Por lo demás, prácticamente es una transcripción de disposiciones contenidas en la Ley General, aunque cabe señalar que dentro de las facultades que se le atribuyen está la de “impulsar la prestación de servicios públicos en las comunidades más necesitadas del municipio”.<sup>152</sup>



## Turismo

La *Ley federal de turismo* fue publicada en el *Diario oficial de la federación* de fecha 31 de diciembre de 1992 y entró en vigor a los treinta días siguientes a su publicación. Consta de 55 artículos, distribuidos en 5 capítulos. En esta materia existen los servicios turísticos y un registro nacional de turismo. Además, concurren los tres niveles de gobierno; sin embargo, no se trata de servicios públicos.

## Protección civil

La *Ley general de protección civil* se publicó en el *Diario oficial de la federación* de fecha 12 de mayo de 2000 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 40 artículos, distribuidos en 7 capítulos. Aunque contempla la participación de particulares y la prestación de servicios en esta materia, no los cataloga como servicios públicos.

## Legislación estatal que incide en los servicios públicos municipales

### Incidencia directa

El *Código municipal para el estado de Coahuila de Zaragoza* fue publicado en el periódico oficial del estado de fecha 20 de julio de 1999. Consta de 406 artículos, distribuidos en 10 títulos. En concreto, destaca el contenido del capítulo VI del título segundo, en cuyo Artículo 102 establece una transcripción literal del Artículo 158-U de la CPECZ, en cuanto al ámbito de competencia exclusiva del municipio y que distribuye como se indica en seguida.

1. *Materia de gobierno y régimen interior*
2. *Materia de administración pública municipal*
3. *Materia de desarrollo urbano y obra pública*
4. *Materia de servicios públicos municipales*
5. *Materia de Hacienda pública municipal*
6. *Materia de desarrollo económico y social*

Concretamente en lo que a la materia de servicios públicos municipales se refiere, este código establece como primer gran atribución el prestar los servicios. Esto implica que el ente operador de

los servicios normados por el poder Legislativo Estatal es el ayuntamiento, pero insisto, sólo como ente operador y no como ente normativo, aunque esta facultad sea considerada como exclusiva del municipio. De nueva cuenta, el código hace una transcripción literal de la lista a la que se refiere la CPECZ.

La *Ley de aguas para los municipios del estado de Coahuila*<sup>153</sup> se publicó en el periódico oficial el 24 de febrero de 2009 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 108 artículos, distribuidos en 10 capítulos, sustituye a la *Ley para los servicios de agua potable, drenaje y alcantarillado en los municipios del estado de Coahuila*. Su objeto es sentar las bases para la prestación de servicios de agua potable, drenaje y alcantarillado tratamiento, reúso y disposición de aguas residuales en los municipios de la entidad federativa. Establece la posibilidad de que los servicios se presten de manera coordinada, asociada o individual y que puedan prestarse mediante concesiones.<sup>154</sup> Se hace una división de los servicios públicos según actividades, por ejemplo, clasifica las actividades vinculadas con agua potable en captación, potabilización, conducción y distribución; también se hace en cuanto a las plantas de agua potable y distribuye las actividades en operación, vigilancia y mantenimiento,<sup>155</sup> entre otras.

La *Ley que crea el organismo público descentralizado denominado Comisión Estatal de Aguas y Saneamiento de Coahuila*<sup>156</sup> fue publicada en el periódico oficial el 31 de agosto de 1993 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 26 artículos, distribuidos en 6 capítulos. Dicho organismo es responsable de emitir la normatividad para la prestación, abastecimiento y dotación de servicios de agua potable, drenaje, alcantarillado y saneamiento en los municipios del estado<sup>157</sup> y de celebrar convenios y contratos sobre la materia.<sup>158</sup>

La *Ley reglamentaria para los juzgados del Registro Civil y campos mortuorios del estado* fue publicada en el periódico oficial el 20 de enero de 1906 y sufrió derogación por la *Ley reglamentaria de las oficialías del registro civil del estado de Coahuila* de 1964 en lo relativo a juzgados, pero se mantuvo lo vinculado con campos mortuorios. Consta de 84 artículos, distribuidos en 9 capítulos. Las facultades en la materia se confieren fundamentalmente al Ejecutivo; a los ayuntamientos compete cuidar que haya buenas plantaciones. Existe la posibilidad de que haya panteones pertenecientes a particulares, pero todos requieren “permiso” del Ejecutivo<sup>159</sup> lo que contraviene lo dispuesto en la norma constitucional.

La *Ley de tránsito y transporte del estado de Coahuila de Zaragoza*<sup>160</sup> se publicó en el periódico oficial el 19 de enero de 1996 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 142 artículos, distribuidos en 15 capítulos. Tiene por objeto regular la vialidad y tránsito por las vías públicas.<sup>161</sup> Considera al ayuntamiento como autoridad en materia de tránsito y transporte<sup>162</sup> y clasifica los vehículos según el servicio, incluyendo los de servicio público, que define como aquellos que se destinan a operar mediante tarifas y, en su caso, itinerarios y horarios determinados por la concesión “o permiso”.<sup>163</sup> La concesión la realiza el Ejecutivo estatal.<sup>164</sup> Se hace también una clasificación de los servicios en transporte público urbano e intermunicipal, así como servicio público de carga ligera y de transporte de pasajeros, de materiales, de turismo, especializado escolar o de personal, de automóviles de alquiler, grúas o remolques y carga especializada.<sup>165</sup> Los servicios públicos urbanos de pasajeros y de carga necesitan concesión de los ayuntamientos; los otros, del Ejecutivo estatal.<sup>166</sup> La ley se refiere a concesiones, permisos, licencias y posibilidad de la celebración de convenios en los Artículos 49 y siguientes.

La *Ley del sistema de seguridad pública del estado de Coahuila de Zaragoza* fue publicada en el periódico oficial de fecha 19 de junio de 2009 y entró en vigor el día siguiente de su publicación. Consta de 316 artículos, distribuidos en 14 capítulos. El texto de la ley se refiere a ello como función pública (postura con la que se coincide plenamente) y que excede a los objetivos del presente estudio, limitado a los servicios públicos.

### Incidencia indirecta

El *Código financiero para los municipios del estado de Coahuila de Zaragoza* se publicó en el periódico oficial de fecha 23 de julio de 1999 y entró en vigor el primero de octubre de 1999. Consta de 498 artículos, distribuidos en 7 libros, con sus respectivas secciones y capítulos. Concretamente el capítulo 10, del título II del libro primero, hace referencia a “Derechos por la prestación de servicios públicos”, dividiéndolos en agua potable y alcantarillado, servicios de rastro, alumbrado público, servicios en mercados, servicios de aseo público, servicios de seguridad pública, servicios de panteones, servicios de tránsito y servicios de previsión social; comprende los artículos del 132 al 170.

La *Ley para la transferencia de funciones y servicios públicos del estado a los municipios* fue publicada en el periódico oficial de fecha 15 de marzo de 2005 y entró en vigor a los 30 días hábiles siguientes a la fecha de publicación. Consta de 11 artículos. Tiene por objeto establecer las bases a que se sujetará la transferencia de las funciones y servicios públicos que, en términos constitucionales, sean competencia de los ayuntamientos y que, a la entrada en vigor del presente ordenamiento, preste el Gobierno del estado directamente o de manera coordinada con los propios ayuntamientos<sup>167</sup> y que tiene sustento en el catálogo del Artículo 115 de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. La transferencia tiene como punto de partida la solicitud que haga el ayuntamiento y cita como fuente la modificación del citado Artículo constitucional de 1999.

La *Ley de población y desarrollo municipal para el estado de Coahuila de Zaragoza* se publicó en el periódico oficial de fecha 11 de septiembre de 2007 y entró en vigor el día siguiente de su publicación. Consta de 40 artículos, distribuidos en 8 capítulos. Dentro de su objeto se encuentra la promoción, mejora y desarrollo de los municipios<sup>168</sup> y crea la Coordinación de Población y Desarrollo Municipal como órgano desconcentrado de la Secretaría de Gobierno del estado.<sup>169</sup>

La *Ley de Hacienda para el estado de Coahuila de Zaragoza* se publicó en el periódico oficial de fecha 21 de diciembre de 2011 y entró en vigor el primero de enero de 2012. Consta de 219 artículos, distribuidos en 4 títulos. Curiosamente, muchos de los ingresos por obra pública se refieren a actividades que por disposición constitucional son atribuciones de los municipios.<sup>170</sup> No se encontró referencia alguna de la coordinación entre el gobierno de la entidad federativa con los municipios.

La *Ley de coordinación fiscal del estado de Coahuila* se publicó en el periódico oficial de fecha 28 de diciembre de 2007 y entró en vigor el primero de enero de 2008. Consta de 17 artículos, distribuidos en dos secciones. Su objeto es el de coordinar el Sistema Fiscal del estado con sus municipios.<sup>171</sup> Contempla la posibilidad de celebración de convenios de colaboración administrativa<sup>172</sup> en los que se especificarán los ingresos de que se trate, las facultades que ejercerán y las limitaciones.<sup>173</sup> Aunque no se trata directamente de servicios públicos, sin duda incide en la prestación de servicios públicos, ya que de lo que se fije en dichos convenios dependerá la prestación de ellos.

La *Ley para la distribución de participaciones y aportaciones federales a los municipios del estado de Coahuila* se publicó en el

periódico oficial de fecha 21 de diciembre de 2012 y entró en vigor el primero de enero de 2013. Consta de 23 artículos. Su objeto consiste en establecer las participaciones y aportaciones federales que correspondan a las haciendas públicas municipales, de las que obtenga el estado provenientes de ingresos federales, por su incorporación al Sistema Nacional de Coordinación Fiscal.<sup>174</sup> Esta ley tiene una estructura técnico actuarial y se refiere poco a servicios públicos atribuidos al municipio, aunque sí se citan el servicio público de agua potable y las asignaciones que se atribuyen por tal concepto.

La *Ley de proyectos para prestación de servicios para el estado libre y soberano de Coahuila de Zaragoza* se publicó en el periódico oficial de fecha 11 de septiembre de 2007 y entró en vigor el día siguiente de su publicación. Consta de 48 artículos, distribuidos en 10 capítulos. Su objeto es el de regular las acciones relativas a la planeación, programación, presupuestación, evaluación, aprobación, control, licitación, contratación y ejecución de proyectos para prestación de servicios que realicen las dependencias y entidades de la administración pública estatal y municipal.<sup>175</sup> Incluye la figura de *inversionista proveedor* para prestar servicios con base en un contrato que se celebre con bienes del dominio público, destinados a un servicio público o propios del estado o municipios<sup>176</sup> sujetos a licitación (con algunos casos de excepción) y que son conocidos como PPP y PPS.

## Reglamentos municipales de Torreón, Coahuila

El *Reglamento Rastro Municipal de Torreón* fue aprobado en sesión extraordinaria del 26 de julio de 1996. Consta de 70 artículos, distribuidos en 7 capítulos y uno octavo de transitorios. No hay definición de *rastro* en este ordenamiento; ésta se encuentra en la *Ley estatal de salud*. La definición de rastro está en el Artículo 191 de la *Ley estatal de salud*, que establece que “para efectos de esta ley, se entiende por rastro, el establecimiento destinado al sacrificio de animales cuya carne se destinará para el consumo público”. De esta manera podría decirse que no hay servicio de rastro, sino servicios que presta e incluso servicios que recibe el rastro como establecimiento destinado al sacrificio de animales para consumo humano. En cuanto a los servicios que presta el rastro, su clasificación podría inferirse de la definición que el reglamento da de “prestadores de servicio”, al considerar actividades como las de sacrificio, lavado de vísceras o reparto. Existen otros servicios que

presta el rastro y que no se incluyen en la definición, como son, pesaje de las canales y productos su identificación y el enmantado, el traslado a los cuartos fríos y el uso mismo del cuarto frío. Además, existen servicios que deben realizarse en el rastro como establecimiento, por ejemplo, la limpieza y el mantenimiento. Finalmente están actividades de inspección y verificación que son lo que podríamos calificar como funciones públicas de salubridad, al igual que la emisión de certificados para el personal. En la doctrina, se clasifica este servicio como propio, *uti singuli* y secundario; en algunos casos de gestión directa y en otros de indirecta, obligatorio, intermitente, oneroso y sujeto a régimen de derecho público y de monopolio u oligopolio.<sup>177</sup>

El *Bando de policía y gobierno para el municipio de Torreón* entró en vigor al día siguiente de su publicación en la *Gaceta municipal* y en el periódico oficial del estado (actualizado el 12 de marzo de 2008). Tiene 68 artículos para salvaguardar la seguridad pública. Como ésta es una función pública y no un servicio público que excede las aspiraciones del presente estudio, se restringe la información a lo aquí vertido; sin embargo, es importante destacar que su Artículo 11 señala como derecho de los habitantes y transeúntes del municipio el utilizar los servicios públicos que preste el municipio.

El *Reglamento de mercados, plazas y sitios públicos del municipio de Torreón, Coahuila* entró en vigor al día siguiente de su publicación en la *Gaceta municipal*, el 20 de agosto de 1984, y consta de 29 artículos, distribuidos en 6 capítulos. Define los mercados como “lugares destinados por el ayuntamiento para que la población ocurra a realizar la compra-venta de los artículos que en ellos se expenden satisfaciendo necesidades sociales”.<sup>178</sup> Establece la posibilidad de la concesión cuando se trata de espacios que son propiedad municipal,<sup>179</sup> y no puede haber más de una concesión por persona.<sup>180</sup> Existe una deficiencia técnica en el reglamento, pues se confunden las figuras del arrendamiento con la de la concesión, cuando es evidente que hay una diferencia entre ambas. Al parecer, existen servicios públicos de los locales, además de los sanitarios.<sup>181</sup> Por su parte y en contraste, la *Ley estatal de salud* define los mercados como: “El sitio público destinado a la compra y venta de productos en general, preferentemente agrícolas y de primera necesidad, en forma permanente o en días determinados” y a los *centros de abasto* como: “El sitio destinado al servicio público en maniobras de carga y descarga, la conservación en frío y demás operaciones relativas a la compra-venta al mayoreo de productos en general”.<sup>182</sup> Lo interesante en este

tipo de servicios consiste en la provisión de bienes y servicios para que converjan proveedores y consumidores en el intercambio comercial, por lo que el ayuntamiento determina el sitio o lugar en donde se asentarán los proveedores para que asistan los consumidores, contando con los servicios necesarios para llevar a cabo sus transacciones. Doctrinariamente se considera un servicio público *uti universi*, indispensable, de régimen jurídico de derecho público, de gestión directa y gratuito<sup>183</sup> (aunque también podría considerarse oneroso, ya que los comerciantes pagan por utilizar el espacio).

El *Reglamento de panteones y crematorios de la ciudad de Torreón, Coahuila* entró en vigor al día siguiente de su publicación en la *Gaceta municipal* y periódico oficial estatal, el 8 de mayo de 2003. Tiene 57 artículos, reunidos en 13 capítulos. Refiere que el servicio público de cementerios o panteones comprende actos de inhumación, exhumación, cremación de cadáveres, incineración y traslado de restos humanos.<sup>184</sup> Entre las definiciones que recoge, está la de cementerio o panteón: lugar destinado a recibir e inhumar restos humanos;<sup>185</sup> pueden ser horizontales o verticales. Se requiere concesión para el establecimiento de un panteón<sup>186</sup> y los concesionarios están sujetos a las obligaciones establecidas en el ordenamiento.<sup>187</sup> En esta materia, la *Ley estatal de salud* ofrece las siguientes definiciones: *cementerio* es “el lugar destinado a la inhumación de los cadáveres y restos humanos y, en su caso, la exhumación de los mismos”; *crematorios* son “las instalaciones destinadas a la incineración de cadáveres y restos humanos”, y *funeraria* es “el establecimiento dedicado a la prestación del servicio de venta de féretros, velación y traslado de cadáveres de seres humanos a cementerios y crematorios”.<sup>188</sup> En la doctrina se ha clasificado en algunos casos como un servicio público *uti singuli* y en otros *uti universi*; es de gestión directa pero da cabida a la gestión indirecta, obligatorio, indispensable e intermitente.<sup>189</sup>

El *Reglamento de salud para el municipio de Torreón, Coahuila* fue aprobado en sesión de cabildo de fecha 6 de junio de 2006 y entró en vigor al día siguiente de la fecha de publicación en la *Gaceta municipal*. Tiene 155 artículos, reunidos en 15 títulos. En su texto, se hace una estricta vinculación con los servicios públicos competencia del ayuntamiento y la incidencia en materia de salud de los servicios vinculados aunque incluye otros que no lo son, como sería perreras, baños públicos, centros de reunión, entre otros.<sup>190</sup> Existen otros servicios que se vinculan con la asistencia pública.<sup>191</sup> Concretamente establece la responsabilidad que tiene el ayuntamiento de prestar los servicios de: (i) recolección, (ii) manejo, (iii) disposición)

y (iv) tratamiento de residuos sólidos.<sup>192</sup> También define el rastro como el “establecimiento que se destina al sacrificio de animales cuya carne será destinada al consumo humano”.<sup>193</sup>

El *Reglamento para la atención de personas con capacidades diferentes en el municipio de Torreón, Coahuila* se aprobó en sesión de cabildo de fecha 27 de abril de 2004 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 41 artículos, distribuidos en 11 capítulos. La fuente de consulta citada que está en el sitio oficial del ayuntamiento<sup>194</sup> y que aparentemente es la publicada en la gaceta tiene deficiencias, pues está incompleto el texto de los transitorios. Este reglamento entra en la materia de asistencia social como parte de la materia de salud que es concurrente y que se analizó en los capítulos anteriores. La *Ley estatal de salud* establece la coordinación en materia de asistencia social de los diversos sectores involucrados, así como un catálogo de servicios, muchos de los cuales pueden caer en la categoría de servicios públicos.<sup>195</sup>

El *Reglamento interior de la Dirección General de Seguridad Pública y Protección Ciudadana del municipio de Torreón, Coahuila* se refiere fundamentalmente a una función pública. Entró en vigor a los tres días de su publicación en la *Gaceta municipal*. Consta de 80 artículos, distribuidos en 14 capítulos.

El *Reglamento de transporte público para el municipio de Torreón, Coahuila* fue publicado en la *Gaceta municipal* de fecha 31 de mayo de 1996 y entró en vigor el vigésimo quinto día siguiente a la fecha de publicación. Consta de 210 artículos, distribuidos en 14 capítulos. Su objeto consiste en regular la prestación de servicios de transporte municipal en todas sus modalidades (de pasajeros en autobuses y vehículos de alquiler, carga ligera y materiales para la construcción, taxis).<sup>196</sup> En él se realiza la clasificación del transporte en municipal (dentro del territorio del municipio), intermunicipal (entre dos o más municipios), interestatal (entre municipios de dos entidades federativas diferentes) y federal (concesionado por el gobierno federal)<sup>197</sup> y contempla concesiones para transporte de pasajeros en autobuses y automóviles de alquiler, carga ligera y materiales de construcción.<sup>198</sup>

El *Reglamento de XHTOR Radio Torreón* entró en vigor a los 3 días de su publicación. Consta de 45 artículos, distribuidos en 7 títulos. Se refiere a un organismo descentralizado<sup>199</sup> para el servicio de radiodifusión cultural que opera bajo permiso.<sup>200</sup>

El *Reglamento municipal de asistencia social de Torreón, Coahuila* entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta



de 66 artículos, distribuidos en 12 capítulos. Su objeto es establecer el sistema municipal de asistencia social<sup>201</sup> y se refiere a servicios asistenciales,<sup>202</sup> con la creación de un Registro Municipal de las Instituciones de Asistencia Social.<sup>203</sup>

El *Reglamento de desarrollo sustentable y protección al ambiente del municipio de Torreón, Coahuila* fue aprobado en sesión del cabildo de fecha 24 de diciembre de 2004 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 192 artículos en 6 títulos. Remite a las definiciones que se consignan en la Ley General y la ley estatal,<sup>204</sup> lo cual es un acierto, pues evita duplicidades y contradicciones. Lista las facultades del municipio, dentro de las cuales se encuentran la de “otorgar autorizaciones, concesiones, licencias y permisos”<sup>205</sup> y preservar y restaurar el equilibrio ecológico de centros de población “en relación con los efectos derivados en los servicios de alcantarillado, limpia, mercados, centrales de abastos, panteones, rastros, tránsito y transportes locales”.<sup>206</sup> Contempla la prestación de servicios de verificación vehicular mediante concesión a particulares,<sup>207</sup> así como de servicio público de recolección, manejo, transporte, depósito y destino final de residuos sólidos urbanos,<sup>208</sup> con participación de los particulares.

El *Reglamento de limpieza* fue aprobado en sesión de cabildo de fecha 31 de julio de 1999 y entró en vigor al tercer día de su publicación. Consta de 62 artículos, distribuidos en 6 capítulos. Es aplicable a la basura, entendiéndose como tal el “material generado en la extracción, aprovechamiento y transformación de productos que ya no puede usarse en el proceso original” y que no sean peligrosos;<sup>209</sup> además, contempla la posibilidad de concesión a particulares.<sup>210</sup> Por su parte, la *Ley estatal de salud* define como “servicio de limpieza pública la recolección, manejo, disposición y tratamiento de residuos sólidos”<sup>211</sup> y señala que está a cargo de los ayuntamientos la obligación de prestar este servicio de una manera regular y eficiente. Asimismo, el mismo ordenamiento define como “residuo sólido, el material generado de los procesos de extracción, beneficio, transformación, producción, consumo, utilización, control, tratamiento, de cualquier producto cuya calidad no permita usarlo nuevamente en el proceso que lo generó que provengan de actividades que se desarrollen en casas-habitación, establecimientos mercantiles, industriales o de servicios y de las vías públicas”.<sup>212</sup>

El *Reglamento de tránsito y vialidad* fue aprobado en reunión de cabildo de fecha 16 de julio de 2007 y entró en vigor al día siguiente de su publicación. Consta de 55 artículos, distribuidos en

14 capítulos. Su objeto consiste en regular la integridad física de las personas, tanto peatones así como a los conductores.<sup>213</sup>

El *Reglamento de parques, jardines y paseos públicos de la Ciudad de Torreón, Coahuila* fue aprobado en reunión de Cabildo de fecha 30 de julio de 1992 y entró en vigor a los tres días después de su publicación. Consta de 14 artículos, distribuidos en dos capítulos. Aunque es un rubro señalado en la norma constitucional, no es servicio público, sino obras públicas y el reglamento, en congruencia con ello, no hace referencia alguna a servicios públicos en este sentido.

El *Reglamento interior del Sistema Municipal de Aguas y Saneamiento de Torreón Coahuila* (Simas) se publicó en el periódico oficial el 31 de agosto de 1993 y entró en vigor el día de su aprobación por el consejo directivo, además de que, según señala, hubo modificaciones que fueron aprobadas el 17 de julio de 2001.<sup>214</sup> Cabe señalar que los artículos transitorios presentan una redacción confusa cuyo análisis excede las expectativas del presente estudio. Consta de 17 artículos, distribuidos en 11 capítulos. Su objeto es la organización del citado sistema. En su texto se desglosan las actividades en construcción, rehabilitación, ampliación, administración, conservación y operación y mantenimiento de: (i) agua potable, (ii) agua desalada, (iii) drenaje, (iv) alcantarillado y (v) tratamiento de aguas residuales.<sup>215</sup> El sistema está a cargo de un organismo descentralizado.<sup>216</sup>

69

## Conclusiones jurídicas

La perspectiva legal del Sistema de Protección Social, la planeación del desarrollo y la estructura normativa en el país, usando como ejemplo un municipio al norte de la República Mexicana, permite retratar la complejidad que representa un documento de postura de la perspectiva arquitectónica de las ciudades saludables en México. Para que sea posible, debe iniciarse por tomar como eje a la comunidad, y con ella, como estructura de gobierno, al municipio, pues este último es la instancia gubernamental más cercana a la población, única titular de los derechos sociales que inciden en la salud. Para la viabilidad de las ciudades saludables se debe, pues, empoderarse al municipio, simplificarse la estructura normativa en el país para permitir la viabilidad de la información por la población para la toma de decisiones, diseño de políticas públicas, su implementación de manera corresponsable y copártcipe, así como también su monitoreo, evaluación, seguimiento y retroalimenta-

ción por instancias neutrales y objetivas, como serían organismos, universidades e institutos de investigación, que podrían estar coordinados por instancias no gubernamentales, como lo es la Academia Nacional de Medicina. Esta organización, en tanto que asociación civil, no persigue fines económicos ni de lucro. Su objeto social la coloca como una instancia especializada para la investigación y la academia que coordine los esfuerzos de todas las instancias involucradas en la transición de los asentamientos humanos en México, hacia su conversión en *saludables*.

# PROGRAMA SOBRE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES EN MÉXICO

El programa de acción específico *Entornos y Comunidades Saludables* se basa en los aspectos doctrinarios que se originaron en la década de los ochenta en países desarrollados, con el tema que promovió la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Ciudades Sanas”. En este proyecto trabajaron algunas ciudades europeas. Posteriormente, en la década de los noventa, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovió en Latinoamérica el tema de “Municipios y comunidades saludables.”

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las *comunidades y municipios saludables* como aquellos en los que “...las autoridades de gobierno, las instituciones de salud y bienestar, las organizaciones públicas y privadas y la sociedad en general dedican esfuerzos constantes para mejorar las condiciones de vida de la población, promueven una relación armoniosa con el ambiente y expande[n] los recursos de la comunidad para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la congestión y la democracia”.<sup>217</sup>

Como antecedente inmediato del programa *Entornos y Comunidades Saludables*, está el *Programa Nacional de Salud 2000-2006*, que incorporó actividades de promoción de la salud en el municipio y la comunidad.

La función fundamental del programa *Entornos y Comunidades Saludables* es promover la salud. Modificar los determinantes que afectan la salud a través del desarrollo de capacidades en los habitantes de la comunidad o municipio, que les permita el control de los mismos. Lo que se quiere es facilitar los procesos para que las personas puedan mejorar sus condiciones de vida. También se pretende establecer y fortalecer las alianzas entre las autoridades locales, miembros de la comunidad y otros sectores para que la salud colectiva mejore. El programa contempla combatir los problemas que amena-

zan la salud integral de las personas que forman una comunidad con la intención de fortalecer conductas saludables a favor de la población y la creación de *entornos* que favorezcan y refuercen las posibilidades de tener una mejor calidad de vida, y en las que se involucren los gobiernos municipales y la gente que habita esos lugares.

Una de las maneras de promover conductas saludables es crear entornos saludables por medio de la organización y acciones comunitarias, bajo una coordinación institucional. Estas acciones son fundamentales para dar fuerza a los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, pero de una manera holística, en el sentido de poner atención a los aspectos fisiológicos, emocionales, sociales, mentales y espirituales.

Para formar comunidades y entornos favorables, “es necesario promover el desarrollo de conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos favorables para la salud individual, familiar, colectiva y ambiental, mediante el uso de mecanismos de educación, orientación y atención”.<sup>218</sup>

La prevención es fundamental; las enfermedades que hoy se atienden eran prevenibles y, si no se educa en este sentido, no habrá dinero que alcance para atender a más de 100 millones de mexicanos. La salud es un tema en el que absolutamente todos estamos involucrados y somos responsables.

Es por ello que la *Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud* plantea una responsabilidad compartida y propone escuchar a personas de todos los sectores para que brinden apoyo en el desarrollo de políticas públicas saludables por medio de acciones coordinadas de los sectores público, social y privado.

El objetivo principal es concientizar a la gente de la necesidad de modificar patrones y conductas que nos lleven a una mejor salud y sobre todo a una mejor calidad de vida.

El programa de acción *Entornos y Comunidades Saludables* de la Secretaría de Salud de México busca reducir la morbilidad y mortalidad de los padecimientos más comunes, crónicos y severos en salud pública específicos en cada comunidad, así como fomentar la participación y acción del municipio y la población que lo habita, para un mejor manejo de sus determinantes con relación a la salud.

# Conceptos clave en el programa de acción específica Entornos y comunidades saludables

En el programa de acción específica *Entornos y Comunidades Saludables*, existen cuatro conceptos clave, que se enuncian a continuación.

- *Determinantes*
- *Entornos saludables*
- *Participación municipal*
- *Participación comunitaria*

## Determinantes

Los determinantes se refieren a las condiciones en las que se encuentra la población de una comunidad o municipio. Son el conjunto de condiciones que afectan o favorecen la salud de los individuos y comunidades. Los agentes positivos y negativos con los que se conviven de manera cotidiana y que influyen en el estado de salud de cualquier individuo. Dependen más del contexto en el que se encuentren, que en los determinantes *per se*. Muchas veces no dependen directamente del sector salud, por ejemplo el agua, el manejo de residuos sólidos, el drenaje, la iluminación, la calidad del aire, la basura, entre otros.

Los determinantes sociales en la salud se refieren a las características específicas y las vías, mediante las cuales las condiciones sociales afectan la salud de forma negativa.

Hay muchos determinantes que influyen en la salud de los habitantes de una comunidad: el entorno natural y edificado: geografía, clima, calidad de la vivienda, sistemas de abastecimiento de agua, calidad del aire, transporte e infraestructura. También el entorno social y económico son determinantes, ya que tienen que ver con acceso a oportunidades económicas y educativas, la seguridad, la igualdad de género, la calidad alimentaria que, dicho sea de paso, se ha vuelto caótica por el alto consumo de grasa, azúcar y sal; por eso, la Secretaría de Salud se ha volcado en promover una mejor manera de alimentación entre la población así como el hacer ejercicio, que no sea necesariamente deporte.

Todos los determinantes contribuyen a aumentar o disminuir el nivel de salud de la población dentro de una comunidad.

Hay otros factores, igual de importantes, que pueden afectar las desigualdades en salud: los gobiernos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales. Éstos, a su vez, influyen en la renta, la educación, la ocupación, la clase social, el género y la raza o etnicidad.

La definición de *salud* es importante para tener ideas claras y así poder uniformar el concepto porque ésta no es sólo ausencia de enfermedad como lo dice la OMS, sino que también tiene que ser reflejada por medio de la calidad de vida, la capacidad del individuo para funcionar correctamente en la sociedad y el bienestar. Por ello, se convierten en determinantes el lugar en donde vive la persona, su poder adquisitivo y, por lo tanto, cómo vive. También considera la salud emocional, mental y espiritual, entendiéndose por espiritual las cosas que le llenan el espíritu y no nada más religiosidad.

Para resolver cualquier problema de salud, hay que ir a la causa, al origen. Sólo así habrá salud real e integral; sólo así habrá mejoras en la calidad de vida y disminución de discapacidades, morbilidad y mortalidad.

Entonces, podría decirse que los *determinantes* son las condiciones que afectan o favorecen la salud de las personas y las comunidades. Así, habrá que estudiar las condiciones que tienen que ver con la salud como son las sociales, ambientales, económicas, culturales, políticas e institucionales de forma particular en cada comunidad o municipio.

## Entornos saludables

Un *entorno saludable* es aquel que cuenta con todos los elementos necesarios para hacer de la vida de los individuos algo funcional, con todas las condiciones necesarias de higiene y que permitan también tener espacios sanos para el trabajo y el sano esparcimiento.

Para lograr entornos saludables, es importante trabajar en conjunto con otros sectores y grupos interdisciplinarios para intercambiar ideas y experiencias nacionales e internacionales que se han llevado a cabo en otros lugares y han funcionado. Hay que crear espacios físicos y sociales con condiciones higiénicas, seguras y promotoras de salud, de calidad de vida; crear acciones donde los diferentes sectores: autoridades locales, instituciones civiles y los ciudadanos se relacionen y participen para identificar las necesidades y recursos para poder elaborar, entonces, programas y planes específicos para mejorar el entorno de una comunidad. Será muy importante tomar en cuenta la participación de la gente que es la que vive y ocupa los espacios.

## Participación municipal

Con base en experiencias anteriores, se formuló el Esquema de Operación de Comunidades Saludables con la finalidad de mejorar las condiciones de salud y bienestar en la población. (Esto sucede aun antes de la creación de los nuevos programas).

Este esquema incluye recursos humanos y físicos que se integran en equipos locales de salud que brindan atención a un grupo de localidades.

La participación municipal consiste en fortalecer la acción de los gobiernos locales para conducir proyectos que puedan tener una repercusión en la protección a la salud de sus habitantes. Los gobiernos municipales que se integren al programa *Entornos y Comunidades Saludables* deberán tener un Comité Municipal de Salud, elaborarán un diagnóstico de la situación en la que se encuentra la comunidad; definirán prioridades y harán un programa de trabajo que considere, como mínimo, los siguientes factores:

- *dotación de agua limpia*
- *manejo y disposición de residuos sólidos*
- *control y estabilización de la población canina*
- *control de fauna nociva*
- *mejoras en los mercados municipales*

También deberán considerar la atención a problemas específicos de salud pública como lo es la salud mental o la prevención y control del VIH/SIDA.

En seguida se explican las diferentes etapas de la participación municipal para la promoción de la salud.

**Etapa 1. Municipios saludables incorporados.** Serán municipios incorporados todos aquellos que creen un Comité Municipal de Salud, un diagnóstico situacional de su comunidad y entreguen los resultados obtenidos en un taller de planificación de acciones, proyectos y programas que deberán incluirse en el *Plan de Desarrollo Municipal*.

**Etapa 2. Municipio saludable activo.** Es aquel municipio incorporado que está ejecutando su programa de trabajo y que incluye, por lo menos, lo que se enuncia a continuación.

- Dotación de agua limpia a sus comunidades
- Manejo y disposición final de residuos sólidos
- Control de población canina
- Control de fauna nociva
- Mejoramiento de mercados municipales



**Etapa 3. Municipios saludables acreditados.** Son los municipios activos que por acuerdo del cabildo, tienen el compromiso de implementar y desarrollar el *Programa Municipal de Promoción de Salud* y, por lo menos, un proyecto vinculado a la salud pública.

La descentralización de las políticas sociales hace que las autoridades locales, principalmente los alcaldes, tomen un papel de suma importancia en la distribución y administración de los recursos. Sin autonomía y fuerza en la gestión local de los municipios, no habrá estrategia que alivie las desigualdades regionales. Las autoridades municipales tienen a su cargo las áreas urbanas, las semiurbanas y las rurales. Todo esto hace factible el desarrollo y la construcción de entornos y comunidades saludables. El municipio es la base de la estructura política, administrativa y también del desarrollo económico y social del país. Algo aún más importante es que también es el intermediario entre las autoridades y la ciudadanía. Las autoridades son quienes tienen un mejor conocimiento de la población que gobiernan.

## Participación comunitaria

El objetivo de la participación comunitaria es impulsar un proceso gradual de mejoras en la salud con apoyo en el personal de salud, los comités locales, los promotores voluntarios, entre otros.

Cada una de las unidades de salud de primer nivel, promotores de salud y personal de campo organizarán en las localidades de hasta 2 500 habitantes un comité local de salud y elaborarán un diagnóstico de las necesidades de la localidad. También desarrollarán un plan de trabajo que incluya acciones de mejoramiento sanitario de la comunidad y de atención a la salud familiar.

A continuación, se describen las etapas de organización comunitaria para la salud.

**Etapa 1. Comunidad iniciada.** La comunidad se organiza a través del Comité Local de Salud y se elabora un plan de trabajo con el apoyo del personal de salud. Deberán incluirse por lo menos dos acciones: una para mejorar la comunidad y, otra orientada a la atención de la salud familiar.

**Etapa 2. Comunidad orientada.** Es una comunidad iniciada en la que el Comité Local y el personal de salud llevan a cabo el plan de trabajo que se diseñó en la comunidad. Se enfatizan las acciones de saneamiento básico en las familias y se da orientación sobre la salud de niños, mujeres y la maternidad sin riesgos.

**Etapa 3. Comunidad activa.** Es una comunidad que ya ha implementado las primeras dos etapas y trabaja para lograr que se consuma agua limpia, se manejen adecuadamente los residuos sólidos en los hogares y haya una disposición adecuada de excretas.

En el ámbito de la salud, las mujeres embarazadas tienen control prenatal y las que son mayores de 25 años se han hecho la prueba de Papanicolaou. Todos los menores de cinco años tienen completo el esquema de vacunación y control en peso y talla.

La comunidad tiene sistema de drenaje o letrinas y relleno sanitario o equivalente. Los espacios públicos como parques, mercados o plazas cuentan con saneamiento adecuado. Hay control de la población canina y fauna nociva.

**Etapa 4. Comunidad saludable certificada.** Es una comunidad que continúa con su plan de trabajo, dando prioridad a la información y capacitación sobre los contenidos del paquete básico de servicios de salud: abastecimiento de agua potable, drenaje, manejo adecuado de la basura, control de la fauna nociva y mejora en las condiciones sanitarias en la vivienda.

Los cambios que vive una ciudad se pueden ver y sentir en cada uno de los espacios que conforman la ciudad. Por lo tanto, el ambiente urbano es una expresión de la manera en que piensan y actúan los habitantes de una comunidad.

Por eso, es muy importante ir más allá de la política institucional e introducirse en la vida cotidiana de la calle y de la gente, conocer sus miedos, deseos, aspiraciones, frustraciones, sus sentires y maneras de pensar, así como la participación de quienes forman parte de la comunidad o municipio, pueblo, colonia o barrio.

En México, con el programa de *Entornos y Comunidades Saludables*, se han formado redes de salud comunitarias, cuyos representantes se reúnen periódicamente tres veces al año. También lo hacen con redes de otras comunidades. Sus reuniones también tienen el objeto de gestionar recursos y políticas públicas saludables con autoridades municipales, estatales y federales.

El programa de acción *Entornos y Comunidades Saludables* está ligado a otros programas: *Promoción de la Salud*, *Una Nueva Cultura en Salud*, *Escuela y Salud*, en las escuelas, y *Vete Sano y Regresa Sano* (este último para la población migrante).

# Procesos críticos del programa *Entornos y Comunidades Saludables*

Los procesos críticos para el buen desempeño del programa *Entornos y Comunidades Saludables* se refieren a continuación.

- *La vinculación permite definir responsabilidades para lograr una mayor eficiencia en la promoción de la salud e impacto al establecer compromisos, tiempo y recursos por medio de lineamientos y guías, manuales técnicos y operativos, normas técnicas, asesorías y otros. En las entidades federativas será a través de los comités estatales de comunidades saludables.*
- *Generación de alianzas con diferentes instituciones de los sectores público, social y privado. Para que haya entornos favorables a la salud, hay que crear alianzas con diferentes sectores que se responsabilicen de cada uno de los entornos que considera el programa, a través de un comité que se haga cargo del sistema de acreditación de entornos.*
- *Dentro de la construcción de la base social, uno de los retos es lograr la sustentabilidad financiera y social de los servicios de salud, que se vea a los comités de salud como grupos de individuos corresponsables y con capacidad de tomar decisiones.*

78

## Estrategias y líneas de acción

Se plantearon ocho estrategias para lograr los objetivos.

**Estrategia 1.** Para el desarrollo de entornos saludables, las autoridades de municipio y la población deben trabajar en conjunto; sólo ellos conocen los aspectos positivos y negativos (determinantes) de la comunidad y sólo ellos podrán proponer las medidas necesarias, si no es que las soluciones, para su mejora. Sólo así se podrán desarrollar políticas saludables sostenibles, así como modelos de municipios promotores de salud.

**Estrategia 2.** Cuando un municipio tenga un proyecto de promoción a la salud, que esté encaminado a lograr un impacto en el ámbito de salud de la comunidad y que sea sostenible a mediano y largo plazos, se le dará apoyo técnico y financiero dentro del *Programa municipal de promoción de la salud*.

Así, se pretende reconocer y estimular el desarrollo de proyectos que ayuden a implementar nuevas tecnologías o que de cualquier

manera propongan mejorar las condiciones sociales, ambientales y anímicas de la comunidad. Pero también estos municipios podrían ayudar a mejorar a otros con mayores riesgos y menor desarrollo socioeconómico y a los grupos vulnerables.

**Estrategia 3.** Es necesario enfocarse en el desarrollo de las siguientes tres acciones.

- *Creación de alianzas con el sector público, social, privado y académico.*
- *Generación del Sistema Nacional de Certificación de Entornos Favorables para la Salud y Comunidades Saludables.*
- *Definición de criterios para la Certificación de Entornos Favorables para la Salud y Comunidades Saludables. Organización de la ejecución de este programa.*

**Estrategia 4.** Fortalecimiento de las redes estatales y propiciación de la participación continua tanto en el Consejo Nacional de Salud, como en el Consejo Nacional de Seguridad en Salud y en la Red de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de las Américas.

**Estrategia 5.** Elaboración de un manual de capacitación tanto para el personal de salud como para el personal de la comunidad.

**Estrategia 6.** Empoderamiento de la población en las comunidades para que esté informada y sea consciente, activa, voluntaria, organizada y representativa. Sólo así podrá responder a los retos de transformar su entorno de manera individual, familiar y colectiva. Además, debe fomentarse la participación en actividades que favorezcan la salud.

**Estrategia 7.** Acuerdos y vinculación en el ámbito federal y estatal para que haya mayor eficiencia en la promoción de la salud. Compromisos, tiempos, recursos y un control de resultados: lineamientos, guías, manuales técnicos y operativos, normas, asesorías, etc. Asimismo, los comités técnicos deben asegurar la participación de todos los programas preventivos.

**Estrategia 8.** Establecimiento del contacto con aquellos países que han logrado desarrollar acciones de salud urbana; foros nacionales e internacionales para el intercambio de información y cooperación para la mejora de la salud en las comunidades. Además de la organización de un encuentro internacional sobre salud urbana.

## Avances y resultados por periodo

Para poder entender el proceso por el que se ha ido desarrollando el programa *Entornos y Comunidades Saludables*, a continuación se

presentan tanto los avances como los resultados del programas de 2000 a 2006, así como los retos que se definieron para el periodo 2007-2012.

## Avances 2000-2006

- *Se certificaron 1 339 comunidades como saludables.*
- *6 944 comunidades en proceso de certificación.*
- *27 960 agentes de salud y 160 943 procuradoras y 6 168 Casas Amigas del Niño y de la Mujer.*
- *La meta de capacitar al personal aumentó 29%.*
- *68% de cursos para mujeres.*
- *Se incorporaron 1 811 municipios del país al programa.*
- *Con el objetivo y el compromiso de hacer que la salud sea parte de la gestión pública, la Red Mexicana de Municipios por la Salud se hizo presente en el Consejo Nacional de Salud y en el Consejo Nacional de Seguridad en Salud.*
- *Durante el periodo 2000-2006, se hicieron seis reuniones nacionales de la Red Mexicana de Municipios por la Salud, donde se presentaron más de 500 experiencias municipales.*
- *La Red Mexicana de Municipios por la Salud es miembro fundador de la Red de Comunidades, Ciudades y Municipios Saludables de las Américas.*
- *En los proyectos de programas de salud pública de alta prioridad, los municipios aumentaron su participación.*
- *Disminuyó el número de muertes maternas en los municipios más pobres.*

## Resultados 2000-2006

En seguida se reproducen los resultados que se presentan en el programa de acción específico 2007-2012, *Entornos y Comunidades Saludables*.

- *Existe representatividad en todas las regiones del país.*
- *Se ha mantenido el carácter nacional del programa.*
- *La atención a comunidades con mayor rezago es acorde con el propósito del programa de ayudar a esas comunidades.*
- *El programa ha tenido representatividad en el desempeño de los programas de salud pública al apoyar proyectos en 18 temas de salud.*
- *De los 2 442 municipios que conforman el país, participa anualmente en promedio 18.2% en la convocatoria para recibir apoyo de comunidades saludables, el cual para el periodo 2000-2006 cubrió 71.3% del total de municipios, lo que generó una cobertura positiva.*

- *La tendencia de participación de cada estado es variable, lo que habla de las experiencias particulares de cada entidad para atender sus determinantes en salud.*
- *La acreditación dejó de ser uno de los objetivos centrales del programa; pero es importante retomarla y ejercer mecanismos de control que la fomenten.*
- *La necesidad del programa es el seguimiento durante el desarrollo de proyectos mediante visitas y recomendaciones.<sup>219</sup>*

## Retos 2007-2012

1. *Asegurar los mecanismos y prácticas que impulsen los entornos saludables como elemento importante para la creación de ambientes saludables que faciliten los cambios necesarios a los estilos de vida de las personas tanto individual como colectivamente.*
2. *Es importante empoderar a la población para la construcción de la base social. Es ella la que puede decidir cuáles son sus necesidades y puntos fuertes dentro de su comunidad o municipio. De esta forma, se podrá dar sustentabilidad a los servicios de salud.*

81

Esto se pretende lograr con la construcción de redes y gobernanza en salud, conjuntando así los dos elementos que participan en su integración: el municipio, a través de la Red de Municipios por la Salud, y la comunidad, por medio de los comités locales de salud.

La meta es que 100% de los estados del país tenga su propia Red Estatal de Municipios por la Salud organizada y en actividad y que por lo menos 75% de sus municipios esté integrado a la red de su estado.

Por medio de los comités locales de salud, se puedan intercambiar experiencias, capacitarse mutuamente en diversas áreas y desarrollar proyectos en común, entre otros.

3. *Si se modifican los entornos, mejoran las condiciones de salud de la población. Por lo que el tercer reto es vincular este programa con los 14 programas prioritarios de salud pública y hacer que se convierta en la plataforma sobre la que cada uno de los programas lleve a cabo sus actividades.*

## Resultados del programa en el periodo 2006-2012

Para el periodo 2006-2012, se obtuvieron los siguientes resultados. Se reproducen como aparecen en el programa de acción específico 2013-2018, *Entornos y Comunidades Saludables*:

- *Se pudieron establecer criterios para acreditar entornos favorables para la Salud, haciendo un consenso con las instituciones correspondientes logrando que la población esté mejor orientada.*
- *La Red Mexicana de Municipios por la Salud es ya un **invitado permanente** en las reuniones del Consejo Nacional de Salud y en el Consejo Nacional de Seguridad en Salud.*
- *Los municipios que forman parte ya de la Red Mexicana de Municipios por la Salud participan en las acciones que se gestan en el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria.*
- *Los municipios y comunidades que forman parte de la Red Mexicana de Municipios por la Salud participan en otros programas de acción específicos de la Secretaría de Salud, por ejemplo: Salud Reproductiva, Tuberculosis, Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Atención a la Salud del Adulto y Anciano, Diabetes, Obesidad, Adicciones, Dengue, VIH/SIDA.*
- *Hubo seis Reuniones Nacionales de la Red Mexicana de municipios por la Salud, con una asistencia de alrededor de 1 200 participantes como presidentes municipales, personal de ayuntamientos, del sector salud y de diferentes dependencias de los tres órdenes de gobierno.*
  - 2006 en San Luis Potosí, San Luis Potosí
  - 2007 en Acapulco, Guerrero
  - 2008 en Durango, Durango
  - 2009 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
  - 2010 en León, Guanajuato
  - 2011 en San Luis Potosí, San Luis Potosí
  - 2012 en Manzanillo, Colima
- *Se certificaron 1910 comunidades y se incorporaron al Programa 960 municipios y 13 351 comunidades.*
- *1 038 proyectos relacionados con la Salud Pública como Prevención y Control del Dengue, Mortalidad Materna, Mortalidad Infantil, Diabetes, Obesidad, Adicciones, VIH/SIDA, Seguridad Vial, Cáncer de Mama y Cérvico-uterino, fueron apoyados.*
- *Se logró integrar las reglas de operación del programa los Convenios de coordinación estado-municipio y federación-estado para garantizar la transferencia del recurso al municipio beneficiado.<sup>220</sup>*

## Acciones de mejora en la gestión pública

Una de las propuestas fue mejorar la actividad administrativa interna para eliminar burocracias innecesarias y favorecer la atención del usuario de los servicios.

Para ello se planeó hacer anualmente ejercicios de planeación, gestión y evaluación de las acciones para optimizar recursos en el ámbito federal y estatal.

Para que las acciones del programa prosperaran, se propuso homogeneizar los criterios y actividades con otras instancias para sumar esfuerzos y evitar duplicidades. Uniendo esfuerzos habría mayor impacto en el quehacer.

Se buscará la manera de garantizar la capacidad y profesionalismo del personal que realice la promoción de la salud, así como una capacitación permanente; también, que el servicio integrado llegue a toda la población.

Para hacer la valoración del programa en todos los niveles, se utilizó el método del marco lógico y se recurrió a consultorías externas cada año, a fin de que evaluaran el buen desempeño del programa.

Según lo que se afirma en el programa de acción específico 2007-2012, *Entornos y Comunidades Saludables*, se adoptarían los indicadores siguientes para llevar a cabo la evaluación.

83

- *Municipios apoyados en el año*
- *Áreas de promoción de la salud cubiertas por el programa*
- *Municipios acreditados*
- *Personal de promoción de la salud en el ámbito local que recibió asesoría técnica.*
- *Comunidades certificadas*
- *Redes formadas y*
- *Supervisión en donde se aplican las cédulas de seguimiento del avance de proyectos locales de promoción de la salud.*<sup>221</sup>

## Estructura y niveles de responsabilidad

Para la aplicación del programa *Entornos y Comunidades Saludables*, debe considerarse que hay una estructura y niveles de responsabilidad.

En primer lugar, y por su carácter nacional, la conducción del programa *Entornos y Comunidades Saludables* es responsabilidad de la *Secretaría de Salud*, que es la instancia que determina su normatividad y operación en todos los estados de la República Mexicana. Ejerce la rectoría del programa a través de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) que depende de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), encargada de coordinar la planeación, operación y evaluación de las acciones que se llevan a cabo, así como de



apoyar su desarrollo nacional. También establece interrelación de las áreas administrativas y normativas centrales con los órganos encargados de la salud en los estados y con otras dependencias del sector salud y la administración pública en general.

Los *Servicios Estatales de Salud* participan en la coordinación del programa. Vigilan la aplicación de los recursos, dan seguimiento de los proyectos y realizan su evaluación. Así como la vinculación con los gobiernos municipales.

Para ello, cada estado cuenta con un departamento de promoción de la salud que apoya la operación y aplicación de las normas del programa y articula su organización y supervisión en cada estado.

Su propósito fundamental es impulsar un trabajo coordinado con quienes son responsables de la planeación y ejecución de los programas de prevención y protección de la salud de forma general y local en cada estado. Esto asegura la revisión oportuna y sistemática de la gestión del programa *Entornos y Comunidades Saludables*.

La *Jurisdicción Sanitaria* es la unidad técnico-administrativa que depende del gobierno estatal. Es la que planea, coordina, supervisa y evalúa la prestación de servicios de atención médica y salud pública. También desarrolla actos de regulación, control y fomento sanitarios en el área geográfica que les corresponda. Todas y cada una de las actividades y responsabilidades deben ser organizadas de manera institucional para dar uniformidad al programa, pero sobre todo para evitar pérdida de oportunidades y competencia infructuosa de recursos; la meta es dar un servicio único en un paquete integrado.

El *Comité Nacional de Entornos y Comunidades Saludables* está integrado por los responsables de los programas de prevención y promoción de la salud. Este comité pone los lineamientos generales para la operación del programa y los criterios para las certificaciones y acreditaciones.

El *Responsable Estatal de Promoción de la Salud* tiene como propósito coordinar el trabajo con las instancias encargadas de la planeación y ejecución de los programas de prevención y promoción de la salud en todos los contextos del país.

Los *Comités Estatales de Entornos y Comunidades Saludables* son los encargados de acreditar y certificar entornos, municipios, mercados, escuelas, localidades. Muestran estar trabajando en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

La *Coordinación Jurisdiccional de Promoción de la Salud* depende de la Jurisdicción Sanitaria y es responsable de organizar, coordinar, dar seguimiento y controlar los municipios. Establece

vínculos para la concentración de acciones en los municipios y localidades de mayor rezago.

Las *Unidades Aplicativas de Primer Nivel de Atención* se encargan de proporcionar servicios integrales de salud a los municipios mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Aplican normas y procedimientos. Participan en la programación, ejecución y evaluación de las actividades integrando a la comunidad y al gobierno local en la gestión. Un núcleo de servicios de salud puede atender hasta 500 familias.

El *Promotor de Salud* visita periódicamente las localidades que corresponden a su Unidad, conforme a un programa preestablecido.

Apoya y realiza acciones de promoción, prevención, atención médica básica y saneamiento comunitario. Elabora el croquis de la localidad que le asignaron, especificando la ubicación de las viviendas, grupos vulnerables, vías de acceso y tiempos de recorrido en esa localidad. Hace un censo anual de las familias de su comunidad, así como el diagnóstico anual de la localidad con ayuda de médicos, enfermeras y personal voluntario. Participa en el Comité de Salud y mantiene la coordinación con las autoridades locales, municipales y de la Jurisdicción Sanitaria, a las que corresponde esa localidad, para solucionar problemas de salud.

El *Comité Local de Salud* son los miembros de una comunidad, junto con el personal de salud, que se organizan para mejorar las condiciones sanitarias y ambientales del lugar.

Es la forma primaria de integración dentro de una comunidad a partir de la cual los miembros de una población, coordinados por el personal de salud, se organizan con la comunidad y reciben educación para la salud; determinan las prioridades; participan en la elaboración y ejecución de proyectos, y definen las acciones y tareas de los integrantes del comité.

El *Personal Comunitario en Salud* se refiere a los promotores, procuradores y agentes de salud que participan voluntariamente para promover la salud y mejorar el ambiente en sus comunidades.

Se capacitan en el Paquete Básico de Servicios de Salud y divulgan entre los habitantes de la comunidad la información que han recibido en materia de salud. Apoyan al personal de salud. Promueven la participación de otros miembros de la comunidad en las acciones para mejorar la calidad de vida en conjunto. Vigilan también el cumplimiento de las actividades previstas en el programa *Entornos y Comunidades Saludables* para la localidad que les fue asignada.

# Programa Entornos y Comunidades Saludables para el periodo 2013-2018

Para el periodo 2013-2018, se establecieron objetivos específicos para el programa *Entornos y Comunidades Saludables*, además del general que coincide con el que han tenido los dos programas anteriores.

## Objetivos específicos

A continuación, se desglosan los objetivos específicos del programa *Entornos y Comunidades Saludables* para el periodo 2013-2018, con sus correspondientes líneas de acción.

1. *Fomentar que las comunidades y los entornos sean higiénicos, seguros y propicien una mejor salud*

## Líneas de acción

- Participar en la planeación y elaboración del programa de trabajo para cada comunidad, con los diferentes sectores y grupos de la población
  - Desarrollar una cultura y organización comunitaria de participación: educar en este sentido a los miembros de una comunidad
  - Promover a través de los Comités de Comunidades Saludables la salud en todos los niveles y sectores
  - Promover la acreditación de comunidades que favorecen la salud así como los entornos que propicien la salud, no sólo fisiológica, sino también la emocional, la mental y la espiritual
2. *Motivar a los municipios para que traten de modificar, de manera integral, las determinantes negativas que influyen en el estado de salud de la población de cada comunidad*

## Líneas de acción

- Realizar acciones de promoción de la salud en los planes de desarrollo municipal
- Dar apoyo técnico y económico a los proyectos municipales que mejoren el nivel de salud en una población
- Educar y motivar los municipios con menor índice de desarrollo humano
- Propiciar que las comunidades participen en la prevención social de la violencia y delincuencia. Así también, en las campañas para el control de peso, obesidad y diabetes

- Llevar a cabo acciones de comunicación educativa para el punto anterior y sobre los efectos del cambio climático para la salud
  - Dar asesoría y apoyo técnico a la Red Mexicana y Redes Estatales de municipios por la Salud para que puedan generar políticas locales saludables
3. *Fortalecer los atributos y cualidades del personal de salud, del personal del municipio y de los diferentes actores sociales de la comunidad.*

### Líneas de acción

- Crear talleres de capacitación para agentes y procuradores enfocados a las determinantes de la salud y perspectivas de género
  - Capacitar en la misma línea dirigida al personal del ayuntamiento
  - Capacitar y actualizar al personal de promoción de la salud con base en las mejores prácticas en la materia y darles los medios para que dichas prácticas puedan ser aplicadas
4. *Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para mejorar la efectividad del programa*

87

### Líneas de acción

- Hacer que el proceso de registro de lo que se va haciendo tenga información confiable y oportuna, para poder tomar decisiones basadas en la realidad de cada comunidad.
- Supervisar los planes de trabajo para corregir desviaciones y reorientar hacia lograr resultados.
- Fomentar la rendición de cuentas.

### Retos para el periodo 2013-2018

1. *Favorecer la reorientación de los servicios de salud y la atención integrada, enfocadas en la modificación de los determinantes de salud.*
2. *Lograr la vinculación efectiva con los programas de acción específicos de salud pública y que el programa se constituya en la plataforma fundamental, sobre la cual cada uno de los programas lleve a cabo las acciones comunitarias y municipales, tomando en consideración que al modificar las condiciones de salud en los entornos, comunidades y municipios se mejoran las condiciones de salud de la población.*

3. *Fortalecer las acciones interinstitucionales e intersectoriales que permitan realizar otras que impacten sobre los determinantes de la salud.*
4. *Desarrollar una fuerza laboral para la salud, que tenga arraigo en las comunidades, sea competente, productiva y responda a las necesidades de la población, con prioridad hacia la prevención y promoción de la salud, por lo que se requiere desarrollar competencias en salud dirigidas a personal comunitario voluntario, al personal de los ayuntamientos y al personal de salud.*
5. *Trabajar de manera integrada y fortalecer los componentes del Modelo Operativo de Promoción a la Salud: el desarrollo de competencias para la salud, la participación social en salud, el desarrollo de entornos favorables a la salud, la abogacía en la salud, la mercadotecnia social en salud, la generación de evidencia científica.*
6. *Realizar diagnósticos para identificar las prioridades de salud por abordar, con base en las necesidades locales y evaluar los resultados.*
7. *Aumentar la cobertura de municipios como promotores de la salud y comunidades certificadas como saludables en el país.*
8. *Incrementar el número de entornos certificados como saludables.*
9. *Movilizar mayores recursos financieros para los proyectos y las acciones de promoción de la salud en los municipios, comunidades y entornos.*
10. *Desarrollar intervenciones integrales, que favorezcan el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables, en los entornos, comunidades y municipios.*
11. *Incidir en los determinantes de la salud y realizar acciones anticipatorias de promoción de la salud, así como desarrollar instrumentos y lineamientos para generar información y evidencias que faciliten la toma de decisiones con una visión de mediano y largo plazos, que coadyuven en la mejora de la salud de la población.”<sup>222</sup>*

Aún hay mucho por hacer, y la buena noticia es que cada periodo se propone nuevos retos que cumplir con una visión a mediano y largo plazos. Con esa constancia, con seguridad iremos creciendo y mejorando hacia comunidades y municipios más saludables, sembrando conciencia en los diferentes ámbitos de la sociedad y de las autoridades.

Hay que desarrollar instrumentos que nos den información y evidencias que ayuden a la toma de decisiones y que colaboren a mejorar la salud de la población desde todos los puntos de vista.

Se está poniendo mayor énfasis en los determinantes y dando información sobre los mismos dentro de las comunidades bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

La Red Mexicana de Municipios y Comunidades Saludables está bien estructurada, pero necesita más recursos para consolidarse y, sobre todo, extenderse. Por ejemplo, este año se inscribieron 1 000 municipios al programa en la red; sólo 159 proyectos serán financiados porque no hay dinero para más.

## Recomendaciones

- Entornos y Comunidades Saludables es un programa administrativo de bajo presupuesto, por lo que se recomienda elevarlo de rango, para que sea un programa especial, por su relevancia, en el que intervengan las diferentes estructuras de los tres niveles de gobierno y dependencias.
- Que el programa se vuelva obligatorio en todo el país.
- Identificar los problemas de salud, analizar todos los determinantes que convergen en cada problema de salud ordenando y priorizando los que se pueden cambiar y los que no, ver cómo se manejarán.
- Se sugiere monitorear la relación entre los municipios capacitados y los municipios que elaboran proyectos.
- Pedir asesoría a los arquitectos para un mejor diseño en los proyectos de espacios abiertos y cerrados.
- Que los arquitectos formen parte de las comisiones locales.
- Que las estrategias para la formación y educación de la población sean más eficientes y didácticas.
- Hay que contabilizar los resultados para poder hacerlos más efectivos y consolidar el programa para que se vuelva federal. Es necesario registrar los procesos, los pasos que se han dado, qué inversiones de recursos ha habido y documentar todo.



# CONDICIONES ACTUALES DE LAS CIUDADES EN MÉXICO

En la actualidad, las ciudades se entienden como centros neurálgicos en los cuales se concentra el poder económico, político, social, cultural y demográfico. Son nodos que conforman redes, entendidas éstas como espacios de flujo, con jerarquías definidas, cuyas ventajas comparativas y competitivas son superiores al resto de las estructuras espaciales.

Términos como *metropolización* y *megalópolis* hacen su aparición en este nuevo contexto, donde se afirma que en las grandes metrópolis se juega el futuro de la humanidad. Autores como Sassen (1991), Boisier (1996), Borja y Castells (1998) documentan de manera amplia este fenómeno.

El tratar de definir la ciudad de un modo universal ha conducido a un eurocentrismo, es decir, que la evolución urbanista de Europa es la pauta que siguen otras regiones, con los consecuentes riesgos, al no considerar las condiciones tan disímiles en términos de desarrollo sociocultural y económico de otras partes del mundo, sobre todo de países subdesarrollados. Además, la distribución de los asentamientos y su naturaleza dificultan cualquier definición. Al respecto, el *Anuario demográfico de las Naciones Unidas* (1952) concluye que “no existe un punto en el continuo que va desde la gran aglomeración a los pequeños agrupamientos o viviendas aisladas en donde desaparezca lo urbano y comience lo rural; la división entre la población urbana y rural es necesariamente arbitraria”.

El problema principal estriba en que la ciudad es un ente cambiante, cuyo significado no ha sido el mismo a lo largo de la historia ni en los distintos contextos espaciales. Un marco urbano no precisamente debe caracterizarse por ser una aglomeración compacta, de tamaño considerable, y no necesariamente lo urbano y lo rural confieren atributos especiales a sus habitantes.



En otro orden de ideas, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) señala que lo rural se identifica con una población distribuida en pequeños asentamientos dispersos, con una baja relación entre el número de habitantes y la superficie que ocupan, así como predominio de actividades primarias, niveles bajos de bienestar y de condiciones de vida (sobre todo en países de menor desarrollo). Lo urbano se relaciona con el concepto de ciudad, o sea, un espacio geográfico creado y transformado por el hombre con una alta concentración de población socialmente heterogénea, con radicación permanente y construcciones continuas y contiguas, donde se generan funciones de producción, transformación, distribución, consumo, gobierno y residencia, existiendo servicios, infraestructura y equipamiento destinado a satisfacer las necesidades sociales y a elevar las condiciones de vida de la población.

El *Catálogo del Sistema Urbano Nacional 2012* define ciudad como la agrupación de personas en un espacio físico continuo, en donde históricamente se han manifestado las realidades sociales, económicas y demográficas. El concepto alude principalmente al componente físico territorial. El perímetro delimita el área urbana.

En cuanto a criterios, el CONAPO señala tres tipos, por lo general usados en América Latina y El Caribe:

- **Cualitativos.** *Localidades urbanas o centros administrativos de divisiones político-administrativas menores sin importar su tamaño poblacional*
- **Cuantitativos.** *Asentamientos con un determinado número de habitantes*
- **Combinación de ambos**

El Colegio de México vierte conceptos muy similares, aduciendo que “...en la mayoría de los países más poblados del tercer mundo son definidos como centros urbanos aquellos asentamientos que superan un número de habitantes establecido. Pero este umbral puede ser de unos centenares de habitantes o de más de 50 000. En general, el umbral adoptado oscila entre 1 500 y 5 000 habitantes. Asimismo, para determinar la población urbana de un país se utilizan dos criterios no basados en umbrales poblacionales: el primero es el que designa a ciertos asentamientos como centros urbanos; el segundo se basa en la población en la que se concentran funciones administrativas de gobierno”.

México<sup>223</sup> es una nación privilegiada por las características de su territorio: 1.3% de la superficie terrestre, cuenta con más de 10%

de toda la biodiversidad conocida por la ciencia. El tamaño, geografía y diversidad climática del país, permiten que exista una gran variedad de ecosistemas y especies animales y vegetales.

Del total de la superficie continental (1 959 248 km<sup>2</sup>), más de un millón de km<sup>2</sup> (51%) son tierras de propiedad social en las que viven más de 25 millones de mexicanos y se integran por 31 893 núcleos agrarios.

Por otro lado, en el *Catálogo del Sistema Urbano Nacional 2012* se identifican 384 ciudades de más de 15 000 habitantes, de las cuales son 59 zonas metropolitanas, 78 conurbaciones y 247 centros urbanos. En estas 384 ciudades habitan 81.2 millones de personas, es decir cerca de 72% de la población nacional.

Según cifras del Banco Mundial, en 2012 la población en zonas urbanas en México fue similar a naciones como Canadá, Estados Unidos, Noruega, Reino Unido, entre otros, y superior a países como Alemania, Colombia, España, Perú y Rusia.

Lo anterior demuestra la existencia de dos dimensiones territoriales: por un lado, un México agrario, compuesto por pequeñas localidades rurales, que ocupa más de la mitad del territorio y concentra una gran riqueza natural y, por otro, un México con alta concentración de población en zonas urbanas, mayor acceso a servicios, infraestructura y comunicaciones.

93

## Primer Taller sobre Ciudades Saludables

La Sociedad de Arquitectos Mexicanos Especializados en Salud (SMAES) y la Academia Nacional de Medicina (ANM) organizaron el XIV Congreso Internacional “Hospital del Futuro + Arquitectura + Salud” que incluyó el Primer Encuentro Internacional sobre Ciudades Saludables. Como parte de éste, se consideró y se llevó a cabo un taller para presentar un Proyecto de Gran Visión para la Ciudad Saludable.

Para ello, se convocó a un grupo de personas destacadas en temas relacionados con el proyecto como arquitectos especializados en salud, paisajistas, urbanistas, médicos, sociólogos, economistas, abogados, psicólogos, entre otros. Se obtuvo una muy buena respuesta a la convocatoria.

El objetivo del taller fue desarrollar una nueva perspectiva de ciudades orientadas principalmente al desarrollo de la salud de las comunidades y no sólo a la atención de la enfermedad.

## Rediseño del futuro estratégico de las ciudades mexicanas para ser consideradas saludables

Esta sección se centra en el rediseño del futuro estratégico de las ciudades mexicanas para que sean consideradas ciudades y comunidades saludables. El reto:

1. *¿Las ciudades mexicanas podrían llegar a ser ciudades saludables?*
2. *¿Qué hacer para transformarlas en ciudades saludables?*

Como antecedente, se planteó lo comentado en el primer párrafo de este documento y además del concepto de salud según la OMS, el prediagnóstico de la situación actual, la definición de ciudades saludables, el proyecto de ciudades saludables en Europa y las características que ofrece una ciudad saludable.

Los factores que inciden en la salud de las comunidades, considerando a toda su población: niños, adolescentes, adultos y tercera edad, son los siguientes:

1. *educación sobre la salud*
2. *promoción de la salud*
3. *hábitos saludables*
4. *atención preventiva*
5. *infraestructura para la salud*

Los riesgos a la salud en el entorno urbano son:

1. *enfermedades infecciosas*
2. *contaminaciones*
3. *insalubridad*
4. *accidentes: en la vivienda y en el trabajo*
5. *depresión*
6. *estrés*
7. *inseguridad*
8. *catástrofes naturales*

Se dividió el grupo de los participantes en cuatro subgrupos para trabajar de manera interdisciplinaria, es decir, cuidando que hubiera participantes heterogéneos en todos los equipos.

El primer ejercicio consistió en hacer el diagnóstico situacional, cada integrante tenía que exponer y escribir, a su juicio, qué era lo que no estaba bien; qué factores influían de manera negativa y positiva en la salud fisiológica, psicológica y espiritual en las comunidades que habitaban las ciudades mexicanas.

Después se hizo una presentación sobre la ubicación de México en el mundo y se dieron las conclusiones del primer ejercicio.

Posteriormente los equipos trabajaron sobre cuál sería la ciudad saludable ideal para más tarde dar las acciones y factores que pueden hacer factible la ciudad saludable (el cómo) y obtener las conclusiones.

## Participantes del taller

En esta sección se presentan las semblanzas de los participantes del primer Taller sobre Ciudades Saludables.

**Arq. Eliseo Arredondo González.** Es licenciado en Arquitectura por la UNAM. Realizó un posgrado en L'Ecole Nationale D'Horiculture et Paysage, en Versalles, Francia. Se ha desempeñado como: Jefe de Paisaje en la Secretaría de Obras Públicas, Jefe de Bosques, Parques y Jardines de la Ciudad de México, Director General de Arredondo G. Arquitectos y Director General de Espacios Verdes S.A. de C.V. Ha sido miembro de la Academia Nacional de Arquitectura, Presidente fundador y miembro de la Junta de Honor de la Sociedad de Arquitectos Paisajistas, Vicepresidente de la Federación Internacional de Arquitectos, docente en la UNAM, la Universidad La Salle y la Universidad Iberoamericana. Ha impartido conferencias en universidades y congresos internacionales. Recibió el Premio Luis Barragán por su práctica profesional, otorgado por CAM-SAM. Ha participado en Bienales, donde ha obtenido premios y menciones. Ha actuado como jurado en concursos internacionales. Actualmente es miembro de la Junta de Honor del Colegio de Arquitectos Mexicanos.

**Arq. Francisco Covarrubias Gaitán.** Obtuvo el título de Arquitecto por la UNAM. Estudió la Maestría en Urbanismo, en la UNAM. Hizo la Especialización en Desarrollo Urbano y Vivienda en el *Development Planning Unit* de la Universidad de Londres. Ha sido docente en la Facultad de Arquitectura UNAM de 1970 a la fecha. También en El Colegio de México, la UAM, la Universidad Autónoma del Estado de México y en el INAP. Fue Coordinador de Proyectos del Instituto Auris del gobierno del estado de México y asesor para la elaboración de la *Ley general de asentamientos humanos*. Fungió como Director General de Equipamiento Urbano y Vivienda en la Secretaría de Asentamientos Humanos y Obras Públicas (1976-1982), consultor del Plan Regulador de la ciudad de Atenas, Subsecretario

de Desarrollo Urbano de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología del Gobierno Federal, Secretario de Desarrollo Urbano y Vivienda del estado de México y consultor y asesor de diversas entidades federativas y de Conago. Ha escrito libros y artículos sobre vivienda y desarrollo urbano. Actualmente es presidente de la Academia Nacional de Arquitectura y funcionario en la Sedatu.

**Lic. María Asunción Fernández Soto.** Es Licenciada en Ciencias Humanas por la Universidad del Claustro de Sor Juana, especialista en Desarrollo Humano y Salud Emocional y terapeuta y consejera tanatológica. Hizo un Diplomado en Turismo Cultural en México. Participó en el Seminario en Comunicación y Empresa en el Siglo XXI (2012) UCSJ. Ha sido docente, Directora Académica de Relaciones Públicas e Internacionales en universidades. Trabajó en la Coordinación de la participación de México en la XVIII Biental Panamericana de Arquitectura en Quito, Ecuador (2012). Fue Coordinadora General del XIV Congreso Internacional “Hospital del Futuro + Arquitectura + Salud (SMAES). Fue Coordinadora General, junto con el Arq. Jaime Latapí (control y seguimiento), en el Proyecto de SMAES para la Academia Nacional de Medicina sobre “Ciudades Saludables”.

**Arq. Iván Gaitán González.** Es Arquitecto por la Universidad Autónoma Metropolitana. Fue becario de la Universidad Politécnica de Cataluña del programa de cooperación iberoamericana. Es especialista en arquitectura bioclimática y sustentabilidad por la UAM-Azcapotzalco; obtuvo la Medalla al Mérito Universitario. Profesionalmente se ha enfocado a la Planeación tanto medioambiental como de recursos para la salud y al diseño arquitectónico enfocado principalmente en la arquitectura para la salud. En la actualidad, es gerente de planeación y proyectos de la firma PRODEI.

**Arq. Enrique García Formentí.** Egresó de la UNAM. Es realizador de proyectos arquitectónicos y urbanos. Ha hecho hospitales para el IMSS, ISSSTE y SS, así como ampliaciones y remodelaciones. Tuvo a su cargo la imagen urbana de La Costera, en Acapulco. Ha realizado trabajos normativos y reglamentarios para el IMSS, DDF, Segob, gobiernos estatales de México y Tlaxcala. También ha hecho proyectos para Argentina, El Salvador y Estados Unidos. Es miembro de CAM-SAM y de la Junta de Honor del Colegio de Arquitectos. Es emérito de la Academia Nacional de Arquitectura. Miembro de SMAES, del Comité Mexicano para la Práctica Internacional de la Arquitectura entre otras agrupaciones. Ganó el Premio Nacional de Arquitectura 2013.

**Arq. Fernando Garduño Bucio.** Egresó de la UNAM en 1979, con la especialidad en Planeación y Diseño de Edificios para la Salud. Hizo la valoración de la red hospitalaria del DDF en 1996. Fue coordinador del proyecto Torre de Hospitalización General Consulta Especialidades, del Centro Médico del Sureste, IMSS, en Mérida, Yucatán. Ha sido residente de obras en el sureste mexicano así como en otras partes del país. Fue asesor de la coordinación técnica de Costos y Contratos en la División de Construcciones del IMSS (1994-1999). También se ha desarrollado como proyectista, responsable, directo y perito estructural de edificios habitacionales y comerciales. Es miembro de CAM-SAM, AMDROC, SMAES entre otras organizaciones.

**Lic. Hugo Raúl González Liquidano.** Es Licenciado en Economía por la UNAM, donde también estudió el posgrado en Sociología Urbana. Ha sido consultor privado en Planeación Ambiental y Ordenamiento Territorial. Ha desempeñado diversos cargos en la Administración Pública Federal como: Jefe de Estudios Económicos en la Subsecretaría de Medio Ambiente de la SSA; Jefe del Departamento de Ecología de la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP); asesor y fundador de la Comisión Nacional del Agua (Conagua); Delegado fundador de la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente (PROFEPA), y Director General de Gestión y Normatividad de la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad y Organismos Genéticamente Modificados (CIBIOGEM). Ha participado en la academia por más de 30 años como Profesor Titular de Tiempo Completo de la División de Ciencias y Artes para el Diseño en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X).

**Arq. José María Gutiérrez Trujillo.** Es egresado de la UNAM. Fue Subjefe de Proyectos y Construcciones para después ser Jefe de Conservación y más tarde jefe de Construcción. Se ha desempeñado como Jefe de Desarrollo Urbano y Vivienda en el Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores, Coordinador General del Programa IMSS-Complamar, Subdirector general de Obras y Patrimonio Inmobiliario del IMSS, Director General del Centro para el Desarrollo de la Infraestructura en Salud y Director General de obras y Servicios Generales de la UNAM. Colaboró en el proyecto y construcción de escuelas rurales en la Dirección de Obras Públicas de Oaxaca. Fue asesor de la Dirección General del Instituto de Vivienda del D.F. y Coordinador del Programa de Mejoramiento de Vivienda del CAM-SAM ante el INVI en 2001. Fungió como Presidente de la FCARM (1994-1996). Es miembro del CAM-SAM, SMAES y fue merecedor del Premio Nacional de Arquitectura 1999.

**Mtra. Magdalena Lacotoure Formelli.** Es psicóloga por la UNAM, con experiencia en temas relacionados con metodologías y modelos de investigación social, de organización comunitaria, y en general en sistemas de evaluación programas y proyectos. Hizo estudios de maestría y un diplomado sobre Estadística Aplicada al Análisis de la Ciencias de la Conducta en la Universidad Iberoamericana, donde también realizó la Maestría en Historia del Arte. Hizo un Diplomado sobre Psicología Intercultural-Universidad de Friburgo, Suiza. Fue Coordinadora de Investigación Social en el Infonavit. Fungió como Directora General de Proyectos de Desarrollo Social, S.C. (PRODESA), para la elaboración, desarrollo e investigación de los temas relacionados con la vivienda, el desarrollo urbano y el ambiente y Coordinadora de asesores externos del C. Secretario de Desarrollo Urbano y Ecología (Sedue).

**Arq. Jaime Latapí López.** Es Arquitecto por la Universidad Iberoamericana. Se ha desempeñado como Presidente de la Junta de Honor del Colegio de Arquitectos de la Ciudad de México y de la Sociedad de Arquitectos Mexicanos (2010-2012). También fue Vicepresidente de Sociedades de Arquitectos Mexicanos, A.C. (SAM), en 2006, y Presidente de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud (SMAES), de 1993 a 1995. Es Maestro fundador de la especialidad en Planeación y Diseño de Inmuebles para la Salud, Unidad de Posgrado, Facultad de Arquitectos, UNAM. Ha sido Director General de Promotora de Desarrollos Estratégicos Integrales S.A. de C.V. (PRODEI), una empresa dedicada a la consultoría en materia de salud y seguridad social (de 1998 a la fecha). Fungió como Director General del Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, A.C., empresa dedicada a la elaboración de estudios prospectivos para la Reforma de la Seguridad Social Nacional, 1993-1999, donde integró a más de 50 expertos con niveles de maestría y doctorado en: Planeación estratégica, economía de la salud, actuaría, sociología, arquitectura, ingeniería, urbanismo, medicina, epidemiología, legislación, etc. Fue Jefe de Planeación y Proyectos del IMSS, 1983-1989, coordinador de más de 100 proyectos de clínicas y hospitales, entre ellos el nuevo Centro Médico Nacional Siglo XXI, Jefe de Diseño Urbano y Vivienda del Infonavit, 1977-1978, Subjefe de Proyectos del IMSS, 1970-1976 y Subdirector de Proyectos de la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria de la S.S.A., 1967-1970.

**Arq. Enrique López Cardiel.** Es Arquitecto especializado en Planeación y Diseño de Unidades para la Salud en Posgrado de la

UNAM. Es miembro y fundador de SMAES, de donde fue Presidente de 1999 a 2000, Miembro consejero de la Cámara Nacional de Empresas de Consultoría y del CAM-SAM. Ha sido conferencista en instituciones de educación en México y en el extranjero. Ha desarrollado proyectos de Servicios Hospitalarios, Unidades Autónomas de Atención a la Salud y de Normas Técnicas para instituciones como el IMSS, ISSSTE, SS, Gobierno Estatal, así como para algunos países de centro y Sudamérica.

**Arq. Gloria Magaña y Garcilazo.** Es Licenciada en Arquitectura por la UNAM. Hizo el Diplomado en Espacio Público y Ciudades Seguras: Planeación, Diseño y Gestión, en la Universidad Iberoamericana (2011). Fue docente de Diseño Arquitectónico en la ENEP Acatlán, UNAM. Trabajó en la Jefatura de Proyectos del IMSS en Espacios Modulares, Investigación y Evaluación del Diseño y Mejoramiento Ambiental. Fue miembro de la Subcomisión de Seguimiento y Evaluación del Programa Institucional de Fomento a la Salud del IMSS, del CAM-SAM y SMAES. Actualmente participa con la SMAES en el proyecto “Ciudades Saludables” para la Academia Nacional de Medicina.

**Arq. Susana Miranda Ruiz.** Es licenciada en Arquitectura por la UNAM, con la Especialidad en Planeación y Diseño en Edificios para la Salud. Estudió la Maestría en Comunicación Visual y Diseño Gráfico y la Maestría en Valuación Inmobiliaria e Industrial. Hizo el Diplomado en Diseño de Espacios Públicos y Ciudades Seguras. Cuenta con despacho propio especializado en Proyectos Arquitectónicos en Salud, de Desarrollo Urbano y de Supervisión de Obra Pública. Ha sido funcionaria pública en el área de Desarrollo Urbano y Obras en diversas delegaciones del GDF durante 9 años. Ha sido profesora adjunta de proyectos en la Facultad de Arquitectura de la UNAM y coordinadora del módulo de Planeación del Diplomado de Arquitectura para Edificios de Atención Médica de primer nivel. Es socia vitalicia del CAM-SAM desde hace 25 años y socia activa desde hace 21 años de la SMAES. Actualmente es la Presidenta de SMAES en el periodo 2014-2016.

**Estudiante de Arquitectura Samuel Mora Morales.** Estudia la carrera de Arquitectura en la UAM-Azacapozalco. Es becario en la Universidad Técnica de Múnich, Alemania y técnico en Informática por la Nueva Escuela Tecnológica, Tecámac. Está certificado en BIM REVIT por Autodesk. Se ha desempeñado en el Diseño Arquitectónico orientado a la Salud y Laboratorios en México, Colombia, Alemania, Rusia, Emiratos Árabes Unidos e Irán. Su participación



profesional independiente se ha desarrollado en edificaciones con nuevas tecnologías constructivas, sustentables y sostenibles en México y Alemania. Su pasión por la búsqueda de nuevas tecnologías aplicadas a la arquitectura y el diseño le han permitido la integración de nuevas técnicas para la arquitectura, haciendo los espacios más humanos y más inteligentes. Actualmente es BIM DESIGNER en la empresa arc2labarchitecturalgroup en Alemania y en el taller Sensibilidad Aplicada. También colabora con la SMAES en el proyecto “Ciudades Saludables” para la Academia Nacional de Medicina.

**Arq. César Mora Velasco.** Es egresado de la ENA, UNAM (1967). Ha sido profesor de la UNAM desde 1973. A la fecha es coordinador del taller Juan O ‘Gorman. Ha fungido como Director General de la firma Move Desarrollos, S.A. de C.V. desde 1982. Es miembro del CAM-SAM y de SMAES. Fue Presidente de esta última sociedad en el periodo 2012-2014. Ha tenido a su cargo el diseño, proyecto y dirección arquitectónica de diferentes unidades hospitalarias para el IMSS, ISSSTE y SS desde 1982.

**Arq. Francisco Ortiz Islas Allende.** Es egresado de la UNAM (1982). Es un arquitecto con amplia experiencia en planeación, diseño, construcción y supervisión de inmuebles para la salud, educación, vivienda, urbanismo, trabajo, comercio, así como recreación y cultura. Cursó las maestrías de Diseño Arquitectónico y Urbanismo así como la Especialización en Planeación y Diseño de Unidades Médicas para la Salud, en Posgrado de la UNAM. En 1991-1992 fue Director de Planeación y Proyectos de la Coordinación General de Obras de la S.S.A., en la que desarrolló y diseñó los “Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para Población Abierta, S.S.A.”. Ha participado en varias muestras de arquitectura en el Museo de Arquitectura del Palacio Nacional de Bellas Artes y en muestras internacionales, sus obras y proyectos se han publicado en libros y revistas, además de escribir varios artículos de arquitectura para revistas y periódicos. Ha sido conferenciante en los ámbitos nacional e internacional en varias universidades. Ha sido catedrático en la Facultad de Arquitectura de la UNAM y la Universidad La Salle de Cd. Victoria. Es miembro del CAM-SAM y los Colegios de Arquitectos de Tamaulipas Centro y Jalisco, además es socio fundador de la SMAES. Participa en el equipo de trabajo del proyecto “Ciudades Saludables” para la Academia Nacional de Medicina.

**Arq. Ramiro Ortiz Treviño.** Es arquitecto por la UNAM. Estudió la maestría en Gerencia de Proyectos en el ITC. Cuenta con diplo-

mados de *Harvard Manage Mentor*, Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión, Dirección Responsable de Obra. Ha sido conferenciante en diversos foros. Es miembro del CAM-SAM, SMAES, ADOC, CMIC y PMI. Impartió el Taller de Proyectos en la Facultad de Arquitectura de la UNAM de 2003 a 2008 y ha escrito varios libros de divulgación para la SCT. Trabajó durante 21 años en la Comisión del Plano Regulator y la Dirección General de Obras de la UNAM, de los cuales 8 se desempeñó como Director de Proyectos y de Planeación, respectivamente. Es Director General de Grupo Frase, empresa de servicios de Arquitectura e Ingeniería, y cuenta con una experiencia profesional de 35 años en el ejercicio de la arquitectura aplicada a las áreas de planeación y diseño.

**Mtra. María de Lourdes Peralta Matouk.** Es abogada por la Universidad Iberoamericana, con Especialidad en Derecho Administrativo por la Universidad Nacional Autónoma de México y Maestría en Políticas Públicas Comparadas por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), sede México. Cuenta con diversos cursos y especialidades con valor curricular expedidos por las instituciones de investigación y docencia, avaladas por la Organización Internacional del Trabajo, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, entre otras. Ha participado en diversas obras colectivas y ponencias y foros nacionales e internacionales en materia de género, salud y seguridad social, todo desde la perspectiva de los derechos humanos. Las obras colectivas en las que participó fueron publicadas. Su libro *El IMSS y la Seguridad Social* fue publicado por la editorial *Novum*. Tiene dominio del inglés, incluso técnico legal. Se ha desempeñado en la consultoría y asesoría legal en los sectores público (SAHOP, Secretaría de Salud e Instituto Mexicano del Seguro Social) y privado (PRODEL, CEDESS, Corporativo Herradura, Arancia Corporativo, S.A. de C.V.). Su trayectoria en docencia e investigación data de 1983 en instituciones como la Universidad Iberoamericana, el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Pontificia de México, entre otras.

**Lic. Guillermo Ramírez Celón.** Es licenciado en Economía por la UNAM. Estudió la Maestría en Urbanismo en el Posgrado de Arquitectura de la UNAM. Se ha desempeñado en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, en la unidad de Investigación de Economía del Conocimiento y Desarrollo, como ayudante de investigación Conacyt-SNI III, así como en la unidad de Economía Urbana y Regional donde colaboró como investigador en diversos

proyectos, entre ellos el de Análisis de Indicadores para la Fundamentación de Políticas Urbanas, elaborado para SEDESOL. Actualmente se desempeña como coordinador de planeación en Salud en la empresa Promotora de Desarrollos Estratégicos Integrales (PRO-DEI), ha colaborado en la elaboración del Plan Maestro de Recursos para la Salud del estado de Puebla 2011-2017 realizando diversos estudios costo-beneficio de infraestructura en salud para su integración en la cartera de proyectos de la SHCP, así como de diversos proyectos de planeación de infraestructura física para la salud para diversos estados de la República Mexicana.

**Dr. Ferdinand Recio Solano.** Estudió Medicina en la UNAM. Es Licenciado en Administración de Empresas. Administración de Atención Médica y de Hospitales. Tanatólogo. Cuenta con el Diplomado para la Atención Primaria y Hospitalaria de Servicios de Salud ANM. Trabaja en los servicios de salud desde 1966 en IMSS, ISSSTE, Hospitales Privados, Bancomer, Segob. Desde 1975 fungió como funcionario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Coordinador Nacional de intercambio científico, Director de Educación Médica Continua, Director de Evaluación, Director del DIF en Tlaxcala, Director Administrativo del Hospital San José y Coordinador del Primer Congreso Ecuménico en México de los Servicios Médicos Religiosos. Representante de México ante la OPS/OMS. Ganador del Cuarto Premio Internacional de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) por el libro *Salud para todos. Redes de la salud comunitaria para México* (2007). Actualmente es Director General y Representante Legal de Centro Acrópolis, A.C. De 1992 a la fecha, ha sido consejero tanatológico para empleados de banco y aseguradoras.

**Dr. Héctor Gabriel Robledo Galván.** Médico Cirujano por la UNAM. Estudió la Maestría de Administración de la Atención Médica y de Hospitales en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM (1984). Actualmente cursa el Doctorado en Administración Pública. Colaboró en la investigación de Sistemas de Salud en el Mundo en la Federación Internacional de Hospitales en Inglaterra (1988). Se desempeñó como Subgerente de la Asociación Mexicana de Hospitales (1985), de donde también fue Gerente General (1986-1990) y Vicepresidente (2000-2002). Ha fungido como: Coordinador de la Especialidad en Administración de Hospitales en la Escuela de Salud Pública de México (1988-1990); Secretario Particular del Director General del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (1990-1991);

Secretario Particular del Secretario de Servicios Académicos en la Universidad Nacional Autónoma de México (1991-1993); Coordinador de Asesores del Secretario de Servicios Académicos en la Universidad Nacional Autónoma de México (1993-1996); Asesor de proyectos estratégicos de la Coordinación General para la Educación Media Superior, SEP (1996-1998); Coordinador de Asesores de la Coordinación General para la Educación Media Superior (1999-2000); Coordinador de Asesores del Subsecretario de Relaciones Institucionales de la Secretaría de Salud (2000-2003); Director de Sistemas Gerenciales en la Dirección General de Planeación y Desarrollo de la Secretaría de Salud (2003-2007); Secretario de Servicios Institucionales del Colegio de Bachilleres (2007-2010); Coordinador de Asesores del Comisionado Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) (2011) y Director General de Calidad e Informática de la Conamed (2012-2013). Actualmente es Director de Proyectos Especiales de la Academia Nacional de Medicina de México.

Ha sido conferencista de temas relacionados con la administración, la gerencia y la calidad en los servicios de salud y ha publicado más de 40 artículos en revistas y 6 capítulos de libro, relacionados con desarrollo organizacional, gerencia y calidad de los servicios, liderazgo y políticas públicas.

**Arq. Antonio Toca Fernández.** Arquitecto por la Universidad Iberoamericana. Ha sido Director de Gestión Metropolitana, en la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, Sedatu (2013), y de la Dirección de Obras, UAM (2010-2012). Se ha desempeñado como Profesor Titular en la Universidad Autónoma de México. Ha fungido como Director General de Proyectos Estratégicos en Gobierno del estado de México (2000-2004); Director de Proyectos en IMSS (1995-2000); Director de Planeación y Proyectos en Megaland, S.A./Grupo Situr (1993-1994) y Subsecretario de Desarrollo Urbano en el estado de Sinaloa. Entre sus principales proyectos y obras, se encuentran: Unidad 310 Trasplantes, Gastroenterología, Cirugía, Quirófanos y Terapia Intensiva, del Hospital General de México; Unidad 503 Cardiología-Neumología del Hospital General de México; Hospital General, Cananea, Sonora; el Pabellón Latinoamérica Expo-Agua, Zaragoza; la Nueva Biblioteca Pública del Estado de Jalisco y el Pabellón de México en Aichi, Japón. Asimismo, fue coordinador de la remodelación del edificio central del IMSS (Reforma 471), el Congreso del estado en Culiacán, Sinaloa, y el Centro de Ciencia y Tecnología, también en Culiacán, Sinaloa.

**Dr. Luis Mario Villafañá Guiza.** Su formación profesional es como Médico General y Médico Cirujano Pediatra de la UNAM. Se

ha desempeñado en múltiples cargos directivos en el Instituto Mexicano del Seguro Social en nivel operativo y normativo, hasta culminar como Coordinador Nacional de la Atención Médica.

Ha sido asesor en colegios médicos y de arquitectura. Es miembro activo en diversas sociedades médicas, en las que ha ocupado cargos directivos. Ha sido Consejero Patronal en la UMAE de Pediatría del IMSS. Recibió el Premio Nacional desempeño Médico en 2011, que le fue entregado por el C. Presidente de la República.

**Estudiante de Arquitectura Juan Manuel Zapata Díaz.** Alumno del último trimestre de la carrera de Arquitectura en la UAM-Azcapotzalco. Actualmente realiza el proyecto de titulación denominado “Instituto Regional de Geriátría y Rehabilitación de la Península”. Ha asistido a diferentes cursos y congresos enfocados al diseño arquitectónico, urbanismo, nuevas tecnologías y sustentabilidad. Se destaca su desempeño en el diseño de proyectos escolares con los temas “Edificio de usos múltiples en Santa Fe” y “Biblioteca-Mediatca Regional”. Participó en la exposición “Muestra de Arquitectura para la Salud” en el Museo Nacional de Arquitectura de Bellas Artes con los carteles “Estrategias para la atención del adulto mayor”. Actualmente colabora con la SMAES en el proyecto “Ciudades Saludables” para la Academia Nacional de Medicina.

## Descripción y metodología del taller

El taller se realizó con una metodología llamada *brainstorming*, tormenta o lluvia de ideas. Ésta es una herramienta que se utiliza para posibilitar la generación de un elevado número de ideas, por parte del grupo o mesas de trabajo y su presentación ordenada.

Esta metodología se utiliza cuando se pretende obtener un amplio número de ideas sobre las posibles causas de un problema, acciones por tomar o cualquier otra cuestión, y sirve de entrada o de fase previa, para otras técnicas de análisis. Estimula la creatividad, al mismo tiempo que ayuda a romper con ideas antiguas o estereotipadas.

Las reglas a cumplir para esta metodología son:

- *Ninguna crítica*
- *Escuchar y recoger ideas*
- *Imaginar libre y espontáneamente*
- *Muchas ideas*

La forma de proceder en el taller por medio de las mesas de trabajo con los diferentes especialistas escogidos al azar se basó en la consulta de tarjetas de ideas (*brainstorming*). Se siguieron los criterios que se enuncian a continuación.

- *Redacción de una sola idea en cada tarjeta (enunciados breves)*
- *Lectura de las tarjetas en voz alta y colocación a la vista del grupo*
- *En caso de duda, se consultó a quien la realizó, para asegurar la comprensión, sin realizar juicios*
- *Ordenamiento de las tarjetas por igual o similar contenido, definiendo los títulos de los subgrupos*
- *Realización de ranking de prioridades mediante asignación de puntos*

En este taller la tormenta de ideas se trabajó con un rotafolios, en donde cada integrante del grupo o mesa de trabajo informaba sus ideas en relación con el problema, las cuales se anotaban siguiendo las reglas antes mencionadas. Después, se analizaron las ideas y se priorizaron de común acuerdo.

Cada integrante del grupo escribió sus ideas en tarjetas (siguiendo las reglas antes mencionadas para el trabajo con tarjetas).

Esta tormenta de ideas permitió hacer ver ideas nuevas y puntos importantes para mejorar un proceso, para disminuir ciertas dificultades, etc. El trabajo en equipo, sin duda, puede ser mucho más rico que el individual.

En el taller, la metodología de lluvia de ideas (*brainstorming*) se aplicó en varios aspectos abordados por las diversas mesas de trabajo, como la generación de ideas o puntos acerca de las preguntas que se listan en seguida.

- *¿Qué aspectos negativos inciden en la salud de los individuos y las comunidades o ciudades?*
- *¿Qué aspectos inciden positivamente en la salud en los individuos y las comunidades o ciudades?*
- *¿Qué visión a futuro se tiene para incidir en ciudades y comunidades saludables?*
- *¿De qué manera se cree se pueda lograr incidir para lograr que nuestras ciudades y/o comunidades sean saludables?*

Además de catalogar las ideas como: *aspectos negativos, aspectos positivos, visión a futuro y cómo lograrlo*, según los resultados obtenidos, se realizó con las ideas o puntos una clasificación de acuerdo con su tipo en 13 temas principales, cuya importancia debe

considerarse para poder incidir en tener una ciudad o comunidad saludable. Estos temas se desglosan de la siguiente manera:

1. Presupuesto y financiamiento
2. Planeación y normatividad
3. Salud
4. Educación y cultura
5. Autoridades y gobierno
6. Infraestructura y equipamiento
7. Servicios de salud
8. Sociedad y comunidad
9. Información y transparencia
10. Vivienda
11. Medio ambiente
12. Tecnología
13. Economía

Los 13 temas anteriores se organizaron en sendos cuadros.

## Cuadros resultantes del taller

Los 13 temas principales se reunieron en cuadros con los aspectos negativos y positivos, la visión a futuro y cómo lograrlo, conforme a todas las ideas o puntos resultantes en las mesas de trabajo (Cuadros 6.1 a 6.13).

### **Cuadro 6.1.** Presupuesto y financiamiento

Aspectos negativos	Aspectos positivos
1 Disminución de presupuesto para infraestructura en salud	1 Financiamiento para programas de propuesta (este taller)
2 Presupuesto asignado a la atención al desafío y poco a la prevención y la planeación	2 Propuestas suficientes con diversas fuentes de financiamiento
3 Falta de una coordinación internista	
4 Presupuestos y financiamientos mal distribuidos o pobremente elaborados	
5 Presupuestación sin bases operativas en las áreas	
Visión a futuro	Cómo lograrlo
1 Equidad en la distribución del ingreso	1 Presupuestos orientados al desarrollo económico, social, ambiental, urbano y rural
	2 Evaluación periódica de los no cumplimientos, su porqué y cómo superarlos

## Cuadro 6.2. Planeación y normatividad

<i>Aspectos negativos</i>	<i>Aspectos positivos</i>
<ol style="list-style-type: none"><li>1 Falta de planeación intersectorial</li><li>2 Planeación obstaculizada por políticos que sólo apoyan grupos y benefician a ciertos partidos o intereses</li><li>3 Falta de participación de las organizaciones preparadas</li><li>4 Falta de planeación transexenal: no existe continuidad de los proyectos</li><li>5 El Plan Nacional de Desarrollo no tiene un enfoque hacia la salud y la sostenibilidad</li><li>6 No existe un análisis continuo en la aplicación de planes de desarrollo</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1 Conformación de diversas ONG y su legitimación</li><li>2 Ley general de contabilidad gubernamental</li><li>3 Creación de instituciones suficientes para el éxito de la planeación</li><li>4 Contamos con leyes y normas de alta calidad a nivel mundial</li><li>5 Los desarrollos urbanos concentran gran parte de la población del país</li><li>6 Existen planes de usos de suelo</li><li>7 Hay Plan Nacional de Desarrollo (P.N.D.) por lo menos cada sexenio</li><li>8 Existe legislación en materia de género y grupos vulnerables</li><li>9 Programas de seguridad de hábitat en hospitales y algunas poblaciones rurales</li></ol>
<i>Visión a futuro</i>	<i>Cómo lograrlo</i>
<ol style="list-style-type: none"><li>1 Ciudades planificadas o replanteadas con ayuda de la comunidad y con presupuestos reales</li><li>2 Con un límite definitivo del crecimiento de la mancha urbana y conviviendo con su entorno</li><li>3 Con normas y reglamentos acordes a políticas de sostenibilidad y su estricto cumplimiento</li><li>4 Usos del suelo totalmente compatibles y respeto a éstos</li><li>5 Programas integrales y eficientes de seguridad en vivienda, calles y espacios públicos</li><li>6 Ciudades densas e integradas espacialmente</li><li>7 Una ciudad donde se refleja la prioridad del uso del presupuesto de acuerdo a las necesidades</li><li>8 El crecimiento debe partir del reciclado de barrios mediante planeación y diseño integral, regenerándolos</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1 Desarrollar políticas que hagan sustentables a los barrios</li><li>2 Incrementar las fuentes del uso del suelo</li><li>3 Planeación democrática, participativa y evaluativa</li><li>4 Plan intersectorial, transexenal y metropolitano</li><li>5 Control del Estado (Federación) del suelo y sus usos, protección, preservación y desarrollo urbano</li><li>6 Formar un grupo de expertos en diversas áreas para diseñar, desarrollar e implementar un plan</li><li>7 Buscar diseño de políticas, implementando estructura y operación dentro de la salud,</li><li>8 Evaluación periódica de los no cumplimientos, su porqué y cómo superarlos</li></ol>



### Cuadro 6.3. Salud

108

<i>Aspectos negativos</i>	<i>Aspectos positivos</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 No dar premisas a la salud en el ordenamiento territorial del país, estados y municipios</li> <li>2 Discriminación y selectividad en atención hospitalaria</li> <li>3 Falta de servicios coordinados para atender a la salud de la población</li> <li>4 Mala atención de trabajadores de las instituciones médicas</li> <li>5 Falta de programas para preservar y proteger la salud</li> <li>6 Burocratización del sector salud</li> <li>7 Educación en salud conforme al diagnóstico del Plan de Salud Vecinal</li> <li>8 Educación en salud incoordinada con diversos sectores y responsabilidad</li> <li>9 Unidades médicas inexistentes, inaccesibles, sin apoyo y sin recursos</li> <li>10 Carencia de hábitos saludables</li> <li>11 Falta de información al público de preservación y cuidado de la salud</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 La tradición del sector en atender eficientemente las emergencias de riesgos sanitarios</li> <li>2 La capacidad profesional del personal del sector salud</li> <li>3 La socialización del sector</li> <li>4 Campañas de Salud</li> <li>5 Seguro Popular</li> <li>6 Buenas instalaciones de atención a la enfermedad y personal capacitado</li> <li>7 Importante equipamiento en salud en todos los estados (IMSS, ISSTE, SALUD, Hospital General)</li> <li>8 Sistemas de acreditación de capacidad en doctores/enfermeras</li> <li>9 Altos niveles de atención a la salud de la población (urbana, rural)</li> <li>10 Nivel de calidad en tercer nivel, especialización</li> </ol>
<i>Visión a futuro</i>	<i>Cómo lograrlo</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Con pocas unidades de infraestructura de salud debido a la aplicación de medidas preventivas</li> <li>2 Salud comunitaria, recreativa</li> <li>3 Manejo de enfermedad con un gobierno de capacidad resolutive</li> <li>4 Sistema integrado de servicios de salud</li> <li>5 Clínicas con protección y preservación de la salud</li> <li>6 Seguros médicos para eventualidades y discapacidad</li> <li>7 Mayor intercambio con las ONG de la diversidad de acciones saludables</li> <li>8 Servicios de atención y cuidado al adulto mayor</li> <li>9 Con un plan de salud integral partiendo de un diagnóstico realizado por las instituciones</li> <li>10 Acceso general a servicios de protección a la salud, educación y a la seguridad de la población</li> <li>11 Plan regional de abasto de alimentos saludables con certificación orgánica</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Unidades de atención primaria cercanas y participación en hogares, escuelas y trabajos</li> <li>2 Impulsar la telemedicina</li> <li>3 Integración real de sistemas de salud pública y seguridad social (deporte, capacitación, cultura)</li> <li>4 P.N.D. enfocado a la salud, y que se orienten las políticas públicas hacia ese fin</li> <li>5 Definición de células urbanas saludables con dotación propia</li> <li>6 Promover la salud en nuestro entorno familiar y social</li> <li>7 Crear la Revista del usuario en salud para que se dé información accesible a los usuarios</li> </ol>

## Cuadro 6.4. Educación y cultura

<i>Aspectos negativos</i>	<i>Aspectos positivos</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 No incluir en el sistema educativo a la salud como un sistema</li> <li>2 Desigualdad en educación, en ingresos, socio-económico-cultural</li> <li>3 Falta de cultura democrática</li> <li>4 Falta de programas educativos (primaria, secundaria y preparatoria) para difundir atención a la salud</li> <li>5 Falta de educación sobre manejo de desperdicios</li> <li>6 Escasos programas y/o campañas de información médica sobre todo en comunidades fuera</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Tratar de cumplir con el programa de educación escolar inicial e intermedia</li> <li>2 Reforma educativa</li> <li>3 Diversidad en los campos educativos, sociales y culturales</li> <li>4 Riqueza y oferta cultural</li> <li>5 Cultura de la bicicleta</li> <li>6 Instituciones educativas</li> <li>7 Universidades con carreras profesionales en salud</li> </ol>
<i>Visión a futuro</i>	<i>Cómo lograrlo</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Con ciudadanos educados y respetuosos del entorno y los sitios de uso común</li> <li>2 Revitalizar a la población logrando su dignificación al estar todos educados</li> <li>3 Educación al más alto nivel para toda la población</li> <li>4 Programas de educación extra escolar para niños, adultos y adultos mayores</li> <li>5 Atención a programas de capacitación del trabajo</li> <li>6 Formación técnica y artística (escultura, pintura, música, danza)</li> <li>7 Servicios de atención educativa con calidad, en educación básica y media superior</li> <li>8 Con el apoyo económico de Conacyt para el desarrollo en la aplicación de la investigación</li> <li>9 Acceso general a servicios de protección a la salud, educación y a la seguridad de la población</li> <li>10 Altísimos niveles culturales y de recreación</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Ampliando la enseñanza y la educación para todos</li> <li>2 Capacitación para la producción de los diferentes sectores de la población</li> <li>3 Un sistema educativo integral prioritario en la primaria y en el nivel medio superior con alimentación y actividades deportivas.</li> <li>4 Impulsar la educación a distancia</li> <li>5 Incorporar nuevas tecnologías a la educación desde primaria a universidades</li> <li>6 Capacitación con exámenes a profesores y con sistema de pago de acuerdo con su capacidad</li> <li>7 Mayor inversión en la educación</li> <li>8 Con educación no solo cívica, sino médica y de salud, incluso bioética</li> </ol>

## Cuadro 6.5. Autoridades y gobierno

110

<i>Aspectos negativos</i>	<i>Aspectos positivos</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Falta de claridad y asignación directa de facultades en la legislación</li> <li>2 No aplicación de la normatividad, fuerte impunidad y alta corrupción</li> <li>3 Legislación político-negativa y no técnico-científica</li> <li>4 Incumplimiento de los derechos políticos, económicos y sociales</li> <li>5 Urge la participación de la sociedad para conducir las políticas sostenibles y exigir buen resultado</li> <li>6 El gobierno manda, pero no dirige o dirige a su manera</li> <li>7 Coordinación interinstitucional prácticamente inexistente</li> <li>8 Sin monitoreo y poca retroalimentación en políticas públicas</li> <li>9 Falta de nacionalismo de los gobernantes por la visión a corto plazo de crecimiento personal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 La alternancia con los gobiernos para generar competitividad social y política</li> <li>2 Hay diversidad política que genera muchas ideas, aunque éstas no sean tan buenas</li> <li>3 Las instituciones buscan programas para las necesidades de la población</li> </ol>
<i>Visión a futuro</i>	<i>Cómo lograrlo</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Cero corrupción, impunidad y alto nivel de seguridad</li> <li>2 Se tiene una inmediata y clara información de la aplicación del presupuesto en el nivel federal</li> <li>3 Participación activa en las políticas públicas con las H. Cámaras de Diputados Federales y de Senadores</li> <li>4 Buena gobernabilidad</li> <li>5 Gobiernos que toman en cuenta la participación ciudadana y el bien común</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Que todos los partidos políticos tengan los mismos ideales</li> <li>2 Erradicar totalmente la corrupción e impunidad</li> <li>3 Aplicación de la ley a políticos y autoridades</li> <li>4 Con una voluntad política y una legislación en la que participen todas las instituciones y la comunidad</li> <li>5 Diseñar los procedimientos de gestión que permitan materializar las acciones</li> <li>6 Rendición de cuentas a cámaras, gobiernos federales, estatales y municipales.</li> <li>7 Ocupación de puestos directivos por especialistas en el tema</li> <li>8 Se requieren nombramientos estratégicos que sirvan de enlace y que funcionen</li> </ol>

## Cuadro 6.6. Infraestructura y equipamiento

<i>Aspectos negativos</i>	<i>Aspectos positivos</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Infraestructura de manejo de residual urbano-industriales y hospitalización biológico-infeccioso</li> <li>2 Pobre sistema de alumbrados en calles avenidas y parques públicos</li> <li>3 Parques y jardines contaminados, inseguros, rebasados</li> <li>4 Vialidades peatonales mínimas o invadidas por el comercio ambulante</li> <li>5 Vialidades vehiculares insuficientes, limitadas y desembocando en embudos</li> <li>6 Plazas cívicas demasiado desplazadas o inexistentes, o con pérdida de su idealización</li> <li>7 Los centros sociales no son accesibles y algunos centros culturales no están coordinadas con la educación</li> <li>8 Falta de equipamiento para discapacitados, ciclistas y peatones</li> <li>9 Los cables de energía eléctrica en algunos lugares son caóticos y contaminan visualmente</li> <li>10 Falta de desarrollo urbano que aliente la red de uso de suelo mixto</li> <li>11 La ciudad no tiene resuelto el tema de la accesibilidad universal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Paseos peatonales/espacio público</li> <li>2 Existen espacios verdes</li> <li>3 Hay movilidad y transporte público</li> <li>4 Existe una infraestructura vial que comunica a cualquier punta de la ciudad</li> <li>5 Existe agua y drenaje en la mayor parte de la ciudad</li> <li>6 Espacios deportivos</li> <li>7 Existencia de plaza central (Zócalo)</li> <li>8 Se hace tratamiento de aguas negras</li> <li>9 Existencia de energía eléctrica</li> <li>10 Conjuntos habitacionales y centros sociales, culturales, religiosos y de trabajo</li> </ol>
<i>Visión a futuro</i>	<i>Cómo lograrlo</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Mayor número de espacios abiertos que promuevan la convivencia interpersonal</li> <li>2 Una red de transporte colectivo muy eficiente</li> <li>3 Pocas vialidades para vehículos autónomos: únicamente para transporte masivo, abasto, salud y emergencias</li> <li>4 Conectividad total de las ciudades por transporte masivo movidos por energías naturales</li> <li>5 Ciudades sin contaminación y con infraestructura y equipamiento total y funcional</li> <li>6 Áreas de ciudad reservadas para bicicletas y peatones</li> <li>7 Sistema integrado de actividades deportivas en barrios, ciudades y a nivel nacional</li> <li>8 Barrios con dotación de equipamiento urbano saludable con base en una guía de dotación mínima, nacional y estatal</li> <li>9 Una ciudad con espacios para el diálogo de la comunidad</li> <li>10 Seguridad vial y peatonal, espacios adecuados para bicicleta y motocicleta con delimitación adecuada</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Creación de espacios para el diálogo de la comunidad</li> <li>2 Con programas de mobiliario urbano, peatonal, bicicleta, motocicleta, automóvil, autobús, metro o trenes urbanos</li> <li>3 Dotación de un mínimo normativo de áreas verdes, por ciudad.</li> </ol>

## Cuadro 6.7. Servicios públicos

<i>Aspectos negativos</i>	<i>Aspectos positivos</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Carencia de agua potable</li> <li>2 No existe planeación integral en el tema del transporte público y movilidad</li> <li>3 Mal manejo de residuos sólidos</li> <li>4 Inseguridad</li> <li>5 Desperdicio del servicio de agua potable</li> <li>6 No aplicación de la seguridad de habitantes</li> <li>7 Mal manejo de aguas negras, legislación, normatividad y reglamentación, educación</li> <li>8 Uso irracional de la energía eléctrica</li> <li>9 Existe inequidad entre una colonia y otra de los servicios</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Interés de otorgar servicios para la gente que lo necesita</li> <li>2 Integración libre de actividades</li> <li>3 Hay una red existente de agua potable y drenaje</li> </ol>
<i>Visión a futuro</i>	<i>Cómo lograrlo</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 La ciudad está muy limpia e iluminada</li> <li>2 Legalización controlada de drogas por el estado</li> <li>3 Áreas rurales con todos los servicios</li> <li>4 Disponibilidad de agua, electricidad, telecomunicaciones</li> <li>5 Manejo adecuado de desechos tóxicos, residuales</li> <li>6 Transporte interno privilegiando al peatón, bicicleta y discapacidad</li> <li>7 Acceso general a servicios de protección a la salud, educación y a la seguridad de la población</li> <li>8 Tratamiento adecuado e integral de agua, y desechos sólidos</li> <li>9 Ciudad con redes de comunicación pública adecuadas y transporte público digno</li> <li>10 Seguridad a la persona: no secuestros, sobornos ni violencia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Con una ciudad con todos los servicios públicos adecuados y siempre en operación</li> <li>2 Redes de comunicación pública adecuadas y transporte público digno</li> <li>3 Acercar los bienes y servicios a los usuarios para evitar desplazamientos</li> <li>4 Oferta controlada de drogas, tabaco y alcohol, como medio de lucha contra mafias</li> <li>5 Creación y protección de espacios públicos</li> <li>6 Profesionalización de la policía.</li> </ol>

## Cuadro 6.8. Sociedad y comunidad

<i>Aspectos negativos</i>	<i>Aspectos positivos</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Existe total descoordinación de la comunidad</li> <li>2 Géneros y grupos vulnerables</li> <li>3 Déficit en el comportamiento cívico</li> <li>4 Falta de una coordinación interinstitucional vigilada por el sector social, “la opinión y poder públicos”</li> <li>5 Pérdida de identidad comunitaria</li> <li>6 Pobreza extrema</li> <li>7 No existe la cultura de respeto a las áreas comunes, el espacio afuera de los límites de su vivienda</li> <li>8 No hay una política real de desarrollo comunitario</li> <li>9 Falta de programas que integren la participación de los ciudadanos con los elementos de seguridad</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Mantener la idea de equidad de género en todo</li> <li>2 Mejorar e incrementar la participación de la sociedad</li> <li>3 Tolerancia a la renovación y creativities nuevas</li> <li>4 Organización comunitaria</li> <li>5 La familia es el núcleo prioritario</li> <li>6 Hay muchos jóvenes con actitud de superación y apego a su país</li> <li>7 La solidaridad de la población ante emergencias sociobionaturales</li> <li>8 Áreas tradicionales, barrios, imagen y orgullo</li> <li>9 Somos una sociedad con valores religiosos y espirituales</li> <li>10 Riqueza cultural, gastronómica, festividades, idiomas, vestigios, herbolaria, etc.</li> </ol>
<i>Visión a futuro</i>	<i>Cómo lograrlo</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Control contaminación visual, acústica</li> <li>2 Con constantes reuniones vecinales para mantener su barrio limpio, seguro y saludable</li> <li>3 Cada vez hay más policías ciudadanos que cuidan su barrio</li> <li>4 Una sociedad con identidad propia, que se nutre de sus tradiciones</li> <li>5 Con una amplia calidad de vida y de indicadores de bienestar</li> <li>6 Una ciudad que genere arraigo cultural y de educación social</li> <li>7 La gente cuenta con el pleno ejercicio de sus derechos</li> <li>8 Dentro de un espacio habitable que conviva e integre el desarrollo social</li> <li>9 impulsar la salud, educación y trabajo en cada comunidad</li> <li>10 Fomentar programas de integración social y de seguridad</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Con una sociedad o comunidad solidaria y educada</li> <li>2 Reglamentar la participación ciudadana en las decisiones sobre la inversión de la ciudad</li> <li>3 Crear comités ciudadanos por barrios, comunidades y/o colonias</li> <li>4 Crear instrumentos de planeación participativa e integral conjuntamente autoridad y comunidad</li> <li>5 Ayudar a formar jóvenes con espíritu de servicio</li> <li>6 Expresar nuestras propuestas en foros creativos de cualquier especialidad</li> <li>7 Comprometer la cooperación económica, política y social de la población</li> <li>8 Con planeación profesional interdisciplinaria y el consenso de la opinión y dominio públicos</li> <li>9 Comprometer la cooperación económica, política y social</li> <li>10 Llevar a cabo una verdadera consulta popular en la elección del desarrollo urbano.</li> <li>11 Evaluar todo lo que se realice de manera obligatoria en tiempo</li> </ol>

## Cuadro 6.9. Información y transparencia

<i>Aspectos negativos</i>	<i>Aspectos positivos</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 No existe un uso de lenguaje adecuado y entendible para toda la población</li> <li>2 Presupuestos y financiamiento sin transparencia</li> <li>3 Sistemas informáticos</li> <li>4 Ausencia de transparencia y rendición de cuentas</li> <li>5 Contaminación visual de publicidad y propagandas</li> <li>6 Legislación y normatividad sin difusión real en la sociedad</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Impulso a la cultura de transparencia y rendición de cuentas</li> <li>2 Abaratamiento de la tecnología de información y comunicación</li> <li>3 Expansión de redes sociales</li> <li>4 Mayor vigilancia en el cumplimiento y transparencia</li> <li>5 Las redes sociales están coadyuvando en la participación pública</li> <li>6 Sistemas de información, acceso a la información</li> <li>7 Existencia de sistemas informáticos</li> </ol>
<i>Visión a futuro</i>	<i>Cómo lograrlo</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 El gobierno informa constantemente sus acciones reales a cada barrio</li> <li>2 Crear un lenguaje de comunicación integral entre comunidades</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Información en los barrios, colonias y comunidades de cómo participar, tomando las mejores prácticas</li> <li>2 Llevar a cabo una verdadera consulta popular en la elección del desarrollo urbano</li> <li>3 Exigir a las autoridades que escuchen nuestras propuestas</li> <li>4 Información clara, concreta y concisa</li> <li>5 Generar un sistema integral de información conjunta de todas las dependencias de gobierno</li> <li>6 Simplificar y comunicar las grandes decisiones nacionales hacia los distintos niveles de la población</li> <li>7 Divulgar los proyectos de la ciudad en materia de desarrollo integral</li> <li>8 Definición clara de la propuesta</li> </ol>

114

### Cuadro 6.10. Vivienda

<i>Aspectos negativos</i>	<i>Aspectos positivos</i>
<ol style="list-style-type: none"><li>1 Casas habitación que no cuentan con espacios dignos y con todos los servicios funcionando</li><li>2 Vivienda concentrada, sin respeto a la dignidad humana, al igual que los conjuntos habitacionales</li><li>3 Deterioro del diseño de vivienda</li><li>4 Los conjuntos habitacionales se han vuelto focos rojos de inseguridad</li><li>5 No existe una conciencia de vivir conjuntamente en los conjuntos habitacionales</li><li>6 En las periferias las viviendas carecen de los servicios para ser habitables</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1 Existen viviendas y predios por familia</li></ol>
<i>Visión a futuro</i>	<i>Cómo lograrlo</i>
<ol style="list-style-type: none"><li>1 Regeneración de barrios mediante planeación y desarrollo reciclado de la ciudad</li><li>2 Áreas de viviendas suficientes, higiénicas, cómodas y confiables</li></ol>	No hubo propuestas



### Cuadro 6.11. Medio ambiente

116

<i>Aspectos negativos</i>		<i>Aspectos positivos</i>	
1	No existe un entendimiento claro de los sistemas en equilibrio	1	Uso de bicicletas y transporte público por más comunidades
2	Falta de generación de energía por métodos renovables	2	Mayor conciencia social del cuidado del medio ambiente
3	Mucha salida y poco regreso de aguas	3	Reciclaje de agua
4	Gran explotación de recursos naturales		
5	Contaminación de ríos y canales que aún se utilizan		
6	Contaminación del aire		
7	Clasificación de calidades de agua		
8	Riesgos climáticos		
9	No existe una política real de tratamiento de aguas		
<i>Visión a futuro</i>		<i>Cómo lograrlo</i>	
1	Con un criterio sustentable con la capacidad para mantener los sistemas naturales y culturales en equilibrio	1	En zonas de concentración de aguas negras, crear una serie de filtros de tratamiento que generen una salida limpia
2	Reforestación de bosques	2	Campaña veraz de la sustentabilidad y la sostenibilidad
3	Infiltración de agua al subsuelo, pequeñas presas, agricultura suficiente	3	Destacando la sustentabilidad en toda la creación de la ciudad
4	Incrementando los sistemas prehispánicos de chinampas y canales	4	Fortaleciendo la educación ambiental
5	Disponibilidad de alimentos autosustentables		
6	Disminución del uso del automóvil, aumentando la circulación de vehículos no motorizados		
7	Donde se conserve y prospere el medio ambiente		
8	Una ciudad verde y sin contaminación		

### Cuadro 6.12. Tecnología

<i>Aspectos negativos</i>		<i>Aspectos positivos</i>	
1	Falta de integración urbana-tecnológica	1	Acceso a la tecnología local y global
2	Uso desmesurado de nuevas tecnologías	2	La tecnología facilita la aplicación de muchas ideas y desarrollo para su visualización y mostrarla a la ciudadanía
		3	Las redes sociales revalorizan las comunidades
		4	Cada vez mayor penetración tecnológica de información
<i>Visión a futuro</i>		<i>Cómo lograrlo</i>	
1	Acceso general a sistemas de información y tecnología	1	Aplicar los avances en la tecnología de la información para apuntalar la desconcentración

### Cuadro 6.13. Economía

Aspectos negativos	Aspectos positivos
1 Comercio ambulante 2 Riqueza extrema	1 Control de la demografía y medianamente la economía 2 Hay un empuje económico por escala de cierta importancia
Visión a futuro	Cómo lograrlo
1 Trabajo para toda la población con altos niveles de ingresos y cero marginación 2 Economía del bienestar para toda la población 3 Generación de empleo en redes productivas 4 Acceso de todos a una economía de sustentabilidad	No hubo propuestas

117

### Cuadro 6.14 Resumen

Núm.	Concepto	Tabla resumen					
		AN	AP	VF	CL	Total	%
1	Presupuesto y financiamiento	5	2	1	2	10	3.21%
2	Planeación y normatividad	7	9	8	8	32	10.26%
3	Salud	11	10	11	7	39	12.50%
4	Educación y cultura	7	7	10	8	32	10.26%
5	Autoridades y gobierno	9	3	5	8	25	8.01%
6	Infraestructura y equipamiento	11	10	10	3	34	10.90%
7	Servicios públicos	9	3	10	6	28	8.97%
8	Sociedad y comunidad	9	10	10	11	40	12.82%
9	Información y transparencia	6	7	2	8	23	7.37%
10	Vivienda	6	1	2	0	9	2.88%
11	Medio ambiente	9	3	8	4	24	7.69%
12	Tecnología	2	4	1	1	8	2.56%
13	Economía	2	2	4	0	8	2.56%
Total:		93	71	82	66	312	100.00%
Porcentaje:		29.81%	22.76%	26.28%	21.15%	100.00%	

AN, aspectos negativos; AP, aspectos positivos; VF, visión a futuro; CL, cómo lograrlo.

Como se observó en los 14 cuadros anteriores, se obtuvo un total de 312 ideas o puntos entre los aspectos negativos, aspectos positivos, visión a futuro y cómo lograrlo.

En cuanto a los aspectos negativos, se indicó una cantidad de 93 ideas o puntos, lo que significa 29.81% del total; en lo referente a los aspectos positivos, se manejaron 71, lo que representa 22.76% del total.

En ideas con visión a futuro, se determinaron 82 puntos o ideas, es decir, 26.28% del total, y en la forma de cómo lograrlo se obtuvieron 66, lo que representa 21.15% del total.

Con base en estos resultados y conforme a su clasificación en 13 temas, a continuación se realiza una interpretación general de cada uno. Se indica lo relevante en aspectos negativos, aspectos positivos, la visión a futuro y cómo lograrlo.

## Interpretación del taller

### Tema 1. Presupuesto y financiamiento

En este rubro, por desgracia no es suficiente el presupuesto destinado para la salud en forma integral (individuos y comunidad o ciudad) y su infraestructura, y no sólo en lo que a hospitales y clínicas se refiere, sino también a todo lo que tiene que ver con situaciones saludables que permitan tener ciudades o comunidades saludables.

Tradicionalmente se ha asignado presupuesto para la atención al daño y poco a la prevención y la planeación; por fortuna, esto ha ido cambiando. Si se le dedicara más tiempo a la prevención y planeación, toda la sociedad y el gobierno saldrían ganando, habría menos diabéticos, hipertensos y obesos, que hoy día es un problema de salud pública en el ámbito mundial; habría más conciencia del cuidado de la propia salud, y el gasto tanto particular como gubernamental se reduciría de manera considerable.

Existen presupuestos y financiamientos mal distribuidos o pobremente elaborados, sin bases operativas en las áreas y sin coordinación intersectorial.

Al haber mayor inversión en la educación y presupuestos orientados al desarrollo económico, social, ambiental, urbano y rural, se lograría mayor equidad en la distribución del ingreso y apoyos económicos de instituciones como Conacyt, que se aplicarían al desarrollo de investigaciones.

Deben existir presupuestos con equidad en la distribución del ingreso y con una evaluación periódica de las faltas de cumplimiento, las razones de ello y cómo superarlo, para poder corregir desviaciones y poder aplicar los presupuestos correctamente.

## Tema 2. Planeación y normatividad

No existe un análisis continuo en la aplicación de planes de desarrollo, ni se integra en éstos la participación de los ciudadanos en las comunidades. El Plan Nacional de Desarrollo no tiene un enfoque en la salud como concepto integral ni en la sustentabilidad; hay falta de planeación transexenal, por lo que no existe continuidad en los programas y proyectos. También hay falta de participación en la planeación por parte de la comunidad y de las organizaciones preparadas; los programas y la planeación para preservar y proteger la salud de forma integral aún son insuficientes.

119

No hay planeación intersectorial y ésta se ve obstaculizada por políticos que sólo apoyan a ciertos grupos, de manera que se beneficia a partidarios o a intereses personales. Además, no se permite de lleno la participación de las organizaciones preparadas para todo esto.

Por otro lado, también se perciben aspectos positivos, como la legislación en materia de género y grupos vulnerables, los planes de uso de suelo y las leyes y normas de alta calidad con las que contamos, que son de las mejores en el mundo, pero hay que aplicarlas.

Si bien hay un Plan Nacional de Desarrollo cada sexenio, sería mejor si hubiera continuidad entre el saliente y el entrante. Existen planes de uso de suelo, hay programas de seguridad del hábitat y de hospitales en algunas poblaciones rurales. Por otra parte, se cuenta también con la *Ley general de contabilidad gubernamental* y diversas ONG con legitimación.

Aunque en los grandes desarrollos urbanos se concentra gran parte de la población del país, el crecimiento se podría lograr reciclando los barrios por medio de su planeación y diseño integral, es decir, regenerándolos. También, desarrollando políticas que los hagan sustentables de manera democrática, participativa y evaluativa; buscando, además, el diseño de políticas e implementando estructuras y operaciones dentro de los rubros de salud, educación, comunicación y un plan intersectorial transexenal y de metrópoli.

Con la aplicación de lo anterior, se podrían lograr comunidades planificadas o replanteadas con ayuda de la comunidad y con presupuestos reales, con límites en el crecimiento de la mancha urbana

y mayor convivencia con el entorno natural, usos de suelo compatibles y respetados, barrios regenerados o reciclados con planeación y diseño integral; con programas integrales y eficientes de seguridad en vivienda, calles y espacios públicos y un Plan de Salud Integral, a partir de un diagnóstico llevado a cabo por las autoridades y cada comunidad.

### Tema 3. Servicios de salud

Algunos de los aspectos negativos en la salud consisten en no dar premisas a la salud en el ordenamiento territorial del país, los estados y los municipios. Otros son la discriminación y la selectividad en la atención hospitalaria, la falta de servicios coordinados para atender la salud y la mala atención por parte de los trabajadores de las instituciones médicas, por las razones que sean. Las anteriores son algunas percepciones que molestan a la población en general.

La ausencia de programas para preservar y proteger la salud, la burocratización del sector salud, la falta de información al público acerca de la preservación y el cuidado de la salud, la carencia en general de hábitos saludables en la población y la falta de educación en salud conforme al diagnóstico del plan de salud vecinal constituyen otros aspectos negativos.

Además, la falta de coordinación entre la educación en salud y los diversos sectores de gobierno, la inexistencia o la inaccesibilidad de unidades médicas y las unidades sin apoyo y sin recursos son algunos de los problemas que enfrenta la población y/o la comunidad para poder lograr niveles de salud adecuados y, sobre todo, tener comunidades saludables.

Pero no todo es negro, también hay logros visibles y tangibles, como la gran tradición en este país en atender con eficiencia las emergencias de riesgos sanitarios. Frente a una catástrofe, siempre hay respuestas positivas por parte de la población; se manifiesta la capacidad profesional del personal del sector salud, aunque a veces la demanda de atención a pacientes es tan alta, que hace parecer lo contrario. Otro logro es la socialización del sector salud en instituciones fuertes y sólidas.

Por otra parte, las campañas de salud han ido mejorando y han sembrado más conciencia en la población. Hay buenas instalaciones de atención a la enfermedad y personal capacitado en todos los estados, por parte de las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y SS), sobre todo, en hospitales de especialidades o de tercer nivel de aten-

ción. Un logro de los últimos años es la creación y buen ejercicio del Seguro Popular.

Asimismo, los sistemas de acreditación de capacidad de médicos y enfermeras y los altos índices de atención a la salud de la población urbana y rural constituyen avances importantes.

No obstante, podría haber mejoras si se hicieran más unidades de atención primaria para que no hubiera un alto número de pacientes por atender en un mismo lugar y para que éstos no invirtieran muchas horas en su desplazamiento hacia dichas unidades. Sería de gran utilidad la diversidad y abundancia de programas con participación en hogares, escuelas y sitios de trabajo para la educación en la salud.

Sería mejor si las nuevas clínicas estuvieran en gran medida enfocadas en la aplicación de medidas preventivas y saludables, además de atender la enfermedad, y si en ellas también se impartieran cursos de prevención, tanto para quienes están sanos o son propensos a algún padecimiento como para quienes están enfermos.

Otras mejoras provendrían de manejar un sistema de salud integrado, que incluyera el concepto de salud comunitaria y recreativa, y de realizar planes de salud integral, a partir de diagnósticos realizados conjuntamente entre las instituciones que intervienen para mejorar la salud y la comunidad.

Es necesario propiciar la integración real de los sistemas de salud pública y la seguridad social (deporte, capacitación, cultura, etc.), donde el plan nacional de desarrollo y los planes sectoriales orienten las políticas públicas hacia este fin. Además, debe darse un impulso importante a la telemedicina para que cualquier unidad de primer o segundo niveles tengan estas instalaciones y, de ese modo, se eleve el nivel resolutivo de todo el sistema de salud.

Es importante que la población aprenda a cuidarse y mejorar su estilo de vida para lograr una mejor calidad física, emocional, mental y espiritual. Debe favorecerse la atención y cuidados para el Adulto Mayor. Asimismo, conviene incentivar seguros médicos para eventualidades y discapacidad. Además, puede aprovecharse el apoyo de ciertas ONG por medio de intercambios y asesorías relacionadas con llevar a cabo acciones saludables.

Por otra parte, es esencial incorporar un plan nacional y regional de alimentos saludables con certificaciones orgánicas, que se ponga en marcha conjuntamente con la comunidad para también detonar su desarrollo.

## Tema 4. Educación y cultura

La educación es un factor presente en todos y cada uno de los aspectos analizados. Si la hay, si no la hay, si es diversa en los campos sociales, culturales y espirituales, resulta ser fundamental para poder lograr comunidades saludables.

En la actualidad, la desigualdad en educación, ingresos y aspectos sociales, económicos y culturales es uno de los flagelos que más afectan el desarrollo de comunidades o ciudades saludables. Aunado a esto, la falta de cultura democrática, de programas educativos eficaces en primaria, secundaria y bachillerato para difundir la educación en la salud individual y colectiva, la no inclusión en el sistema educativo a la salud como un sistema integral, la falta de educación y conciencia sobre el manejo de desperdicios, los escasos programas y/o campanas de información médica y salud sobre todo en comunidades rurales fuera de las áreas de ciudades son algunos de los aspectos negativos por los que no se pueden tener ciudades o comunidades saludables.

La educación cívica, de respeto al otro y al entorno en que se habita, porque es de otros, pero también es de uno, la educación para no tirar basura en las calles, cuidar de parques y jardines, respetar al peatón y los espacios asignados como peatonales, así como las vialidades y los lugares para bicicletas y patines.

Por ello, la Reforma Educativa, si logra aplicarse por completo, tendrá un enorme peso al poder exigir responsabilidades, maestros bien preparados y comprometidos con su labor, con autoconciencia, que enseñen a los individuos no sólo conocimientos, sino también valores como el amor a ellos mismos y al prójimo, con el fin de crear estados de salud física, emocional, mental y espiritual. La salud nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso.

En la actualidad, dentro de los aspectos positivos, tenemos una diversidad en los campos educativos, sociales y culturales, una riqueza y oferta cultural extraordinaria, contamos con instituciones educativas con una infraestructura muy grande, también tenemos universidades con gran diversidad de carreras y disciplinas, entre ellas, las enfocadas a la salud. Actualmente las autoridades educativas hacen un esfuerzo por tratar de cumplir con los programas de educación, desde inicial hasta media superior.

Las metas propuestas se lograrán con mayor inversión en educación, fortaleciendo la educación ambiental, ampliando la enseñanza y la educación para todos, capacitando a los diferentes sectores

de la población para participar, con un sistema educativo integral y prioritario desde preescolar, con hábitos saludables de alimentación y actividades deportivas y también impulsando la educación a distancia e incorporando nuevas tecnologías.

Con la visión de tener servicios educativos con calidad en todos sus niveles, se tendrán ciudadanos educados y respetuosos del entorno y los sitios en común, con muy altos niveles culturales y de recreación, con formación técnica y artística (escultura, pintura, danza y música). Además, con la atención a los programas de capacitación en el trabajo se logrará revitalizar a la población y comunidades dignamente al estar todos educados.

Para que todo esto sea posible, debe existir un gran apoyo económico a la investigación para que su aplicación redunde en el desarrollo de nuestro país.

## Tema 5. Autoridades y gobierno

Existen varios aspectos que parecerían entorpecer el desarrollo de comunidades saludables, como la falta de nacionalismo de los gobernantes, el incumplimiento de los derechos políticos, económicos y sociales, políticas públicas sin monitoreo ni retroalimentación, una coordinación interinstitucional casi inexistente o pobre y la falta de sentido de urgencia de la participación de la sociedad para conducir las políticas sostenibles y exigir un buen comportamiento y eficiencia.

Sin aplicación de la normatividad, con impunidad y corrupción, donde el gobierno manda pero no dirige, y si lo hace, es a su manera, que no siempre tiene que ver con el bien común, hay falta de claridad y asignación directa de facultades en la legislación.

Y, todo esto, acontece a pesar de haber diversidad política, circunstancia que genera muchas ideas, aunque en algunos casos no sean tan buenas, y con una alternancia con los gobiernos que generan competitividad social y política y con instituciones que buscan programas en función de las necesidades de la población.

La situación podría mejorar de manera considerable si se erradicara la corrupción y la impunidad, con la aplicación de la ley a políticos y autoridades, diseñando procedimientos de gestión que permitieran accionar de manera inmediata y gradual, otorgando puestos directivos a especialistas en cada tema y algunos puestos estratégicos que sirvan de enlace y sean más efectivos.

Si hubiera una legislación más participativa, donde realmente estuvieran presentes la comunidad y las instituciones, se tomarían



mejores decisiones para el bienestar de todos. Además, la rendición de cuentas sería más clara y rigurosa.

Así, se reducirían los niveles de corrupción e impunidad, logrando con ello un mayor nivel de seguridad; se tendrían gobiernos que tomaran en cuenta la participación ciudadana y que velaran por el bien común; además, se tendría clara la información y casi su inmediata aplicación de presupuestos tanto en el ámbito federal como municipal.

## Tema 6. Infraestructura y equipamiento

Se ha avanzado mucho, pero aún hay deficiencias en las ciudades y comunidades, por ejemplo: pobre sistema de alumbrado en calles, avenidas y parques públicos; parques y jardines contaminados e inseguros; vialidades peatonales escasas o invalidadas por el comercio ambulante, así como vialidades vehiculares insuficientes, limitadas y que desembocan en embudos.

Otras deficiencias son: el cableado de energía eléctrica es caótico, contaminante visualmente y presenta riesgos para el peatón; es insuficiente y pobre el manejo de residuos urbano-industriales y biológico-infecciosos en hospitales; no es suficiente el equipamiento para discapacitados, ciclistas y peatones, y muchos centros sociales son inaccesibles y, en algunos, no hay relación con la educación.

Además, las plazas cívicas han sido desplazadas o no existen y se ha perdido su idealización o el motivo por el que fueron hechas; en muchas partes de las ciudades y comunidades, falta desarrollo urbano que pueda alentar una red de usos de suelo mixto y la ciudad no tiene resuelto el tema de accesibilidad universal.

Hay espacios públicos y verdes con paseos peatonales, pero hay que enseñar que son de todos y, por lo tanto, todos deben cuidarlos, la infraestructura vial, aunque con deficiencias, comunica a cualquier punto de la ciudad, hay movilidad y transporte público.

En la mayor parte de la ciudad existe agua y drenaje, hay tratamiento para aguas negras, energía eléctrica, conjuntos habitacionales, centros sociales, culturales, religiosos y de trabajo, así como espacios deportivos, también en la mayoría de las comunidades y ciudades existe la plaza central o principal llamada zócalo.

Todo esto se puede mejorar si se crean espacios para el diálogo en la comunidad con programas de mobiliario urbano, peatonal, bicicleta, motocicleta, automóvil, autobús, metro y trenes urbanos. También, si se dota de un mínimo normativo de áreas verdes por comunidad.

Con estas medidas habrá un mayor número de espacios abiertos que promuevan la convivencia interpersonal y el disfrute del entorno, además del diálogo de la comunidad, con una red de transporte colectivo más eficiente, seguridad vial y peatonal, con espacios adecuados para la bicicleta, con vialidades diseñadas para el transporte masivo, de abasto, de salud y emergencia y no para vehículos autónomos.

Otras medidas consisten en la conectividad total de las ciudades con transporte público movido con energías naturales; barrios con dotación de equipamiento urbano saludable con base en una guía de dotación mínima nacional, estatal y municipal, y un sistema integrado de actividades deportivas en ciudades y barrios a nivel nacional y para todos.

## Tema 7. Servicios públicos

125

La inequidad entre colonias y/o barrios con los servicios básicos; la carencia o racionamiento y el desperdicio del agua potable en muchos de los mismos; el mal manejo de residuos sólidos y aguas negras; la falta, o ausencia, de legislación, normatividad, reglamentación, educación e información, y el uso irracional de la energía pública son muchos de los problemas que aún hay que resolver en muchas comunidades y mejorar en otras. Todos estos factores, sumados a la inseguridad, han impedido el avance y la mejora en cuanto a servicios públicos.

Por un lado, el hecho de que no exista una planeación integral en el tema de transporte público y movilidad crea un caos en las ciudades y comunidades; por otro, hay mucho interés en otorgar servicios a la gente que lo necesita, por lo que ha mejorado de manera considerable la red de agua y drenaje, aunque todavía falta mucho por hacer.

Se puede mejorar creando y protegiendo los espacios públicos, para ello se requiere de policía bien capacitada y profesional, que acerquen bienes y servicios a usuarios, creando redes de comunicación pública adecuadas y transporte público digno.

Si los servicios son adecuados y operan en forma satisfactoria, entonces lograremos espacios más saludables.

Se pueden tener ciudades y comunidades limpias y bien iluminadas, con suficientes áreas naturales y con todos los servicios como agua potable, drenaje, luz y telecomunicaciones, con un mayor nivel cultural y recreativo, un mejor tratamiento de aguas, desechos sólidos

dos, tóxicos y residuales, con un transporte que privilegie al peatón, al discapacitado y a quien use bicicleta, con acceso para todos a los servicios de protección a la salud, educación y seguridad.

Una ciudad en donde se brinde seguridad a la persona, donde no haya secuestros, sobornos ni violencia.

En las áreas rurales es de vital importancia que se pueda contar con todos los servicios públicos de todo tipo, para poder impulsar su desarrollo y promoción, y así incluirlas en el desarrollo sustentable y económico del país.

## Tema 8. **Sociedad y comunidad**

Al haber tantos grupos vulnerables, desigualdad en educación, ingresos económicos y niveles socioculturales, déficit en el comportamiento cívico, como falta de respeto a los espacios comunes e incluso al espacio fuera de los límites de la vivienda, carencia de hábitos saludables y pobreza extrema, pareciera que no se podrían lograr los cambios necesarios para llegar a ser comunidades saludables.

Además, está la percepción de la pérdida de identidad comunitaria, al no tener una política real de desarrollo comunitario ni programas que integren la participación de los ciudadanos con la autoridad o gobierno.

Lo anterior nos conduce a afirmar que falta una buena coordinación interinstitucional entre la propia autoridad y sus órganos de gobierno y control, que sea vigilada por el sector social o la comunidad; lo mismo sucede entre la opinión y el poder públicos.

En México, todavía se puede decir que la familia es el núcleo de la sociedad. Para el mexicano en general este aspecto es sumamente importante. Esto facilita la organización comunitaria, un aspecto que no se debe perder de vista en la formación de individuos sanos en una sociedad. También permite que haya un gran sentido de solidaridad de la población frente a catástrofes sociobionaturales, económicas, situaciones de enfermedad y fragilidad del alma.

Nuestra riqueza cultural, gastronómica, festividades, lenguas, tradiciones, vestigios, herbolaria, etc., la tolerancia a la renovación y la gran creatividad son herramientas importantes y a favor de crear comunidades sanas, participativas y creativas. Y tenemos el ingrediente más importante: personas con actitud de superación, amor y apego a su país, especialmente los jóvenes.

Existe la idea de equidad de género que ha ido avanzando en nuestra sociedad, además de que la sociedad ha incrementado su participación en algunas decisiones con la autoridad.

Somos una sociedad con valores religiosos y espirituales con áreas tradicionales de barrios con una imagen y orgullo particulares.

Aunque son realidades particulares, con educación y toma de conciencia individual se pueden explotar y retomar las cualidades antes mencionadas como factores positivos en este país. La conciencia individual acaba por fundirse con las otras, para finalmente lograr una conciencia colectiva, y de este modo crear comunidades solidarias y educadas.

Así, se podrían crear comités ciudadanos por barrios y colonias donde se promueva la salud en su grado conceptual más amplio, con un carácter de prevención de acuerdo con las necesidades y deficiencias de cada uno; donde se puedan expresar sus propuestas en foros creativos. Puede reglamentarse la participación de los ciudadanos, para que también puedan tomar decisiones sobre inversiones, distribución del gasto en su comunidad, planeación y compromiso en la cooperación económica, política y social de la población, evaluando todo lo que se realice en tiempo y forma, y que se propicie el equilibrio entre la opinión y el dominio públicos.

Además, es importante crear instrumentos de planeación profesional interdisciplinaria y participativa en forma integral entre autoridad y comunidad, con el consenso de la opinión y dominio públicos, con la idea de comprometer la cooperación económica, política y social de la población.

Con estas herramientas se podrá tener comunidades con identidad propia, que se nutran de sus tradiciones, arraigo cultural y educación social, dentro de un espacio habitable en el que se conviva y se integre el desarrollo social, se impulse la salud, la educación, el trabajo, se ejerzan los derechos y obligaciones con conciencia de respeto y responsabilidad. Esta conciencia se puede lograr a través de reuniones vecinales que fomenten la posibilidad de tener comunidades y barrios más limpios, seguros y saludables, libres de contaminación de todo tipo: visual, auditiva, basura, transporte, etc. En otras palabras, comunidades y barrios seguros y con mejor calidad de vida e indicadores de bienestar y donde se fomenten programas de integración social y de seguridad.

## Tema 9. Información y transparencia

No existe un uso de lenguaje adecuado ni entendible para toda la población; hay diferentes interpretaciones y, por lo tanto, no se están comunicando los mensajes como se quisiera, entre otras cosas

por la contaminación visual: hay tanta publicidad y propaganda, que la gente ya no se detiene a leer o ver lo que se exhibe, porque ya está saturada.

Por otro lado, los presupuestos y financiamiento se perciben sin transparencia, igual que la rendición de cuentas, a pesar de la cultura que al respecto se ha desarrollado en los últimos años. No existe, además, una difusión real a la sociedad en cuanto a la legislación y normatividades vigentes.

Las redes sociales han crecido mucho y han sido de ayuda en la participación pública. Han brindado un mayor acceso a la información y a su difusión a través de sistemas informáticos, pero aún hay ciertos sectores poblacionales que no pueden acceder a ellos.

El impulso a la cultura de la transparencia, a la rendición de cuentas y a la vigilancia en el cumplimiento de programas de gobierno ha ido avanzando en nuestro país, así como la existencia de sistemas informáticos más accesibles y el abaratamiento de la tecnología de información y comunicación.

Hay que promover la información en los barrios, colonias y comunidades para participar y decidir sobre las mejores prácticas para cada uno. Informar a la población de una manera más clara, concisa y precisa. Generar un sistema integral de información conjunta de las dependencias de gobierno donde, además, se divulguen los proyectos para la ciudad en materia de desarrollo integral y se consulte a la gente en sus comunidades sobre las necesidades y situaciones a resolver en las mismas.

Es importante llevar a cabo una verdadera consulta popular en la elección de las acciones que tienen que ver con el desarrollo urbano y de las comunidades, exigiendo a las autoridades que escuchen las propuestas de la ciudadanía en lo que se lleve a cabo.

Es urgente crear una mejor forma de comunicar y enseñar a las comunidades, y que el estado informe constantemente sus acciones reales a cada barrio.

## Tema 10. Vivienda

Todavía hay muchas casas habitación o viviendas que no cuentan con espacios dignos y con todos los servicios en funcionamiento; existen viviendas unifamiliares y de conjuntos habitacionales con un esquema exagerado de concentración y sin ningún respeto a la dignidad humana.

Tampoco hay entre la población una cultura, educación ni conciencia clara de convivencia en los conjuntos habitacionales, barrios,

calles o colonias. Además, la falta de integración de la comunidad y el abandono de algunas autoridades y de los propios habitantes tristemente han llevado a tal degradación y deterioro de ciertos lugares, que éstos se han convertido en focos rojos para la inseguridad.

En la actualidad es positivo que en la mayoría de los casos la familia siga siendo un vínculo muy fuerte de unión y apoyo, por lo que existen viviendas o predios por familia.

Esto debe mejorar con viviendas que tengan espacios suficientes y que permitan haya higiene, comodidad y confiabilidad.

Se debe pensar y actuar en la regeneración de barrios o colonias mediante una planeación y desarrollo conjunto entre autoridades de gobierno y la propia comunidad, para que así se pueda ir reciclando la ciudad y se adapte más a las necesidades de la comunidad.

## **Tema 11. Medio ambiente**

129

No hay un entendimiento claro de los sistemas en equilibrio ni de los riesgos climáticos. No existe una política real, clara y fuerte en generación de energía por métodos renovables y tampoco una política de tratamiento de aguas, ya que en la actualidad es mucho mayor el volumen de agua potable de salida que el del regreso en forma de agua tratada. Existe una gran contaminación de ríos y canales que se utilizan, pero no se proporciona información veraz a la población sobre los niveles de potabilización del agua que se está usando y su clasificación.

Existe una gran explotación de nuestros recursos naturales y un gran crecimiento en la contaminación real del aire, agua y tierra. Sin embargo, en la actualidad, no hay una política clara sobre los riesgos climáticos a los que se está enfrentando el país y las comunidades o ciudades.

Por parte de las autoridades y la comunidad empieza a existir una mayor conciencia social del cuidado del ambiente, pero falta mucha aplicación y en la poca que existe, hay desconfianza, por ejemplo: ¿la basura, realmente se recicla?, ¿estamos ahorrando energía eléctrica con el cambio de horario y uso de focos ahorradores?, ¿contribuimos a bajar los niveles de contaminación al utilizar transporte público o bicicleta? Son algunas de las preguntas que se hace la gente.

Se requiere de campañas veraces sobre sustentabilidad y sostenibilidad por medio de las que se informe con datos reales y se brinde a la población opciones para mejorar el ambiente dentro de

su casa y entorno inmediato; que fomenten y muestren la conveniencia de usar transporte público no contaminante y disminuir el uso del automóvil. Es manifiesta la urgencia impostergable de tener políticas y programas de reforestación de valles y bosques, pero sobre todo en nuestras ciudades y comunidades.

Urge que se fomente una ciudad verde y sin contaminación, donde se destaque la sustentabilidad en la creación y, en su caso, el reordenamiento y la regeneración de la ciudad, donde exista la disponibilidad de alimentos sustentables, se conserve y prospere la cultura de mejoramiento del ambiente.

## Tema 12. Tecnología

Cada vez más personas tienen acceso a la tecnología, tanto local como global, al igual que a las redes sociales, que podrían aportar una revalorización de las comunidades. La tecnología facilita la aplicación de muchas ideas y su desarrollo, y muestra su visualización a la ciudadanía. Cada vez hay más penetración tecnológica de la información en las comunidades, pero al mismo tiempo todavía hay mucha gente que no las tiene al alcance de su mano.

Es importante señalar que a futuro todos los habitantes de las comunidades deberían tener acceso general a los sistemas de información y tecnología, aplicando los mismos avances tecnológicos para poder apuntalar su propia desconcentración.

## Tema 13. Economía

Hay en este país un gran abismo entre la riqueza y la pobreza extrema. El crecimiento económico está estancado en estos momentos. La macroeconomía va muy bien, según los expertos, pero la economía de bolsillo, la cotidiana, no se mueve.

Cada vez hay más comercio informal y menos empleos formales. Estar inscrito en el Seguro Social por parte de una empresa chica, mediana o grande no es garantía de tener un empleo bien remunerado y productivo.

Lo ideal sería que toda la población tuviera empleo bien remunerado y sin marginación, en un marco económico de bienestar para toda la población, donde se generaran empleos a través de redes productivas, sobre todo en apoyo a los más marginados, y donde todos tuvieran acceso a una economía sustentable, con un programa de derechos y obligaciones bien elaborado, entendido y aplicado.

## Comentarios finales de especialistas

### Consideraciones del arquitecto Antonio Toca Fernández

Estamos viviendo un cambio a nivel mundial, un cambio de parámetros y modos de entender todo. Estamos dentro de una revolución, no sólo de informática, sino de una que está modificando nuestra manera de percibir las cosas.

Nosotros estamos colaborando en este cambio, pero quienes en realidad lo van a hacer y vivir son las próximas generaciones. El cambio es fundamentalmente educativo. Una educación que debe impartirse desde los primeros niveles: preescolar y primaria, y continuar hasta los niveles profesional y tecnológico, para que haya entendimiento de que el fenómeno de salud es multidimensional y multidisciplinario.

Lo que se logra con el Taller sobre Ciudades Saludables es avanzar en la concientización de que una ciudad puede y debe ser saludable, porque sin una ciudad saludable no es posible todo lo demás: empleo, deporte, etc.

Una ciudad tiene que ser autosustentable, no sólo en términos ambientales, sino en términos humanos, es decir, tiene que ser una ciudad autosustentable humanamente, y ésta es una tarea de salud pública.

Nuestro Sistema de Salud Pública es muy importante, con muchos defectos, pero también con virtudes y equipamiento que hay que aprovechar. Tiene que haber un Sistema de Salud Pública integral. ¿Cómo hacerlo? No tengo la más remota idea, pero hay que hacerlo.

Insisto en hacer contacto con la Secretaría de Educación Pública para hacer llegar estas propuestas y hacer entender que a través de la educación se logra la salud.

### Consideraciones de la maestra Magdalena Lacotoure Fornelli

Creo que en el desarrollo del Taller sobre Ciudades Saludables se ha obtenido un diagnóstico. La meta es lograr ciudades saludables y sustentables.

Ahora bien, entre el diagnóstico y la meta hay muchos pasos que dar y todos ellos en un mismo sentido, con un programa multisectorial que integre salud, educación vivienda, etc.



Creo que es muy importante la participación de la gente en los planes y programas. La gente normalmente no participa porque, en primer lugar, no sabe participar; en segundo, no hemos llegado hasta ellos, y en tercero, no hay capacitación para la participación. La gente sólo se organiza cuando hay necesidad. Es entonces cuando se ordena, participa, solicita. Pero no está capacitada y no tiene experiencia para participar en este tipo de cosas. Hay que educarla para que aprenda, para que sepa pedir las cosas, pero también responsabilizarla de ellas.

Hay mucho por hacer en el sector social de una manera multidisciplinaria, y hay que tomar como herramientas la tecnología, las redes sociales y todos los medios de comunicación a nuestro alcance. También es importante combatir la inseguridad porque este factor detiene a la gente.

Todo va dirigido a la gente y en todo ésta tiene que participar, porque se ha visto que cuanto más participe, más se apropia del programa. Al haber participación se ajusta el programa a las necesidades de cada comunidad y, con negociación y diálogo, la gente se apropia de los programas.

## Consideraciones del arquitecto José María Gutiérrez Trujillo

La voluntad de la Academia Nacional de Medicina (ANM) y la Sociedad de Arquitectos Mexicanos Especializados en Salud (SMAES) tiene una trascendencia en el tema de salud, entendido éste en su sentido más amplio, que involucra todas las cuestiones sociales, educativas, etc.

Esta trascendencia lleva a la cúspide del problema. Es esencial crear una comisión con una perspectiva sea a muy corto plazo para que presente al Presidente de la República una serie de propuestas concretas y viables.

Estamos en un México que quiere cambios y consolidación. Aprovechemos, porque la salud, a fin de cuentas, tiene que ver con una mejor calidad de vida.

Este taller es un evento importante, sobre todo porque la Academia Nacional de Medicina invitó a los arquitectos. Los arquitectos, en general, hacemos torres y edificios en la comunidad. Pero hoy se nos da la oportunidad de mostrar lo que realmente hacemos, que es participar en las demandas de la población en su campo de acción.

Hace unos días leí una evaluación que hizo la OCD sobre Salud y decía que desde 1978 se planteó este mismo objetivo que estamos trabajando hoy, bajo un esquema de atención a la salud y que todos los países lo firmaron y que se evaluaría el programa en el año 2000. Los resultados se resumen en los tres puntos que siguen.

1. *Todas las instituciones trabajaron sin ninguna coordinación*
2. *No hubo participación de la comunidad*
3. *La comunidad debe participar pero con sentido y adecuación civil*

Hay que considerar estos elementos.

“Aventémonos a la alberca y veamos qué buches sacamos.”

## Consideraciones del licenciado Hugo González Liquidano

133

Voy a citar algunas noticias recientes que tienen que ver con el sector salud, pero que son preocupantes porque pudieran ser algunos elementos que se están dando en forma paralela o, tal vez, en forma contradictoria, contra el Sistema de Salud.

Parece que disminuyó 50% la inversión en infraestructura de salud en 2013, primeramente. Una segunda noticia es que, de manera paralela, ha habido partos y muertes en los patios de algunos de los hospitales del interior del país, independientemente de que haya sido popular y de que todos tenemos acceso.

A últimas fechas, en el sector privado se ha detectado el incremento de pacientes, en gran medida debido al *turismo de salud*. Muchas personas vienen y se atienden en entidades privadas del D.F. para poder remediar algún tipo de enfermedad que en otros países implica un costo mayor. En México, dicen, son más baratos y eficientes.

Por otro lado, también es preocupante que haya un incremento en la consulta de las farmacias privadas. La gente se atiende, asegura que es más barato, pues la consulta no cuesta y, lo más importante, le recetan medicamentos que venden en el mismo establecimiento. Y paralelamente, aunque no pareciera, se trata de una cuestión muy cercana y relacionada con la cruzada contra el hambre, que tiene que ver también con la salud.

Estos elementos, de una u otra manera, nos están dando indicadores que pudieran ser contradictorios con todo lo que estamos planeando sobre las ciudades saludables. La cruzada contra el hambre nos está reflejando que hay una desigualdad económica enorme. Por un lado, tenemos en México a los hombres más ricos del mun-

do y, por el otro, a los más desprotegidos, sobre todo comunidades indígenas.

A partir de hoy, creo que hay que diseñar un nuevo paradigma en lo que a planeación se refiere. Por supuesto que en la educación, pero también en salud. Pero más importante aún es que logremos erradicar la corrupción y la impunidad, o por lo menos reducirla de manera considerable. No podemos avanzar ni en educación ni en salud mientras sea posible obtener un “certificado” o “título” apócrifos en la Plaza de Santo Domingo. Todos sabemos que sucede y no se hace nada, por el contrario, hay individuos que van y lo compran. Ya tuvimos un Secretario de Educación Pública que tenía un certificado falso.

Entonces, si no manejamos estos elementos básicos como la impunidad y la corrupción, creo que todos los avances o ideas que podamos tener se pueden caer con soborno, una de las enfermedades más lacerantes de nuestra sociedad.

## Consideraciones del doctor Ferdinand Recio Solano

Yo marcaría tres aspectos, que explico en los siguientes párrafos.

1. *La creación de una Comisión Nacional del Desarrollo de Ciudades y Comunidades Saludables, pero le agregaría “Con Análisis de sus Determinantes Sociales”, porque esto implica todo lo que afecta al individuo*
2. *La participación directa en el Plan Nacional de Desarrollo Sectorial, proponiéndola y haciéndola crítica para que en realidad se lleve a cabo, empezando con la propia SMAES y la Academia Nacional de Medicina*
3. *Iniciar, participando, en los Consejos Nacionales de Salud, de Educación y de Desarrollo Económico*

Los anteriores son los tres factores clave que tenemos en el país, ya que existen los Consejos, pero, díganme, ¿quién de ustedes ha participado en cualquiera de estos Consejos? Comentaba hoy, que tengo la oportunidad de hablar tanto con el Secretario Técnico del Consejo de Salud Nacional como con el doctor Armando Ahued, del Consejo Estatal, acerca de que cuando se efectúe la próxima reunión del Consejo Nacional de Salud, donde participan todos los secretarios de salud del país, se haga una presentación, una síntesis de lo que hemos estado viviendo este día para, por lo menos, crearles inquietud. Existe una gran epidemia en México, que es la inseguridad

total. Nadie puede decir que no conoce a alguien que no haya sido asaltado recientemente.

Otro factor sería solicitar el apoyo del Conacyt para las actividades a realizar. Y este es un aspecto que el Doctor Ruelas ha logrado. Cualquier evento o investigación tiene un costo. El Presidente de la Academia Nacional de Medicina ha logrado acercarse a este organismo para presentar proyectos en beneficio de la sociedad en general, con nuevas investigaciones, con participaciones totalmente diferentes.

No esperemos que nos vengán a preguntar. Busquemos, a través de un órgano colegiado, lo que se está haciendo en función de lo que la sociedad demanda. Sin embargo, necesitamos compromisos con lo que se está haciendo. Estamos mal acostumbrados a que todo nos lo den, busquemos la forma de cambiar esa educación por participación y entremos en actividades proactivas cada uno de los miembros de esta sociedad.

135

## Consideraciones del doctor Mario Villafaña Guizar

Yo creo que en lo que respecta a una ciudad y comunidad saludables, el Sistema de Salud debe ver con claridad lo que es la atención a la salud y la atención al daño. Son dos cosas totalmente diferentes. La primera es una situación en la cual hay una correspondencia entre gobierno y población, porque es una solución participativa y es una solución que debe respetar los patrones culturales, que son de mucho arraigo en México, como la medicina tradicional.

En la participación que pretende llegar a toda la población, ahí es donde yo creo que los médicos entendemos el concepto de universalidad, que es un concepto diferente del que tienen otras personas. Universalidad en medicina es que todos tengan acceso a los sistemas de salud. La medicina es el único lugar donde existe la universalidad. En la atención al daño, no se puede lograr tan fácilmente porque tiene connotaciones de otro tipo.

En esta salud comunitaria debemos tener todas las actividades y referencias para la promoción de la salud, y ahí entran los factores de desarrollo y respeto a los hábitos de vida sana, la prevención de los problemas no físicos y mentales, que ahora constituye un grupo muy amplio y todo lo que son adicciones y toxicomanías. Todo eso se debe manejar en salud comunitaria, aunque ya haya un daño con la adicción, debe estar en labores de prevención. Esto implica que en salud comunitaria debe haber una infraestructura muy moderna. No es equivalente a Centro de Salud, es otro concepto. Y esa salud

comunitaria debe tener desde bibliotecas con sistemas de Internet, enseñanza de cómo hacer letrinas y todo lo que lleva consigo la salud comunitaria, donde, como vuelvo a decir, el principio es la corresponsabilidad entre población y gobierno.

Como mexicanos, debiéramos explicar el sistema escalonado de atención al daño que tienen nuestras instituciones de seguridad social. Es un ejemplo de excelencia fundamental, ponderado en el mundo, incluso, y que no aprovechamos. Sin embargo, si nosotros tenemos un sistema en el cual el médico no estudió para prevenir, sino para manejar el daño, eso no quiere decir que no le dé valor a la prevención. Le da valor de tal forma que desarrolla todo un nivel de atención dedicado a la pura salud. Y el daño manejado en este sistema debe basarse en premisas como los niveles de atención, la alta capacidad resolutive del personal médico y un sistema de referencia y contra referencia totalmente diferente del que tenemos en nuestros días. En el IMSS, los médicos tenemos un dicho que es lacerante pero definitivo: “No hay enfermedad que no se resuelva con una 4, 30, 8”, la identificación de la forma para el traslado del pacientes: “En el momento en que encuentro un problema que me rebasa 1.1% de mi capacidad resolutive, hago una 4, 30, 8 y mando el caso a otro nivel para que lo resuelvan”. Esto incluso cambia porque los sistemas de referencia y contra referencia basados en la telemedicina cambian todo. Yo identifico desde el nivel más básico quién va a recibir y a manejar mi problema. Lo veo porque hay transmisión de datos, imagen y voz.

A partir de lo anterior y de muchas cosas más, yo resumiría: Debemos fortalecer y desarrollar un nivel de atención que llamemos “Salud Comunitaria”, en respuesta a la salud con corresponsabilidad de gobierno y población. Y debe haber un sistema estructurado para el daño, que ya experimentó México y que, a pesar de sus implicaciones, ha demostrado ser formidable: la atención escalonada de atención al daño.

## Consideraciones del arquitecto Eliseo Arredondo González

Todo parte de la educación, de la falta de educación. Es lacerante y todos estamos conscientes de que mientras no se resuelva esto, va a continuar la corrupción y todos los problemas que nos aquejan y que están ahogando a este país.

Creo que la solución está en el efecto Medici, como lo llamó el Doctor Ruelas. Es decir, no queda de otra más que el dominio pú-

blico, y digo dominio público, porque es la opinión pública la que debe ejercer su dominio. Nos referimos al dominio público, como si eso fuera el gobierno. No, es al contrario, nosotros debemos tener dominio público, la sociedad, la colectividad.

Ahora, las redes sociales están ayudando a difundir y creo que ya están influyendo, porque sí se escuchan. Se escucha a las redes sociales. Sin embargo, no debe ser preocupante que estas redes estén cayendo por caminos incorrectos. Yo creo que la responsabilidad recae en agrupaciones como ésta. En las academias, colegios profesionales, las diversas agrupaciones culturales, las universidades, etc. En este momento, la Academia Nacional de Medicina se convierte en un portavoz muy importante en una temática igual de importante.

Yo me dedico a temas ambientales, por lo que me enfoco en esa línea. La ciudad de México ha sufrido una serie de cambios muy impresionantes a lo largo de su historia. Desde hace 20 000 años que llegaron los primeros pobladores, acabaron con los animales, con los grandes herbívoros. Así se volvieron agricultores. Trajeron el maíz de Tehuacán, comenzaron a cultivarlo, así surge Teotihuacan, con 300 000 habitantes. La cultura teotihuacana desapareció porque requerían de grandes cantidades de madera para cocer la cal y construir sus edificios; y junto con la madera que consumían para comer, acabaron con miles de hectáreas de bosques. Entonces, y esta es sólo una hipótesis, un problema de tipo ecológico fue lo que hizo que terminara esta cultura y que sus habitantes salieran en desbandada a poblar otros lugares del Valle de México: Xochimilco y Texcoco. Surgió así la agricultura en los canales y chinampas, que constituyó un ejemplo de sustentabilidad inmejorable hasta nuestros días. Cuando llegaron los conquistadores españoles, no entendieron este tipo de agricultura, porque ellos estaban acostumbrados al altiplano de Castilla, a las grandes superficies sembradas de trigo y otros cereales, y cerraron los canales. Se pasó al uso de la rueda como transporte, siendo que una trajinera era más eficiente, ya que un solo individuo transportaba en un día hasta tres toneladas de producto. Estos cambios condujeron de nuevo al consumo de madera comenzando de esta manera los problemas de inundación en la ciudad de México. Así, las inundaciones tuvieron origen en la deforestación.

Cuando se descuaja un bosque, abajo irremediablemente hay inundaciones. Por esta razón, no podemos permitir que siga creciendo la mancha urbana. Lo increíble es que lo sigue haciendo. Las propias universidades están construyendo planteles en los bosques. Lo que hay que hacer es reciclar los barrios con clarificación,

con diseño, con todo lo que sabemos los arquitectos que se necesita y significa.

Por eso, el tema de la educación es fundamental porque si no se resuelve, cualquier esfuerzo será en vano.

# OPINIONES DE EXPERTOS CON RELACIÓN A LAS CIUDADES SALUDABLES

## Ciudades saludables y hospital del futuro

### Consideraciones del arquitecto Arturo Aispuro Coronel

Una *ciudad saludable* es aquella en la que todos los sistemas marchan de manera eficiente y en forma conjunta, de modo que permiten que esa ciudad funcione bien, y donde todos los habitantes obtienen no únicamente lo que necesitan sino calidad de vida.

Las condiciones que hoy en día presentan las grandes ciudades son una problemática que dificulta la meta de lograr aquellas ciudades saludables ideales con las que soñamos. En la actualidad, el espacio público se encuentra invadido: comercio informal, basura, inseguridad, etc. Nos enfrentamos a nuevos problemas. No sólo es el tiempo de transporte a las grandes ciudades, también con problemas de convivencia y conflicto. Los espacios de vivienda están invadiendo las áreas indispensables para la sobrevivencia de la ciudad, la cual ha estado evolucionando a una manera deplorable y sigue consumiendo recursos, los cuales no están alcanzando la calidad deseada.

Nos preguntamos cómo resolver el hospital del futuro sin tomar en cuenta el problema de los hospitales actuales, el cual deja mucho que desear, puesto que los servicios médicos están en la misma situación.

Hoy vivimos más tiempo pero también nos enfermamos ante más problemas, los cuales están relacionados con las ciudades y una mala calidad de vida. La pregunta es ¿cómo se van a enfrentar aquellas enfermedades que evolucionen a un futuro, ya no tan lejano?

La tecnología y las nuevas comunicaciones son una gran ayuda y ventaja para conocer la evolución en materia genética y poblacional. Nos pueden ayudar en redes de monitoreo o incluso en con-



sultas y diagnósticos de acceso rápido por medio de teléfonos, que tendrán la tecnología para ello.

## Ciudad y salud

### Consideraciones del arquitecto Mario Schjetnan Garduño

Estados Unidos se encuentra en el lugar 27 en expectativas de salud entre los países de la OCDE y en el lugar 31 en mortalidad infantil, siendo el tercer país más rico *per capita* y el que más gasta también *per capita* (8 000 dólares por persona al año). Estos datos sobresalen al surgir una preocupación por la salud en todos sus aspectos.

140

En 1980, Estados Unidos se encontraba en el lugar 15. Esto demuestra que esta caída se dio a pesar del gran gasto que hace en salud. De igual manera, México, en 1980, se encontraba en el lugar 32 en la expectativa de vida según los países de la OCDE y ahora está en el lugar 30, lo que pone de manifiesto que hemos mejorado dos lugares en expectativa de vida.

Al hacer una breve investigación y análisis de las 10 principales ciudades del mundo, encontramos que la ciudad de México se encuentra en una gran problemática con respecto al uso diario de transporte y sus consecuencias.

En la zona metropolitana del Valle de México (ZMVM) hay un gran número de problemas (seguridad, vialidad, servicios, etc.), que en su mayoría pertenecen a la periferia de la ciudad de México. Además de que hay un desequilibrio con respecto a las áreas verdes y el equipamiento de esta urbe.

La *ciudad sustentable* debe integrar diferentes servicios: mayor calidad en cuanto a vivienda, empleo y economía, transporte y comunicación, cultura y educación, así como recreación y esparcimiento. Todo esto, desde luego, gracias a una administración, seguridad y gobernabilidad adecuadas.

El espacio público está integrado por parques, calles y centros de entretenimiento y cultura, los cuales tienen una serie de necesidades como son: accesibilidad, equidad, seguridad, equipamiento y sustentabilidad.

A continuación se presentan algunos pasos análogos de mejoramiento e intervención del equipamiento público (parques) en la zona metropolitana del Valle de México.

- *Rehabilitación del Bosque de Chapultepec*
- *Parque Metropolitano en Chapulco*
- *IMMSA Plan San Luis*
- *Tecnoparque*
- *Union Point*
- *Jardín Natura, parque Bicentenario Ex refinería*

## Ciudad saludable-ciudad sustentable

### Consideraciones del arquitecto Alberto Ramos y Bolaños

Los comentarios que se ofrecen en seguida provienen de la conferencia que impartió el arquitecto Alberto Ramos en el evento antes mencionado.

141

El arquitecto Ramos destacó la creciente evolución en las ciudades, su transformación de ciudades para el peatón, a ciudades para el automóvil y los puntos fundamentales, para el acercamiento de la sustentabilidad y la salud aplicada a la ciudad de México.

La conectividad entre países ha hecho que los ambientes naturales de trabajo sean las ciudades, de modo que se tiene previsto que dentro de 20 años, más de 70% de la población del mundo vivirá dentro de ellas, haciendo que los espacios y los límites de las urbes se extiendan como nunca antes, tanto en su tamaño como en el consumo de energía. Desafortunadamente, el crecimiento en la vivienda, con respecto a la infraestructura que tienen las ciudades, se ve superada por mucho, lo que genera “ciudades dormitorio”.

Antes las ciudades contaban con desplazamientos naturales, la ciudad era del peatón, pero con la evolución y el aumento de tecnologías, el automóvil generó un desplazamiento del peatón a espacios mínimos; con el creciente número de automóviles en movimiento, las vías serán insuficientes para controlar la demanda.

La ponencia propuso, como requerimiento a estos grandes crecimientos, adoptar el concepto de sustentabilidad urbana, la cual se refiere a la búsqueda de un desarrollo urbano sostenible que no degrade el entorno y proporcione calidad de vida a los ciudadanos. El desarrollo sustentable es una filosofía, con dimensiones científicas, económicas y políticas.

En el marco del paradigma de la ciudad integrada, saludable y sustentable –y su antítesis, la ciudad cerrada e insustentable–, se

pretende revisar, de manera muy general, los aspectos más relevantes, del concepto de desarrollo urbano sustentable, que concreta la idea de la ciudad saludable y su relación con los proyectos denominados desarrollos urbanos integrales sustentables (DUIS), que se pusieron en práctica en México, a partir de 2001.

Finalmente, se ofreció una serie de elementos de gran visión para generar una sustentabilidad urbana.

- *Concepto de gran visión: identificar, las posibilidades de una nueva plataforma estratégica de soporte económico a largo plazo*
- *Diagnosticar de manera integral: el ambiente, el desarrollo urbano, el área fiscal y su gobernabilidad*
- *Ordenamiento del territorio, ejecución de planes y programas de desarrollo, políticas con certeza jurídica y continuidad*
- *Estrategias de desarrollo, generar esquemas de desarrollo económico, regionalización económica y perfiles urbanos complementarios*
- *Inserción territorial, coherencia con las edificaciones y vocación urbana, con el medio físico como soporte de modelos urbanos*
- *Movilidad y transporte, uso de transporte masivo eficiente, con movilidad no motorizada*
- *Diversidad tipológica, mezcla de usos por niveles y actividades y variedad de tipos de vivienda, usos mixtos del suelo*
- *Gestión de actividades económicas, competitividad y asociaciones público-privadas*
- *Gestión Integral y reúso intensivo del agua*
- *Utilización de energías alternativas, energías reguladas bajo promoción y estímulos efectivos y con esquemas financieros en asociación*
- *Espacios públicos, generar una cultura ciudadana, con cohesión social y variedad del espacio público*
- *Equipamientos, estructurados en niveles básicos y regionales, con vocaciones productivas y reglamentadas, bajo una localización y dosificación*
- *Gestión integral de residuos, aplicación de los conceptos de separación, recolección, disposición, voluntad política y enfoque económico*
- *Diseño bioclimático, aplicado en lo arquitectónico, urbano y con enfoques realistas*
- *Alta conectividad y accesibilidad, vías y medios de transporte específicos para la población fusionados con las tecnologías de información y comunicación*

La ponencia finalizó con una frase del arquitecto Eliel Saarinen, quien dice: “la decadencia de las ciudades, se debe a la falta de interés público en la Planeación”, necesitamos que las próximas gene-

raciones, hagan conciencia, de la necesidad de integrar la población con la ciudad.

## Proyectos de la autoridad del espacio público de la Seduvi del Distrito Federal

### Consideraciones del arquitecto Eduardo Aguilar Valdéz

La autoridad del espacio público es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda (SEDUVI) del Distrito federal cuyo fin es la mejora del espacio público en la ciudad. El objetivo de la autoridad del espacio público, es atender la gestión integral del espacio público de la ciudad de México –entendiendo por espacio público las áreas, para la recreación y las vías públicas como: plazas, calles, avenidas, viaductos, paseos, jardines, bosques urbanos, parques públicos y demás de naturaleza análoga– y establecer las condiciones de los proyectos urbanos en el espacio público, para su adecuada integración con los objetivos específicos que se detallan a continuación.

143

- *Recuperación de espacios públicos para el bienestar en la zona central de la ciudad de México*
- *Dignificación de espacios peatonales*
- *Lineamientos para el ordenamiento y diseño del espacio público*
- *Mejoramiento de la movilidad urbana*
- *Implementación y puesta en operación, de polígonos, ecoparques en zonas de alta demanda de estacionamiento*
- *Mejoramiento del paisaje urbano*
- *Incorporación de mobiliario urbano*
- *Mejorar la movilidad peatonal*

Con base en los objetivos anteriores, se muestra una serie de proyectos, realizados y en proceso de construcción, que permitirán a la ciudadanía del Distrito Federal tener espacios de convivencia, con mayor vegetación, mayor seguridad y en conjunto con la arquitectura del lugar. Los principales proyectos en proceso, son: los proyectos de rehabilitación y peatonalización de calles importantes del Centro Histórico, la rehabilitación de avenidas, sistemas de parquímetros y los parques públicos de bolsillo.

# La ciudad saludable y sustentable

## Consideraciones del licenciado Hugo Raúl González Liquidano

El licenciado González Liquidano expuso el tema de las ciudades saludables desde su concepto y de ahí partió mostrando los problemas por combatir en la ZMVM (zona metropolitana del valle de México), para finalmente mostrar una propuesta que mejore las condiciones de la ciudad y su funcionamiento para bien de los habitantes.

De manera inicial indica que la ciudad saludable debe basarse en que la salud es más que la ausencia de enfermedad o la actividad curativa de los servicios sanitarios. Puede crearse si el entorno donde vivimos nos facilita estilos de vida más sanos. Una ciudad saludable depende, entonces, de diferentes factores, entre los que se resaltan: el económico, social y el ambiental, así como de la manera en que éstos se combinan con el fin de “satisfacer las necesidades actuales sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras”.

Se abordó el sentido de que el movimiento de ciudades saludables debe promover y planificar de manera integral y sistemática la salud con los puntos que se mencionan en seguida.

- *Abordar la desigualdad en la salud y la pobreza urbana*
- *Atender las necesidades de los grupos vulnerables*
- *Generar una gobernanza participativa*
- *Atender los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud*

Con base en lo anterior, se abordan los puntos en los que se refleja la situación actual de la sociedad mexicana, donde los modelos económicos se basan en el uso indiscriminado y desenfrenado de los recursos naturales, la economía se encuentra en una desaceleración constante, los sistemas sociales se hallan en completa desigualdad en la salud y con pobreza extrema y los recursos y el ambiente están sobreexplotados con la generación de contaminantes en suelo, agua y aire que no pueden ser limpiados y que afectan la salud y las capacidades de trabajo de la población.

Es por eso que se propone la implementación de una comisión intersecretarial para coordinar e integrar los esfuerzos, del sector salud y de los tres niveles de gobierno, tendiente a la construcción

de un modelo para zonas metropolitanas saludables (ZOMESA), que involucre a grupos de población, en espacios definidos, buscando una equidad en la salud, mediante la creación de un marco integral de fortalecimiento de la capacidad institucional metropolitana.

## Entorno saludable y arquitectura

### Consideraciones del doctor Eduardo Jaramillo Navarrete

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo se contempla el Programa Sectorial de Salud en el que están incluidos los programas de acción 2013-2018 y el programa *Entornos y Comunidades Saludables*.

El objetivo es lograr entornos favorables para la salud con un trabajo en conjunto de una comunidad organizada y la participación municipal. Un entorno saludable es aquel que apoya la salud y ofrece a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía frente a la salud.

Entre los entornos considerados en el programa están: vivienda, escuelas, mercados, sitios de trabajo, albergues para jornaleros, unidades de salud, transporte y sitios de esparcimiento. Hablar de entornos saludables tiene que ver con eliminar en mayor o menor medida aquello que representa un riesgo para nuestra salud y que reduce nuestro confort. Con crear entornos libres de agentes nocivos y favorecer el ambiente. Todos estos espacios requieren de una infraestructura con características específicas, y es ahí donde el arquitecto adquiere un papel fundamental como parte de la comunidad y del municipio.

Los criterios considerados para la certificación de los entornos se enumeran a continuación.

1. *Mantenimiento, iluminación y aseo en general*
2. *Adaptaciones para personas con discapacidad y/o capacidades diferentes (pasamanos, rampas, etc.)*
3. *Señalización*
4. *Adecuado manejo de la basura, agua (contenedores en lugares estratégicos)*
5. *Rutas seguras (para caminar, andar en bicicleta o en patines)*
6. *Información sobre la salud visible que fomente conductas saludables*

7. *Espacios libres de criaderos (cuidado del agua almacenada)*
8. *Dueño responsable*
9. *Jornadas periódicas de limpieza en sitios públicos*
10. *Control de fauna nociva*
11. *Contar con teléfono, número de emergencia visible, botiquín y Plan de Protección Civil*

La relación entre el entorno que se vive y la salud, es un tema que debe ser prioritario dentro de la planeación urbanística y arquitectónica que se lleva a cabo hoy en día en México.

La salud de los individuos es un proceso continuo y está estrechamente ligada a su entorno social y físico. Debemos considerar que la estructura física que rodea a la persona es también responsable de su bienestar. Estamos en un momento clave para entender y actuar sobre los determinantes ambientales de la salud y para producir conocimiento e innovación con respecto a la creación de entornos que sostengan el desarrollo y la salud humana y que empoderen a las comunidades en el cuidado de su salud.

Los edificios y estructuras que más promueven la salud son aquellos que exponen a las personas a la luz natural y a la ventilación natural. Aquellos que tienen vistas a espacios verdes. Se ha reportado que los parques y jardines se relacionan de manera estrecha con efectos terapéuticos en trastornos tanto físicos como mentales. Al realizar una planeación urbanística se deben considerar espacios que promuevan la vida en comunidad.

Existe evidencia que demuestra que diversas enfermedades (infartos, hipertensión, cáncer, depresión) se relacionan de manera inversa con el grado de actividad comunitaria y social que tienen las personas. Elementos adicionales como señalamientos y claves visuales ayudan a los individuos a guiarse y proveen una sensación de confort y de control. El diseño de entornos que considera la creación y la promoción de caminos y paseos peatonales, así como también de carriles y vías que den preferencia a usuarios de activos de transporte como la bicicleta favorecen la actividad física.

Adaptarse al entorno es un ejemplo de que la arquitectura parte de criterios ecológicos para ejecutar sus proyectos. Ahora, los principios básicos son el ahorro del agua, la implementación de fuentes de energía renovables, el uso de materiales ecológicos, la climatización acorde con la ventilación cruzada y la utilización de ventanales que abren los edificios al exterior y a la luz. La salud de los ecosistemas que nos rodean depende del diseño de los edificios, entendidos

como las proyecciones de una manera de interactuar con el ambiente. Es importante no sólo tener en cuenta el uso de materiales sostenibles, sino también potenciar y mejorar la calidad de vida, lo que empieza por el diseño del hogar.

Podemos entonces acordar que los profesionales de la salud pública abogan por un involucramiento de las personas en la búsqueda de bienestar, más que en la dependencia de un tratamiento o soluciones ofrecidas por las instituciones de salud. Para lograr este objetivo, se requieren mejoras en los estilos de vida y en el entorno en el que viven las personas. Las elecciones personales que se enfoquen al mejoramiento de la salud pueden reflejarse en un beneficio colectivo que tenga impacto en el ámbito ecológico.

## Ciudad, sociedad y las enfermedades crónicas no transmisibles

147

### Consideraciones del doctor Alfonso Petersen Farah

La conferencia del Doctor Petersen se enfocó principalmente en cómo la sociedad se ve afectada en su rendimiento por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y las consecuencias económicas que éstas causan tanto en la vida laboral de quienes las padecen como en el sector salud en materia de atención. Y cómo, mediante una activa participación, la arquitectura y el urbanismo junto con el gobierno pueden generar propuestas de mejoramiento para crear ciudades saludables.

A medida que la sociedad y sus cambios avanzan, surgen nuevos retos como el de vivir más años. Pero con importantes implicaciones en la salud que afectarán la calidad de vida de la sociedad y la sustentabilidad económica del Sistema Nacional de Salud.

Hemos tenido un cambio impresionante en cuanto al aumento de obesidad en este país, donde en menos de 30 años, la prevalencia de ésta y el sobrepeso se ha triplicado. Y va en aumento en la población infantil. Debido a esto, cerca de 90% de los casos de diabetes son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

Dentro de las teorías que conforman el porqué del crecimiento de poblaciones con problemas de obesidad, destacan: los cambios rurales y urbanos de manera drástica en la población, la carga genética y que la obesidad y el sobrepeso es una consecuencia de una válvula de entrada que no corresponde a la de salida.



El mundo entero se encuentra afectado por las ECNT, y México es uno de los más afectados en problemas de obesidad, lo que causa que las personas que desarrollan enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad vivan enfermas en promedio 14.5 años. Además de que verán reducida su esperanza de vida en 7 años. Estas enfermedades afectan no sólo a la sociedad sino también a la economía del país y de principal manera al sistema de atención de salud.

En 2008, 46 000 familias sufrieron alguna enfermedad relacionada con la obesidad. Para 2017, el costo indirecto alcanzará los 73 000 millones de pesos, lo que afectará a cerca de 68 000 familias por año. El costo total del sobrepeso y la obesidad ha aumentado de 35 000 millones de pesos en 2000 a un estimado de 67 000 millones en 2008 (pesos de 2008). De no intervenir, para 2017 el costo total ascenderá a casi 160 000 millones de pesos (pesos de 2008).

Dentro del panorama nacional, en el sistema de salud, seis de cada 10 personas mueren de esta forma. Por lo tanto, no es un problema de las diversas instituciones públicas de salud, sino un problema de la sociedad en su conjunto.

Sólo con un enfoque intersectorial se puede avanzar de manera efectiva para el control de las ECNT. Se requiere de medidas de otros sectores, además de salud, con participación central de actores económicos. Las enfermedades cardíacas y cardiovasculares, diabetes y cáncer son prevenibles hasta en 75% de los casos.

A partir de 2002, en la Organización Mundial de Salud, se han hecho programas para poder generar estrategias en dietas, actividades físicas y salud para evitar la obesidad. En el caso de México, mediante las diversas cumbres de salud realizadas, se han obtenido las tres principales acciones a instituir en los países americanos, los cuales son:

- *Promoción de patrones de actividad física en países americanos*
- *Promoción de hábitos de consumo de verduras y frutas en los países americanos*
- *Promover la hidratación con agua potable en los países americanos*

Con base en lo anterior, la responsabilidad directa de los gobiernos municipales, estatales y federales se concentra en los puntos que se describen en seguida.

- *Impulsar la disponibilidad de lugares seguros y accesibles para la actividad física*
- *Promover alternativas atractivas y saludables en comedores institucionales y tiendas escolares*

- *Mejorar la disponibilidad de agua potable en escuelas*
- *Fomentar y garantizar la actividad física en planteles escolares*
- *Normar y controlar la publicidad, en especial la dirigida a los niños*

Las acciones anteriores deberán ser aplicadas de manera necesaria en al menos tres lugares: a) los espacios escolares, b) el municipio y c) los parques, ya que son los espacios donde la población infantil y adolescente pasa la mayor parte de su tiempo y es donde son más propensos a poder generar las ECNT; es ahí donde el rol de la arquitectura y el urbanismo juegan un papel de suma importancia, al incluir espacios para el mejoramiento y la habitabilidad de las ciudades.

Dentro de la ponencia se expusieron los métodos de cómo en ciudades y comunidades europeas se han creado programas para la organización de sus habitantes, con el fin del mejoramiento urbano y las capacidades de la ciudad para crear ciudades saludables. Los programas EPODE, van dirigidos hacia la organización de las ciudades con base en una serie de responsabilidades en las que todos los habitantes del lugar participan y en las que están incluidos el gobierno, los responsables locales de deportes, la enseñanza, el desarrollo urbano y la acción social, de la mano con la población, para la ejecución de programas y propuestas que requiera la comunidad. Estos programas se extienden desde pequeñas comunidades y municipios hasta grandes ciudades como Barcelona y París.

En el caso de México, el doctor Petersen hace mención de su trabajo como alcalde de la ciudad de Guadalajara, donde se realizaron trabajos de recuperación de espacios públicos como banquetas, avenidas, corredores, terrenos baldíos y parques dignos para la población; que dan seguridad en beneficio de la cohesión social y de la salud.

Finalmente y como conclusión, se lista una serie de puntos que incluyen acciones en las que se pueden realizar y mejorar las ciudades en beneficio de la salud de sus habitantes, los cuales son:

- *Fomentar la activación física*
- *Desincentivar el uso del automóvil*
- *Estimular el uso del transporte público*
- *favorecer el uso de medidas alternativas de transporte mediante adaptación de espacios peatonales adecuados: banquetas, cruces y ciclistas*
- *Modelos urbanísticos concentrados, mixtos e incluyentes*
- *Generar condiciones de seguridad*
- *Democratizar las decisiones mediante la participación social*



# COMENTARIOS DE SOCIOS DE LA SMAES SOBRE CIUDADES SALUDABLES

Como parte complementaria del Taller de Ciudades Saludables, se invitó a los arquitectos de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud (SMAES) para que aportaran sus pensamientos e ideas con respecto a cómo sería una ciudad saludable; qué elementos de diseño urbano consideran esenciales para que una ciudad ofrezca salud y bienestar a sus habitantes; qué aspectos del entorno arquitectónico consideran que influyen positiva o negativamente en la salud de las personas que transitan, caminan o permanecen en él; qué espacios abiertos y cerrados son importantes para hacer una ciudad saludable y qué características deben cumplir éstos; cuál debe ser la aportación de los arquitectos para tener ciudades saludables, y desde qué nivel de gobierno se deben definir las políticas y acciones para el movimiento “Ciudad Saludable” en México.

La SMAES participó con varios de sus socios, los arquitectos: Jaime Latapí López, Francisco Javier Ortiz Islas Allende, Gloria Magaña y Garcilazo, Carlos Rojas Chávez, Axel Guillermo Arreola Estrada, Óscar Benítez Ortiz, V. Adolfo Merchand Rojas, Eduardo Muñoz Miranda, Federico A. Merchand Cravioto, Eduardo Merchand Cravioto, Susana Miranda y la doctora Diana Laura López Vega.

A continuación se presentan las preguntas y los pensamientos e ideas que se aportan al tema de las “Ciudades Saludables”.

## Ciudad saludable

### ¿Cómo sería una ciudad o municipio saludable desde su perspectiva?

Se puede considerar que una ciudad o municipio saludable es aquel en donde todos sus habitantes tengan cubiertas todas sus necesidades; abatiendo la pobreza, la desigualdad, y enalteciendo la justicia,

educación, asistencia pública, cultura, salud, comercio, abastos, comunicaciones, transporte, recreación, deporte, servicios urbanos, administración pública en un marco de libertad y que se resuelvan a cabalidad todas las problemáticas urbanas.

La planeación de una ciudad saludable deberá ser continua y contemplada a largo plazo sin interrupciones o cambios por políticas gubernamentales.

Es importante considerar que la densidad demográfica que se refiere al número de habitantes por área determinada debe ser equilibrada y según uso de la tierra y congruente al desarrollo urbano de la localidad o comunidad, además deberá tener una zonificación racional de las funciones básicas como la habitación, el trabajo, la recreación y la circulación, para que estén interrelacionadas en forma debida.

Con vías vehiculares, peatonales, ciclistas debidamente diferenciadas y desalentando el uso del automóvil e impulsando el tránsito peatonal se podrá lograr una importante reducción de emisiones contaminantes para tener una saludable, pureza del aire y una sana práctica física de los habitantes.

Se propondría hacer un diagnóstico de nuestras ciudades conjuntando a la ciudadanía y al gobierno. En la actualidad se observa que existe un círculo vicioso con la pobreza, el hambre, la corrupción, la falta de vivienda, las pocas posibilidades de formación y empleo, una infraestructura desolada y sin mantenimiento con unas paupérrimas condiciones higiénicas y sanitarias, lo que nos hace reflexionar sobre todo lo que tenemos que ajustar para que los pobladores de una comunidad, un barrio, una ciudad o municipio puedan ser saludables.

Es importante considerar que una ciudad saludable debe estar equilibrada en lo ecológico, lo social y lo económico.

Una ciudad saludable debe ser una ciudad con habitantes sanos, la ciudad con toda su infraestructura y desarrollo debe promover, apoyar y coadyuvar en conservar la salud física, mental y social a sus pobladores, con servicios municipales adecuados de agua, drenaje, iluminación, áreas libres confortables y seguras, además debe estar ordenada con buenos sistemas de transporte público y con vialidades adecuadas incluyendo lugares o espacios que provoquen la convivencia, como parques y centros de reunión al aire libre y cerrados.

Es importante considerar que podrá ser una ciudad saludable cuando sus habitantes participen en la planeación de los proyectos de su colonia, barrio o comunidad conjuntamente con la autoridad, para evitar imposiciones de proyectos o acciones que por lo general desarrolla la autoridad o gobierno sin la consideración de la pobla-

ción que va a vivir esos espacios, ya que trabajando juntos gobierno-comunidad podrá esta misma apropiarse de ellos para utilizarlos, conservarlos e incluso mejorarlos con ayuda de la comunidad o el vecindario solidario para vivir en armonía sanamente.

La ciudad como ente territorial es una delimitación espacial de habitantes con características sociales, económicas y culturales comunes, con una extensión de su entorno de acuerdo con sus necesidades personales y familiares.

La ciudad como ente administrativo de acuerdo con la legislación dicta leyes, reglamentos y lineamientos para lograr un ecosistema con equilibrio natural del entorno que contribuya a conservar y recuperar la salud de sus habitantes.

Una ciudad saludable la consideramos también como una ciudad con áreas verdes estratégicamente diseñadas, con áreas de trabajo integradas y bien ubicadas con cordones o barreras verdes que protejan todas las áreas donde se desarrollan las actividades de sus habitantes, con un transporte limpio sin emisiones contaminantes y con una mejor cultura y educación en salud para prevenir enfermedades crónicas desde temprana edad.

Una ciudad saludable debe tener un sistema de salud eficiente, que aborde los problemas desde la prevención con el objetivo de disminuir las tasas de incidencia y prevalencia poblacionales; además, consideramos que los recursos de infraestructura deben estar localizados para captar una población que no exceda sus propios recursos y debe enfocarse con mayor esfuerzo y mejores estrategias a la prevención de enfermedades con una mejor educación de la salud.

La ciudad saludable debería estar planificada para proveer los recursos necesarios de forma nuclear evitando grandes traslados, disminuyendo el nivel de ruido, la cantidad de estrés y las probabilidades de accidentes, etc. Con una adecuada distribución de áreas verdes, podremos disminuir los niveles de estrés, se nos permitirá realizar actividades recreativas y ejercicio, lo que nos ayuda a una disminución de sobrepeso y enfermedades asociadas, además de mejorar la calidad del aire.

El producto de una población educada y consciente es una ciudad saludable que además promueve y consigue la disminución de contaminación para poder aprovechar al máximo los recursos naturales y artificiales existentes.

Una ciudad saludable es aquella que tiene un número adecuado de habitantes para tener un mejor desarrollo y organización y que es resultado de una mejor relación de convivencia para obtener una comunidad con mejor calidad de vida.

También podemos decir que el concepto “Ciudad Saludable” (municipio, comunidad, barrio o entorno saludable) es un proceso al que deseamos encaminar las acciones y políticas, éstas deben diseñarse para lograr sus objetivos, cuyas características se describen en los siguientes puntos.

- *Un lugar en donde prevalezca la justicia en igualdad de condiciones para todos con cero impunidades, se respeten las leyes y reglamentos*
- *Un lugar en donde se respete la dignidad de las personas sin importar género, raza, condición social, creencias y preferencia sexual y exista convivencia armónica*
- *Un lugar con acceso para todos a los servicios de atención al daño efectivo y de calidad*
- *Un lugar con espacios deportivos, recreativos y culturales de libre acceso y cercanos a las viviendas y actividades para todas las edades*
- *Un lugar libre de contaminantes que generen daño a la población*
- *Un lugar con educación de calidad, con nivel para competir en el ámbito internacional, desde el nivel de preescolar hasta licenciatura, con acceso para todo el que lo desee y cumpla los requisitos*
- *Un lugar en donde se privilegie al peatón y no al automóvil al momento de diseñar los espacios y vialidades*
- *Un lugar con una sociedad civil organizada que promueva los derechos políticos y sociales de todos los individuos y se involucre en las decisiones políticas que inciden en su bienestar y calidad de vida*
- *Un lugar con políticas de sustentabilidad para que las actuales generaciones hereden mejores entornos a las futuras*
- *Un lugar con oportunidades de trabajo en condiciones óptimas de saneamiento y protección, buen salario y horarios que permitan la convivencia familiar*
- *Un lugar en donde todas las viviendas cuenten con red de agua potable, drenaje, ventilación, que eviten el hacinamiento y estén cerca de espacios públicos y deportivos*
- *Un lugar con solución integral y adecuada de desechos sólidos desde su recolección, separación, traslado y disposición final que cumpla la normativa establecida en el ámbito internacional*
- *Un lugar que ofrezca entornos seguros*

### ¿Por qué?

Las ciudades, municipios y entornos se considerarán saludables, cuando trabajen los gobiernos nacionales y locales con la participación de la sociedad civil, para cambiar las condiciones actuales en que

la mayoría de la población vive, trabaja, crece y envejece, y así contribuir a subsanar las inequidades sanitarias y sociales de la población, considerados actualmente por la OMS como peligros urbanos.

## Elementos de diseño urbano importantes

### ¿Qué elementos de diseño urbano considera importantes para que una ciudad ofrezca salud y bienestar a sus habitantes?

Los aspectos y elementos importantes que se deben tomar en cuenta para poder desarrollar una ciudad que ofrezca salud y sobre todo bienestar a sus habitantes deben contemplar la climatología, vientos dominantes, vías de comunicación, elementos naturales como topografía, ríos, arroyos y lagunas, los rangos de población, para que con el conocimiento de esta información se puedan plantear los usos de suelo habitacional, comercial, servicios, cultura, industria, de preservación ecológica y patrimonial, etc.

155

En todas las legislaciones del mundo, la habitación o el espacio habitable es un derecho de los ciudadanos, pero sus autores olvidaron contemplar en la propia legislación los aspectos y conceptos de belleza.

El desarrollo de las ciudades en nuestro país está marcado en gran medida por la corrupción y la especulación de la tierra, lo que en la mayoría de las veces ha conducido a un crecimiento irracional de las mismas, ya que no se respetan los planes de desarrollo urbano de nuestras ciudades y sus usos de suelo. Debemos erradicar este tipo de conductas para poder desarrollar proyectos urbanos más saludables y acordes con lo que la comunidad realmente quiere.

Existen ejemplos a lo largo y ancho de nuestro país donde se realizaron desarrollos urbanos habitacionales que en realidad están semiabandonados, ya que no cumplen con la normatividad adecuada de ubicación para esos desarrollos ni con los elementos de diseño urbano vigentes existentes en nuestras leyes y normas, como estar alejados de los espacios de trabajo y comercios, no contar con espacios para la recreación y la actividad deportiva, las vías de comunicación no son adecuadas, el tipo de vivienda no cumple con las expectativas y modos de vida de sus habitantes y, por lo tanto, la comunidad los rechaza.

Uno de los elementos de diseño urbano para que una ciudad ofrezca salud y bienestar a sus habitantes es que se deben establecer



leyes y normas adecuadas que contemplen el parecer de la comunidad de acuerdo con sus expectativas de vida, sus usos y costumbres.

En la actualidad en la imagen urbana se concentran muchos elementos que influyen en que una ciudad ofrezca salud y bienestar, se considera que la contaminación visual por la publicidad altera el ánimo a los espectadores, crea confusión porque su percepción se desvía al comercial y no al deleite del escenario urbano arquitectónico, que pasa a segundo plano.

Últimamente han surgido las pantallas interactivas que, al parecer, son favorecedoras para despejar el entorno de los letreros publicitarios al concentrar varios mensajes en un lugar, aunque distraen al conductor y lo exponen a riesgos de accidentes automovilísticos, por lo que no son buenas soluciones. Se debe investigar cómo se ha resuelto esta problemática en los países europeos, sobre todo en las ciudades medianas y pequeñas en las que la publicidad es visible pero discreta respetando el entorno urbano y proponiendo soluciones similares.

Para que una ciudad ofrezca salud y bienestar a sus habitantes se deben considerar espacios donde se puedan desarrollar actividades al aire libre. En seguida se mencionan algunos de éstos.

- *Parques con infraestructura para realizar ejercicio*
- *Medios de transporte no contaminantes*
- *Educación vial de automovilistas y peatones*
- *Distribuidores viales sin costo*
- *Contenedores de basura donde su recolección se realice por la noche*
- *Edificios arquitectónicos que armonicen en forma y color con el ambiente*
- *Con calles bien señalizadas para la protección del peatón y transporte individual.*

El equipamiento de todo edificio para el desarrollo de todas las funciones humanas, ya sea de vivienda, trabajo o recreación, debe ofrecer:

- *Bienestar*
- *Seguridad*
- *Conectividad*
- *Orden*
- *Accesibilidad universal*
- *Proporción a escala humana*

Debe existir un diseño y distribución clara de los recursos y espacios que evite la centralización de los mismos para tener una distribución más equitativa con el binomio recursos-población, evitando la con-

centración de los mismos, como pueden ser los espacios dedicados a escuelas, parques, sitios de trabajo, zonas industriales, etc.

Es importante considerar de una forma especial y bien planeada la disposición de los desechos y sustancias que van contra la salud.

Las instalaciones de salud deben ser adecuadas y tener acciones con énfasis en la prevención de la salud de la comunidad, adecuando la distribución y planeación de sus instalaciones.

Deben existir elementos de protección ante el ruido, publicidad, mensajes luminosos, contaminación del aire, accesibilidad a personas con capacidades diferentes, acciones en general que generen equidad.

Debe haber más espacios públicos como parques urbanos, ya que propician encuentros, convivencia y experiencias diversas, prácticas saludables, recreativas y culturales.

El desarrollo urbano tiene que propiciar el uso de suelo mixto, la redensificación y el rescate de espacios urbanos sin uso.

Los paraderos de transporte urbano tendrán que tener información de las líneas que otorgan el servicio; las estaciones de transferencia deben tener un diseño adecuado, sanitarios limpios y espacios seguros y sin comercio ambulante con venta insalubre de alimentos.

Las bardas y postes deben estar libres de *grafiti* y de propaganda política. Debe haber señalización adecuada en calles y avenidas, nomenclatura, preferencia del cruce peatonal y área de circulación de bicicletas.

Banquetas, calles y áreas públicas libres de excremento de perros.

Las vialidades vehiculares no deben mezclarse con el tránsito peatonal, áreas verdes ajardinadas con actividades físicas al aire libre, instalaciones deportivas; voleibol, fútbol, basquetbol, aparatos, etc.

Los andadores peatonales deben considerarse elementos para facilitar el tránsito de personas con discapacidad.

El transporte colectivo tiene que ser cómodo, suficiente, pero a la vez sustentable y ecológico, que no contamine.

## Aspectos del entorno arquitectónico construido

**¿Qué aspectos del entorno arquitectónico construido cree que influyen positiva y negativamente en la salud de las personas que transitan, caminan o permanecen en él?**

En esta pregunta conviene reflexionar acerca de algunos pensamientos sobre lo que ha representado la arquitectura y su entorno

en el desarrollo de nuestra civilización y vida, como los que se mencionan en seguida:

“La civilización” es la cultura hecha ciudad, siempre hemos visto la arquitectura como representante de la vida y el hacer del hombre, desde tiempos prehistóricos.

El arquitecto Enrique del Moral menciona que “la arquitectura y sus ciudades son un verdadero libro abierto, en el cual se consigna fielmente el paso sucesivo de la historia”.

Sigmund Freud afirma: “Si retrocedemos suficientemente en la historia, encontraremos que los primeros actos de civilización fueron el uso de las herramientas, el control sobre el fuego y la construcción de la vivienda.

La arquitectura para pobres no debe ser una pobre arquitectura, las aceras, son objetos arquitectónicos olvidados por los arquitectos, urbanistas y planificadores.

Algunos de los aspectos que influyen de manera negativa en la salud de las personas que transitan o permanecen en el entorno arquitectónico pueden ser:

- *Estándares de vivienda y espacio público con déficit de bienes y servicios*
- *La desconexión de los espacios entre sí y con el resto de la ciudad*
- *Espacios que ofrecen un proceso de deterioro y degradación en la ciudad*
- *Insuficiencia de espacios públicos para la convivencia*
- *Escasa relación entre vecinos*
- *Temor y percepción de inseguridad*
- *Aspectos de deterioro por toda la ciudad*
- *Suciedad y concentración de basura*
- *Vías de circulación peatonales y viales que estén ocupadas como comercio o almacén*
- *Saturación de los espacios entre elementos arquitectónicos con exceso de información*
- *Tráfico vehicular contaminante*
- *Falta de edificios de salud para la población*
- *Los espacios arquitectónicos diseñados no siempre favorecen la salud:*
  - existe un nivel de ruido excesivo que daña la salud;
  - no existen espacios suficientes para las necesidades físicas de las personas;
  - espacios públicos y calles mal iluminadas y mal acondicionadas para utilizar en las noches con seguridad;
  - la falta de vigilancia eleva el nivel de inseguridad de la población;

- no se cumplen con las condiciones adecuadas para evacuar, transportar, almacenar y disponer de residuos o sustancias peligrosas;
- empresas o industrias en la ciudad que contaminan por sustancias tóxicas que liberan al ambiente y/o por ruido;
- excesiva presencia de espectaculares;
- exceso de áreas modernas para vehículos (vialidades) y espacios incómodos, inseguros e irregulares para los peatones;
- edificios de oficinas sin ventilación natural ni espacios cómodos;
- las altas concentraciones de vehículos automotores, en vialidades insuficientes y mal planeadas, favorecidos por el impulso a la venta de éstos;
- asentamientos urbanos no planeados, sin servicios públicos y ubicados en zonas de alto riesgo

Estos aspectos negativos entre otras cosas crean resistencia de los habitantes de la comunidad o barrio a transitar por la ciudad, ya que les infunden temor o miedo, además es demostrable que pueden llegar a reaccionar con conductas destructivas atentando contra su salud física y emocional.

La falta de luz, la oscuridad en la ciudad se puede interpretar como temor a la ciudad, y va más allá, ya que existen evidencias de que provoca el vandalismo, la destrucción del mobiliario urbano y el daño a la propiedad ajena.

Por otro lado, el movimiento limitado en el espacio cerrado o abierto se ha demostrado que favorece enfermedades de insuficiencia venosa crónica, crisis de ansiedad y otras enfermedades psiquiátricas.

Además, la planeación no adecuada o deficiente en cuanto a la distribución de los espacios de vivienda, comercio, trabajo e industrias constituye otro aspecto negativo; tomemos como ejemplo la mala ubicación de las fábricas en la ciudad, sobre todo cuando ocupan edificios no diseñados para ese efecto, se producen sorderas, accidentes industriales, que van desde lesiones hasta enfermedades como asbestosis o intoxicaciones.

Algunos de los aspectos positivos que podemos considerar que influyen en la salud de las personas que transitan o permanecen en la ciudad se describen a continuación.

Uno de los principales aspectos positivos es la existencia del barrio como unidad de identidad y que se le puede ubicar como la unidad básica para reconstruir la ciudad, por lo tanto la revaloración y el reconocimiento del barrio como espacio vital donde pueden resolverse los múltiples y crecientes problemas de nuestras ciudades

es esencial para articular un proyecto de estas características. Regresar a la persona su carácter de ciudadano posibilita que convierta al barrio donde vive en un foco de atracción y de identidad.

El diseñar, adecuar y/o construir ciudades de un tamaño adecuado, donde existan centros habitacionales, comerciales y de trabajo a distancias no mayores a 15 minutos del origen al destino final ayudaría a evitar tiempos perdidos en transporte y a que la comunidad se pueda comunicar más fácilmente y pueda interactuar mejor entre sí.

Otro aspecto positivo sería que en las remodelaciones o renovaciones constantes de los espacios públicos deteriorados o edificios viejos se buscara el máximo provecho potencial, para favorecer espacios armónicos, adecuados para el desarrollo de los habitantes, la seguridad y la salud de la comunidad.

Otro aspecto que influye de manera positiva en la salud de las personas son los programas de impulso al uso de bicicleta, con la construcción de ciclistas que conecten en forma adecuada las zonas de la comunidad.

Es importante que en el entorno urbano se integren áreas verdes y que el manejo adecuado de los espacios públicos favorezca actividades en pro de la salud individual y colectiva; que se contemplen áreas verdes de parques y jardines bien diseñados y zonas habitacionales bien relacionadas con centros de trabajo, salud, diversión, educación y comerciales.

El dotar de servicios públicos adecuados como la iluminación nocturna, la presencia de una vigilancia adecuada, además de incrementar la cultura cívica, la educación y la conciencia entre la comunidad y la autoridad o gobierno contribuye a sanar el temor a circular en la ciudad, evitar el vandalismo y destrucción del equipamiento urbano así como las reacciones de conductas destructivas que atentan contra la salud física y emocional del ciudadano.

## Espacios abiertos y cerrados

**¿Qué espacios abiertos y qué espacios cerrados consideran que son importantes para hacer una ciudad saludable?; ¿qué características deben cumplir estos espacios?**

Es importante señalar algunos comentarios importantes acerca de las características de los espacios, ya sean abiertos o cerrados, se-

gún la percepción de algunos arquitectos, como los que se describen a continuación.

- *Deben cumplir con un programa de necesidades considerando los aspectos económicos, aplicación de los valores arquitectónicos y sobre todo cumplir con las expectativas y necesidades de los usuarios*
- *Además, todos los espacios en donde el hombre se desarrolle, sean abiertos o cerrados serán importantes como morada integral del ser humano*
- *El espacio diseñado y concebido por y para el hombre es el elemento integrador de carácter social más importante*
- *El espacio abierto o cerrado siempre deberá ser bondadoso, con expresión humana; deberá contemplar sus propias necesidades y recursos*

Un espacio abierto tiene éxito cuando la comunidad que lo va a usar y disfrutar lo hace suyo. Para lograr esto, los habitantes del barrio o vecindario deberán ser incluidos activamente junto con la autoridad o gobierno en la planeación y el desarrollo de todos los proyectos, así como de todas las actividades que en su momento puedan alterar su calidad de vida y la de su familia.

Algunos de los espacios abiertos más importantes para poder hacer o tener una ciudad saludable son los que se listan a continuación.

- *Calles o vialidades*
- *Parques*
- *Camellones ajardinados*
- *Circulaciones peatonales eficientes y agradables*
- *Banquetas amplias*
- *Elementos que permitan circular con facilidad a las personas con incapacidad*
- *Áreas de esparcimiento*
- *Andadores peatonales que comuniquen los barrios con escuelas, mercados, parques*
- *Parques recreativos y de descanso*
- *Plazas cívicas, públicas y privadas*
- *Jardines*
- *Campos deportivos*
- *Gimnasios al aire libre*
- *Teatros y salas de conciertos al aire libre*
- *Alamedas*
- *Emplazamientos con adaptaciones con aparatos deportivos*
- *Albercas abiertas y cerradas*

- *Espacios recreativos*
- *Mercados al aire libre*
- *Parques de diversión ya sean con juegos y alguna temática*
- *Calles peatonales*
- *Centros de reunión y de convivencia*
- *Zoológicos*
- *Jardín botánico*
- *Área de cultivos hidropónicos en el ámbito barrio*
- *Banquetas peatonales y paraderos de autobuses urbanos*
- *Vialidades confinadas para bicicletas y ciclistas*
- *Estacionamientos de bicicletas*
- *Campos deportivos y áreas para practicar deportes: fútbol, basquetbol, tenis, gimnasia, caminata, bicicleta deportiva, natación, atletismo*
- *Áreas para recreación juvenil: pista para patinetas, para patinaje, rapel*
- *Áreas para juegos infantiles*
- *Áreas de recreación para adultos y adultos mayores: yoga, baile, aparatos de gimnasia, caminata, natación*
- *Áreas de usos múltiples: convivencia, descanso, lectura, servicios religiosos, conciertos*
- *Barrancas recuperadas con áreas de esparcimiento*

Algunas características consideradas para poder tener espacios abiertos saludables o que apoyen a la comunidad a ser saludable se describen en seguida.

- *Espacios abiertos diseñados con suficiente luz, con materiales existentes según la región, de fácil uso, que sean autosustentables, de ser posible, reciclados, con bajo costo de mantenimiento, colores, con formas diversas y accesibilidad adecuada*
- *Se debe considerar en los espacios la sorpresa de elementos atractivos que nos hagan sentir emociones diferentes. Sobre todo deben ser divertidos para animar a las personas a interactuar con ellos*
- *Que sean coloridos ya sea con los elementos de mobiliario urbano o con la vegetación del mismo*
- *Deberán ser libres de contaminantes visuales, auditivos y respiratorios, en apoyo a la actividad física, mental y recreativa de los ciudadanos de la comunidad*
- *Es importantísimo señalar que un espacio abierto que invita a la comunidad y a sus ciudadanos a estar dispuestos a ser más sanos en todos sus aspectos es aquel en el que se tiene la percepción de espacio bello y limpio*

Ahora se presentan los espacios cerrados que se consideran más importantes para poder hacer o tener una ciudad saludable.

- *Espacios de sitios de trabajo (oficinas, comercios, etc.)*
- *Espacios para la industria (fábricas, bodegas, etc.)*
- *Edificios religiosos (templos para diferentes cultos religiosos)*
- *Espacios para la alimentación (restaurantes, loncherías, mercados, rastros etc.)*
- *Espacios para la meditación y relajación (spas, centros holísticos, etc.)*
- *Espacios para el ejercicio y el deporte (gimnasios, canchas deportivas, albercas, etc.)*
- *Espacios para el entretenimiento (teatros, cines, auditorios, salas de conciertos, acuarios, etc.)*
- *Espacios para la educación (escuelas, universidades, bibliotecas, centros culturales, museos de barrio, fonotecas, etc.)*
- *Espacios para la vivienda (vivienda unifamiliar, multifamiliar, etc.)*
- *Espacios destinados a la salud (hospitales, clínicas, laboratorios, etc.,)*
- *Espacios para la industria hotelera (hoteles, mesones, casonas, etc.)*
- *Espacios o edificios de tipo social para uso de la comunidad*
- *Casa de día para adultos mayores en el ámbito barrios*
- *Centros comunitarios de usos múltiples: aprendizaje de oficios, mantenimiento del hogar, arte, artesanías, círculos de lectura y de cine, baile, ejercicios canto, música*

163

Algunas de las características de los espacios cerrados que se pueden considerar para que sean espacios saludables deberán ser las que se mencionan a continuación.

- *Que tengan formas adecuadas a los diferentes tipos de edificios para que se puedan identificar con claridad en el entorno urbano*
- *Que tengan una clara identificación de su uso*
- *Que cuenten con acabados y colores que estimulen las actividades a que se dedican los inmuebles*
- *Que tengan ventilación e iluminación adecuadas a los diferentes climas y protegidos de la intemperie*
- *Que utilicen energías renovables y sistemas de reciclaje*
- *Que sean construcciones autosustentables*
- *Que eviten la contaminación ambiental y visual*
- *Que sean funcionales y bien relacionados entre sí*
- *Que cumplan con la normatividad del lugar donde se construyen*
- *De ser posible, que tengan plazas o vestíbulos exteriores adecuados a usos mixtos, que puedan ser compartidos por los usuarios y por los habitantes de la comunidad, el barrio o el vecindario. De esta*



*manera, será posible fomentar la comunicación y convivencia entre sus habitantes*

## Aportación de los arquitectos

**¿Desde su perspectiva, cuál debe ser la aportación de los arquitectos para tener ciudades saludables, planeación, diseño, implementación, monitoreo y evaluación?**

El arquitecto debe participar en todas las etapas en un grupo interdisciplinario en investigaciones, para evaluar con indicadores los elementos urbanos que propician mejores condiciones de salud y aquellos que la deterioran, al igual que en la elaboración de diagnósticos de riesgos existentes para la salud por colonia o barrio de las delegaciones de la ciudad y en cada comunidad o ciudad del país.

Siempre se ha visto a la arquitectura como representante de la vida y el hacer del hombre, y esto desde tiempos prehistóricos. La participación de los arquitectos es fundamental, dado que la disciplina corresponde a aspectos que se dirigen al bienestar físico y espiritual del ser humano, en relación con los espacios en los cuales se desenvuelve.

La aportación de los arquitectos deberá consistir en aplicar su capacidad de análisis, intuición, razonamiento, coordinación y, sobre todo, su espíritu creador; se deberá utilizar el monitoreo y la evaluación como elementos indispensables para ratificar o rectificar el camino, la conducción, la coordinación, la satisfacción, etc.

La formación como arquitecto da la cualidad de razonar los problemas de diseño antes de prejuzgar, por el conocimiento de un método de análisis y síntesis, a través de la observación y evaluación, por lo que este profesionista puede aportar sus conocimientos considerando el objetivo, en este caso, de lograr una ciudad saludable.

La aportación del arquitecto radica en crear espacios abiertos y cerrados, ordenados, sustentables, autosuficientes y con dimensiones reguladas en las ciudades.

El arquitecto se debe inmiscuir más y aportar sus conocimientos para resolver, en conjunto con otros profesionistas especializados, como urbanistas, sociólogos, antropólogos, y sobre todo con la comunidad, problemas urbanos de impacto social. Puede participar mucho más en proyectos que apoyan a las comunidades necesitadas

por medio de sus colegios o de organizaciones que trabajen con dichas comunidades.

La demanda de proyectos arquitectónicos o de espacios públicos en entornos urbanos debe estar canalizada a las agrupaciones de arquitectos que quieran participar y que ofrecen sus servicios por vocación profesional y ciudadana en apoyo a la comunidad.

Los gobiernos y las autoridades responsables de la planeación, el diseño y la construcción de los espacios urbanos no perciben que hay voluntad profesional capacitada de los arquitectos como oportunidad de apoyo a su disposición para cumplir con sus compromisos administrativos.

Los arquitectos pueden participar con una planeación adecuada de los inmuebles de infraestructura, habitacionales, recreativos, de trabajo, educativos, deportivos y de salud con un enfoque en que se haga participar a la comunidad o a los usuarios de los inmuebles o los espacios públicos.

Los arquitectos tenemos la obligación de proyectar espacios funcionales cómodos para cada una de las actividades dentro y fuera de los inmuebles.

El arquitecto debe comprometerse y buscar diseños eficientes contemplando sus repercusiones en la calidad de vida de las personas, aprovechar el espacio, implementar tecnologías que permitan hacer el lugar más amable, cómodo y sano.

Además, también debe considerar el uso de materiales que ayuden a mejorar las condiciones físicas y ambientales en las que se desenvuelve el individuo y la comunidad (temperatura, humedad, cantidad de luz y ventilación).

En conjunto con otros profesionistas, el arquitecto debe realizar una evaluación del estado actual de los espacios, ya sean abiertos o cerrados, definiendo alcances, recursos y políticas por considerar y realizar propuestas que incluyan soluciones adecuadas a las necesidades del ciudadano o la comunidad, a fin de generar programas de necesidades que redundan en soluciones para obtener una buena calidad de vida y un mejor cuidado a la salud.



# LOS URBANISTAS Y LOS ARQUITECTOS ANTE LOS RETOS DE LA SALUD EN LAS CIUDADES

## La Carta de Atenas

El IV Congreso Internacional de Arquitectura Moderna (CIAM), celebrado a bordo del buque Patris II entre Marsella y Atenas, fue promovido y llevado a cabo por Le Corbusier y José Luis Sert en 1933. En él se analizaron las condiciones de 33 ciudades: Ámsterdam, Atenas, Bruselas, Baltimore, Bandung, Budapest, Berlín, Barcelona, Charleroi, Colonia, Como, Dalat, Detroit, Dessau, Estocolmo, Frankfurt, Ginebra, Génova, La Haya, Los Ángeles, Littoria, Londres, Madrid, Oslo, París, Praga, Roma, Rotterdam, Utrecht, Verona, Varsovia, Zagreb y Zúrich.

También se expusieron señalamientos, observaciones y los requerimientos para solucionar las problemáticas que presentaban estas ciudades, como el saneamiento y las condiciones ambientales y de habitabilidad que deberían observarse para su adecuado desarrollo.

A este documento se le llamó *La Carta de Atenas*, que contiene los principios rectores para la organización de las ciudades de aquella época; fue publicada 10 años después.

*La Carta de Atenas* se divide en tres áreas:

1. *Generalidades*
2. *Estado actual de las ciudades. Problemática y requerimientos*
3. *Conclusiones*

En ella, se consideran los cuatro aspectos básicos que contempla la conformación de las ciudades:

- *Habitación*
- *Trabajo*
- *Recreación*
- *Circulación*

En los cuatro casos, se definen las problemáticas y las propuestas de solución que corresponden a la época de los años treinta y que, sin embargo, en la mayoría de los casos, siguen vigentes.

## La ciudad y su región

- *La región está formada por el conjunto económico, social y político del que se deriva la ciudad como unidad administrativa, la cual generalmente no coincide o no responde a las condiciones de la unidad geográfica o región*
- *Agregados a los temas económicos sociales y políticos, se tienen los valores de orden psicológico y fisiológico que, ligados al ser humano, generan los conceptos de orden individual y orden político*
- *Se presentan consideraciones psicológicas y biológicas, las cuales experimentan la influencia del medio, situación geográfica y topográfica, así como situación económica y política*
- *La situación económica de las ciudades dependen de sus recursos naturales, así como de sus contactos naturales o artificiales con el exterior*
- *La situación política y el sistema administrativo*

Otras circunstancias particulares han determinado los caracteres de las ciudades a lo largo de la historia: la defensa militar, los descubrimientos científicos, las sucesivas administraciones, el desarrollo progresivo de las comunicaciones y de los medios de transporte (rutas terrestres, fluviales, marítimas, ferroviarias y aéreas).

- *Las razones que determinan el desarrollo de las ciudades están sometidas a cambios continuos*
- *La llegada de la era del maquinismo provocó un movimiento incontrolado de concentración en las ciudades, que transformaron radicalmente las condiciones del trabajo a niveles sin precedente en la historia. El caos, el descontrol, el hacinamiento se apoderaron de las ciudades*
- *La aparición de la máquina cambió de manera drástica la relación armónica existente entre el lugar de trabajo y el hogar, lo que generó saturación en las ciudades y abandono del campo*

## Estado actual de las ciudades

### Habitación

#### Observaciones

- *En el contexto histórico de las ciudades así como en diversas zonas de expansión industrial del siglo xx, la población llega a ser altamente densa (de 1 000 a 1 500 habitantes por hectárea), siendo las condiciones de habitabilidad nefastas por la falta de espacios suficientes para el alojamiento, falta de áreas verdes, mantenimientos deficientes, niveles de vida bajos, con altas tasas de mortalidad*
- *El crecimiento de la ciudad termina en forma paulatina y gradual con las áreas verdes*
- *Las construcciones destinadas a vivienda se ubican en forma desordenada y descontrolada, sin cumplir de manera adecuada con los requerimientos de higiene*
- *Los barrios más densos se ubican en las zonas menos favorables, mal orientados, sectores invadidos por neblinas o gases industriales, inundables, entre otras características*
- *Las construcciones levantadas a lo largo de las vías de comunicación y en las proximidades de los cruces son inadecuadas para la habitabilidad; ruidos, polvo y gases nocivos*
- *El acostumbrado alineamiento de las viviendas al borde de las calles limita y reduce la exposición al sol*
- *La distribución de las construcciones de uso colectivo dependientes de la vivienda es arbitraria*
- *Las escuelas por lo general se ubican en vías de circulación, alejadas de las áreas habitacionales*
- *Los suburbios se desarrollan en forma desordenada sin condiciones de control*

169

#### Requerimientos

- *Los barrios de vivienda, deberán tener las mejores ubicaciones en el espacio urbano, aprovechando la topografía y considerando el clima y el asoleamiento favorables, así como los espacios verdes*
- *La ubicación de las zonas de habitación debe estar relacionada y vinculada a los más altos hábitos de higiene*
- *Deben imponerse densidades razonables según las formas de habitación, de acuerdo con las condiciones naturales del terreno*

- *Debe señalarse un mínimo de horas de asoleamiento para toda vivienda*
- *Debe evitarse la alineación de las viviendas, a lo largo de las vías de comunicación*
- *Se tendrán en cuenta los recursos de las técnicas modernas para la construcción de viviendas elevadas*
- *Las construcciones altas separadas entre sí, a gran distancia, generan amplias áreas de superficies verdes*

## Esparcimiento o recreación

### Observaciones

- *Las superficies libres son, por lo general, insuficientes. Las existentes normalmente están mal ubicadas y resultan poco útiles para los usos habitacionales*
- *La ubicación periférica de las áreas libres no ayuda al mejoramiento de las condiciones de habitabilidad en las zonas urbanas congestionadas*
- *Las escasas instalaciones deportivas se ubican de manera provisional en terrenos baldíos destinados a otro tipo de usos*
- *Los terrenos que podrían destinarse al sano esparcimiento, deben estar ubicados cerca de las áreas habitacionales*

### Requerimientos

- *Toda zona habitacional deberá contar con el área verde necesaria para la ordenación racional de juegos y deportes al aire libre, para niños, adolescentes y adultos*
- *Las zonas insalubres deberán ser eliminadas para ser sustituidas por áreas verdes*
- *Las horas libres semanales deberán disfrutarse en áreas favorablemente preparadas: parques, bosques, terrenos, áreas deportivas, estadios, playas y otras*
- *Se tomarán en cuenta, los elementos existentes: ríos, bosques, colinas, montañas, valles, lagos, mar y otros*

## Trabajo

### Observaciones

- *Los lugares de trabajo no se ubican en forma racional en el área del complejo urbano: industria, artesanía, negocios, administración, comercio*

- *La relación entre habitación y lugares de trabajo deja de ser normal. Implica trayectos desproporcionados*
- *Las horas punta de los transportes constituyen serios inconvenientes y estados críticos para la población usuaria*
- *Debido a la falta de programas, la industria se instala al azar, sin obedecer orden alguno; crecimiento incontrolado de las ciudades, ausencia de previsiones, especulación del suelo, etc.*
- *En las ciudades, las áreas de oficinas se concentran en centros de negocios ubicados en zonas privilegiadas, con los medios de circulación más favorecidos, lo que provoca factores de especulación. Como se trata de negocios privados, no se cuenta con los medios de organización para su desarrollo natural*

### Requerimientos

- *Las distancias entre los lugares de trabajo y las zonas de vivienda deben reducirse al mínimo posible*
- *Las zonas industriales deben ser independientes de las de habitación, unas y otras estarán separadas por una zona verde*
- *Las zonas industriales deben ubicarse anexas al ferrocarril, los canales y la carretera*
- *La artesanía, estrechamente vinculada a la vida urbana de la que procede de manera directa, deberá ocupar sitios determinados con claridad en el área de la ciudad*
- *El centro de negocios, administración pública o privada deberá contar con buenas comunicaciones con las zonas o barrios de vivienda*

### Circulación

#### Observaciones

- *La red de vías urbanas consiste en un conjunto de ramales desarrollados en torno a las grandes vías de comunicación, las cuales provienen de épocas antiguas en Europa, mucho antes de la Edad Media*
- *Las grandes vías de comunicación fueron creadas tomando en cuenta el tránsito peatonal o de carruajes. No corresponden a los medios mecánicos de transporte*
- *Las dimensiones de las calles, no responden a las velocidades de los vehículos ni a la expansión regular de la ciudad*
- *Las distancias entre los cruces de las calles son reducidas*
- *La anchura de las calles es insuficiente, su costo para ampliarlas es alto y poco factible*



- *La red de calles no es racional ante las velocidades mecánicas*
- *Los trazados suntuarios para finalidades representativas, constituyen graves problemáticas para la circulación*
- *A menudo se observa que la red ferroviaria con la extensión de la ciudad constituye un freno grave para el desarrollo urbano*

### Requerimientos

- *Se realizarán estudios rigurosos y detallados para determinar los flujos de circulación, así como el carácter del tráfico*
- *Las vías de circulación se clasificarán según su naturaleza y estarán en función de los vehículos y sus velocidades*
- *Los cruces de tráfico intenso se ordenarán en forma de circulación continua, mediante cambios de nivel*
- *El peatón circulará por vías separadas de las del automóvil*
- *Las calles se diferenciarán según su destino: de vivienda, de paseo, de tránsito y principales*
- *Las zonas verdes aislarán las vías de gran circulación*

### Patrimonio histórico de las ciudades

- *Los valores históricos deben ser salvaguardados (edificios aislados o conjuntos urbanos)*
- *Los testimonios del pasado serán protegidos si son expresión de una cultura anterior y si responden a un interés general*
- *Si es posible, debe remediarse el perjuicio de su existencia mediante acciones radicales; por ejemplo, la desviación de elementos de circulación vitales*
- *En caso de proceder a la destrucción de tugurios alrededor de monumentos históricos, se sustituirán por áreas verdes*
  - *No se tolerará la utilización de estilos del pasado con pretextos estéticos en las construcciones alzadas en las zonas históricas*

### Conclusiones

#### Puntos doctrinales

- *La mayoría de las ciudades estudiadas no responde a su destino*
- *Prevalcen los intereses privados*
- *La prevalencia de los intereses privados evita el equilibrio entre las fuerzas económicas, el control administrativo y la solidaridad social*

- *Las ciudades en constante transformación no contemplan los principios del urbanismo moderno*
- *La ciudad debe garantizar espiritual y materialmente la libertad individual y el beneficio de la acción colectiva*
- *La escala humana rige toda la operación urbana*
- *El urbanismo se sustenta en las cuatro funciones básicas: habitar, trabajar, recrearse y circular*
- *Los planes determinarán la estructura de cada uno de los sectores asignados a las cuatro funciones clave*
- *La vivienda será considerada el centro de las consideraciones urbanísticas*
- *Las nuevas velocidades mecánicas han transformado el medio urbano*
- *Se revisará el principio de las circulaciones urbanas y suburbanas*
- *El urbanismo es una ciencia de tres dimensiones*
- *La ciudad será estudiada dentro del conjunto de su región de influencia*
- *La ciudad, como unidad funcional, crecerá armoniosamente en cada una de sus partes*
- *Cada ciudad establecerá su programa promulgando leyes que permitan su realización*
- *El programa debe elaborarse mediante análisis rigurosos elaborados por especialistas a fin de permitir su realización*
- *Para el arquitecto urbanista, su instrumento de medida será la escala humana*
- *El núcleo inicial del urbanismo es una célula de habitación, una vivienda*
- *A partir de la unidad vivienda se establecerán en el espacio urbano las relaciones entre habitación, trabajo e instalaciones destinadas a las horas libres*
- *La marcha de los acontecimientos se verá influida fundamentalmente por los factores políticos, sociales y económicos*
- *Y no es aquí donde intervendrá en última instancia la arquitectura. La arquitectura ordena la estructura de la vivienda. Establece la red de circulación. Es responsable del bienestar y de la belleza de la ciudad. La arquitectura es fundamental para todo*
- *La escala de los trabajos a emprender para la ordenación de las ciudades deberá ser un amplio plan de conjunto, y no una visión fragmentada*
- *Urgencia de regular la disposición de todo suelo útil, para equilibrar las necesidades vitales del individuo con las necesidades colectivas*
- *El interés privado se subordinará al interés colectivo*

## Determinantes sociales de la salud

Como se puede apreciar en *La Carta de Atenas*, las condiciones y problemas que existían en las ciudades de los años treinta, a pesar del tiempo transcurrido y los intentos por mejorarlos, siguen siendo vigentes en este siglo XXI.

En el abordaje de estos problemas, nunca se consideró cómo éstos incidían en la salud de la población; las enfermedades eran atendidas con un enfoque simplemente sanitarista.

Con el paso del tiempo se ha comprendido la importancia que las condiciones de vida tienen en el estado de salud de las personas que habitan en los entornos urbanos. De ahí la importancia de incidir en los determinantes sociales de la salud, atendiendo las condiciones de los espacios abiertos y cerrados que conforman en su conjunto las ciudades.

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, ante las evidentes desigualdades sociales que sufren algunos núcleos de población desde su concepción y hasta su muerte. Esta población en situación de pobreza extrema vive en entornos desfavorables, vivienda insalubre, inadecuada e insuficiente alimentación, educación, sanidad y servicios de salud, evidenciando con ello las condiciones de desigualdad en que transcurre su vida que a su vez será impedimento para aspirar a una mejora social y calidad de vida.

En este contexto la OMS define *los determinantes sociales de la salud, como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud al que tiene acceso;*<sup>224</sup> de igual manera esas circunstancias están condicionadas por aspectos económicos, políticos y sociales, en donde están involucrados intereses y decisiones en el ámbito global, regional, nacional y local.

El estilo de vida y las condiciones en donde transcurre la vida y trabajo de una persona, familia o grupo de personas determinan su grado de salud, “[...] *las personas que viven en los peldaños más bajos de la escala social suelen estar sometidas, como mínimo a un riesgo doble de sufrir enfermedades graves y muerte prematura, que las personas que viven más cerca de los peldaños superiores.*”<sup>225</sup>

La comisión tuvo la finalidad de resumir la información científica existente sobre *los determinantes sociales y sus repercusiones sobre la inequidad sanitaria en salud,*<sup>226</sup> y a partir de su estudio y conclusión, proponer las medidas que permitan abordar dichas desigualdades.

### Cuadro 9.1. Esperanza de vida al nacer (varones)

Lugar	
Esperanza de vida (años)	
Glasgow, Escocia (barrio pobre)	54
Filipinas	65
India	61
Corea	65
Lituania	66
Polonia	71
México	72
Cuba	75
Estados Unidos de América	75
Reino Unido	76
Glasgow, Escocia (barrio rico)	82

Fuente: OMS Informe sobre la Salud en el Mundo 2006; Hanlon, P; Walsh, D. y Whyte, B; 2006.

En 2008, se publicó el *Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*, en el que se exponen las condiciones de mala salud de algunos grupos de población de bajo estrato social, en comparación con otro grupo de estrato social alto, en condiciones de buena salud en el mismo país y las desigualdades sanitarias, entre países considerados ricos y países subdesarrollados, con ejemplos de países de Europa, Asia y América.

La esperanza de vida al nacer en varones (Cuadro 9.1), con una diferencia de 28 años en Glasgow, Escocia, por la única circunstancia de haber nacido y crecido en barrios con diferente estrato social, muestra las consecuencias de la distribución inequitativa de ingresos, bienes y servicios que se traduce en deficiente acceso a servicios de salud, educación, recreación, cultura, vivienda, saneamiento y trabajo que afecta directamente su calidad de vida actual y su expectativa de vida futura y desarrollo, con evidente demostración de injusticia social.

Estas condiciones pueden ser modificadas con acciones sostenidas y decisiones desde el nivel internacional, nacional y local y con la participación de la OMS, ONU, así como organizaciones de la sociedad civil.

El desarrollo económico debe estar acompañado de las políticas sociales que brinden sus beneficios a toda la población con un claro sentido de equidad.

El informe final de la comisión antes mencionado propone tres recomendaciones generales que, a su vez, son los tres principios de acción:

1. *“Mejorar las condiciones de vida: las circunstancias en las que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece*
2. *“Luchar contra la desigualdad del poder, el dinero y los recursos: esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, en el ámbito mundial, nacional y local*
3. *“Medir y comprender el problema y evaluar el impacto de la acción: ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto”<sup>227</sup>*

Desarrollaremos la recomendación 1, que consiste en mejorar las condiciones de vida en los aspectos sobre espacios y entornos urbanos, que es el tema de nuestro estudio.

## Entornos saludables para una población sana

La salud de las personas se ve condicionada por la ciudad y el barrio en el que transcurre su vida y las condiciones en los que se encuentran esos entornos.

El actual crecimiento de la población mundial que habita en las urbes ha modificado los problemas de salud; se ha observado mayor incidencia de las enfermedades no transmisibles, traumatismos por accidentes y causas violentas, así como los efectos de las catástrofes naturales, que afectan toda ellas en mayor medida a la población en condiciones de pobreza.

La vida en la ciudades puede provocar problemas de salud en la población que la habita, por las condiciones de vida a las que tiene acceso; vivienda, agua potable, ambiente, vías de comunicación, transporte, si se continúa con las desigualdades sanitarias hasta ahora existentes.

La planificación y el diseño de los espacios urbanos tienen consecuencias importantes en la equidad sanitaria al incidir en las conductas, los hábitos, el respeto, la armonía, la integración social, la seguridad y la identidad.

La saturación de edificaciones y el crecimiento de la mancha urbana que ocupa casi la totalidad de la superficie disponible, con la consecuente reducción de las áreas verdes disponibles, ha provocado daños al ambiente en donde “[...] el transporte y los edificios generan 21% de emisiones de CO<sub>2</sub>”,<sup>228</sup> que se envían a la atmósfera y provocan gases de efecto invernadero.

## Medidas que deben adoptarse para lograr la equidad sanitaria

- *“Comunidades y barrios con acceso a servicios básicos, con cohesión social, que promuevan el bienestar físico y psicológico y protejan el medio ambiente*
- *“Que mejore la disponibilidad y asequibilidad a la vivienda*
- *“Que se mejoren los barrios en condiciones precarias con abastecimiento de agua potable, pisos pavimentados, electricidad y saneamiento*
- *“Que se promuevan conductas sanas, actividad física, alimentación, disminución de la violencia y los delitos, mediante una ordenación adecuada del medio y la aplicación de controles reguladores*
- *“Que se invierta de forma sostenida en el desarrollo rural*
- *“Que las respuestas económicas y sociales al cambio climático y otros tipos de degradación medioambiental tengan en cuenta la equidad sanitaria”<sup>229</sup>*

177

La forma como se diseñan las ciudades y los diferentes tipos de edificaciones para las actividades humanas tiene repercusiones en las personas que en ellas viven, y que incidirán en su calidad de vida y en su salud.

## Factores de riesgo a la salud en espacios abiertos y cerrados

Veamos la relación entre los espacios abiertos y cerrados en una ciudad (Cuadros 9.2 y 9.3), según los factores de riesgo a la salud, refiriendo las enfermedades de mayor incidencia en la población mexicana. Se mencionan los espacios y las recomendaciones para su correcta adecuación.

### A. Vialidades urbanas<sup>a</sup>

#### Vialidades vehiculares

En México pocas son las ciudades que tienen vialidades vehiculares que respeten la normatividad internacional. El estado físico de las vialidades varía mucho y casi siempre su calidad obedece al nivel socioeconómico del entorno.

<sup>a</sup>Los subtemas A, B y C que se desarrollan en esta sección corresponden al cuadro 9.2.

**Cuadro 9.2.** Factores de riesgo a la salud en espacios abiertos

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Espacios y servicios	<b>Riesgos</b>	Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Enfermedades isquémicas del corazón	Accidentes	Infecciones respiratorias	Obesidad	Padecimientos gastrointestinales	Sociopatías, adicciones, depresión	Inseguridad y violencia
<b>A. Vialidades urbanas</b>										
1	Vialidades vehiculares		*		*	*			*	*
2	Vialidades peatonales	*	*	*	*	*	*		*	*
3	Servicios en vialidades				*				*	*
<b>B. Espacios para la integración social</b>										
4	Plazas y jardines		*	*	*	*	*		*	*
5	Espacios para la actividad física y deportiva		*	*	*	*	*		*	*
<b>C. Equipamiento urbano</b>										
6	Ambulantaje de alimentos		*	*	*	*	*	*		*
7	Contenedores de basura							*		
8	Bebedores		*	*	*		*	*		

El asterisco indica factores de riesgo a la salud en espacios cerrados.

178

En lo general, su planeación responde a una necesidad inmediata y no a proyectos urbanos y viales integrales por lo que los servicios municipales que van dentro de las vialidades obligan a romper y reparar de manera continua, para incorporar nuevas tuberías. Existe poca cultura vial y escaso respeto a las autoridades de policía y tránsito por lo que resulta triste que se tenga que recurrir a la colocación de topes y barreras para disminuir la velocidad.

Además, existen pocos planes maestros para el desarrollo de la infraestructura vial de nuestras ciudades.

En cuanto a los principales *riesgos para la salud* en las vialidades vehiculares, podemos mencionar los de la lista siguiente.

- *Accidentes ocasionados por el deterioro físico de las vialidades y poca señalización al respecto*
- *Accidentes ocasionados por la falta de respeto al reglamento de tránsito y bajo riesgo de recibir castigo*

- *Accidentes en la vialidad ocasionados por invasiones a la vía pública*
- *Accidentes por carencia de señalización*
- *Inseguridad al peatón por carencia de puentes peatonales*
- *Falta de semáforos*
- *Asaltos en la vía vehicular por falta de vigilancia, poca iluminación y por falta de fluidez*
- *Problemas de estrés y ansiedad generados por embotellamientos*
- *Contaminación del aire por tránsito lento*

Como puede observarse, son pocas las recomendaciones de diseño urbano y arquitectónico por incorporar a las vialidades. Su solución consiste en mejorar la ley y reglamentos correspondientes y dar soluciones técnicas oportunas de redes, instalaciones y mobiliario urbano complementario.

Será necesario revisar la normatividad vigente y los mecanismos para su aplicación que eviten la impunidad y corrupción actual.

Deberán tomarse acciones para mejorar la cultura vial de toda la población, incluyendo a los responsables de aplicar la ley.

Se deberá exigir a las autoridades responsabilidad por negligencia, en su caso.

Previo diagnóstico, incorporar señalización, semáforos, iluminación adecuada, pasos peatonales, cámaras de seguridad y módulos de vigilancia, así como bahías de ascenso y descenso, así como paraderos de autobuses seguros.

Integrar expertos para la definición de programas de acción de alto impacto en las vías vehiculares que incidan en los factores de riesgo a la salud, provocados por accidentes de automotores, y así disminuir la hipertensión arterial, las enfermedades respiratorias y las mentales, la depresión, el estrés, la ansiedad y otras sociópatas.

## Vialidades peatonales

Las ciudades más disfrutables del mundo tienen entornos peatonales maravillosos. Caminar es la forma más universal de trasladarse cuando la ejecución y el diseño del entorno urbano y sus recorridos peatonales la propician, lo que provoca la sana interacción social, donde se consolidan conceptos de salud, belleza y cultura.

Para ello, es necesario que estas vialidades peatonales cuenten con características específicas ergonómicas, que permitan el acceso universal (de niños, adultos y personas de la tercera edad y discapacitados), con facilidades para el desplazamiento peatonal que eviten obstáculos y barreras.



Las ciudades en la que es placentero caminar suelen tener numerosas calles cortas y estrechas, con una gran interconectividad entre sí. Esto hace que la caminata o el recorrido sean más directos, variados, interesantes y atractivos. Las vialidades peatonales con estas características están hechas a una escala adecuada para activar la percepción y los sentidos de la gente que va a pie, por lo que edificios, tiendas de diferentes usos, comercios, áreas verdes y otros elementos están más cerca de ellas a lo largo de su trayecto, lo que incrementa la vitalidad y accesibilidad a las mismas.

Como riesgos a la salud más relevantes podemos mencionar los siguientes.

- *Accidentes en cruces entre vialidades peatonales y automóviles, principalmente en vías primarias*
- *Accidentes y asaltos en banquetas invadidas por el ambulante y automóviles*
- *Accidentes en banquetas y andadores en mal estado*
- *Accidentes por falta de señalización y semáforos*
- *Accidentes por ausencias de tapas de coladeras*
- *Ambientes estresantes por contaminación visual y auditiva*
- *Emisiones de contaminantes nocivos al ambiente*
- *Asaltos por falta de iluminación y vigilancia*

Como puede observarse en el caso de vialidades peatonales, las recomendaciones de diseño urbano y arquitectónico por incorporar pueden ser variadas, correspondiendo a su mejoramiento ajustar la normatividad y reglamentos correspondientes. Hay que dar nuevas soluciones técnicas para mejorar la condición de las banquetas y calles peatonales, incorporando mobiliario urbano complementario.

Se debe promover y consolidar una red de vialidades peatonales en las ciudades y comunidades a través de grupos de trabajo integrados por expertos para la definición de programas de acción de alto impacto, a partir de un análisis urbano, vialidades que cumplan con aspectos de seguridad, limpieza, sin contaminación visual y acústica, agradables en el paisaje urbano para el usuario. La atención de estos aspectos reducirá los factores de riesgo a la salud.

Es necesario desarrollar nuevos modelos de vialidades peatonales (banquetas y calles) que permitan a la comunidad, además del traslado y la comunicación vial, actividades de cohesión social; convivencia, habitabilidad y reducción de la contaminación ambiental, visual y auditiva.

Es necesario ofrecer a la comunidad y a los usuarios vialidades peatonales, separadas de las vialidades vehiculares, con el objeto de minimizar factores de riesgo por accidentes.

Es imprescindible la clarificación y separación de las vialidades de vehículos automotores (automóviles, motocicletas, autobuses, transporte de carga) y las de vehículos no motorizados como las bicicletas y las áreas de vialidad para el peatón.

Deberán tomarse acciones para mejorar la cultura vial de toda la población, incluyendo a los responsables de aplicar la ley para las vías peatonales.

## B. Espacios para la integración social

Los espacios verdes, parques y plazas son espacios que permiten obtener un mayor bienestar para la comunidad, así como conservar y mejorar sus condiciones de salud.

En los últimos 30 años, las comunidades de todo el mundo se han dado cuenta de la importancia de hacer ejercicio aprovechando los espacios abiertos cercanos a su vivienda. Están conscientes cada vez más del impacto que tiene en su salud para evitar riesgos a ésta, como son: la obesidad, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, diabetes mellitus, infecciones respiratorias y disminuir el riesgo también de depresiones y sociopatías al integrarse con la naturaleza en espacios amables y propicios para la reflexión y meditación.

En los parques, además de ser utilizados para el esparcimiento y el juego, se suma ahora la importancia del ejercicio físico, por lo que es necesario, mejorar sus condiciones para dar facilidades y promover estas actividades en beneficio de la salud de la comunidad.

Hay que mejorar condiciones de seguridad, de accesibilidad, de calidad ambiental, de andadores propicios para la caminata y carrera, la iluminación y el equipamiento urbano, como bancas y jardines, bebederos, teléfonos públicos, elementos artísticos y lugares que funcionen como estancias para las personas de la tercera edad.

Se deben incorporar pequeños gimnasios abiertos integrados visualmente a los parques y jardines como complemento, así como espacios para fisioterapia, masajes y orientación sobre el ejercicio, alimentación, actividades físicas y juegos de conjunto.

En la planeación y desarrollo de los parques y jardines, además de cumplir con la legislación y normatividad vigentes, deberán participar miembros de la comunidad que, en conjunto con las autoridades, preserven y mejoren de manera continua estos espacios.

Es necesario evitar invasiones a los espacios verdes, ocasionadas por ambulante y construcciones que supuestamente respon-

den a mejorar el funcionamiento de los parques y jardines, al incorporarles elementos secundarios que disminuyen el área verde. No hay que olvidar que estos parques y jardines son los pulmones de la ciudad que proporcionan el oxígeno que ésta requiere.

Esta nueva conciencia de la comunidad para realizar actividades físicas y deportivas obliga a pensar en el aprovechamiento no sólo de parques, sino también de jardines y sus andadores para la realización del ejercicio.

### C. Equipamiento urbano

Es necesario disminuir los riesgos para la salud en los espacios públicos. En las ciudades mexicanas, es común que en las plazas de acceso, en los parques y jardines e incluso en las mismas calles, se establezcan comercios ambulantes que representan un alto riesgo para la salud de la población, sobre todo de padecimientos gastrointestinales. Además, los alimentos que así se expenden contribuyen, por sus características calóricas, al desarrollo de enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades coronarias y obesidad.

Debido a las condiciones intrínsecas de sus instalaciones, de carácter provisional, estos puestos no cuentan con servicios sanitarios para los usuarios, como tampoco protección alguna contra contaminaciones de los productos alimenticios en venta. Estas instalaciones invaden las calles y las banquetas y en muchos casos las plazas públicas y de acceso a las instituciones oficiales, y son toleradas por la corrupción.

Estas invasiones disminuyen la seguridad de los usuarios de las banquetas y plazas y obligan, en muchos casos, a que los usuarios tengan que invadir la vía pública con riesgo de ser atropellados por un vehículo y, por otra parte, facilitan los asaltos.

Estas instalaciones “provisionales” nacen de la economía informal y de la necesidad de tener un medio de vida; por otra parte, solucionan en forma parcial la necesidad de la población de contar con alimentos de bajo costo cercanos a los centros de trabajo. Son bien vistos y aceptados por los usuarios, quienes los consideran una tradición cultural, similar a los tianguis.

Se propone mejorar la regulación de este mercado informal, obligar a las instituciones como los hospitales y edificios públicos a contar con venta de alimentos sanos a bajo costo y a desarrollar equipamiento móvil para venta de alimentos en vía pública que ofrezcan productos con menores riesgos para la salud.

Grave riesgo para la salud principalmente de los niños es el consumo de bebidas con alto contenido de azúcar y alimentos chatarra con conservadores. Es recomendable el incorporar en el entorno urbano, bebederos de agua potable y promoverlos, no sólo localizados en la vía pública (parques, jardines, plazas), sino en todas las escuelas, paraderos de autobuses y estaciones de transporte público, así como en vestíbulos y plazas comerciales.

Es necesario proponer iniciativas oficiales, dándole seguimiento a sus instalaciones, incluyendo las escuelas y universidades.

El manejo de la basura es un reto para cualquier ciudad, no sólo su destino definitivo, sino también su recolección y separación;

**Cuadro 9.3.** Factores de riesgo a la salud en espacios cerrados

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Espacios y servicios	<b>Riesgos</b>	Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Enfermedades isquémicas del corazón	Accidentes	Infecciones respiratorias	Obesidad	Padecimientos gastrointestinales	Sociopatías, adicciones, depresión	Inseguridad y violencia
<b>A. Vivienda</b>										
1	Vivienda unifamiliar				*	*	*		*	*
2	Conjuntos habitacionales				*	*	*		*	*
<b>B. Salud</b>										
3	Centros de orientación psicológica y salud mental	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	Unidades de atención integral para adultos mayores	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	Centros de prevención y desarrollo de la salud	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	Unidades de prevención, control y rehabilitación cardiovascular	*	*	*			*		*	
7	Centros de integración juvenil	*			*		*		*	*
8	Baños populares						*	*	*	
9	Centros para la salud psicológica y espiritual								*	*
<b>C. Ejercicio y deporte</b>										
10	Clubes deportivos y gimnasios	*	*	*		*	*		*	*

El asterisco indica factores de riesgo a la salud en espacios cerrados.

debe contarse en todas las ciudades con basureros para productos orgánicos e inorgánicos estratégicamente distribuidos. Es necesario reforzar la cultura de la población encaminada a no producir basura, propiciar la cultura del reciclado y aplicar la ley vigente.

## Generalidades

Con un enfoque urbanístico arquitectónico, se pretende identificar aquellos espacios cerrados que puedan coadyuvar a disminuir los factores de riesgo de las comunidades y promover y desarrollar la salud para una mayor calidad de vida y bienestar social.

En el presente estudio se pretende identificar aquellos espacios, no necesariamente existentes dentro de los equipamientos urbanos, que consideramos conveniente tenerlos presentes y, de ser posible, optimizarlos o incorporarlos a las comunidades.

Gran parte de ellos podríamos decir que las instituciones públicas, sociales y privadas los han considerado aunque no necesariamente con un enfoque en salud sino en la enfermedad, por lo que se deberán replantear y en su caso definir los modelos conceptuales que con seguridad darán como resultado nuevas soluciones arquitectónicas y de operación.

Sin duda, los modelos de espacios cerrados propuestos en el estudio no cubren la totalidad de los riesgos para la salud, por lo que su análisis y su evaluación más profundos deberán llevarse a cabo.

Estos estudios por realizar deberán contemplar un diagnóstico situacional de los riesgos a la salud, la definición precisa de los modelos de operación tomando en cuenta las características de cada comunidad para definir su dimensionamiento y la sinergia al agrupar algunas de estas propuestas en un solo conjunto o inmueble.

Conscientes de las limitaciones de recursos humanos y financieros de nuestras instituciones, será necesario visualizar la participación de miembros activos de la comunidad que cuenten con perfil similar al necesario, establecer programas capacitación específicos y esquemas de financiamiento con la participación de los usuarios con aportaciones mínimas.

Los modelos arquitectónicos serán definidos a partir de la determinación de las redes nacionales y modelos operativos a partir de diagnósticos nacionales y estudios específicos para su definición y una vez definidos los modelos y los recursos físicos y humanos, se podrá proponer el costo de operación en red y su plan de desarrollo y financiamiento.

A continuación, se presentan comentarios relacionados con estos espacios, su impacto en los riesgos a la salud y se ejemplifican con mayor amplitud algunas de las unidades consideradas en la propuesta.

En la propuesta se relacionan espacios específicos para la salud, la relajación, la meditación, así como para el ejercicio, el deporte, la cultura y el entretenimiento, todos ellos con alto impacto en la disminución de los riesgos a la salud.

## A. Espacios para la vivienda

En el país, las instituciones para la vivienda han desarrollado conjuntos habitacionales siguiendo una normatividad específica y esquemas de financiamiento de bajo costo para el desarrollo de la vivienda popular. La vivienda, en su mayor parte, se desarrolla con el esfuerzo personal y familiar bajo el esquema de autoconstrucción y por etapas, sin una planeación y sin un proyecto adecuado que tome en cuenta los riesgos a la salud.

En el caso específico de los conjuntos habitacionales, no necesariamente se planean con el esquema de bienestar social, sino que predomina el enfoque de negocio empresarial desconociendo el impacto que por sus características de diseño y ubicación condicionará la forma de vida de esas comunidades, lo que genera vandalismo, drogadicción, desintegración familiar y poca cohesión social.

La dosificación del equipamiento urbano por lo general se considera para la obtención de licencias y permisos, sin que los municipios o las autoridades correspondientes obliguen a su realización por parte de los desarrolladores. Es así que carecen, en su mayoría, de parques y jardines adecuados, espacios para la recreación, deporte, desarrollo espiritual, cultura y para la integración comunitaria, de modo que se deja a los municipios el complemento de este equipamiento, el cual no se realiza en su totalidad, pues se carece de los recursos financieros para su implementación, operación y mantenimiento.

La identificación de los riesgos de la salud en cada entorno la deberá llevar a cabo la comunidad con el apoyo municipal y siguiendo los lineamientos que en el ámbito federal se establezcan, participando en la gestión y en el mantenimiento de los espacios públicos y zonas comunes.

En los conjuntos habitacionales en donde la comunidad no participa, se recrudecen los problemas de riesgo a la salud, y se da como consecuencia que grandes conjuntos en el país sean abandonados.

En éstos y principalmente en la vivienda de autoconstrucción, se presentan problemas serios de enfermedades mentales, depresión, sociópatas, drogadicción, inseguridad, violencia, obesidad y otras enfermedades como las de vías respiratorias y cardiovasculares, por no contar con el saneamiento básico, como: tratamiento de aguas negras, suministro de agua potable, manejo de residuos, control de fauna canina y nociva y viviendas ventiladas y con piso.

Existe mucha normatividad al respecto elaborada por instituciones oficiales, públicas sociales y privadas, por lo que el enfoque de este estudio se refiere a lo correspondiente a un reenfoque del equipamiento urbano, desde la óptica de la salud física, psicológica, mental, social y espiritual de la comunidad.

## B. Espacios para la salud

Con relación a los espacios específicos para la prevención, promoción, atención y desarrollo de la salud física, emocional, mental, social y espiritual, existe una importante infraestructura en el país, conformada por instituciones nacionales como el Instituto Mexicano del Seguro Social, que en sus primeras etapas definió programas de atención integral a la población derechohabiente y, en algunos casos, cubrió a la población nacional, considerando un enfoque no sólo de atención médica, sino también de atención a la salud física, social, mental y espiritual. Es así como en los inicios de los años sesenta se construyeron conjuntos inmobiliarios en todas las ciudades importantes del país que, además de hospitales, clínicas y medicina preventiva, contaban con centros de bienestar social, teatros, unidades deportivas, talleres de capacitación y unidades habitacionales.

Este concepto de integralidad que desarrolló y manejó el IMSS con el tiempo se fue perdiendo, al diluirse en servicios y programas manejados por múltiples instituciones públicas como son: Sedesol, Infonavit, Conaculta, Conade, etc., lo que generó una dispersión y falta de coordinación en sus planes y programas de desarrollo, además de una falta de visión del concepto de salud integral de la población.

Se propone para el país el desarrollo de *nuevos modelos de infraestructura para la salud*, que tomen en cuenta las características actuales de riesgos a la salud como son el incremento en los secuestros, la violencia, la delincuencia en general, la drogadicción y nuevas patologías correspondientes al incremento del envejecimiento de la población, contaminaciones, depresión, desórdenes de conducta, pobreza, accidentes y malos hábitos como la mala alimentación, el sedentarismo, etc.

Estos espacios para la salud podrán ser realizados y construidos como unidades independientes o formando conjuntos de acuerdo a los diagnósticos de riesgo a la salud de las comunidades. Consideramos los siguientes:

- *centros de orientación psicológica y salud mental*
- *unidades de atención integral para adultos mayores*
- *centros de promoción y desarrollo de la salud*
- *unidades de prevención, control y rehabilitación cardiovascular*
- *centros de integración juvenil*

En este estudio se desarrollan de manera somera los dos primeros tipos de unidades, correspondientes a los espacios para orientación a las personas y sus familiares en la atención psicológica y salud mental, así como a las unidades de atención integral para los adultos mayores.

187

## Centros de orientación psicológica y salud mental

### Antecedentes

La atención psiquiátrica y psicológica en México ha experimentado importantes cambios a través del tiempo como resultado de las demandas de salud de la población, teniendo que desarrollarse diferentes modelos de atención para su satisfacción. La atención médica y la social de los pacientes psiquiátricos han tenido numerosos cambios debido a muchos factores; por ejemplo, ahora se tiene un mayor y mejor conocimiento de la fisiopatología psiquiátrica, se dispone de una mejor oportunidad diagnóstica y se cuenta con mejores esquemas terapéuticos. Por otra parte, también hay nuevos riesgos para la salud mental por el incremento y el cambio de patologías, como la depresión y la drogadicción.

Existe un avance en los diferentes modelos arquitectónicos que cada vez están más acordes con las características bioéticas y sociales de la atención médico-psiquiátrica.

Grandes cambios se han dado en nuestro país en los últimos 100 años, en el modelo de atención psiquiátrico y arquitectónico y en los últimos 25 años como consecuencia de la *Reforma de la ley general de salud*, se privilegió como factor de mayor importancia el compromiso de Promoción a la Salud Mental y poder reducir los efectos sociales que son responsables de los trastornos psiquiátricos y de la conducta.



Es así como la atención psiquiátrica se estratificó por niveles; la principal característica del primer nivel era el atender los problemas emergentes en los centros de salud rural y urbanos y en otras instituciones de atención primaria, tomando en cuenta los factores asociados a los padecimientos mentales, como son los factores psicosociales, ambientales y biológicos.

Especial énfasis se debe realizar en la atención a los niños, a la farmacodependencia, a los adultos mayores y a los cambios epidemiológicos, así como a los jóvenes y a las mujeres trabajadoras, tomando en cuenta que la depresión está considerada como un riesgo para la salud creciente y preponderante en el siglo XXI.

Derivado de estos cambios, se obtuvieron como resultado nuevos modelos arquitectónicos, como: los Centros de Día, la creación de Centros Comunitarios de Atención Mental, las Casas de Medio Camino, etc., y se observa como una importante vía la participación familiar, y considerar la necesidad de disponer de mayor y mejor personal especializado.

El modelo MIDAS de la Secretaría de Salud propone la resolución integrada de atención a la población socialmente protegida, por medio de redes, a partir de la interrelación de los servicios para mejorar la eficiencia, oportunidad y calidad.

### Definición

Serán establecimientos de orientación, asesorías y atención básica psicológica y psiquiátrica, para apoyar a las personas con algunos desórdenes de conducta, motivados por depresión, problemas de trabajo, relaciones sociales y familiares y, en su caso, incorporarlos a las redes asistenciales para la atención psiquiátrica.

### Características

- *Integración de grupos humanos con problemáticas psicológicas y emocionales similares*
- *Orientación en tanatología para el manejo del dolor emocional y espiritual*
- *Seguimiento para la reintegración familiar de las personas*
- *Cursos y talleres de superación personal*
- *Espacios para la meditación espiritual*
- *Espacios para la interacción social*
- *Apoyo a las personas en temas como drogadicción, alcoholismo, embarazos no deseados, relaciones de pareja, bullying y demencias.*
- *Otras*

## Visión a futuro

Consolidar una red de pequeñas unidades y servicios incorporadas a las comunidades, vinculadas con diversas instituciones de salud, seguridad social, que identifique los factores de riesgo a enfermedades mentales, depresión y sociópatas.

## Objetivos

- *Establecer un modelo de atención psicológica y orientación familiar que, por sus características de accesibilidad y de sus instalaciones, permita apoyar a la comunidad para una atención de consultoría privada y familiar, con base en diagnósticos.*
- *Orientar a la comunidad sobre las instancias especializadas disponibles para atender su problemática específica cuando se requiera*
- *Dar seguimiento continuo a las personas y a sus familias.*

189

## Beneficios esperados

- *Un mayor bienestar social*
- *Personas y familias más saludables en lo emocional y en lo mental*
- *Diagnóstico oportuno en trastornos de conducta y problemas psiquiátricos*

## Conceptos de innovación

- *Ofrecer a los usuarios un servicio de alto impacto social y bajo costo*
- *Facilitar en su caso la rápida incorporación a su entorno social y familiar*
- *Aprovechamiento del perfil y experiencia de personas de la comunidad por medio de un servicio social*

## Recomendaciones

- *Proceder a la elaboración de diagnósticos situacionales en el tema*
- *Integrar expertos para la definición de programas de acción de alto impacto para la disminución de riesgos de salud psicológica, psiquiátrica y mental*
- *Identificar procesos de trabajo en la comunidad, para detectar oportunamente a las personas y familias en riesgo en este tema*
- *Identificar el programa de necesidades a satisfacer de los inmuebles a implementar*

- *Elaborar el diseño conceptual arquitectónico y operativo de este tipo de unidades para la salud y sus variables que incluya el costo, los recursos humanos y financieros para su operación*

## Unidad de atención integral para adultos mayores

### Antecedentes

Tradicionalmente en México, desde la época prehispánica, las sociedades respetaban a los ancianos y los consideraban en la familia y en sus comunidades como las personas de más alta jerarquía y cuyas opiniones eran decisivas.

En el México prehispánico, los “tecuhtli” o abuelos eran las personas distinguidas por su valentía y por el cumplimiento de los deberes religiosos.

Todo hogar tenía que obedecer al hombre más anciano, pues su cultura solicitaba más la experiencia que la fuerza.

Con la influencia occidental traída por los españoles durante la colonia, se consolidó el concepto de veneración asignado a la ancianidad.

Para ubicarnos en la relevancia y crecimiento del adulto mayor en el ámbito mundial y en México, se muestran los siguientes indicadores para los años mencionados:

2000: una de cada 10 personas era adulto mayor

2050: una de cada 5 personas será adulto mayor

### Número de adultos mayores en el ámbito mundial

1950: 200 millones

2000: 600 millones

2050: 1 900 millones

### Situación en México

2013: más de 10 millones de adultos mayores (7% de la población total)

2050: más de 36 millones de adultos mayores (28% de la población total)

### Esperanza de vida al nacer (promedio hombres y mujeres)

1950: 47 años

2000: 73 años

2013: 76 años

2050: 86 años

## Diagnóstico 2013

A los adultos mayores en México se les atiende generalmente en el seno familiar, y más de la mitad de ellos cuenta con pensiones insuficientes para solventar una vida digna.

Predomina una tendencia nacional de pérdida de posicionamiento ante su familia y ante la sociedad, de modo que su autoridad y respeto a su buen juicio se ve disminuidos, al ser considerados como personas obsoletas, además de una carga física y económica para la familia.

Ante estas circunstancias, existe una tendencia a la depresión, con sus consecuencias en la salud.

En México se carece de suficientes médicos especializados en geriatría para atender las necesidades de los adultos mayores, tanto en la salud como en la enfermedad.

Hay escasos programas sociales, públicos y privados, para atender dignamente y con calidad la salud y los padecimientos de los ancianos.

Hay escasas políticas públicas. El Estado mexicano apenas empieza a considerar en sus planes y programas la atención universal de este creciente grupo de población, proponiendo pequeñas pensiones y servicios de salud.

191

## Definición

Las unidades de atención integral para adultos mayores serán establecimientos para atención a la salud y bienestar del adulto mayor destinados a recibirlos durante el día, promoviendo actividades para su desarrollo y mantenimiento físico, emocional, mental y espiritual, proporcionándoles asesoría y orientación continua sobre pensiones, alimentación, aspectos legales y administrativos.

## Características generales

- *El adulto mayor contará con espacios que le permitan interactuar con personas de su edad y donde realice actividades de capacitación y superación personal*
- *Se proporcionará orientación para su integración activa en su comunidad*
- *Serán unidades con participación activa de la comunidad desde su planeación hasta su operación para tender a la autosuficiencia*

- *Se pretenderá que estas unidades estén rodeadas de jardines, huertos urbanos y andadores que estén operado por ellos*
- *Las unidades contarán con talleres de artes, oficios y otros*
- *Habrà salones de usos múltiples para actividades recreativas y sociales*
- *Se harán evaluaciones periódicas de las condiciones de salud del adulto mayor y recomendaciones en alimentación y ejercicio*

### Visión a futuro

El escenario estimado para 2020 es como sigue.

15 millones de adultos mayores

Se espera:

- *Una nueva normatividad para el mejoramiento de espacios públicos abiertos y cerrados*
- *Establecimiento de una cobertura universal de pensiones mínimas*
- *Generalización de estancias de día para el adulto mayor como una política nacional*
- *Primeros conjuntos habitacionales promovidos por el sector social y público para el adulto mayor de ingresos económicos bajos y medios*
- *La atención médica geriátrica es considerada como especialidad básica*
- *Operación de las primeras unidades médicas especializadas en la salud del adulto mayor*
- *Nuevos modelos y prototipos de espacios abiertos y establecimientos para el bienestar del adulto mayor*
- *Formación de centros de investigación, producción y reemplazo de órganos y tejidos*
- *Otorgamiento de consultas geriátricas en el ámbito nacional vía Internet*
- *Unidades avanzadas en atención geriátrica*
- *Se inicia el desarrollo de una cultura y un mercado relacionados con el adulto mayor*

El escenario estimado para 2025 es como sigue.

22 millones de adultos mayores

Se espera:

- *Contar con un Plan Nacional para la Atención del Adulto Mayor e iniciar su aplicación*
- *Se legisle con relación a la bioética con visión a futuro*

- *Incremento importante en el presupuesto público para la atención y bienestar del adulto mayor*
- *Se modifique la edad de jubilación*
- *Se reglamente el equipamiento urbano en los conjuntos habitacionales*
- *Primeros desarrollos urbanos para adultos mayores*
- *La arquitectura permita dentro de las viviendas y estancias de día para adultos mayores incorporar sistemas para la comunicación social con amigos y familiares a distancia*
- *Instalación de chips con información médica y monitoreo en personas de la tercera edad*
- *Formación de base de datos genómicos de toda la población del país*

El escenario estimado para 2040 es como sigue.

30 millones de adultos mayores

Se espera:

- *Desarrollo nacional de unidades médicas especializadas en adultos mayores*
- *Se desarrolle toda una cultura socioeconómica alrededor del adulto mayor*
- *Se retrase aún más la edad de jubilación del adulto mayor*
- *Acceso a un gran número de satisfactores para evitar la depresión*
- *Se generalice la formación de bancos de órganos individuales para refacciones y sustitución de tejidos y órganos dañados*
- *Cultivo de seres vivos para xenotransplantes (granjas y biotérios)*

El escenario estimado a 36 años: 2050 es como sigue:

37 millones de adultos mayores

Se espera:

- *El voto de los grupos de la tercera edad tenga un impacto enorme en las elecciones políticas*
- *La mayoría de los adultos mayores viva en estancias permanentes específicas*
- *Desde sus viviendas interactúen por medios cibernéticos con la sociedad y sus familiares*
- *Cuenten con espacios abiertos ajardinados con senderos y áreas para la reflexión y práctica de actividades físicas*
- *Alto porcentaje de la población de la tercera edad con una gran cantidad de repuestos de órganos y tejidos*
- *Primeras aplicaciones de la expansión mental*
- *Se modifique en toda la población que lo requiera su ADN para disminuir los riesgos de enfermedades*

- *Se generalicen en todo el país unidades de cirugía ambulatoria para trasplantes y xenotrasplantes*
- *Inteligencia artificial aplicada a la atención médica en casa*
- *Centros de control y atención médica a distancia*
- *Impartición de la atención médica ambulatoria con una disminución significativa del internamiento hospitalario*

### Objetivos

- *Reivindicación en el posicionamiento del adulto mayor ante la familia y la sociedad*
- *Mayor bienestar y condiciones de vida del adulto mayor*
- *Orientación a la familia en el manejo del adulto mayor*
- *Orientación a la comunidad y al municipio para incorporar el acceso universal para el adulto mayor*

### Beneficios esperados

- *Un mayor bienestar social de la comunidad*
- *Personas y familias más saludables e integradas en lo físico, en lo emocional y en lo mental*
- *Diagnóstico oportuno de trastornos propios del adulto mayor*

### Conceptos de innovación

- *Ofrecer al adulto mayor servicios de orientación y atención a bajo costo en unidades integradas a su entorno*
- *Reivindicación del valor del adulto mayor en la comunidad y en su familia*
- *Participación de la comunidad en operación de la unidad*
- *Aprovechamiento de tiempo libre en beneficio propio y de la comunidad*

### Recomendaciones

- *Proceder a la elaboración de procedimientos de diagnósticos específicos de los riesgos del adulto mayor*
- *Integrar expertos para la definición de programas de acción de alto impacto para la orientación, capacitación, esparcimiento y disminución de riesgos para la salud del adulto mayor*
- *Definir procesos de trabajo en la comunidad, para detectar oportunamente a las personas y familias con adultos mayores*
- *Identificar el programa de necesidades a satisfacer de los inmuebles a implementar*

## Centros de promoción y desarrollo de la salud

En el país se han desarrollado unidades de atención a la salud por parte de diferentes instituciones públicas y privadas, que han manejado en algunos casos programas en el ámbito nacional: SSA, Sedesol, IMSS e ISSSTE, y los gobiernos estatales se han interesado en el bienestar social construyendo, en algunos casos, redes de unidades médicas.

Es necesario evaluar el impacto real en el ámbito nacional de la infraestructura existente y proponer en su caso una metodología para el diagnóstico y medición de resultados de los programas en operación, así como evaluar y definir aquellos aspectos que tengan el mayor impacto para su generalización intercambiando experiencias.

Muy importantes han sido, en su momento, los Centros de Bienestar Social y los Talleres de Capacitación del IMSS, casi todos ellos realizados en los años sesenta del siglo pasado.

Los centros que se proponen deberán satisfacer las expectativas de los niños, jóvenes, adultos y adultos mayores sin distinción de género, procurar la integración social e identificar la problemática y riesgos para la salud de su comunidad planteando acciones y proponiendo cursos y talleres para la creación de una cultura sobre la salud.

Estos Centros de Promoción y Desarrollo de la Salud podrían incorporar un nuevo concepto de Unidades de Prevención, Control y Rehabilitación Cardiovascular para dar seguimiento a la rehabilitación de pacientes con eventos relacionados con el sistema circulatorio, a la detección oportuna de estos padecimientos y a la orientación para evitarlos.

Se cuenta con estudios de la Unidad de Rehabilitación del Instituto Nacional de Cardiología que identifican la necesidad de centros de este tipo en el ámbito nacional.

Necesidad imperiosa en el ámbito nacional es la consolidación de una red de Centros de Integración Juvenil para la orientación, canalización, esparcimiento y capacitación de los jóvenes. En estos centros deberán participar activamente la comunidad para la definición de sus características y programas prioritarios.

## Baños populares

Como antecedentes, los baños populares han existido de manera importante en culturas antiguas como la romana, la griega, la turca, la china y la japonesa, así como en nuestros pueblos prehispánicos.



En México, los baños populares registran una tendencia a disminuir en número, toda vez que estos servicios no están considerados ni promovidos dentro de los programas y políticas de salud pública, no existen incentivos para ser operados bajo su propia responsabilidad, dejando a los empresarios privados el manejo de baños y servicios complementarios como un negocio. Por otra parte, los nuevos conjuntos populares de vivienda por la reglamentación vigente deberían contar con servicios de baños suficientes para todos sus habitantes.

El concepto antiguo de los “baños públicos” en las ciudades mexicanas ayudaba a resolver esta carencia de servicios sanitarios y baños. Además, muchos de ellos incorporan otros servicios como el vapor, el temazcal, el sauna y tratamientos fisioterapéuticos que contribuyen a la salud por medio de la relajación, con la consecuente disminución de estrés, depresión y ansiedad.

La promoción de la generación de espacios considerados baños públicos y centros e relajación promovidos por las autoridades municipales, estatales y federales pueden contribuir de manera importante a la salud y bienestar de la comunidad, debiendo definirse nuevos modelos de atención y servicio a la población.

Importancia especial para la aceptación de la población en general será la calidad y pulcritud de los espacios y servicios, sin considerar niveles socioeconómicos. Estos servicios de baños públicos y centros de meditación podrán estar ligados o no a los centros de promoción y desarrollo de la salud.

Es necesario definir las características de planeación diseño, operación y financiamiento, así como un sistema de evaluación permanente de este tipo de servicio.

## Centros para la salud psicológica y espiritual

En esta clasificación estamos considerando los espacios de culto, como los templos y las iglesias, así como los espacios ecuménicos. Sin lugar a duda, México cuenta con un enorme número de templos en todas sus ciudades y comunidades; sin embargo, es importante exigir la colocación de espacios adecuados para la reflexión y recogimiento en los hospitales y espacios públicos en general como centros comerciales y otros.

Para el diseño de estos espacios se tienen que considerar ciertas premisas de características espaciales como la iluminación, el confort y la seguridad debiendo respirarse en ellos un ambiente de paz y tranquilidad.

Como espacios cubiertos para el ejercicio y el deporte, se consideran los clubes deportivos y gimnasios que cubren fundamentalmente a la clase alta y en parte a la clase media. Estas unidades corresponden a financiamientos privados.

Se hace necesario desarrollar programas de unidades populares para el bienestar físico por medio del ejercicio y el deporte. Importantes antecedentes en esta línea son las unidades deportivas del IMSS en el ámbito nacional desarrolladas en los años sesenta.

Se han creado nuevas instituciones, como la Conade, para el manejo del deporte, principalmente el manejo de deportistas de alto rendimiento, por lo que el enfoque de estas unidades integradas a su comunidad deberá ser a toda la sociedad sin distinción de quién deberá participar en la definición de sus características locales.

Podemos considerar que tienen impacto relativo en la salud, principalmente en la mental, aquellos espacios destinados a la cultura y el entretenimiento como los teatros, cines y salas de concierto, así como los centros culturales.



# RECOMENDACIONES

Es claro el alto impacto en salud de las comunidades las acciones urbano-arquitectónicas y de ciertos servicios municipales, como se manifiesta en el contenido del presente estudio. Para cumplir con los objetivos, se considera conveniente proponer las siguientes recomendaciones.

- *Identificar y analizar los problemas de salud en las comunidades y determinar las acciones que inciden en su solución para el abordaje de los determinantes sociales de la salud*
- *Realizar un diagnóstico nacional de riesgos para la salud, que requieran de acciones de infraestructura física urbano-arquitectónica.*
- *Elaborar modelos prototipos de los espacios abiertos y cerrados con impacto en la salud de los barrios y comunidades*
- *Definir el impacto a la salud y el costo beneficio, de cada una de los tipos de acciones de infraestructura seleccionados*
- *Identificar prioridades de acciones de infraestructura urbano-arquitectónica, tomando en cuenta los riesgos para la salud en cada comunidad y los costos para la realización de cada acción, lo que da como conclusión la posibilidad de incorporarlos en programas de obras anuales*
- *Identificar el mecanismo para la obtención de los recursos financieros necesarios en los programas de acciones de obra con impacto relevante en salud*
- *Identificar modelos de operación, administración y control de acciones y resultados por la incorporación de estas acciones urbano-arquitectónicas*
- *Definir mecanismos de medición del impacto en la salud en las comunidades por las acciones seleccionadas*
- *Identificar los programas de obra y recursos financieros necesarios para la realización de programas de salud municipales, estatales y federales, siguiendo prioridades*

- *Se considera que todos los niveles de gobierno deben interactuar: federal, estatal y municipal, con la participación de los grupos representativos de la comunidad, para definir directrices y acciones que promuevan el desarrollo de las comunidades y sus habitantes*
- *Definir procedimientos de simplificación administrativa para la realización del programa nacional*
- *Legislar para que el programa de infraestructura para la salud de las comunidades del país sea un programa nacional obligatorio simplificado y con recursos financieros*
- *Los tres poderes de gobierno deben estar involucrados en la promoción de la salud en las comunidades otorgando los recursos necesarios a las instituciones encargadas*
- *En el país, por disposición constitucional, le corresponde al municipio proveer los servicios públicos, determinantes para los entornos saludables. Es por ello de vital importancia la participación de las autoridades municipales en la definición de políticas y acciones encaminadas a promover la salud, subrayando la importancia de los aspectos urbanos*
- *La salud en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) debería estar como una política transversal en la que todas las acciones de gobierno tuvieran el enfoque de salud, apegándose a la Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las políticas, organizada en 2010, por el gobierno de Australia y la Organización Mundial de la Salud, en la cual se reitera que: “la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores desde el local al nacional incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas.”*
- *Que la educación sea universal: cultura e información adecuada en cuestiones cívicas, sociales y de salud en el hogar y en la escuela*
- *Para que sea posible una ciudad saludable, debe iniciarse por tomar como eje a la comunidad y, como estructura de gobierno, al municipio y al barrio, como instancia gubernamental más cercana a la población*
- *Se recomienda empoderar al municipio, simplificando la estructura normativa en el país, para permitir la viabilidad de la información a la población en la toma de decisiones, diseño de políticas públicas, así como su implementación de manera corresponsable y copartícipe, respetando su cultura*
- *Los proyectos y acciones para aplicarse en las comunidades deberán estar reforzadas por una estructura profesional y técnica adecuada, que contemple la participación de arquitectos, urbanistas y especialistas en las áreas correspondientes*

- *El programa de acción Entornos y Comunidades Saludables de la Secretaría de Salud se recomienda elevarlo de rango a Programa Especial por su relevancia en el abordaje de los determinantes de la salud, en el que intervengan las diferentes estructuras de los tres niveles de gobierno y dependencias que estén involucradas. Se recomienda que se convierta en un programa obligatorio para su aplicación en todo el país*
- *Para el programa de acción Entornos y Comunidades Saludables de la Secretaría de Salud, se recomienda documentar toda la información generada desde su inicio para saber qué efectos y qué resultados reales tienen las acciones realizadas en la salud de la población*
- *Para que los proyectos relacionados con las ciudades saludables sean viables, es necesario que participen instancias neutrales y objetivas: organismos, universidades e institutos de investigación en su monitoreo, evaluación, seguimiento y retroalimentación coordinados por instancias no gubernamentales como la Academia Nacional de Medicina*

201



# GLOSARIO DE TÉRMINOS

**acuerdos de coordinación** Son los celebrados entre la federación y los gobiernos de las entidades federativas, entre otros asuntos, para regular la aportación de recursos para la operación de los servicios de salubridad general y que deben sujetarse a ciertas bases establecidas en la misma *Ley general de salud*, dentro de las cuales están: la definición de directrices de descentralización a municipios, normas y procedimientos de control y medidas legales y administrativas, entre otras. Artículo 21 de la *Ley general de salud*.

**actos administrativos de carácter general** Son los reglamentos, decretos, acuerdos, normas oficiales mexicanas, circulares y formatos, así como los lineamientos, criterios, metodologías, instructivos, directivas, reglas, manuales, disposiciones que tengan por objeto establecer obligaciones específicas cuando no existan condiciones de competencia y cualesquiera de naturaleza análoga a los actos anteriores, que expidan las dependencias y organismos descentralizados de la administración pública federal, deberán publicarse en el *Diario oficial de la federación* para que produzcan efectos jurídicos. Artículo 4 de la *Ley federal de procedimiento administrativo*.

**administración pública federal** Estructura del Poder Ejecutivo Federal para el despacho de los asuntos administrativos o como su auxiliar. Se divide en centralizada y paraestatal. Artículos 90 de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* y 1 a 3 de la *Ley orgánica de la administración pública federal*.

**atención médica** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Incluye actividades preventivas (promoción general y las de protección específica), curativas (que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno) de rehabilitación (que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas



o mentales) y, paliativas (prevención, tratamiento y control del dolor). Artículos 32 y 33 de la *Ley general de salud*.

**Atención primaria en salud** Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible por la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (OMS).

**ciudad** Espacio geográfico creado por el hombre con alta concentración de población, de 2 500 habitantes en adelante (Inegi).

**Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** Órgano establecido por resolución del Consejo Económico y Social, para supervisar el cumplimiento del *Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

**comunidad saludable** Es el resultado del proceso de organización de las autoridades municipales, los grupos sociales y comunitarios, los servicios educativos y las familias a favor de acciones que beneficien directamente su salud y calidad de vida (*Programa de Acción. Comunidades Saludables*. SSA; 2002, p.33)

**Consejo Económico y Social** Órgano de las Naciones Unidas que se ocupa de los problemas económicos, sociales y ambientales del mundo.

**contaminación visual** Alteración que impide la contemplación y el disfrute armónico del paisaje natural, rural y urbano, ocasionando impactos negativos importantes en la percepción visual, por la distorsión o cualquier forma de transformación del entorno natural, histórico o urbano que deteriore la calidad de vida de las personas.

**dependencia** Institución de la administración pública centralizada. Son las secretarías de Estado. Artículo 2 de la *Ley orgánica de la administración pública federal*.

**derechos económicos, sociales y culturales** Son los derechos contenidos en el *Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* adoptado en Nueva York el 16 de diciembre de 1966. México se adhirió el 23 de marzo de 1981 y se publicó en el *Diario oficial de la federación* el 12 de mayo de 1981.

**derechos humanos** Derechos inalienables e iguales en virtud de la dignidad intrínseca del ser humano que son reconocidos y protegidos por el Derecho. Se consagran en instrumentos internacionales como tales y recientemente en instrumentos de planeación como el Programa Especial de Derechos Humanos que tiene carácter de

política transversal. Artículo 10. de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, preámbulo de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* y del *Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

**Desventaja social** Las condiciones que afectan negativamente el desempeño de comunidades, hogares y personas.

**Entidad** Institución de la administración pública paraestatal. Son los organismos descentralizados, empresas de participación estatal y fideicomisos. Artículo 30. de la *Ley orgánica de la administración pública federal* y *Ley federal de entidades paraestatales*.

**Entidad federativa** Estados de la República. Artículos 42 y siguientes de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.

**Entorno urbano** Conjunto de elementos naturales construidos, que conforman el territorio urbano y que constituyen el marco de referencia y convivencia de los habitantes y visitantes determinado por la características físicas, costumbres y usos que se relacionan entre sí.

**Equipamiento urbano** Conjunto de inmuebles, instalaciones y construcciones destinados a prestar a la población los servicios de administración pública, de educación y cultura, de comercio de salud y asistencia, deporte y recreación, de traslado, transporte y otros, para satisfacción de sus necesidades.

**Espacio urbano** El volumen ubicado, determinado, condicionado y desarrollado, sobre el suelo urbano. Es el ámbito donde existen edificaciones o que es susceptible de ser edificado.

**Estructura urbana** Conjunto de componentes, tales como el suelo, la vialidad, el transporte, la vivienda, el equipamiento urbano, la infraestructura, el mobiliario urbano, la imagen urbana, el medio ambiente, entre otros, que actúan interrelacionados y que constituyen la ciudad.

**Estructura vial** Conjunto de calles intercomunicadas, de uso común y propiedad pública, destinados al libre tránsito de vehículos y peatones, entre las diferentes áreas o zonas de la ciudad.

**Hospital** Unidad de atención a la salud que implica internamiento del paciente. Se clasifican en generales, de especialidades e institutos. Artículo 69 y siguientes del *Reglamento de la Ley general de salud* en materia de prestación de servicios de atención médica.

**Imagen urbana** Resultado del conjunto de percepciones producidas por las características específicas, arquitectónicas urbanísticas y socioeconómicas de una localidad, más la ocupación de este ámbito físico-territorial, en el desarrollo de sus actividades habituales.

**Impacto urbano** La influencia o alteración causada por alguna obra pública o privada, que para su funcionamiento, forma o magnitud, rebasa las capacidades de la infraestructura de los servicios públicos, del área o zona donde se pretende ubicar.

**impacto urbano ambiental** La influencia o alteración causada por alguna obra pública o privada que por su funcionamiento, forma o magnitud, rebasa las capacidades de la infraestructura de los servicios públicos del área o zona donde se pretenda ubicar y que afecte negativamente el entorno urbano y el ambiente, la imagen o el paisaje urbano.

**indicador** Se usa para describir un problema, cómo y dónde ocurre y cómo afecta éste. Los indicadores se desarrollan recolectando datos y se expresan a través de fórmulas matemáticas, tablas o gráficas.

**infraestructura** Acervo físico y material que permite el desarrollo de la actividad económica y social, el cual está representado por las obras relacionadas con las vías de comunicación y el desarrollo urbano y rural tales como: carreteras, ferrocarriles, caminos, puentes, presas, sistemas de riego, suministro de agua potable, alcantarillado, viviendas, escuelas, hospitales, energía eléctrica, etc. (Sedesol).

**instituciones de salud** Organismos o establecimientos públicos y privados dedicados a proporcionar atención médica (Inegi).

**ley** Conjunto de normas jurídicas que son el producto del proceso legislativo establecido en el Artículo 72 de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.

**municipio** (1) División territorial político administrativa de una entidad federativa. En el caso del Distrito Federal, las 16 delegaciones son equivalentes a los municipios (Inegi). (2) Persona jurídica de derecho público, compuesta por un grupo social humano interrelacionado por razones de vecindad al estar asentado permanentemente en un territorio dado, con un gobierno autónomo propio y sometido a un orden jurídico específico, con el fin de mantener el orden público, prestar los servicios públicos indispensables para satisfacer las necesidades elementales de carácter general de sus vecinos y realizar las obras públicas municipales requeridas por la comunidad.

**niveles de atención a la salud** El primer nivel se refiere a unidades de medicina familiar (UMF), que son las de mayor demanda y menor costo unitario y menor complejidad; el segundo, a hospitales generales que son de menor demanda, mayor costo que las UMF y mayor

complejidad; el tercero son hospitales de especialidades (Umaes) que en conjunto integran a los centros médicos y son de menor demanda y mayor costo y complejidad. Artículo 4 del *Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social*.

**normas mexicanas** Las que elabora un organismo nacional de normalización, o la Secretaría, en los términos de esta ley, que prevé para un uso común y repetido reglas, especificaciones, atributos, métodos de prueba, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado. Artículo 3, fracción X, de la *Ley federal sobre metrología y normalización*.

**normas oficiales mexicanas** La regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el Artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación. Artículo 3, fracción X, de la *Ley federal sobre metrología y normalización*.

**paisaje urbano** Conjunto de elementos naturales, así como aquellos producidos por la acción humana, que forman parte de la ciudad y de su entorno y que constituyen el marco de percepción visual de sus habitantes.

**participación ciudadana** Es el conjunto de acciones por medio de las cuales los ciudadanos toman parte a título individual o colectivo, en el diseño, gestión y control de las políticas públicas o colaborar en el desarrollo de tareas de interés general (SEPAT, *Sistema de Evaluación de Participación Ciudadana y Transparencia*. SEPAT, p. 20)

**participación comunitaria** Se entiende como la organización racional, consciente y voluntaria de las personas que habitan un espacio determinado, con el propósito de proponer iniciativas que satisfagan sus necesidades, de definir intereses y valores comunes, colaborar en la realización de obras y prestación de servicios públicos e influir en la toma de decisiones de los grupos de poder en ese espacio (*Cepal, Cohesión social, inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. CEPAL, 2007, p. 90.

**participación social y privada** Todas las formas de intervención de los sectores social o privado en el proceso de planeación, mejoramiento y conservación de las áreas o sectores urbanos.

**piso de protección social** Iniciativa liderada por la OIT y la OMS, con apoyo del Departamento de Economía y Asuntos Sociales de las Naciones Unidas (UN-DESA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) para la extensión de la protección social, mediante la coalición de agencias internacionales y donadores, con objeto de que se diseñe e implementen esquemas de transferencias sociales sostenibles.

**Plan Nacional de Desarrollo** El elaborado por el Ejecutivo Federal por conducto de la SHCP. Artículos 14.II y 21 de la *Ley de planeación*.

**planeación del desarrollo** Sistema integrado por los sectores público, privado y social. Artículos 25 y 26 de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* y la *Ley de planeación*.

**planeación del ordenamiento territorial** El proceso permanente y continuo de ordenación, formulación, programación, presupuestación, ejecución, control, fomento, evaluación y revisión del ordenamiento territorial.

**población rural** El marco geoestadístico nacional del Inegi clasifica como rurales a las localidades de menos de 2 500 habitantes, excepto cuando se trata de cabeceras municipales, en cuyo caso las considera urbanas, aunque tengan menor población.

**población urbana** Se considera como urbanas a las localidades de 15 000 o más habitantes. Se delimitan a partir del número de habitantes de las localidades, la densidad de población y el predominio de ciertos sectores de la actividad económica.

**presupuesto de la federación** Artículo 74.IV de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.

**programa anual** El elaborado conforme a los programas, sea sectorial o institucional, con una vigencia anual. Artículos 16.V y 17.III de la *Ley de planeación*.

**programa especial** Se refiere a prioridades y debe estar acorde al Plan Nacional de Desarrollo y programas sectoriales. Artículo 26 de la *Ley de planeación*.

**programa institucional** El elaborado por las entidades, acorde a los Programas Sectoriales. Artículo 17.II y 24 de la *Ley de planeación*.

**programa sectorial** El elaborado por las dependencias, según el Plan Nacional de Desarrollo. Artículos 16.III y 23 de la *Ley de planeación*.

**promoción de la salud** Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al ambiente (*Carta de Ottawa*, 1986)

**proyectos público privados a largo plazo** Alianzas entre el gobierno y los particulares para desarrollar proyectos de infraestructura de largo plazo o prestar servicios en esquemas de asociación de largo plazo.

**ramo administrativo** Distribución de competencias de las dependencias. Artículo 23 de la *Ley orgánica de la administración pública federal*.

**red de ciudades** Conjunto de ciudades vinculadas, geográfica, política y socialmente.

**reglamento** Conjunto de normas jurídicas que expide el poder ejecutivo para la exacta observancia de las normas contenidas en una ley. Artículo 89, fracción I, de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.

**salubridad general: distribución de rubros entre la federación y las entidades federativas** A la federación, por conducto de la Secretaría de Salud, le compete:

1. *Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento. Esto se hace con fundamento en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, que es la que establece el procedimiento para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas y, en su caso, de las Normas Mexicanas así como requisitos para certificación y acreditación... todos ellos procesos vinculados con la calidad*
2. *Organizar y operar los servicios en materias como:*
  - a. organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud salvo los de instituciones de seguridad social
  - b. la evaluación, seguimiento y coordinación de la prestación de servicios de establecimientos de instituciones de seguridad social
  - c. la salud visual y la auditiva
  - d. el programa de farmacodependencia
  - e. el control sanitario de productos y servicios, de establecimientos, de órganos y tejidos y de cadáveres
3. *Organizar y operar los servicios de salud a su cargo*

4. *Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general*
5. *Coordinar el Sistema Nacional de Salud*
6. *Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional*

A las entidades federativas, les compete:

1. *Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios que no están señalados para la federación*
2. *Desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Nacional*
3. *Formular y desarrollar programas locales de salud, acorde con el Plan Nacional de Desarrollo y aunque no lo indica así, con el Programa Nacional de Salud que emita la secretaría como responsable del sector salud y de conformidad con la Ley de Planeación*

Cabe indicar que la misma ley señala las bases a las que se sujetarán los acuerdos de coordinación entre la Federación y los Gobiernos de las entidades federativas (Artículos 18 a 21 de la *Ley general de salud*).

(Artículo 40. de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*; Artículo 13 de la *Ley general de salud*).

**salubridad general. Rubros** (1) La organización, control, vigilancia, coordinación, evaluación y seguimiento de la prestación de servicios y de establecimientos de salud (salvo en instituciones de seguridad social); (2) La protección social en salud que es, prácticamente, el servicio público a población en general mediante la figura denominada Seguro Popular; (3) La atención médica, materno-infantil; (4) El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas; (5) La salud visual y auditiva; (6) La planificación familiar; (7) La salud mental; (8) La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; (9) La promoción de la formación de recursos humanos para la salud; (10) La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos; (11) La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país; (12) La educación para la salud; (13) La orientación y vigilancia en materia de nutrición; (14) La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo; así como de los factores ambientales en la salud del hombre; (15) La salud ocupacional y el saneamiento básico; (16) La prevención y el control de enfermedades transmisibles y de enfermedades no transmisibles y acci-

dentales; (17) La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos; (18) La asistencia social. En este sentido es curioso que durante el sexenio del Presidente Fox se haya aprobado una nueva *Ley de asistencia social* que crea un Sistema Nacional de Asistencia Social que, en principio, podría considerarse que debería estar inserto en el Sistema Nacional de Salud, aunque parece que se han desarticulado. (19) Programas contra el alcoholismo, tabaquismo, y la farmacodependencia; (20) El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación, del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos así como establecimientos dedicados al proceso de productos, y de la publicidad de las actividades, productos y servicios así como de la disposición relativa a órganos, tejidos y sus componentes y células y de cadáveres de seres humanos; (21) La sanidad internacional (Artículo 3 de la *Ley general de salud*).

**salud pública** Tipo de servicios de salud junto con la atención médica y la asistencia social. Artículo 24, 133 y siguientes de la *Ley general de salud*.

**sectorización** Es la distribución de entidades de la administración pública paraestatal en sectores para estar subordinado a alguna dependencia coordinadora de sector para efectos de control y planeación del desarrollo. Conforme al Artículo 48 de la *Ley orgánica de la administración pública federal*.

**servicios de salud: definición** (1) Son los servicios que prestan los sujetos que integran el Sistema Nacional de Salud; son aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad (Artículo 23 *Ley general de salud*), y (2) Todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la Sociedad en general, dirigidas a la protección, promoción y restauración de la salud de las personas y la colectividad.

**servicios de salud: tipos** Se clasifican en atención médica, salud pública y asistencia social (Artículo 24 de la *Ley general de salud*).

**servicios de salud a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social** Los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, “los que con sus propios recursos o por encargo



del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios”. Cuando hablamos de instituciones de seguridad social, también estamos ante “servicios públicos”, con la particularidad de la derechohabencia en virtud de un esquema de aseguramiento que genera derecho a prestaciones en dinero y en especie en caso de un siniestro que vulnere la salud o la capacidad productiva del asegurado. En este caso, las normas aplicables son las contenidas en las *Leyes especiales*. Artículo 37 de la *Ley general de salud*.

**servicios de salud de carácter social** Los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos. Artículo 39 de la *Ley general de salud*.

**servicios de salud privados** Los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 43 de esta ley. Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos. En este caso, por lo general, estamos ante contratos de prestación de servicios de carácter mercantil, cuando son hospitales, ya que por lo general son sociedades mercantiles bajo la figura de Sociedades Anónimas de Capital Variable. En estos casos la Procuraduría Federal del Consumidor puede llegar a tener injerencia pues no están señalados en los casos de excepción a que se refiere el Artículo 5 de la *Ley federal de protección al consumidor*. Cuando son instituciones como asociaciones y sociedades civiles, los contratos se rigen por principios del derecho civil en materia local y no existe injerencia alguna de la Procuraduría Federal del Consumidor, porque en este caso sí hay exclusión de los contratos de prestación de servicios. Incluso la Secretaría de Economía ha emitido la NOM-071-SCFI-2001 que versa sobre *Elementos normativos para la contratación de servicios de atención médica por cobro directo* y que fue publicada en el *Diario oficial de la federación* de fecha 1 de noviembre de 2001. Cabe señalar que conforme a la *Ley sobre metrología y normalización*, cada 5 años deben revisarse las Normas Oficiales Mexicanas, definidas en la *Ley federal de procedimiento administrativo* como actos administrativos de carácter general. Artículo 38 de la *Ley general de salud*.

**servicios estatales de salud** Estructuras de los gobiernos de las entidades federativas que prestan servicios de salud a la población en general y dentro de ellas, a los afiliados al Seguro Popular.

**servicios públicos** (1) Toda la organización del estado que tiende a satisfacer necesidades públicas, mediante el suministro de satisfactores orientados a conseguir bienestar y comodidad social (Horacio Landa, *Terminología de urbanismo*. México, Cidiv-Indeco, 1976).

(2) Toda actividad técnica destinada a satisfacer una necesidad de carácter general, cuyo cumplimiento uniforme y continuo deba ser permanentemente asegurado, reglado y controlado por los gobernantes, con sujeción a un mutable régimen jurídico exorbitante del derecho privado, ya por medio de la administración pública, bien mediante particulares facultados para ello por autoridad competente, en beneficio indiscriminado de toda persona.

**servicios públicos municipales** Condiciones que el gobierno municipal, como ente operador, tiene la facultad exclusiva de facilitar a la comunidad para garantizar el buen funcionamiento de la vida en el municipio. Estos servicios se listan a continuación.

- a) *Agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de sus aguas residuales*
- b) *Alumbrado público*
- c) *Limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos*
- d) *Mercados y centrales de abasto*
- e) *Panteones*
- f) *Rastro*
- g) *Calles, parques y jardines y su equipamiento*
- h) *Seguridad pública, en los términos del Artículo 21 de esta Constitución, policía preventiva municipal y tránsito*
- i) *Los demás que las Legislaturas locales determinen según las condiciones territoriales y socioeconómicas de los municipios, así como su capacidad administrativa y financiera*

Artículo 115 fracción III. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.

**servicios públicos de salud a la población en general** Los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Cuando nos referimos a los “servicios públicos a población en general”, los criterios aplicables son, justamente los de servicio público. Este subsistema se subdivide en dos, uno es la atención a población abierta y la otra es la referente al Seguro Popular o Sistema de Protección Social en Salud. La gratuidad en el momento de usar los servicios dependerá

de si se trata o no de beneficiario de dicho seguro y de si su padecimiento está incluido en el catálogo que para tal efecto emite la Secretaría. Artículo 35 de la *Ley general de salud*.

**Sistema Nacional de Salud** El constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la Artículo 5 de la *Ley general de salud*.

## Acrónimos

ANM	Academia Nacional de Medicina
AMDROC	Asociación Mexicana de Directores Responsables de Obra y Corresponsables, A.C.
BCS	Baja California Sur
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAM-SAM	Colegio de Arquitectos Mexicanos - Sociedad de Arquitectos Mexicanos
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Colmex	Colegio de México
CMIC	Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción
Conaculta	Consejo Nacional para la Cultura y las Artes
Conacyt	Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología
Conade	Consejo Nacional del Deporte
Conago	Conferencia Nacional de Gobernadores
Conamed	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Conapo	Consejo Nacional de Población
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación
CPEUM	<i>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</i>
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DDF	Departamento del Distrito Federal
DF	Distrito Federal (capital de México)
DIF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
DOF	<i>Diario oficial de la federación</i>
DUIS	Desarrollos Urbanos Integrales Sustentables
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
Ecosoc	Consejo Económico y Social
FCARM	Federación de Colegios de Arquitectos de la República Mexicana
Flasco	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FMI	Fondo Monetario Internacional
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social

Inegi	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Infonavit	Instituto de Fomento Nacional a la Vivienda para los Trabajadores
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS	<i>Ley general de salud</i>
MIDAS	Modelo Integral de Atención a la Salud
NOM	Norma Oficial Mexicana
NM	Norma Mexicana
OCD	Organización para la Cooperación y Desarrollo
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PAHO	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PMI	<i>Project Management Institute</i>
PRODEI	Promotora de Desarrollos Estratégicos Integrales
PRODESA	Proyectos de Desarrollo Social
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transporte
Sedatu	Secretaría de Desarrollo Agrícola, Territorial y Urbano
Sedesol	Secretaría de Desarrollo Social
Seduvi	Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda
Segob	Secretaría de Gobernación
SEP	Secretaría de Educación Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SMAES	Sociedad de Arquitectos Mexicanos Especializados en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPF	Piso de Protección Social
SS	Secretaría de Salud
SSA	Secretaría de Salud
UAM	Universidad Autónoma Metropolitana
UMAЕ	Unidad Médica de Alta Especialidad
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UIA	Universidad Iberoamericana

## Bibliografía y fuentes de consulta

### Libros

- Ávila, J., Fuentes, C., & Tuirán, R. (2000). *Índices de marginación*. México: Conapo-Progresa.
- Bustamante, M. (1983). *La salud pública en México de 1959 a 1982*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, p. 18.
- Comisión Nacional del Agua. (1995). *Informe "Calidad de las aguas nacionales"*. México: Comisión Nacional del Agua.
- Comisión Nacional del Agua. (1999). *Compendio básico del agua en México*, Comisión Nacional del Agua.
- Restrepo, I. (coord.). (1992). *La contaminación atmosférica en México: sus causas y efectos en la salud*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Centro Universitario Cultural A.C./Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria OP A.C. (noviembre 2002-noviembre 2003). *Informe sobre la situación de los derechos económicos, sociales y culturales*. México: Centro Universitario Cultural A.C./Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria OP A.C.
- Comisión Metropolitana para la Prevención y Control de la Contaminación Ambiental en el Valle de México. *La contaminación atmosférica en el Valle de México. Acciones para su control, 1988-1994*. México: Comisión Metropolitana para la Prevención y Control de la Contaminación Ambiental en el Valle de México, (s/f).
- Delgadillo, L. (2006). *Elementos de derecho administrativo. Primer curso*. 2a. ed. México: Limusa.
- De la Garza, S. (2006). *Derecho financiero mexicano*. México, Editorial Porrúa, 2006.
- Dirección General de Salud Ambiental. (2000). *Compilación de artículos científicos relacionados con estudios en plomo*. México: Dirección General de Salud Ambiental.
- Dirección General de Salud Ambiental. (2000). *Programa de fortalecimiento para la prevención de la contaminación por plomo. Operativo de verificación*. México: Dirección General de Salud Ambiental.
- Dirección General de Salud Ambiental. (1996). *Programa: Evaluación de la calidad*

- del agua, muestreo y análisis*. México: Dirección General de Salud Ambiental/ Dirección de Saneamiento Básico.
- Dirección General de Salud Ambiental. (2001). *Programa mexicano de sanidad de moluscos bivalvos, 1996-2001*.
- Dirección General de Salud Ambiental. (2001). *México en cifras*. México: Dirección General de Salud Ambiental.
- Fajardo, A. (2000). *Epidemiología descriptiva del cáncer en el niño*, GMN, Siglo XXI, IMSS.
- Fernández, J. (México). (1995). *Derecho administrativo (servicios públicos)*. Porrúa/Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fernández J. *Derecho administrativo y administración pública*. 2a. ed. México: Porrúa/Universidad Nacional Autónoma de México. 2006.
- Fernández J. (2006). *Diccionario de derecho administrativo*. Porrúa. Universidad Nacional Autónoma de México/Editorial México.
- Fernández J. (2002). *Servicios públicos municipales*. México: Instituto Nacional de Administración Pública A.C./Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Fernández J. (coordinador). (2006). *Servicios públicos de salud y temas conexos*. México: Porrúa/Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Derecho.
- Fraga, G. (2006) *Derecho administrativo*. México: Porrúa.
- Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías. (1992), *Programa estratégico para la sustitución del plomo y combustible en la alfarería vidriada tradicional*. México: Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías.
- García, M., & González, J. (1999). *Salud comunitaria y promoción de la salud, Las Palmas de Gran Canaria*. México: ICEPSS Editores, vol. I, p. 29.
- González, J., Bosque Araujo, S. & De Del Bosque, M. (1998). *Manos a la salud*. Ciess/OPS, p. 53.
- Gutiérrez-Ruiz, M., Siebe, C. y Sommer I. (S/f), *Effects of landapplication of wastewater from Mexico City onsoilfertility and heavy metal accumulation: A bibliographical review*, Environ. Rev., 3:318.
- Hernández-Cervantes, A. (2008) *La seguridad social en crisis, el caso del seguro social en México*. (2008). México: Porrúa.
- Herrera-Gutiérrez, A. (1943). *La ley mexicana del seguro social*. México: Eduardo Limón, impresor.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2002), *Anuario Estadístico*, México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1992). *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. México: IMSS/ISSTE.
- Lacomba, R. (2013). *Ciudad sustentable, creación y rehabilitación de ciudades sustentables*. México: Trillas.
- Larrain, F., & Selowsky, M. (1990). *El sector público y la crisis de la América Latina*. México: Fondo de Cultura Económico.

- Lazo-Cerna, H. (1966). *La medicina social en México*. México: Sin editorial.
- Meléndez-George, L. (2008). *la unificación del sistema de la seguridad social en México*. México: Porrúa.
- Mesa-Lago, C. (1986). *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moreno-Padilla, J. (1995). *Ley del Seguro Social*. México: Trillas.
- Narro-Robles, José. (1993). *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI. Una visión de la modernización de México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Organización Mundial de la Salud/PAHO (1994), *La Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/PAHO, pp. 3
- Organización Mundial de la Salud/UNISEF. (Agosto/septiembre 1988). *Declaración de Alma-Ata, Salud Mundial*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud p. 1.
- OMS-Europa (1992), citado en Restrepo, H. & Málaga, H. (2001), *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*, Ed. Méd. Panamericana, p. 222.
- Organización Internacional del Trabajo. (1984). *Introducción a la Seguridad Social*. 3a. ed. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo. (1993). *El seguro social y la protección social*. Oficina Internacional del Trabajo, Conferencia Internacional del Trabajo, 80ª reunión, Suiza.
- Organización Internacional del Trabajo. (1995). *Seguridad social. Guía de educación obrera*, Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo. (2002). *La salud en las Américas*, Volumen I, Publicación Científica y Técnica No. 587.
- Peralta-Valdés J. Seguridad Social. *Notas de clase*, Escuela Libre de Derecho, Curso 1976-1977.
- Restrepo, H., & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Ed. Med. Panamericana, pp. 221-222.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1988). *Reseña histórica 1982-1988*, México, pp. 249 y 264.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1992), *Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta*, México, p. 2.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (2000), *La Promoción de la Salud en México, 1995-2000*, pp.19, 22-23.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (2001), *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, p. 77.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Programa de acción específico 2007-2012, Entornos y comunidades saludables*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Primera Edición. México
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Programa de Acción Específico 2013-2018, Entornos y comunidades saludables*. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.



- Sigerist, H. (1998). *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo XXI.
- Tamamburi, G. (1986). *La seguridad social en la América Latina. Tendencias y perspectiva*. Selección de Carmelo Mesa-Lago, “*La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas*”. México: Fondo de Cultura Económica.
- Urbina-Fuentes, M., Moguel-Ancheita A., Muñiz-Martelón, & M., Solís-Urdaibay J. (coordinadores). (2006). *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*. Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México: Fondo de Cultura Económica.
- Villoro-Toranzo, M. (1974). *Introducción al estudio del derecho*, México: Porrúa.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization, p. 5.

### Documentos publicados en Internet y páginas web

- “500 años de México en documentos”. <http://www.biblioteca.tv>
- Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción  
<http://www.cmic.org/cmic/eFinanciamiento/proyserv.htm>
- Carta de Atenas. CIAM / Le Corbusier, José Luis Sert, 1933-1942
- Gobierno Federal. Informes presidenciales del Lic. Felipe Calderón Hinojosa  
[http://blogs.unlp.edu.ar/planificacionktd/files/2013/08/1942\\_carta\\_de\\_atenas-1933.pdf](http://blogs.unlp.edu.ar/planificacionktd/files/2013/08/1942_carta_de_atenas-1933.pdf)
- <http://www.informe.gob.mx/informe/?contenido=14>
- Instituto Mexicano del Seguro Social, Informe Financiero y Actuarial IMSS 2007.  
<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/F8B80DD3-6819-4C29-85D0-7CE-794F85B83/0/IFA31dic2007.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social <http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Indice.aspx?Srv=M00-1&OPC=opc04>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Tabla de población derechohabiente IMSS  
[http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Tabla.aspx?ID=SCRS04\\_0020\\_01&OPC=opc04&SRV=M00-1](http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Tabla.aspx?ID=SCRS04_0020_01&OPC=opc04&SRV=M00-1)
- ITESM. <http://uninet.mty.itesm.mx/legis-demo/progs/pnd.htm#T4-C5-S2>
- Organización de las Naciones Unidas. <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm> Artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Organización Mundial de la Salud, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009  
[www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)
- Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española, 22a. edición. Actualización: marzo de 2014. <http://www.rae.es/rae.html>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público [http://www.apartados.hacienda.gob.mx/marco\\_juridico/documentos/marco\\_juridico\\_global/leyes\\_10072008/pef\\_2009.p](http://www.apartados.hacienda.gob.mx/marco_juridico/documentos/marco_juridico_global/leyes_10072008/pef_2009.p)

Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud [http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/infra\\_numeralia\\_rf.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/infra_numeralia_rf.xls)

Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. [http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/infra\\_numeralia\\_rf.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/infra_numeralia_rf.xls)

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hmc7.pdf>

Universidad Autónoma del Estado de México, red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal [redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10650503.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10650503.pdf) Salud Pública de México. Volumen 40. Número 5. Septiembre Octubre 1998

## Legislación

*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Convenios y recomendaciones Internacionales, 1919-1984 (1985). Organización Internacional del Trabajo. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

*Ley de asistencia social*, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

*Ley federal de las entidades paraestatales*, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

*Ley federal de procedimiento administrativo*, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

*Ley general de salud*, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes federales <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

*Ley general de desarrollo social*, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

*Ley orgánica de la administración pública federal*, Página de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Leyes Federales <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

*Ley del Seguro Social*. Página de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Sección: Leyes federales <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD-México <http://www.undp.org.mx/desarrollohumano>

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD-México  
<http://www.undp.org.mx/desarrollohumano> Página *web* del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD-México  
<http://www.undp.org.mx/desarrollohumano>

Programa Nacional de Salud 2007-2012  
[portal.salud.gob.mx/.../programa\\_nacional/programa\\_07.html](http://portal.salud.gob.mx/.../programa_nacional/programa_07.html)

*Reglamento de la ley general de salud* en materia de prestación de servicios de atención médica publicado en el *Diario oficial de la federación* el 14 de mayo de 1986.  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html> [http](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html)

*Reglamento de prestaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Agenda de Seguridad Social. Ediciones Fiscales ISEF. México 2008

Programa Nacional de Salud 2001-2006. (2001). La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud. México.

## Referencias y notas

1. Rodríguez Cabrera, Lucero (2006). “XXI. Comunidades saludables”, en Urbina F., Manuel (coord.) *La experiencia mexicana en salud pública*. México: FCE/Secretaría de Salud/OPS/SMS/FunSalud/INSP. Biblioteca de la Salud. Serie Lecturas. p. 359.
2. *Ibídem*.
3. *Ídem*, p.360.
4. *Ídem*, p.360.
5. Organización Mundial de la Salud. (1995). *Veinte pasos para desarrollar un proyecto de ciudades saludables*, 2a. ed., pág. 11, [www.redconsalud.info/img/cnt/File/Otros documentos/ PASOS PROYECTO CIUDAD SALUDABLE.pdf](http://www.redconsalud.info/img/cnt/File/Otros documentos/ PASOS PROYECTO CIUDAD SALUDABLE.pdf)
6. Hancock y Duhl, 1986 [traducccion\\_Trevor\\_Hancock.pdf-6a4eb1625e6599d1b-8936d3ad7oceda0.pdf](http://www.redconsalud.info/img/cnt/File/Otros documentos/ traducccion_Trevor_Hancock.pdf-6a4eb1625e6599d1b-8936d3ad7oceda0.pdf)
7. *Declaración de Alma-Ata*.
8. Carta de Ottawa <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>
9. Paganini, J. M. *Los sistemas locales de salud: una estrategia para fortalecer la cobertura y la equidad en salud*. Sistemas SILOS.pdf
10. *Descentralización y sistemas de salud (SILOS) OPS: Comité Ejecutivo del Consejo Directivo 23ª Reunión Washington D.C.8-9 diciembre de 1994*, pág. 3. [hist.library.paho.org/english/GOV/SPP/spp23\\_8\\_spa.pdf](http://www.hist.library.paho.org/english/GOV/SPP/spp23_8_spa.pdf)
11. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. *Fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Proyecto de desarrollo de Jurisdicciones sanitarias*. Salud Pública de México vol. 36, núm. 6, noviembre-diciembre, 1994, pp. 673-694. México: Instituto Nacional de Salud Pública, p. 674. [redalyc.org/pdf/106/10636613.pdf](http://redalyc.org/pdf/106/10636613.pdf)
12. *Ibídem*, p. 674.
13. *Ídem*, 10 p. 9.
14. Sotelo, J. M., & Rocabado, F. (1994) *Salud desde el municipio: una estrategia para el desarrollo*. P. 442. *municipios saludables méxico insp.pdf*
15. OPS/OMS. (1992). *Municipios saludables: una estrategia de promoción de la salud en el contexto local*. Washington D.C.: OPS/OMS.

16. Carta\_Compromiso\_de\_Monterrey\_1993.pdf, pág II.  
www.promocion.salud.gob.mx/red/descargables/Carta\_Compromiso\_de\_Monterrey\_1993.pdf
17. *Ibíd*em, p. III
18. [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument)
19. Peralta-Matouk. M. L. (2011). *Tesis para obtener el grado de Maestría en Políticas Públicas Comparadas*. México: Flaco.
20. *Diario oficial de la federación* del 10 de junio de 2011.
21. Peralta-Matouk M. L. *Op. cit.*
22. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=Sistema](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=Sistema)
23. Peralta-Matouk. M. L. (2012). *El IMSS y la Seguridad Social*. México: Novum.
24. Artículo 3, fracción XVIII, de la *Ley general de salud*
25. Artículo 3 de la *Ley de asistencia social* y 167 de la *Ley general de salud*
26. Artículo 22 y siguientes de la *Ley de asistencia social*
27. Artículo 27 de la *Ley de asistencia social*
28. Artículos 22, incisos a y b, de la *Ley de asistencia social*.
29. Artículo 1, fracción III, de la *Ley general de desarrollo social*.
30. Artículo 1, fracción I, de la *Ley general de desarrollo social*.
31. Artículo 6 de la *Ley general de desarrollo social*.
32. Secretaría de Salud (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México*. Hacia un sistema universal de salud. México: Secretaría de Salud, p. 58.
33. *Ley general de salud*. <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/169.htm?s=>
34. Véase: Peralta-Matouk, M. L. *Tesis para obtener el grado de Especialidad en Derecho Administrativo. Perspectiva administrativa del seguro social del IMSS*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
35. Artículo 23 de la *Ley general de salud*.
36. Artículo 24 de la *Ley general de salud*.
37. Artículo 27, fracción III, de la *Ley general de salud*.
38. Artículo 27 de la *Ley general de salud*.
39. Artículo 2 de la *Ley orgánica de la administración pública federal*.
40. Artículo 3 de la *Ley orgánica de la administración pública federal*
41. Artículo 9 de la *Ley general de salud*.
42. Peralta-Matouk. M. L. *Tesis para obtener el grado de Especialidad en Derecho Administrativo. Perspectiva administrativa del seguro social del IMSS*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
43. Artículo 3 de la *Ley general de salud*.
44. Artículo 13 de la *Ley general de salud*.
45. Artículos 18 a 21 de la *Ley general de salud*.

46. Véase: Peralta-M. L. *Ibidem*.
47. Artículo 35 de la *Ley general de salud*
48. Artículo 37 de la *Ley general de salud*
49. Artículo 89 de la *Ley del Seguro Social*
50. Artículo 38 de la *Ley general de salud*
51. Artículo 39 de la *Ley general de salud*
52. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hmc7.pdf>
53. Peralta Matouk María de Lourdes. (2011). *Tesis para obtener el grado de Especialidad en Derecho Administrativo. Perspectiva Administrativa del Seguro Social del IMSS*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
54. *Ibidem*.
55. Ídem.
56. Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La salud en las Américas*. Vol. I. Publicación Científica y Técnica No. 587, p. 6.
57. *Ibidem*, p. 18
58. Artículos 14, fracción II, 21 y 22, de la *Ley de planeación*.
59. Artículo 23 de la *Ley de planeación*.
60. Artículo 26 de la *Ley de planeación*.
61. Artículo 24 de la *Ley de planeación*.
62. Artículo 25 de la *Ley de planeación*.
63. Artículo 27 de la *Ley de planeación*.
64. Furlan, J. L. Curso Servicios públicos y ciudades inteligentes. Tema 1: El modelo Smart City y la ciudad verdaderamente inteligente. Especialización en Servicios Públicos para Ciudades Inteligentes. Centro Latinoamericano de Estudios Locales (CELADEL). Abril-junio 2014, p. 1.
65. Citado por el INEGI en el *Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos*. <http://mapserver.inegi.gob.mx/mgn2k/>
66. *Ibidem*.
67. [www.cdi.gob.mx/cedulas/2000/COAH/05035-00.pdf](http://www.cdi.gob.mx/cedulas/2000/COAH/05035-00.pdf)
68. Furlan, J. L. *Op. cit.* p. 2.
69. Coneval.
70. CDI.
71. Nota: Conforme a la Ley general de salud y la Ley del Seguro Social, derechohabiente es aquella persona que está afiliada a alguna institución prestadora de servicios de seguridad social o seguro popular.
72. Inegi.
73. CDI.
74. Coneval.
75. Furlan, J. L. *Op. cit.*, p. 7
76. *Ibidem*, p. 9

77. Ídem., p. 10
78. Véase: Furlan José Luis. *Op. cit.*, p. 10
79. Ibídem.
80. INEGI.
81. Aguilar, L. F. *Conferencia magistral CLAD*.
82. <http://200.23.18.200/sqds/>
83. <http://www.torreon.gob.mx/>
84. <http://trcimplan.mx/servicios/sig/>
85. <http://trcimplan.mx/institucional/vision-mision/>
86. <http://trcimplan.github.io/matrices/categoria-participacion-ciudadana.html>
87. <http://trcimplan.github.io/matrices/categoria-infraestructura.html>
88. Varela-Rey, Alberto. *Curso: Calidad y mejora continua en los servicios públicos. Calidad y gestión de la calidad*. Lección 1. Especialización en Servicios Públicos para Ciudades Inteligentes. Centro Latinoamericano de Estudios Locales (CELADEL). Abril-junio 2014, p. 8.
89. Varela-Rey, A. *Op. cit.*, p. 1.
90. Varela-Rey, A. *Op. cit.*, p. 3.
91. Ibídem, p. 7.
92. Ídem.
93. Carrasco-Sánchez, B. *Curso: Gestión relacional de los servicios públicos. Las cartas de compromiso con el ciudadano*. Lección 4. Especialización en Servicios Públicos para Ciudades Inteligentes. Centro Latinoamericano de Estudios Locales (CELADEL). Abril-junio 2014, p. 12
94. Carrasco-Sánchez, B. *Op. cit.* Lección 4. Especialización en Servicios Públicos para Ciudades Inteligentes. Centro Latinoamericano de Estudios Locales (CELADEL). Abril-junio 2014, p. 5.
95. Varela-Rey, A. *Curso: Calidad y mejora nontinua en los servicios públicos. Herramientas para la gestión de calidad*. Lección 4. Especialización en Servicios Públicos para Ciudades Inteligentes. Centro Latinoamericano de Estudios Locales (CELADEL). Abril-junio 2014, p. 7.
96. <http://trcimplan.mx/institucional/vision-mision/>
97. <http://trcimplan.mx/servicios/indicadores/>
98. <http://trcimplan.github.io/>
99. Fernández Ruiz Jorge. *Servicios públicos municipales*. Instituto Nacional de Administración Pública, A.C.; Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto de Investigaciones Jurídicas. Primera Edición. México 2002. p.123.
100. Artículo 67, fracción IX de la *Constitución política de Coahuila de Zaragoza*.
101. Artículo 67, fracción IX, inciso d de la *Constitución política de Coahuila de Zaragoza*.
102. Artículo 67, fracción XII, de la *Constitución política de la Coahuila de Zaragoza*.
103. Artículo 67, fracción XXXI, de la *Constitución política de Coahuila de Zaragoza*.

104. Artículo 67, fracción XXXIII, segundo párrafo, de la *Constitución política de Coahuila de Zaragoza*.
105. Artículo 67, fracción XLIII, de la de la *Constitución política de Coahuila de Zaragoza*.
106. Artículo 82, fracción V, inciso 2, subincisos 1 y 3 de la *Constitución Política de Coahuila de Zaragoza*.
107. Artículo 82, fracción XX, de la constitución estatal.
108. Artículo 96 de la *Constitución Estatal*.
109. Artículos 9, 21 y 393 de la *Ley general de salud*.
110. Artículo 13, Apartado B, fracciones I a VII, de la *Ley general de salud*.
111. Fracciones II y IV-XXII, del Artículo 30. de la *Ley general de salud*.
112. Artículo 4 de la *Ley general de salud*.
113. Artículo 3 de la *Ley estatal de salud*.
114. Artículo 4, apartado B, de la *Ley estatal de salud*.
115. Artículo 13 de la *Ley estatal de salud*.
116. Artículo 14 y 18 de la *Ley estatal de salud*.
117. Artículo 1 de la *Ley general de educación*.
118. Artículo 11, fracción III, *Ibidem*.
119. Artículos 14 fracciones V a VIII y 15, *ídem*.
120. Artículo 15, último párrafo, *ídem*.
121. Artículo 26, *ibídem*.
122. Artículo 37, *ibídem*.
123. Artículo 39, *ibídem*.
124. Artículo 54, *ibídem*.
125. [http://www.congresocoahuila.gob.mx/index.cfm/mod.legislacion\\_archivo/dir.LeyesEstatalesVigentes/index.coah](http://www.congresocoahuila.gob.mx/index.cfm/mod.legislacion_archivo/dir.LeyesEstatalesVigentes/index.coah)
126. Artículos 2 y 3 de la *Ley estatal de educación*
127. Artículo 11, *ibídem*.
128. Artículo 8, fracción IX *Ley general del equilibrio ecológico y la protección al ambiente*.
129. Artículo 10, *ibídem*.
130. Artículos 11 y 12, *ibídem*.
131. Artículo 1, fracción X, de la *Ley del equilibrio ecológico y la protección al ambiente del estado de Coahuila de Zaragoza*
132. Artículo 6, *ibídem*.
133. Artículo 7, fracción IV, *ibídem*.
134. Artículo 11, fracciones VI, VII y X, *ibídem*.
135. Artículo 12 y siguientes, *ibídem*.
136. Artículo 1 de la *Ley para la prevención y gestión integral de residuos para el estado de Coahuila de Zaragoza*
137. Artículo 2, fracción VI, *ibídem*.



138. Artículo 4, fracción III, ibídem.
139. Artículo 8, fracciones VI, VII y VIII, ibídem.
140. Artículo 37, ibídem.
141. Artículo 38, ibídem.
142. Artículo 18 de la *Ley de asistencia social*.
143. Artículo 3 de la *Ley de prevención, asistencia y atención de la violencia familiar*.
144. Artículo 6, fracción IV, ibídem.
145. Artículo 30, ibídem.
146. Artículo 35 y siguientes, ibídem.
147. Artículo 6 de la *Ley general de desarrollo social*.
148. Artículo 17 ibídem.
149. Artículo 42 ibídem.
150. Artículo 45 ibídem.
151. Artículo 9 y 15, fracción III, de la *Ley de desarrollo social para el estado de Coahuila de Zaragoza*.
152. Artículo 19, fracción IV, ibídem.
153. <http://www.congresocoahuila.gob.mx/archive/leyesestatalesvigentes/directorioleyes.cfm>
154. Artículo 2 de la *Ley para los servicios de agua potable, drenaje y alcantarillado en los municipios del estado de Coahuila*.
155. Artículo 6 ibídem.
156. <http://www.coahuila.gob.mx/semarnac/descargables/legal/LEYCREACEAS.pdf>
157. Artículo 2o. de la *Ley que crea el organismo público descentralizado denominado Comisión Estatal de Aguas y Saneamiento de Coahuila*
158. Artículo 30., fracción VIII, ibídem.
159. Artículos 46 y siguientes de la *Ley reglamentaria para los juzgados del registro civil y campos mortuorios del estado*.
160. [www.resi.org.mx/ipm/leyes/documentos\\_leyes/Ley%20de%20Tr%C3%A1nsito%20y%20Transporte%20del%20Estado%20de%20Coahuila%20de%20Zaragoza.doc](http://www.resi.org.mx/ipm/leyes/documentos_leyes/Ley%20de%20Tr%C3%A1nsito%20y%20Transporte%20del%20Estado%20de%20Coahuila%20de%20Zaragoza.doc)
161. Artículo 10. de la *Ley de tránsito y transporte del estado de Coahuila de Zaragoza*.
162. Artículo 6, ibídem.
163. Artículos 26 y 28, ibídem.
164. Artículo 36, ibídem.
165. Artículo 40, ibídem.
166. Artículo 44, ibídem.
167. Artículo 1o. de la *Ley para la transferencia de funciones y servicios públicos del estado a los municipios*.
168. Artículo 1, fracción II, de la *Ley de población y desarrollo municipal para el estado de Coahuila de Zaragoza*.

169. Artículo 6 y siguientes, *ibídem*.
170. Artículo 194 y siguientes de la *Ley de hacienda para el estado de Coahuila de Zaragoza*.
171. Artículo 1.I de la *Ley de Coordinación fiscal del estado de Coahuila*.
172. Artículo 3, *ibídem*.
173. Artículo 4, *ibídem*.
174. Artículo 1 de la *Ley para la distribución de participaciones y aportaciones federales a los municipios del estado de Coahuila*
175. Artículo 1 de la *Ley de proyectos para prestación de servicios para el estado libre y soberano de Coahuila de Zaragoza*
176. Artículo 7, *ibídem*.
177. Véase: Fernández-Ruiz Jorge. *Servicios públicos municipales*, p. 269.
178. Artículo 1 del *Reglamento de mercados, plazas y sitios públicos del municipio de Torreón, Coahuila*
179. Artículo 2, *ibídem*.
180. Artículo 5, párrafo segundo *ibídem*.
181. Artículo 20, *ibídem*.
182. Artículo 167, fracciones I y II, de la *Ley estatal de salud*.
183. Véase: Fernández-Ruiz, Jorge. *Op cit.*, p. 256.
184. Artículo 2 del *Reglamento de panteones y crematorios de la ciudad de Torreón, Coahuila*
185. Artículo 5, fracción I, *ibídem*.
186. Artículo 7, *ibídem*.
187. Artículo 18, *ibídem*.
188. Artículo 179 de la *Ley estatal de salud*
189. Véase Fernández Ruiz Jorge. *Op cit.*, p. 260 y siguientes.
190. Artículo 8 del *Reglamento de salud para el municipio de Torreón, Coahuila*
191. Artículo 14, *ibídem*.
192. Artículo 46, *ibídem*.
193. Artículo 49, *ibídem*.
194. [http://www.torreon.gob.mx/claris\\_domus/html/finanzas/upload/docs\\_256\\_roo58.pdf](http://www.torreon.gob.mx/claris_domus/html/finanzas/upload/docs_256_roo58.pdf)
195. Artículo 6 del *Reglamento para la atención de personas con capacidades diferentes en el municipio de Torreón, Coahuila*
196. Artículos 2 a 4 del Reglamento de transporte público para el municipio de Torreón, Coahuila
197. Artículo 6, *ibídem*.
198. Artículo 48, *ibídem*.
199. Artículo 1 del *Reglamento de XHTOR Radio Torreón*
200. Artículo 3, *ibídem*.
201. Artículo 1 del *Reglamento municipal de asistencia social de Torreón, Coahuila*

202. Artículo 4, *ibídem*.
203. Artículo 60, *ibídem*.
204. Artículo 2 del *Reglamento de desarrollo sustentable y protección al ambiente del municipio de Torreón, Coahuila*
205. Artículo 6, fracción II, *ibídem*.
206. Artículo 6, fracción XXIV, *ibídem*.
207. Artículo 123, *ibídem*.
208. Artículo 136, *ibídem*.
209. Artículo 3 del *Reglamento de limpieza*
210. Artículo 5, *ibídem*.
211. Artículo 185 de la *Ley estatal de salud*.
212. Artículo 186 de la *Ley estatal de salud*.
213. Artículo 1 del *Reglamento de tránsito y vialidad*.
214. Artículos 10. y 30. transitorios del *Reglamento interior del sistema municipal de aguas y saneamiento de Torreón Coahuila (SIMAS)*
215. Artículo 8, *ibídem*.
216. Artículo 1, *ibídem*.
217. Programa de acción específico 2007-2012: *Entornos y Comunidades Saludables*. Secretaría de Salubridad y Asistencia, p.12
218. Programa de acción específico 2007-2012: *Entornos y Comunidades Saludables*. Secretaría de Salubridad y Asistencia, p. 7
219. Programa de acción específico 2007-20012: *Entornos y Comunidades Saludables*. Secretaría de Salubridad y Asistencia.
220. Programa de acción específico 2013-2018: *Entornos y Comunidades Saludables*. Secretaría de Salubridad y Asistencia, 4 (pp. 26 y 27).
221. Programa de acción específico 2007-2012: *Entornos y Comunidades Saludables*. Secretaría de Salubridad y Asistencia.
222. Programa de acción específico 2013-2018: *Entornos y Comunidades Saludables*. Secretaría de Salubridad y Asistencia, p. 28.
223. PROGRAMA Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2013-2018. *Diario oficial de la federación* del 16 de diciembre de 2013.
224. OMS Determinantes Sociales de la Salud. [www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
225. *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmont. OMS EUROPA 2003. Edición española, traducción de la 2ª edición de la OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo, p. 10
226. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Informe final*, OMS. Mensaje del presidente Michael Marmont. EQUIDAD\_EN\_SALUD\_OMS.pdf
227. *Ibídem*, p. 2.
228. *Ídem.*, p. 4.
229. *Ídem.*, p. 4.

# ÍNDICE

La letra *c* refiere a cuadros; la *f* a figuras.

## A

- actos administrativos de carácter general, 203
- acuerdos de coordinación, 18, 19, 203
- administración por los ciudadanos, 41
- administración pública federal, 14, 17, 28, 203
- Alma-Ata, 1, 3
  - declaración, 3
- antecedentes sobre entornos saludables en México, 1
  - ciudades saludables en Europa: promoción de la salud, 2
  - desarrollo de sistemas locales de salud, 4
  - municipios y comunidades saludables en México, 5
- Anuario Demográfico de las Naciones Unidas*, 91
- asistencia social, 16, 58
- atención médica, 1, 5, 16, 18, 203
- atención primaria de salud, 2, 204
- autoridades sanitarias, 55

## B

- bases de acuerdos de coordinación, 203
- beneficiarios de servicios de salud, 211, 212
- beneficio directo a la salud, 204
- beneficio a la calidad de vida, 204
- bienestar físico, mental y social, 204, 205

## C

- carta compromiso, 45, 46
- Carta de Atenas*, 167
  - ciudad, 168

- determinantes sociales de la salud, 174
- estado actual de las ciudades, 169
- informe, 175
- región, 168
- carta de servicios, 46
- Catálogo del Sistema Urbano Nacional 2012*, 93
  - critérios, 91
- centros, 187
  - beneficios, 189
  - de orientación psicológica, 187
  - de salud mental, 187
  - visión a futuro, 189
- ciudad, definición del Inegi, 204
- ciudad saludable, 10, 40, 40 f, 45, 93, 94, 139, 141, 151, 152, 153, 154
  - ¿cómo sería?, 151, 152
  - aportación de los arquitectos, 164, 165
  - características, 160, 161, 162, 163, 164, 165
  - como ciudad sustentable, 141, 144
  - concientización de que toda ciudad debe ser saludable, 131
  - definición, 2, 3
  - en relación con los desarrollos urbanos integrales sustentables, 142
  - ideal, 95
  - infraestructura y servicios, 42
  - paradigma, 141, 142
  - prerrequisito para, 40, 40 f, 41
  - programa *Entornos y Comunidades Saludables*, 201
  - Proyecto de Gran Visión para la Ciudad Saludable, 92
  - sistema de sistemas, 42
  - y acciones, 154
  - y la comunidad como eje, 200
  - y marcha eficiente de los sistemas, 139
  - y políticas, 154
- ciudad sustentable, 140, 141
- “Ciudades Saludables”
  - proyecto, 2
  - movimiento, 2
- ciudades saludables en Europa, 2
- comentarios de socios de la SMAES sobre ciudades saludables, 157
  - aportación de los arquitectos, 164
  - aspectos del entorno arquitectónico construido, 157

- ciudad saludable, 151
- elementos de diseño urbano importantes, 155
- espacios abiertos y cerrados, 160
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 204
- comité local de salud, 85
- comité nacional, 84
- comunidad saludable, 204
- Conade. Véase Consejo Nacional del Deporte (Conade)
- condiciones actuales de las ciudades en México, 91
  - primer Taller sobre Ciudades Saludables, 93
    - rediseño del futuro estratégico de las ciudades mexicanas para que sean consideradas ciudades y comunidades saludables, 94
  - participantes del Taller sobre Ciudades Saludables, 95
  - descripción y metodología del Taller sobre Ciudades Saludables, 104
  - cuadros resultantes del Taller sobre Ciudades Saludables, 106
  - interpretación del Taller sobre Ciudades Saludables, 118
    - autoridades y gobierno, Taller sobre Ciudades Saludables, 110 c, 123
    - economía, Taller sobre Ciudades Saludables, 117 c, 130
    - educación y cultura, Taller sobre Ciudades Saludables, 109 c, 122
    - información y transparencia, Taller sobre Ciudades Saludables, 114 c, 127
    - infraestructura y equipamiento, Taller sobre Ciudades Saludables, 111 c, 124
    - medio ambiente, Taller sobre Ciudades Saludables, 116 c, 129
    - planeación y normatividad, Taller sobre Ciudades Saludables, 107 c, 119
    - presupuesto y financiamiento, Taller sobre Ciudades Saludables, 106 c, 118
    - servicios de salud, Taller sobre Ciudades Saludables, 108 c, 120
    - servicios públicos, Taller sobre Ciudades Saludables, 112 c, 125
    - sociedad y comunidad, Taller sobre Ciudades Saludables, 113 c, 126
    - tecnología, Taller sobre Ciudades Saludables, 116 c, 130
    - vivienda, Taller sobre Ciudades Saludables, 115 c, 128
- comentarios finales de especialistas, 131
  - de la maestra Magdalena Lacotoure Fornelli, 131

del arquitecto Antonio toca Fernández, 131  
del arquitecto Eliseo Arredondo González, 136  
del arquitecto José María Gutiérrez Trujillo, 132  
del doctor Ferdinand Recio Solano, 134  
del doctor Mario Villafaña Guizar, 135  
del licenciado Hugo González Liquidano, 133  
Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1  
Consejo Económico y Social, 204  
Consejo Nacional del Deporte (Conade), 197  
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 13  
    garantía individual, 13  
contaminación visual, 204  
Coordinación Jurisdiccional de Promoción de la Salud, 84

234

## D

*Declaración Alma-Ata*, 3  
*Declaración y Programa de Acción de Viena*, 10  
democracia colaborativa, 40  
democracia deliberativa, 40  
dependencia, 204  
derecho a la protección de la salud, 13  
derechos económicos, sociales y culturales, 204  
derechos humanos, 10, 13, 204  
desarrollo de sistemas locales de salud, 4  
desarrollo social, 59  
desventaja social, 205  
Dirección de Educación para la Salud, 1  
Dirección General de Fomento de la Salud, 1  
disposiciones constitucionales, 50

## E

e-administración, 43  
e-gobernanza, 43  
educación, 56  
elementos de diseño urbano, 155  
entidad, 205  
entidad federativa, 205  
entorno arquitectónico construido, 157  
entorno urbano, 205  
entornos saludables, 74

entornos y comunidades saludables, 71  
    conceptos clave, 73  
    estrategias y líneas de acción, 78  
    procesos críticos, 78  
    resultados 2000 – 2006

equilibrio ecológico y protección al ambiente, 56

equipamiento urbano, 205

espacio público, 140

espacio urbano, 205

espacios, 161  
    abiertos, 160  
    cerrados, 160  
    equipamiento urbano, 182  
    factores de riesgo, 177  
    factores de riesgo a la salud en espacios abiertos, 178 c  
    factores de riesgo a la salud en espacios cerrados, 183 c  
    integración social, para, 181  
    salud, para, 186  
    vivienda, para, 185

esparcimiento, 170

esperanza de vida, 175 c  
    varones, 175 c

esquema de operación de comunidades saludables, 75

estructura normativa, 9, 47

estructura urbana, 205

estructura vial, 205

## F

factores determinantes del estado de la salud, 2

facultades, 54  
    coexistentes, 54  
    coincidentes, 54  
    concurrentes, 54

fundamento de la planeación del desarrollo, 27

## G

gestión pública, 82

gobernanza, 42

gobierno digital, 42



## H

hospital, 205

## I

imagen urbana, 205

impacto urbano, 205

impacto urbano ambiental, 206

incidencia de la estructura normativa para ciudades saludables, 37

estructura normativa que incide en servicios públicos municipales en

Torreón, Coahuila, 47

conclusiones jurídicas, 69

disposiciones constitucionales, 50

legislación estatal que incide en los servicios públicos municipales, 60

legislación ordinaria: facultades concurrentes, coexistentes y coincidentes, 54

reglamentos municipales de Torreón, Coahuila, 64

generalidades del municipio de Torreón, Coahuila, 38

ciudadanía, 39

gobernanza y gobierno digital, 42

infraestructura y servicios, 42

planeación estratégica, 44

pobreza, 39

programa de calidad municipal, 44

incidencia de la estructura normativa para ciudades saludables, 37

indicador, 206

indicadores para ciudades saludables, 23

*Informe Lalonde*, 2

infraestructura, 206

y equipamiento, 125

y servicios, 42

instituciones de salud , 206

## J

jurisdicción sanitaria, 84

## L

legislación ordinaria, 54

*Ley de planeación*, 30

*Ley general de educación*, 56

*Ley orgánica de la administración pública federal*, 17

- Seguro Popular, 21
- servicios de carácter social, 2
- servicios privados, 22
- servicios públicos, 22

*Ley para la prevención y gestión integral de residuos, 58*

## M

- materia de salubridad local, 55
- medio ambiente, 129
- megalópolis, 91
- mejora, 82
- metropolización, 91
- municipio, 5, 206
  - saludable, 5
- municipios y comunidades saludables en México, 5

237

## N

- niveles de atención a la salud, 206
- normas mexicanas, 207
- normas oficiales mexicanas, 207

## O

- opiniones de expertos con relación a las ciudades saludables, 139
  - ciudad saludable-ciudad sustentable, 141
    - consideraciones del arquitecto Alberto Ramos y Bolaños, 141
  - ciudad y salud, 140
    - consideraciones del arquitecto Mario Schjetnan Garduño, 140
  - ciudad, sociedad y las enfermedades crónicas no transmisibles, 147
    - consideraciones del doctor Alfonso Petersen Farah, 147
  - ciudades saludables y hospital del futuro, 139
  - consideraciones del arquitecto Arturo Aispuro Coronel, 139
  - entorno saludable y arquitectura, 145
    - consideraciones del doctor Eduardo Jaramillo Navarrete, 145
  - la ciudad saludable y sustentable, 144
    - consideraciones del licenciado Hugo Raúl González Liquidano, 144
  - proyectos de la autoridad del espacio público de la Seduvi del Distrito Federal, 143
    - consideraciones del arquitecto Eduardo Aguilar Valdéz, 143
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 174
- órgano interno de control, 43

## P

- PND. Véase *Plan Nacional de Desarrollo* (PND)
- paisaje urbano, 207
- participación ciudadana, 207
- participación comunitaria, 76, 207
- participación municipal, 75
- participación social y privada, 207
- patrimonio histórico, 172
- piso de protección social, 10, 208
- Plan Nacional de Desarrollo* (PND), 30, 200, 208
- planeación del desarrollo, 9, 27, 208
  - fundamentos de la planeación del desarrollo en México, 27
    - artículo 25 y la planeación del desarrollo, 27
    - artículo 26 y la planeación del desarrollo, 28
  - otros programas, 34
  - Plan Nacional de Desarrollo*, 30
  - programas especiales, 34
  - programas sectoriales, 33
    - programa sectorial de salud, 33
- planeación del ordenamiento territorial, 208
- planeación estratégica, 44
- población rural, 208
- población sana, 176
- población urbana, 208
- presupuesto de la federación, 208
- programa
  - anual, 208
  - calidad municipal, 44
  - especial, 208
  - institucional, 208
  - sectorial, 208
- programa *Entornos y Comunidades Saludables* en México, 71
  - acciones de mejora en la gestión pública, 82
  - conceptos clave en el programa de acción específico
    - Entornos y Comunidades Saludables*, 73
    - determinantes, 73
    - entornos saludables, 74
    - participación municipal, 74
    - participación comunitaria, 76
  - estrategias y líneas de acción, 78

- avances y resultados por periodo, 79
  - avances 2000-2006, 80
  - resultados 2000-2006, 80
  - resultados del programa en el periodo 2006-2012, 81
  - retos 2007-2012, 81
- estructura y niveles de responsabilidad, 83
- procesos críticos del programa entornos y comunidades saludables, 78
- programa *Entornos y Comunidades Saludables* 2013-2018, 86
  - objetivos específicos, 86
  - retos para el periodo 2013-2018, 87
  - recomendaciones, 89
- programas sectoriales, 33
  - objetivo, 33
- promoción de la salud, 3, 85, 208
- promotor de la salud, 85
- protección social, 9, 13
- protección social mexicana, 14
- proyectos público privados a largo plazo, 209

239

## R

- ramo administrativo, 209
- recomendaciones, 199
- red de ciudades, 209
- Red Mexicana de Municipios por la Salud, A.C., 6
- reforma educativa, 122
- reglamento, 209
- requisitos previos para la salud, 3

## S

- salubridad general, 209
- salubridad general, distribución de rubros entre la federación y las entidades federativas, 209
- salud, 13, 140
  - asistencia social, 13
  - desarrollo social en México, 13
  - seguridad social, 13
  - sistema de protección social, 13
- “Salud para Todos en el Año 2000”, 1
- salud psicológica y espiritual, 196
- salud pública, 16, 210

- sectorización, 210
- servicios de salud a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, 210
- servicios de salud, 120
  - de carácter social, 211
  - definición, 210
  - privados, 211
  - tipos, 210
- servicios estatales de salud, 84, 211
- servicios públicos, 20, 51, 53, 125, 211
- servicios públicos de salud a la población en general, 212
- servicios públicos municipales, 212
- SILOS. Véase sistemas locales de salud (SILOS)
- sistema de protección social, 9, 13
  - indicadores para ciudades saludables, 23
  - piso de protección social, 10
    - protección social y derechos humanos, 13
    - protección social, salud, seguridad social, asistencia social o desarrollo social en México, 13
- Sistema de Protección Social en México, 9
- Sistema Nacional de Asistencia Social, 14
- Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, 14
- Sistema Nacional de Desarrollo Social, 14
  - México, en, 27
- Sistema Nacional de Salud, 13, 13 f, 213, 214
  - atención médica, 16
  - elementos objetivos, 15
  - elementos subjetivos, 15
  - Ley general de salud*, 13
  - protección de la salud, 15
  - servicios de salud, 16
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 14
- sistemas locales de salud (SILOS), 4

## T

- trabajo, 170
- tratamiento y disposición de aguas residuales, 213

## U

- unidad de atención integral para adultos mayores, 190
- urbanistas y arquitectos ante retos de salud en ciudades, 167

- determinantes sociales de la salud, 174
  - entornos saludables para una población sana, 176
  - medidas que deben adoptarse para lograr la equidad sanitaria, 177
- factores de riesgo a la salud en espacios abierto y cerrados, 177
  - equipamiento urbano, 182
  - espacios para la integración social, 181
  - vialidades urbanas, 177
- generalidades, 184
  - espacios para la salud, 186
  - espacios para la vivienda, 185
- La Carta de Atenas*, 167
  - conclusiones, 172
  - estado actual de las ciudades, 169
  - la ciudad y su región, 168

241

## V

vivienda, 128

# NOTAS



# NOTAS







La Academia Nacional de Medicina se congratula de festejar su sesquicentenario publicando, con el apoyo de CONACYT, una colección de libros de contenidos variados sobre temas trascendentes analizados desde diferentes perspectivas, que seguramente será lectura muy interesante para la comunidad médica no sólo de México sino también de otras latitudes en esta era global.

En los temas se entrelazan vivencias, pensamientos, ideas, inquietudes, sentimientos, todos escritos con erudición y amplio sentido humano y humanístico que se convierten en una aportación cultural y científica que exhibe la riqueza de experiencias de sus autores, quienes viven (o vivieron) en entornos fascinantes, enfrentando realidades y avances científicos y tecnológicos que los obligaron a desmitificar el halo con que habían sido cubiertos en el pasado para afrontar con objetividad los retos del nuevo milenio.

Con esta docta amalgama temática, la Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864, honra la memoria de sus fundadores, notables pioneros del surgimiento de la medicina mexicana moderna.



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

