

ANTONIO TIRSO ESTER SÁNCHEZ

SALUD PÚBLICA,
URBANISMO Y CIUDAD.
TRAVESÍA HACIA LA
REALIZACIÓN DEL DERECHO
A LA SALUD EN EL ENTORNO
URBANO

Editorial

JOSE MIGUEL ORTIZ ORTIZ
DIRECTOR EDITORIAL

Consejo Editorial

GUILLERMO RODRÍGUEZ INIESTA
DIRECTOR GENERAL DE PUBLICACIONES
Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Murcia. Magistrado (Supl.) del Tribunal Superior de Justicia de Murcia

JOSÉ LUJÁN ALCARAZ
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Murcia

JOSÉ LUIS MONEREO PÉREZ
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social

MARÍA NIEVES MORENO VIDA
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada

CRISTINA SÁNCHEZ-RODAS NAVARRO
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Sevilla

Consejo Científico

JAIME CABEZA PEREIRO
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Vigo

FAUSTINO CAVAS MARTÍNEZ
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Murcia

MARÍA TERESA DÍAZ AZNARTE
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de León

JESÚS MARTÍNEZ GIRÓN
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de A Coruña

CAROLINA MARTÍNEZ MORENO
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Oviedo

JESÚS MERCADER UGUINA
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Carlos III

ANTONIO OJEDA AVILÉS
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Sevilla

MARGARITA RAMOS QUINTANA
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de La Laguna

PILAR RIVAS VALLEJO
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Barcelona

SUSANA RODRÍGUEZ ESCANCIANO
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de León

CARMEN SÁEZ LARA
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Córdoba

ANTONIO V. SEMPERE NAVARRO
Magistrado del Tribunal Supremo. Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social (exc.)

ARÁNTZAZU VICENTE PALACIO
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Jaume I

ANTONIO TIRSO ESTER SÁNCHEZ

SALUD PÚBLICA,
URBANISMO Y CIUDAD.
TRAVESÍA HACIA LA
REALIZACIÓN DEL
DERECHO A LA SALUD EN
EL ENTORNO URBANO

Edita:

Ediciones Laborum, S.L.
Avda. Gutiérrez Mellado, 9 - Planta 3ª, Oficina 21
30008 Murcia
Tel.: 968 24 10 97
E-mail: laborum@laborum.es
www.laborum.es

1.ª Edición,  Ediciones Laborum S.L., 2023

ISBN: 978-84-19145-86-4

© Copyright de la edición, Ediciones Laborum, 2023

© Copyright del texto, Antonio Tirso Ester Sánchez, 2023

Ediciones Laborum, S.L. no comparte necesariamente los criterios manifestados por el autor en el trabajo publicado.

La información contenida en esta publicación constituye únicamente, y salvo error u omisión involuntarios, la opinión de su autor con arreglo a su leal saber y entender, opinión que subordinan tanto a los criterios que la jurisprudencia establezca, como a cualquier otro criterio mejor fundado.

Ni el editor, ni el autor, pueden responsabilizarse de las consecuencias, favorables o desfavorables, de actuaciones basadas en las opiniones o informaciones contenidas en esta publicación.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 o 93 272 04 45).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
--------------------	---

CAPÍTULO I. LA SALUD PÚBLICA: CONCEPTO, FUNDAMENTACIÓN LEGAL Y PERSPECTIVA INTERNACIONAL	15
---	-----------

1. Concepto y naturaleza de la salud pública.....	15
2. La salud pública y su reconocimiento en el ordenamiento jurídico español	32
3. Impacto de la salud pública en el marco normativo de los Tratados Internacionales ratificados por España	47
4. Pronunciamiento de la Unión Europea frente a la salud pública	52
5. La Organización Mundial de la Salud como garante internacional de la salud pública	56

CAPÍTULO II. SALUD PÚBLICA Y URBANISMO. UNA SIMBIOSIS NECESARIA EN LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL CIUDADANO.....	63
--	-----------

1. La importancia del urbanismo como medio para preservar la salud. Especial referencia al modelo de la ciudad inteligente (<i>Smart City</i>)	63
--	----

2. Los instrumentos de intervención urbanística.....	87
3. Principales instrumentos para fortalecer un urbanismo saludable.....	92
3.1. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.....	93
3.2. Agenda Urbana de la Unión Europea: el Pacto de Ámsterdam.....	106
3.3. Agenda Urbana Española	108
4. Naciones Unidas y su propósito de lograr un urbanismo eco-saludable.....	114

CAPÍTULO III. LA IMPORTANCIA DEL MUNICIPIO PARA LA SALVAGUARDA DE LA SALUD PÚBLICA A TRAVÉS DEL URBANISMO 117

1. El municipio como la administración más próxima en favorecer la salud a través del desarrollo urbano sostenible	117
2. Los componentes sociales presentes en la planificación urbana que inciden directamente sobre la salud poblacional.....	127
2.1. La alimentación.....	128
2.2. Movilidad urbana	132
2.3. Red de equipamientos básicos	133
2.4. Empleo	134
2.5. Actividad física y deportiva.....	135
2.6. Espacios públicos abiertos	140
2.7. Vivienda	142
2.8. Seguridad y protección de la comunidad	144
3. El impacto de las desigualdades urbanas entre municipios sobre la salud pública	146

CAPÍTULO IV. LA CIUDAD FRENTE A LAS DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES EN LA PROTECCIÓN JURÍDICA DE LA SALUD.....	155
1. Planteamiento.....	155
2. El desafío a la ciudad de los determinantes sociales de la salud	156
3. La implicación de la ciudad en el fenómeno de la exclusión sanitaria	168
4. La ciudad en la encrucijada de la crisis de la protección jurídica de la salud	174
CONCLUSIONES	185
BIBLIOGRAFÍA	191

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se pretende abordar la importancia que cobra en la actualidad el binomio conformado por la salud y el urbanismo. El urbanismo constituye una materia de carácter multidisciplinar, que no solo se encarga del análisis de la ordenación del territorio entendida en su sentido más estricto, sino que también abarca el estudio de toda una serie de materias que afectan directamente sobre la salud de la población. El eventual perjuicio que pudiera experimentar la realización del derecho a la salud de determinados individuos en su caso integrados en colectivos cuya existencia se encuentra singularmente afectada por concretas connotaciones urbanísticas fundamenta la exigencia de una consideración pormenorizada al respecto.

En el desarrollo de este trabajo pretendemos trazar una línea horizontal que permita la mejor captación de sus distintas dimensiones. Línea estructurada en cuatro capítulos diferenciados que explique el vínculo existente entre el urbanismo y la salud ciudadana, subrayando los distintos efectos que pudiera generar una ordenación urbanística deficiente en este ámbito especialmente relevante desde la óptica de la preservación de la integridad de los individuos. También, correlativamente, las posibilidades que ofrece el planteamiento correcto de la gestión urbanística para la mejor realización del objetivo propuesto.

En la primera parte del estudio haremos un repaso general sobre el significado y la relevancia del derecho a la salud, incidiendo en el análisis del derecho a la salud desde el ámbito histórico - conceptual, el del reconocimiento y la protección jurídica desde la perspectiva constitucional, así como en los numerosos Tratados Internacionales que la contemplan específicamente, finalizando con una especial mención al significado que ha venido cobrando la Organización Mundial de la Salud como garante del derecho a la salud de los individuos.

El derecho a la salud no solo implica la exigencia de una protección individual efectiva en el sentido físico y mental del individuo, sino que también conlleva una protección grupal del colectivo social en el que aquel se integra desde la esfera institucional, mediante la puesta a disposición de los medios necesarios para la correspondiente prevención de enfermedades, la prolongación en la medida de lo posible de la vida de las personas y la promoción general de la salud ciudadana; en definitiva, lo que se entiende como salud pública. En este sentido se identifica las dos perspectivas de la salud cuya protección debe ser asumida por los diferentes sistemas jurídicos, como la salud individual y la salud pública. Perspectivas que, ciertamente, guardan una relación de directa implicación entre ellas.

En la segunda parte del estudio nos centraremos en el empeño de explicar el por qué de la importancia que cobra en la actualidad el urbanismo como condicionante de la salud pública. Organizar de la manera más idónea los grandes núcleos urbanos es un reto de singular importancia para la mayor efectividad de los principios y elementos que conforman la idea de la salud pública, donde el urbanismo se configura como uno de los principales mecanismos que disponen los poderes públicos para garantizar una vida saludable al conjunto de la población.

La exigencia inherente a la preservación de la salud ciudadana se divide en dos vertientes perfectamente diferenciadas: la primera, relacionada con los aspectos intrínsecos del individuo, que tiene que ver

fundamentalmente con la genética, con las patologías, con sus hábitos de comportamiento e incluso con sus decisiones personales relativas al asunto de cómo preservar su propia salud física y mental; y la segunda, posicionada desde los aspectos extrínsecos, donde intervienen factores externos que tienen que ver con el lugar y el entorno social en donde las personas nacen, se educan, van formando su personalidad, se desarrollan, trabajan y envejecen. Son los aspectos extrínsecos los que representan la perspectiva donde puede decirse que se relaciona el urbanismo de la manera más directa e inmediata con la salud pública.

El ciudadano del siglo XXI se caracteriza por interactuar e incluso mimetizarse en cierta medida con el entorno urbano, siendo responsabilidad de las distintas administraciones públicas velar por el cumplimiento de las garantías de una correcta gestión urbana para que esta consiga adaptarse en la medida de lo posible a las necesidades y a las concretas exigencias que demanda hoy en día la población. De manera singular, evidentemente, adaptarse a las diferentes necesidades y exigencias referidas a la puntual realización del derecho a la salud. En este punto las implicaciones urbanísticas de la realización del derecho a la salud reclaman una atención inexcusable.

Siguiendo la línea de nuestro estudio haremos una breve reseña histórica para tratar de contextualizar y comprender la importancia que ha tenido el urbanismo para la gestión y la prevención de determinadas enfermedades desarrolladas en grandes núcleos urbanos entre los siglos XIX y XX. También es importante hacer hincapié en la implementación de lo que se ha venido a reconocer como las *Smart Cities* y las tecnologías de la información y la comunicación en las grandes ciudades con el fin de facilitar la vida a los ciudadanos y apostar de manera decidida por la más eficaz prevención ante la existencia de riesgos que pudiera experimentar la salud de estos.

Del mismo modo, se reclama también un repaso de los distintos instrumentos en forma de guías o agendas que han sido desarrolladas

por Naciones Unidas, la Unión Europea y también, en el caso que nos ocupa, por el Estado español con el fin de facilitar la adaptabilidad al panorama de los nuevos retos de desarrollo sostenible que se exigen para la primera mitad del siglo XXI. Para concluir el tema, se hace mención a la función que viene desempeñando en los últimos tiempos ONU-HABITAT, agencia que pertenece a la ONU cuyo fin expresamente es “promover la urbanización sostenible como motor del desarrollo y la paz para mejorar las condiciones de vida de todas las personas”.

En la tercera parte del estudio realizaremos un análisis en torno a la figura específica que representa el municipio, que vendría considerado en la actualidad como el principal ente territorial cuyas competencias de gestión local tienen una incidencia más directa sobre la salud pública. Esto se debe a que las materias de interés municipal, como pueden ser la planificación urbana, la organización del transporte público, los servicios municipales, la vivienda, la gestión de residuos, la cultura, el ejercicio físico y la práctica deportiva, así como, en general, la economía local, tienen un impacto notable en relación con el nivel de la salud que puedan tener las personas. Se reclama en este sentido un análisis de la temática de la salud ciudadana y de las condiciones para la realización del correspondiente derecho a la salud en clave municipal.

En el cuerpo del estudio desarrollaremos la importancia de los componentes sociales que interfieren en distinta medida e intensidad con la planificación urbana y que tienen un impacto significativo sobre la salud de la población. Del mismo modo, también se destacarán los problemas que presentan en la actualidad las posibles desigualdades urbanas que puedan existir entre los diferentes municipios contemplados en materia de salud pública.

Pero, más allá de las desigualdades existentes entre los municipios, la desigualdad es un fenómeno que se manifiesta de manera muy llamativa en el seno de las propias ciudades contemporáneas. La estructura de las ciudades ha experimentado un notable cambio a través de un proceso

de ensanchamiento y sectorización social que le ha hecho perder el carácter compacto de otros tiempos que favorecían sobremanera la socialización de quienes habitaban en ellas. En el último capítulo referimos la situación actual considerando el impacto que sobre la salud desarrollan los determinantes sociales en el seno de la ciudad, así como la peculiar posición de vulnerabilidad que experimentan los colectivos estructuralmente excluidos del disfrute general de su salud.

CAPÍTULO I. LA SALUD PÚBLICA: CONCEPTO, FUNDAMENTACIÓN LEGAL Y PERSPECTIVA INTERNACIONAL

1. Concepto y naturaleza de la salud pública

Cuando se pretende realizar un análisis sobre el concepto de salud pública somos conscientes de la existencia de múltiples acepciones sobre el particular. Habría que destacar una de las pioneras definiciones proporcionada en el año 1920 por el experto en salud pública, el profesor Charles Edward Amory Winslow, en su artículo *The untitled Field of Public Health*, en el que se concibió a la salud pública como “la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”¹.

También se pronunció a este respecto la Organización Mundial de la Salud en 1973 calificando a la salud pública como “el conjunto

1 WINSLOW, Charles Edward Amory, “The untitled fields of public Health”, *Science*, vol. 51, 1920, págs. 23-33.

de todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los servicios de salud y enfermedad, la planificación y gestión de los mismos y de la educación para la salud”. En esta misma línea, la definición proporcionada dentro del Informe Acheson también hace referencia a la salud pública como “la ciencia y el arte de promocionar la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida, mediante los esfuerzos organizados de la sociedad”. En dicho Informe la salud pública es definida en base a los objetivos singulares que persigue. Por un lado, reducir la incidencia que producen las enfermedades, y por otro, mantener y promover en la medida de lo posible la salud del conjunto de la sociedad².

Desde otra perspectiva se ha definido a la salud pública como “el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando ésta sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando esta se pierde, y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural”, advirtiendo en este sentido que: “Las acciones de salud pública adaptadas al continuo salud-enfermedad se pueden reunir en: protección de la salud y restauración de la salud. Las acciones de protección de la salud están dirigidas al control del medio ambiente en su sentido más amplio: se trata de prevenir los riesgos biológicos, físicos o químicos respecto a la salud del hombre”³.

Se coincide en cualquier caso en señalar que la referencia a la salud pública implica algo que va mucho más allá de la tradicional identificación de la protección de la salud con la acción de los servicios sanitarios.

-
- 2 SÁEZ FERNÁNDEZ, Eva y CAMBIL MARTÍN, Jacobo, “Impacto y evaluación de un programa de salud en adolescentes”, *Actualidad médica*, t. 97, núm. 787, 2012, pág. 37.
 - 3 PIÉDROLA GIL, Gonzalo, “La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública”, en *Medicina preventiva y salud pública*, 10ª edición Masson, Barcelona, 2011, pág. 7.

Oportunamente ha señalado en este sentido Javier Elola Somoza, que la salud pública “debe saltar la barrera de lo estrictamente sanitario para incidir sobre otros sectores: educación, vivienda, ambiente, etc., que están íntimamente ligados con la salud”⁴. En definitiva, se apuesta por una concepción mucho más amplia y compleja de lo que representa la promoción y salvaguarda de la salud.

A nivel normativo en nuestro país destaca la definición que proporciona el artículo 1 de la ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, cuando, después de reconocer como objeto de la ley el “establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general situaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen sobre la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva”, define a la salud pública como “el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias sectoriales y transversales”.

El denominador común de los distintos conceptos de salud pública es, en cualquier caso, la idea de la preservación de la salud, por lo que no se puede entender el concepto de salud pública sin tener resuelto previamente el concreto valor jurídico que constituye la preservación de las distintas exigencias de la salud dentro de una determinada sociedad. La salud es configurada como un derecho humano reconocido expresamente por la Declaración Universal de Derechos Humanos⁵, adoptada por la

4 ELOLA SOMOZA, Javier, *Política sanitaria española*, ediciones Díaz de Santos, Madrid, 2001, pág. 27.

5 La Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce un amplio catálogo de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a todo ser humano.

Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948. Su identificación general en el marco de los derechos que proyectan los atributos inherentes a la dignidad personal emplaza el asunto en el núcleo fundamental de las cuestiones jurídicamente relevantes que concita el desarrollo social. Y es que la bandera de los derechos humanos, de su promoción y de la realización de las exigencias que les son inherentes representa un muy potente motor de la acción social, por el indiscutible prestigio que han adquirido los derechos humanos como representación axiológica fundamental de nuestro tiempo y por el compromiso que su mejor salvaguarda supone ineludiblemente para la acción de los poderes públicos⁶.

Ahora bien, el marco jurídico en que se garantiza dicho derecho se encuentra limitado por el contenido normativo específico de los ordenamientos jurídicos propios de cada país, que no siempre garantizan una protección de carácter inmediato y directo al derecho en cuestión ante su eventual vulneración. Ello no implica, sin embargo, que la regulación articulada en la Declaración Universal de Derechos Humanos sea absolutamente irrelevante, en la medida en que el propio artículo 10.2 de la Constitución española señala que “Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”.

El Tribunal Constitucional español en su sentencia 21/1981 la dota de un carácter informador a los ordenamientos jurídicos.

- 6 Podría en este punto decirse que el esquema contractualista diseñado por los más representativos exponentes del iusnaturalismo racionalista en el que hunde sus raíces la elaboración de la teoría de los derechos humanos se reproduce tácitamente en el tiempo, asumiendo la operatividad de la acción pública para la mayor realización posible de los derechos humanos el papel de criterio fundamental para su correspondiente legitimación.

Aun cuando una visión restrictiva del concepto de derecho fundamental pudiera considerar externas al mismo las exigencias inherentes al derecho a la salud conforme a la regulación literal de determinados sistemas jurídicos, parece razonable pensar que el mandato constitucional de la interpretación conforme a la Declaración Universal de Derechos Humanos se proyecta ciertamente sobre su regulación, al menos en los sistemas que, como es el caso del sistema jurídico español, atribuyen una relevante función a la Declaración Universal con miras a la interpretación de los enunciados normativos relativos a derechos fundamentales contenidos en el texto constitucional. Podría en este sentido decirse que el contenido normativo de la Declaración Universal de Derechos Humanos se cuela de alguna manera en la regulación singular que cada uno de los ordenamientos jurídicos que responden a este modelo reserva para la materia en cuestión.

Dentro de las diversas categorías existentes en la clasificación de los derechos humanos, el derecho a la salud se encasilla como un derecho perteneciente al sector de los derechos económicos, sociales y culturales, conocidos doctrinalmente como derechos humanos de segunda generación⁷. De ahí que sea el Pacto Internacional de Derechos

7 La identificación de los derechos sociales como derechos de segunda generación ha sido defendida en general por los autores que sostienen una división trigeneracional de los derechos humanos conforme viene expresada en la clásica concepción de Karel Vasak. En este sentido destacan ARA PINILLA, Ignacio, *Las transformaciones de los derechos humanos*, Tecnos, Madrid, 1994, págs. 101 y ss. y “La crítica por elevación de la representación convencional de las generaciones de derechos humanos”, en *Estudios en homenaje al Profesor Gregorio Peces-Barba*, Vol. III: *Teoría de la justicia y derechos fundamentales*, Dykinson, Madrid, 2008, págs. 75-92; PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique, “La evolución del Estado social y la transformación de los derechos fundamentales”, en AA.VV., *Problemas de legitimación en el Estado social*, Trotta, Madrid, 1991, págs. 92 y ss. y en general los artículos que integran el contenido de su libro *La tercera generación de derechos humanos*, Aranzadi, Cizur Menor, 2006. Vale la pena reseñar, no obstante, que no todos los autores que han estudiado el tema de las generaciones de los derechos humanos han asumido ese modelo generacional que quedaría en cualquier caso

Económicos, Sociales y Culturales el que desarrolla el contenido de este derecho que ya había sido previamente determinado por el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos⁸.

Dada la dimensión y la cobertura jurídica de la salud, este derecho viene relacionado con otros derechos fundamentales, como lo son, el derecho a la vida y a la integridad física y moral⁹. El derecho a la salud constituye en este sentido un derecho conexo de otros derechos fundamentales, como de modo constante han venido reconociendo

refutado si se estableciera una distinción general entre los derechos civiles y los derechos políticos. La asunción de esta distinción conduciría directamente a considerar al derecho a la salud dentro de la categoría de los derechos humanos de tercera generación. Véase al respecto PECES BARBA, Gregorio, con la colaboración de Rafael de Asís Roig y María del Carmen Barranco Avilés, *Lecciones de Derechos Fundamentales*, Dykinson, Madrid, 2004; RODRÍGUEZ PALOP, María Eugenia, *La nueva generación de derechos humanos. Origen y justificación*, Dykinson, Madrid, 2002 y en MARTÍNEZ MORÁN, Narciso, “La tercera generación de derechos humanos: la solidaridad”, en Cristina Hermida del Llano y José Antonio Santos (coordinadores), *Una Filosofía del derecho en acción. Homenaje al profesor Andrés Ollero*, Congreso de los Diputados, Madrid, 2015, págs. 1103 y ss. En un sentido semejante MARTÍNEZ PISÓN, José, “Las generaciones de derechos humanos”, en Jerónimo Betegón, Francisco Javier Laporta, Juan Ramón de Paramo, Luis Prieto Sanchis (coordinadores), *Constitución y derechos fundamentales*, Centro de Estudios políticos y Constitucionales, Madrid, 2004, págs. 409 y ss., quien observará, no obstante, que se esté ya hablando de una cuarta generación de derechos humanos vinculados al progreso tecnológico. Sobre este particular véase MIRAUT MARTÍN, Laura, “El sentido de las generaciones de derechos humanos”, en Rafael Junquera de Estefaní, Ana María Marcos del Cano, María Eugenia Gayo y Jesús Ayllón (dirección y coordinación), *Nuevos caminos del Derecho. Del pensamiento jurídico, de los derechos humanos; de la ética, bioética y deontología; algunas propuestas de las ciencias sociales. Estudios en homenaje al profesor Narciso Martínez Morán*, Universitas, Madrid, 2021, pág. 489.

- 8 NICOLETTI, Javier Augusto, “Derecho humano a la salud: fundamento y construcción”, *Revista de Ciencia Sociales*, núm. 120, 2008, pág. 55.
- 9 CURREA LUGO, Víctor, *La salud como derecho humano*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2005, pág. 21.

tribunales como la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y múltiples tribunales constitucionales¹⁰. Su implicación con las exigencias que impone el reconocimiento normativo de otros derechos ha permitido hablar de la “fuerza expansiva” del derecho a la protección de la salud¹¹.

Se ha hecho notar, no obstante, el riesgo de que la insistencia en poner de manifiesto la vinculación existente entre el derecho a la salud y otros derechos vinculados con su objeto pudiera conducir a un ocultamiento del sentido normativo estricto del derecho a la salud. En este sentido ha señalado Daniel García San José, siguiendo en este punto las tesis de Paul Hunt, que “si bien el tomar consideración un conjunto de derechos humanos en conexión con la salud permite ampliar el ámbito de protección internacional y nacional para un mayor número de colectivos en representación de diferentes intereses, también es cierto que el derecho a la salud, específicamente considerado con carácter independiente a otros derechos civiles y políticos, puede quedar difuminado cuando no relativizado, como implícito en esta aproximación genérica de derechos civiles y políticos a la salud”¹². Es esta una observación que conviene tener presente al objeto de la mejor formulación del derecho que nos ocupa.

Conviene en cualquier caso diferenciar la doble perspectiva del derecho a la salud como derecho instrumental para la realización de otros derechos, y como presupuesto lógico para la realización en general

10 REY MARTÍNEZ, Fernando, “Protección de la salud, atención primaria y derechos fundamentales”, *Teoría y realidad constitucional*, núm. 1, 2018, pág. 289.

11 SANTIAGO REDONDO, Koldo Mikel, “Comentario al artículo 43”, en Miguel Rodríguez - Piñeiro y Bravo - Ferrer y María Emilia Casas Baamonde (directores) *Comentarios a la Constitución española*, tomo I, Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2018, pág. 1348.

12 GARCÍA SAN JOSÉ, Daniel, “Salud global y principios informadores del derecho internacional: claves para una regulación mundial”, en Ana María Marcos del Cano (directora), *El derecho a una asistencia sanitaria para todos: una visión integral*, Dykinson, Madrid, 2017, pág. 212.

del resto de los derechos individuales. La primera perspectiva aludiría al dato cierto de que sin la presencia de una protección efectiva de la salud resultaría siempre mermada, o por lo menos puesta en riesgo, la realización del derecho a la vida y del derecho a la integridad física y moral de los individuos. Su radio de acción tendría un alcance limitado por consiguiente en lo que se refiere a la realización de los derechos individuales, en la medida en que no todos ellos resultarían afectados por la referida dimensión instrumental. La segunda perspectiva tendría un alcance más general en tanto se concluye que un individuo que no tenga suficientemente cubiertas las necesidades más directamente vinculadas con el estado de su salud se iba a ver obligado a desentenderse en gran medida del disfrute y realización de los demás derechos que se le reconozcan, dado el carácter estrictamente subsistencial inherente al propio derecho a la protección de la salud.

No se trata ya de reconocer que esa hipotética deficiencia de realización del derecho a la protección de la salud pudiera impedirle al individuo desde el punto de vista físico el disfrute de los demás derechos, cosa que por lo demás sucede en muchas ocasiones. Es que incluso en los supuestos en que la referida deficiencia de realización del derecho a la protección de la salud de los individuos pudiera no derivar en un impedimento físico significativo, está también presente el aspecto psicológico o mental implicado en ella, que resulta igualmente relevante. Y es que difícilmente podría centrarse en el disfrute de ningún derecho por muy indiscutida que pueda resultar su titularidad quien tiene su mente ocupada en la atención a sus necesidades más subsistenciales, entre las que destaca evidentemente el estado de su salud.

Es una tesis extensible en general al resto de los derechos sociales, que, aun siendo posteriores en el tiempo a los derechos civiles y políticos en lo que a su conceptualización y plasmación jurídica respecta, guardan sin embargo una relación de primacía desde el punto de vista lógico con respecto a aquellos, en tanto en cuanto constituyen el presupuesto

inexcusable para la realización de cualquier otro derecho individual¹³. Esta prioridad desde el punto de vista lógico resulta particularmente evidente en el caso del derecho a la salud, precisamente por su singular connotación subsistencial.

La salud implica también la ausencia de enfermedad o la atención médica; la salud es un derecho esencial que repercute en distintos aspectos de la vida. La incidencia de la salud en el desarrollo personal de un individuo es fundamental, por lo que no se puede ejercer muchos derechos reconocidos en las distintas Constituciones si no se garantiza de una manera eficaz la realización de las exigencias inherentes al enunciado normativo del derecho a la salud en su aspecto más amplio posible¹⁴.

En el año 1946, la Organización Mundial de la Salud en su Constitución vino a desarrollar el concepto de salud integral definiéndolo

13 ANSUATEGUIROIG, Francisco Javier, “Argumentos para una teoría de los derechos sociales”, en *Revista Derecho y Estado*, núm. 24, julio 2010, pág. 56, señala en este sentido que: “Afirma la mayor relevancia de determinados derechos por el hecho de que su aparición histórica es anterior a la de otros, implica una comprensión de la historia de los derechos humanos excesivamente ordenada y estructurada. En realidad, las claves que nos permiten entender cómo es que unos derechos se reconocen antes que otros no responden a una razón de prioridad o urgencia moral. La historia de los derechos es la de las doctrinas, las reivindicaciones, las revoluciones, las guerras, las crisis, las conquistas morales, en definitiva, las de las oportunidades históricas, que han hecho posibles determinados avances en unos momentos y no en otros, en unos lugares, y no en otros. Por otra parte, podríamos plantearnos la cuestión de la prioridad lógica de unos derechos sobre otros. Pero en este caso sería posible hablar de la prioridad lógica de los derechos sociales. En efecto, las necesidades que tienden a ser satisfechas por los derechos sociales son aquellas sin las cuales es difícilmente imaginable el desarrollo íntegro de los individuos: alimentación, cobijo y refugio (vivienda), salud... es más, puestos a desarrollar el argumento de subraya la prioridad lógica de los derechos sociales, la otra prioridad, (la temporal y las consecuencias que de ella quisieran extraerse) sería accesorio o perdería importancia”.

14 NICOLETTI, Javier Augusto, “Derecho humano a la salud: Fundamento y construcción”, cit., págs. 53-55.

de manera expresa como aquel “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁵. Esta definición no queda desde luego libre de diversas críticas¹⁶. Al contrario, son muchas las voces que han referido los supuestos puntos débiles que ofrece desde muy distintas perspectivas.

Cabe destacar por parte del profesor Vicente Navarro López la consideración de que dicha definición adolece de un problema epistemológico importante, dado que parte de la premisa de la, a todas luces indemostrada, existencia de un consenso universal en relación con el significado específico de los términos “salud”, “bienestar” y “población”, convirtiéndola en un concepto supuestamente científico que se aplicará en consecuencia por igual a todos los grupos sociales y en todos los periodos históricos¹⁷. En un sentido parcialmente diferente, también Hernán San Martín señala que: “Asimilar la salud como lo hace la OMS a una sensación o a un estado de bienestar completo (físico, mental

15 La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Este texto ha sido reformado en la 26ª, la 29ª, la 39ª y la 51ª Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), las cuales entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente.

16 ALCANTARA MORENO, Gustavo, “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”, *Sapiens: Revista Universitaria de Investigación*, núm. 9, 1, 2008, págs. 97-100. Véase también el análisis que realiza en este sentido el profesor ARA PINILLA, Ignacio, “La lógica interna del derecho a la salud”, en Rafael Junquera de Estefaní, Ana María Marcos del Cano, María Eugenia Gayo y Jesús Ayllón (dirección y coordinación), *Nuevos caminos del Derecho. Del pensamiento jurídico, de los derechos humanos; de la ética, bioética y deontología; algunas propuestas de las ciencias sociales. Estudios en homenaje al profesor Narciso Martínez Morán*, cit., pág. 434.

17 NAVARRO LÓPEZ, Vicente, “Concepto actual de la salud pública”, en Ferrán Martínez Navarro, Pedro Castellano, Vicente Navarro López (coords.), *Salud pública*, McGraw-Hill, Ciudad de México, 1998, pág. 49.

y social), es altamente subjetivo y funcional; esta situación impide su evaluación y la producción de indicadores completos y económico-sociales y no sólo biológicos. Por otro lado, este tipo de definición olvida que la salud no es un estado absoluto (completo), sino uno esencialmente variable, dinámico y relativo. Más real, más de acuerdo con la experiencia de todos los días, es aceptar la noción de una salud relativa e inestable (variable), es decir, aceptar niveles de salud que incluyan cierto grado de normalidad de enfermedad no percibida. En este caso la noción de salud relativa se define en relación a la posibilidad que cada comunidad o cada formación social tienen que apreciar objetivamente el estado de salud de cada individuo y de la colectividad”¹⁸. Las perspectivas apuntadas nos permiten en cualquier caso atisbar que el estado variable de la salud individual no debería suponer un impedimento para la caracterización de la salud en su versión más plena como el ideal inalcanzable que pudiera representar la referencia al derecho a la salud.

El derecho a la salud no solamente tiene una repercusión individual, entendiéndose como la capacidad de cualquier ser humano de exigir que se pongan los medios necesarios para proteger y conservar su integridad física o su estado mental, o inclusive la de actuar de la manera que permita prevenir la hipotética aparición de enfermedades; sino que incluso se extiende a nivel colectivo, reclamando desde esta perspectiva la realización de unas exigencias singularizadas. Es inevitable que, dado el carácter social del ser humano, este pueda poner en peligro la integridad de su propia salud personal cada vez que interactúe en sociedad, por ello resulta fundamental para garantizar la preservación de dicha salud individual que exista un mecanismo de orden público que atienda a la realización de las exigencias inherentes al enunciado normativo de dicho derecho, mediante el relevante instrumento que representa la llamada salud pública.

18 SAN MARTÍN, Hernán, *Salud, sociedad y enfermedad. Estudios de Epidemiología Social*, Editorial Ciencia 3, Madrid, 1986, pág. 226.

Ello, no obstante, gran parte de la doctrina defiende la idea expresada por el profesor Currea Lugo al afirmar que: “las acciones que no están encaminadas a garantizar condiciones colectivas, sino individuales, no aparecen en la salud pública, pero sí en el derecho a la salud. Las medidas de salud pública sirven pues al derecho a la salud, pero no reemplazan”¹⁹. Es más, la propia salud pública se constituye como un instrumento al servicio de la mayor realización de los derechos de todos, que como tal perfectamente pudiera justificar la correspondiente restricción de los derechos individuales que pudieran entrar puntualmente en conflicto con ella. Es lo que sucede con las medidas de internamiento obligatorio en centros sanitarios, vacunación o tratamiento médico impuesto, aislamiento social.

En este punto podría decirse, con Antonio Magdaleno, que los poderes públicos actúan en ocasiones “a modo de policía sanitaria”²⁰, lo que ciertamente provoca también inevitables tensiones con los derechos culturales de las personas, que muchas veces anteponen las exigencias inherentes a los presupuestos culturales que comparten a la propia necesidad instintiva de salvaguardar a toda costa su salud²¹. El fundamento cultural de la propia personalidad humana se interpone en este sentido, en ocasiones, a la acción más directa y efectiva que pudiera garantizar la preservación de la salud de los individuos concernidos por sus implicaciones.

19 CURREA LUGO, Víctor, *La salud como derecho humano*, cit., pág. 35.

20 MAGDALENO ALEGRÍA, Antonio, “La tutela de la salud colectiva como límite de los derechos fundamentales”, en José Francisco Alenza García y María Luisa Arcos Vieira (directores), *Nuevas perspectivas jurídico-éticas en Derecho sanitario*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2013, pág. 141.

21 GÓMEZ DÍAZ-ROMO, Antonia, “Asistencia sanitaria y particularidades ideológicas, culturales y religiosas. Especial referencia a tratamientos involuntarios en huelgas de hambre y Testigos de Jehová”, en Alberto Palomar Olmeda y Josefa Cantero Martínez (dirección), *Tratados de Derecho Sanitario*, Volumen I, Aranzadi, Cizur Menor, 2013, págs. 967 – 1003.

Todo ser humano es titular del derecho a la salud, pero las concretas condiciones de su ejercicio, las garantías de su cumplimiento y su protección dependerán en una medida importante del sentido que pudiera adoptar de la regulación jurídica del país en donde haya nacido o en donde resida el individuo en cuestión. Regulación cuyo sentido último se encontrará a su vez condicionado por la mayor o la menor disponibilidad de medios humanos y materiales para llevar a cabo el objetivo propuesto. En este supuesto, la salud tendrá una mayor o menor protección según los casos, pues el atendimento y la realización de las exigencias inherentes al derecho a la salud es en lo fundamental competencia de cada Estado.

La devaluación del significado de los enunciados normativos declarativos de derechos mediante la previsión de mecanismos de protección de muy diferente grado e intensidad está ciertamente a la orden del día, con todo lo que ello implica en relación con la más que discutible vigencia real del principio de universalidad del derecho que nos ocupa. En el caso de España, la referida competencia se articula de distintas formas; por ejemplo, a través de una regulación específica, mediante el brazo ejecutor de la administración pública o incluso mediante la habilitación de la protección constitucional y la función que al respecto cumple su respectivo tribunal²².

Centrándonos de manera particular en este momento en el concepto de salud pública, habría que poner el acento en la idea de que se trata de una realidad de carácter fundamentalmente pluridisciplinar, pues son distintas las materias que se estudian y se aplican en este campo social concreto para garantizar la eventual realización del derecho a la salud de una ciudadanía determinada²³. Por lo tanto, podemos afirmar que la salud pública viene definida claramente por la inexcusable

22 ESCRIBANO COLLADO, Pedro, *El derecho a la salud*, Editorial Universidad de Sevilla, Sevilla, 2015, pág. 45.

23 ALCANTARA MORENO, Gustavo, “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”, cit., pág. 100.

presencia de un aspecto inequívocamente social y político, que atiende a su implementación con el fin de mejorar el estado de la salud y, en consecuencia, prolongar y mejorar la calidad de vida de la población, desarrollar las mejores políticas de salud y garantizar a su vez la adecuada prestación de los servicios sanitarios; abogar por la adopción de políticas públicas suficientemente financiadas que promuevan la investigación de calidad en este concreto ámbito y finalmente promocionar la preservación de la salud de los individuos a través de la educación²⁴.

Se destaca en este punto el doble papel que cumple la acción educativa como instrumento para, por un lado, mentalizar a los individuos hacer de la importancia que para su mejor desarrollo personal tiene la salvaguarda de su salud, y por otra parte, proporcionar conocimientos concretos acerca de los instrumentos disponibles para lograr la realización de ese objetivo, informando igualmente del efecto negativo que pudiera desarrollar la adopción de determinadas conductas y actitudes en mayor o menor medida extendidas entre la población. Efecto negativo que, por lo demás, trasciende en muchas ocasiones el ámbito de la esfera personal del individuo para adquirir un alcance eminentemente social. Pero no por ello deja de incidir directamente sobre la propia persona que las practica.

El concepto de salud pública ha estado presente en diferentes momentos de la historia, generando en mayor o menor medida la correspondiente sensibilidad a su respecto por parte de la población en general y de los poderes públicos en particular²⁵. Pero como tal concepto específico empezó a coger una mayor relevancia en la época de la revolución industrial. El advenimiento de la misma dio lugar a la generación de un destacado cambio en el modelo social vigente hasta aquel momento con el progresivo abandono por parte de la población originaria de las zonas rurales que termina desplazándose en masa

24 ESCRIBANO COLLADO, Pedro, *El derecho a la salud*, cit., pág. 58.

25 PIÉDROLA GIL, Gonzalo, “La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública”, cit., págs. 7-10.

hacia los grandes núcleos urbanos, creándose en ese contexto grandes urbanizaciones en la periferia de las ciudades para acoger a toda esa población que en su mayor parte trabaja directamente en las fábricas. Este núcleo poblacional integrado por gentes de muy diversas procedencias que se asentaron en las ciudades propició que se actuara de manera más particularizada sobre la gestión de residuos, el alcantarillado, la gestión de plagas y se aplicaran mecanismos que dieran lugar a un control o contención de distintas enfermedades de carácter contagioso.

Con el paso de los años se fue perfeccionando la gestión de estos núcleos urbanos, hasta tal punto que era importante la gestión de posibles catástrofes o estados de emergencia. Evidentemente la gestión de estos nuevos núcleos urbanos altamente masificados, desde el punto de vista de la gestión de residuos o el alcantarillado, fue un proceso que tuvo que enfrentar un cambio social lento que trajo consigo grandes epidemias, que supusieron un gran índice de mortalidad. La salud pública representa en este punto un relevante papel como reacción ante lo que a primera vista parecía inevitable. Es en cierto modo un mecanismo de reconducción de las consecuencias previsibles con miras a disminuir el efecto negativo de los acontecimientos enfrentados.

Fue en el año 1853 con la llegada de la epidemia del cólera en Londres donde se comprobó, de forma fehaciente, los beneficios que traían las acciones del Estado o de la administración pública correspondiente, sobre la base proporcionada por la observancia y el estudio de lo que podría implicar la realización de unas concretas actuaciones que podrían beneficiar al conjunto de una población determinada, dando así lugar a los inicios de lo que se llama las políticas de salud pública en su sentido más estricto. Fue la consecuencia de la acción de un movimiento ciudadano que exigía al Estado una respuesta inmediata que resultara eficaz para la preservación y satisfacer la necesidad de garantizar la salud de la población y tras ello, nació la ley de salud pública en el año 1848, que es comúnmente considerada como la primera norma estructurada de salud pública que permitió que los problemas de salud de

la comunidad se ligasen con los grandes problemas sociales provocados por la implantación y el desarrollo de las distintas fases de la revolución industrial. Fue debido a estas circunstancias por lo que las distintas acciones que se emprendieron como acciones asociadas al concepto de salud pública prosperaron, dando lugar a la adopción de toda una serie de medidas por parte de la administración pública y de los profesionales cualificados, para frenar y erradicar el cólera de las calles londinenses²⁶.

Tras el impacto provocado por el proceso industrializador y el muy significativo cambio de modelo experimentado en la gestión de los núcleos urbanos, será el siglo XX quien trae consigo un cambio cualitativo y cuantitativo importante en el concepto de salud pública, pues surgen las vacunas y los antibióticos como instrumentos de fundamental relevancia para la preservación de la salud ciudadana, y se crean en esa misma línea de acción organizaciones internacionales de la talla de UNICEF o la Organización Mundial de la Salud. Las consecuencias de una buena gestión por parte de la administración en materia de salud pública tienen un efecto directo en la población aumentando de manera apreciable la esperanza de vida y a su vez, cambiando sensiblemente el *modus vivendi* de los ciudadanos.

El modelo que nació a mediados del siglo XX, preparándose rápidamente en el imaginario social el llamado Estado de bienestar, no se puede entender sin la tenencia de una sociedad sana y con una apreciable calidad de vida, fruto de una buena gestión de la salud pública a través de la puesta en marcha de los distintos mecanismos que han ido evolucionando con el tiempo y adaptándose a las circunstancias de una sociedad determinada. Convirtiéndose en este sentido la eficaz protección de la salud ciudadana en uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar²⁷.

26 LEMA AÑÓN, Carlos, *Salud, justicia, derechos. El derecho a la salud como derecho social*, Dykinson, Madrid, 2010, págs. 22-23.

27 DIOS VEITEZ, María Victoria, “El derecho a la protección de la salud”, en Jaime Rodríguez-Arana Muñoz y Libardo Rodríguez (dirs.) y María del

En conclusión, a través de la historia, la salud pública ha conseguido posicionarse como una disciplina que se manifiesta como el resultado de la existencia de sociedades que alcanzan una construcción social sólida y robusta. En ella se evidencia el despliegue en distinta medida de lo que hoy en día se conoce comúnmente como las funciones esenciales de la salud pública: el análisis de la situación de la salud, la vigilancia en relación con la salud pública, la promoción efectiva de la salud, la participación social e intersectorial, el desarrollo de políticas idóneas al respecto y la planificación, la regulación y el control correspondiente, la equidad en relación con el acceso, los recursos humanos, la calidad de los servicios, la investigación de calidad en el campo de la salud pública y la atención a las emergencias que pudieran surgir en el entramado social y a los eventuales desastres²⁸.

En la actualidad, y dadas las inusitadas circunstancias que envuelven el panorama social de nuestro tiempo, el concepto de salud pública ha evolucionado de manera considerable, dando lugar a lo que expresivamente se denomina Nueva Salud Pública, que afianza su significado y su importancia debido al mundo globalizado en el que en nuestro tiempo se desarrolla la vida de las distintas sociedades. La nueva salud pública se centra en los nuevos estilos de vida y en las cambiantes condiciones de vida de la propia población de los distintos Estados que integran el mundo; generando la necesidad de tener que reconocer la importancia de movilizar los correspondientes recursos, invirtiendo en la adopción y puesta en práctica de políticas, programas y servicios que protejan la salud de las personas, no solo en el plano individual sino

Carmen Rodríguez Martín-Retortillo (coord.), *Curso de derecho administrativo iberoamericano*, Comares, Granada, 2015, pág. 743.

- 28 MUÑOZ, Fernando; LÓPEZ-ACUÑA Daniel; HALVERSON Paul; GUERRA DE MACEDO Carlyle; HANNA Wade; LARRIEU Mónica; UBILLA Soledad y ZEBALLOS José Luis, “Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, núm. 8(1/2), 2000, págs. 126-134. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>.

también en el ámbito colectivo, apoyando lo que viene siendo reconocido como los estilos y los entornos de vida saludables. La importancia del nuevo concepto de salud pública radica sobre todo en su acreditada capacidad para homogeneizar su concepto a nivel global, con el ánimo de proteger la salud por igual a todos los seres humanos cualesquiera fueran sus concretas circunstancias ambientales y no crear desigualdades entre países en la gestión de la salud pública convencional que se ha ido dando hasta el día de hoy²⁹.

Si efectivamente se coincide en señalar que los movimientos migratorios pueden ser origen de un cierto incremento de enfermedades por contagio que resultaban relativamente desconocidas en un mundo de fronteras cerradas, habrá que concluir que estos fenómenos refuerzan desde luego la necesidad de habilitar mecanismos de salud pública al respecto. Pero refuerzan también, sobre todo, la necesidad de establecer mecanismos eficaces de prevención y de protección de la salud de los individuos a nivel internacional. Y ello no sólo por el carácter universal que en cualquier caso habrá que reconocer al derecho a la salud por su propia conceptualización en el marco general de los derechos humanos, con todo lo que supone el imperativo que impone el referido principio de universalidad en orden a la inexcusable realización general de las exigencias que le son inherentes al derecho en cuestión. También porque todos resultamos beneficiados en gran medida por ese alcance universal que se pudiera dar a las medidas adoptables al respecto.

2. La salud pública y su reconocimiento en el ordenamiento jurídico español

Dentro del Título I de la Constitución española, y más concretamente en su capítulo III, se encuentran los denominados “Principios rectores de la política social y económica”, entre los cuales se recoge el derecho a la protección de la salud. Dicho derecho viene regulado en el artículo

29 FRENK MORA, Julio y GÓMEZ DANTÉS, Octavio, “La globalización y la nueva salud pública”, *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 2, 2007, pág. 162.

43 con la siguiente redacción: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

El derecho a la protección de la salud al estar ubicado en el texto constitucional español dentro del catálogo de los principios rectores de la política social y económica habrá que asumir desde luego que ello tendrá diversas consecuencias con respecto a su valor y eficacia³⁰. De entre las consecuencias más inmediatas, cabría destacar la constancia de que el derecho a la protección de la salud no está incluido expresamente en la relación de derechos fundamentales. No es en puridad de conceptos por consiguiente un auténtico derecho subjetivo directamente exigible ante los tribunales de justicia, sino un “mero principio informador o rector de la política social, que debe ser, eso sí, reconocido, respetado y protegido”³¹, y que dispondrá de una, hasta cierto punto, débil protección jurídica regulada en el artículo 53.3 del texto constitucional³².

30 CANTERO MARTÍNEZ, Josefa, “La configuración legal y constitucional del derecho constitucional a la protección de la salud”, En *Revista Vasca de Administración Pública*, núm. 80, 2008, págs. 22-23.

31 FERNÁNDEZ PASTRANA, José María, *El servicio público de la sanidad: el marco constitucional*, Civitas, Madrid, 1984, págs. 55 y ss.

32 Art. 53.3 C.E.: “El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo III, informará la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las Leyes que los desarrollen”. En palabras de Luis PRIETO SANCHIS el contenido de este apartado “no permite albergar excesivas esperanzas sobre la suerte de los principios rectores en nuestro sistema jurídico o, lo que es igual, sobre la suerte de buena parte de los derechos sociales”, en *Estudios sobre Derechos Fundamentales*, Debate, Madrid, 1990, pág. 192.

En el referido artículo se determina que solamente podrá ser alegado el derecho que nos ocupa ante la jurisdicción ordinaria de conformidad con lo dispuesto en las normas legales que los desarrollan. Esta garantía constitucional a todas luces perjudicial por su condición de protección mediata o indirecta para el derecho a la protección de la salud es diferenciada a la protección con la que cuentan los derechos y libertades reconocidos por el art. 14 y la Sección primera del Capítulo II, dado que estos últimos se encuentran blindados con las máximas protecciones y garantías constitucionales reflejadas en los artículos 53.1 y 53.2 del texto constitucional.

No ha faltado quien en este sentido ha hablado de una “particular discriminación en lo relativo a los mecanismos de protección que vendrían a sufrir los derechos sociales con respecto a los que reconoce el texto constitucional como derechos fundamentales en sentido estricto”³³. Es una discriminación que tiene su origen en el coste de la realización de los derechos sociales que supone su naturaleza eminentemente prestacional. Una discriminación que no tiene nada que ver en principio con la importancia intrínseca del derecho de que se trate. Importancia que en el caso del derecho a la salud está más que demostrada al constituir su objeto específico la base para el desarrollo de cualquier vida humana que pretende identificarse como una vida plena, o por lo menos alcanzar un determinado nivel de bienestar.

Esta es la gran paradoja: la relevancia vital del derecho que nos ocupa resulta inversamente proporcional al nivel de protección que se le reconoce a nivel constitucional rompiéndose aquí la exigencia que cabría considerar inherente a la ya antes apuntada prioridad lógica del derecho a la salud y de los derechos sociales en general sobre los derechos

33 RUIZ-RICO RUIZ, Gerardo, “Debilidad normativa y déficit de garantías de los derechos sociales. La Constitución Española de 1978 como paradigma”, en Silvia Bagni, Giovanni A. Figueroa Mejía y Georgia Pavani (coordinadores), *La ciencia del derecho constitucional comparado. Estudios homenaje a Lucio Pegoraro*, tomo III, Tirant lo blanch, Ciudad de México, 2017, pág. 1345.

fundamentales a los que el texto constitucional reserva una protección más directa y efectiva.

El tema no viene dado por la falta de consideración al valor específico que representa la salud de los individuos, sino por la mayor dificultad que genera su protección. Y es que, a diferencia de lo que sucede con los derechos de abstención, que son susceptibles de una realización plena porque cabe imaginar perfectamente la hipótesis de un derecho de abstención cuya realización no entra en conflicto con ningún otro derecho ni con ningún otro bien jurídicamente relevante, en el caso de los derechos sociales en general y del derecho a la salud en particular, esta colisión se da siempre, al menos en la forma de colisión del referido derecho prestacional con el inevitable valor económico que representa su realización. En el primer caso la colisión es siempre una hipótesis que bien pudiera no llegar a producirse. Por el contrario, en el segundo caso, la hipótesis se sustituye por la más absoluta de las certezas. El conflicto se produce siempre, porque siempre se produce la colisión con el gasto económico que representa su realización. Y ese gasto económico es, desde luego, un valor jurídicamente relevante en tanto puede ser utilizado para la realización de otros fines en provecho de la comunidad social.

Todo ello acentúa ciertamente la necesidad de “centrarse en el modo de perfeccionar (o sea, su potencial evolutivo) nuestra protección constitucional del derecho a la salud a la luz de las cláusulas de apertura internacional relativas a los mandatos interpretativos (art. 10.2) y aplicativos (arts. 93 a 96) de la norma fundamental”³⁴. Pero también la necesidad de evitar que la tendencia restrictiva que impone el texto constitucional en el terreno de la protección jurídica pudiera derivar también en una paralela restricción de los sujetos que pudieran beneficiarse de la referida protección. Restricción que resultaría en cualquier caso contraria a los principios de universalidad de los derechos (que impone

34 JIMENA QUESADA, Luis, “artículo 43”, en Pablo Pérez Tremps y Alejandro Saiz Arnaiz (dirs.), *Comentario a la Constitución Española. 40 aniversario 1978-2018: Libro-homenaje a Luis López Guerra*, Tirant lo blanch, Valencia, 2018, pág. 830.

la propia condición de la salud como derecho) e igualdad, en la medida en que ello supondría una manifiesta discriminación personal privada de cualquier justificación³⁵.

Además, en este mencionado Capítulo III se recogen dos artículos adicionales en los que se hace mención expresa a la salud. Por un lado, cabe destacar el artículo 41 del texto constitucional, en el cual se pone de manifiesto la obligación por parte de los poderes públicos de preservar el régimen de la Seguridad Social a todos los ciudadanos, para así garantizar la asistencia sanitaria a todo aquel que la necesite, o incluso poder optar a un sistema de prestaciones sociales para situaciones de desempleo, y por otro lado, cobra relevancia en este aspecto el tenor del artículo 49, en el cual se viene a reconocer la atención a las especiales necesidades de las personas que se encuentran afectados por una situación de discapacidad, sometiendo a los poderes públicos a la obligación de que actúen con la adopción de políticas efectivas de prevención y en su caso con la obligación de garantizar el correspondiente tratamiento y la rehabilitación para aquellas personas que requieran de una atención especializada.

Centrándonos en el valor jurídico del contenido del artículo 43 de nuestra Constitución, se puede observar en primer lugar que no se encuentra ubicado en el lugar reservado a los derechos fundamentales y las libertades públicas que abarcan los enunciados normativos que van desde el artículo 15 al 29 de la Constitución española; y en segundo lugar, que la dimensión jurídica del presente artículo, aunque no se posicione el mismo en el lugar destinado a la regulación de los derechos fundamentales, como ya se ha puntualizado, sí repercute directamente a la efectividad de determinados derechos fundamentales como son el

35 Resalta PEMÁN GAVÍN, Juan María, *Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud*, Comares, Granada, 2005, pág. 85, que, aunque la Constitución no establece criterios precisos acerca de las prestaciones sanitarias exigibles, estas quedan en cualquier caso sujetas a las implicaciones de los principios de universalidad e igualdad en su fijación.

derecho a la vida, a la libertad, a la intimidad o incluso, al derecho de la protección de los datos personales.

Es, en definitiva, un enunciado normativo que no puede quedar estrictamente limitado por el sentido de su ubicación en el correspondiente lugar del texto constitucional. Y todo ello al margen de la consideración de que la propia incorporación a los enunciados normativos del texto constitucional español implica la inequívoca vinculación de los poderes públicos al mandato de guiar sus actuaciones conforme al modelo previsto.

La mayor o menor efectividad de su garantía no tendría, desde luego, que suponer ningún tipo de merma ni detrimento con respecto a su inequívoco carácter vinculante en relación a la actuación (por acción u omisión) de los poderes públicos. Una cosa es la vinculación general de los poderes públicos con respecto al contenido de los enunciados normativos que conforman el texto constitucional, y otra, muy diferente, los instrumentos de que puedan disponer esos poderes públicos para hacer efectivo su compromiso con ellos. El carácter vinculante de los enunciados normativos queda siempre a salvo y supone un compromiso para los poderes públicos de llevar a cabo en la mayor medida posible el mandato constitucional. El hecho de que los mecanismos de protección habilitados al respecto pudieran incidir en la determinación de esa mayor medida posible no excluye desde luego la vigencia en cualquier circunstancia el principio en cuestión. Tanto más cuando se observa que la protección de los derechos tiene dimensiones de indiscutible efectividad que escapan al ámbito estrictamente jurisdiccional del asunto.

Cuando desglosamos el contenido del artículo 43 resulta llamativo contemplar cómo la Constitución española se dirige al derecho a la salud, pues en su apartado primero no hace una simple mención, reconociendo sin más el derecho a la salud, sino que va más allá, e incorpora la palabra “protección”. Podría decirse que al hacerlo así adopta un sentido más

realista³⁶, tanto por la propia definición de la palabra salud como por el carácter inevitablemente relativo de la tenencia de salud. Ana María Marcos del Cano indica en este sentido: “La diferenciación entre derecho a la salud y derecho a la asistencia sanitaria ha llevado a hablar de una concepción reduccionista a los que asimilan dicho derecho únicamente a la asistencia sanitaria, entendiendo a la concepción amplia del derecho como aquella que integra elementos socioeconómicos y no meramente la asistencia sanitaria. Un tercer sector, con el que estoy de acuerdo, es que es preferible en términos jurídicos plantearlo como el derecho a la protección de la salud, puesto que no se puede exigir delimitar un concepto material de lo que es salud”³⁷.

36 En este sentido señala ARA PINILLA, Ignacio, “La lógica interna del derecho a la salud”, cit., pág. 476, que : “una singularidad especial presenta la propuesta de sustitución de la formula del derecho a la salud con la del derecho a la protección de la salud. En este caso no se podría hablar, en efecto, de una formula reductiva que no pudiera abarcar la totalidad del interés protegido en la identificación más amplia del concepto de salud. Se trata más bien de proponer una concepción realista que atienda a la imposibilidad de ejecutar en su integridad el bien que representa la preservación de la salud individual. Lo relevante no sería entonces garantizar el resultado de la preservación de la salud (lo que, como hemos visto, constituye un ideal inalcanzable, en particular en su dimensión intemporal), sino, más modestamente, mejorar la promoción y puesta en práctica de los medios idóneos para proteger la salud. La denominación de derecho a la protección de la salud estaría enfatizando la idea de que las obligaciones derivadas de su proclamación son obligaciones de medios, en ningún caso obligaciones de resultado, porque el resultado de la preservación duradera de la salud entendida en su más amplia acepción se manifiesta en cualquier caso inviable”.

37 MARCOS DEL CANO, Ana María, “El derecho a la protección de la salud: delimitación y alcance en el contexto actual”, en Ana María Marcos del Cano (directora) *El derecho a una asistencia sanitaria para todos: una visión integral*, cit., págs. 30-31.

En esta línea Efrén Borrajo Lacruz hablará del “gran acierto de la posición adoptada por el constituyente español”³⁸. Con ello se hace referencia al derecho de los ciudadanos a que los poderes públicos les garanticen los cuidados médicos y la asistencia sanitaria que sea necesaria para proteger, mantener o restablecer su salud. La Constitución no crea ni atribuye directamente un derecho individual a la protección de la salud, sino que se refiere a la protección de la salud como principio rector de la política social y económica, pero remite expresamente al legislador ordinario el establecimiento de las concretas medidas para hacer efectivos los derechos y de los deberes de todos al respecto³⁹.

La crítica a este posicionamiento teórico ha incidido en la idea de que, por definición, la referencia al bien que contempla cualquier derecho reclama de todos en la adopción de una conducta dirigida a su realización en los términos más ambiciosos posibles. Y en concreto reclama también de los poderes públicos la disposición de los medios idóneos para hacer efectivos el derecho, en definitiva, la disposición para garantizar la mayor realización posible del objeto del derecho en cuestión. La inconsistencia de este tipo de argumentos ha sido referida por Ignacio Ara Pinilla en los siguientes términos: “En realidad, todos los derechos son derecho a la protección del bien jurídico que enuncian, son derechos que reclaman la coherente disposición de los medios adecuados para garantizar la realización de su objeto hasta el punto de que algunos han detectado en la no inconsistencia de los medios de garantía de los derechos una laguna del sistema. Y tampoco el derecho a la salud en el único derecho insusceptible de una realización completa en su dimensión intemporal.

38 BORRAJO DACRUZ, Efrén, “Comentario al artículo 43”, en Oscar Alzaga Villaamil (coord.), *Comentarios a la Constitución española de 1978*, tomo IV, Edersa, Madrid, 1996, pág. 183.

39 VÁZQUEZ GARRANZO, Javier, “Capítulo III: De los principios rectores de la política social y económica. Artículo 43”, En Luis María Cazorla Prieto y Alberto Palomar Olmeda (directores), *Comentarios a la Constitución española de 1978*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2018, pág. 1262.

La circunstancia de que el objeto del derecho no pueda alcanzar al menos en determinados casos una realización plena no excusa en absoluto la exigencia de poner todos los medios necesarios para garantizar o la mayor realización posible de las acciones y abstenciones que configuran su contenido. Pero en eso no se diferencia tampoco de los derechos que si configuran un contenido susceptible de completa realización”⁴⁰.

El problema queda en buena medida diluido en este sentido. Es más bien un problema de nombres que de contenido, porque en el fondo “hablar de derecho a algo significa siempre hablar de derecho a la mayor realización de ese algo cuya expansividad pudiera resultar limitada bien por su intrínseca condición, bien por la hipotética colisión con otro derecho o bien jurídico relevante que reclamara la correspondiente ponderación de sus respectivas densidades normativas en el caso en cuestión”⁴¹. En este sentido hablar del derecho a la salud supone inevitablemente hablar del derecho a la protección de la salud. No cabe, en efecto, el objeto de un derecho jurídicamente reconocido que no suponga la vinculación de nadie con el compromiso que representa su protección.

El hecho de que se haya optado por la fórmula del derecho a la protección de la salud tiene su explicación en la prevención frente a la posible devaluación de su sentido a través de la adopción de fórmulas de garantía que no permitieran asegurar una realización razonable del derecho en cuestión. Es en definitiva una razón histórica, circunstancial que no afecta en realidad al sentido último de la referencia constitucional del derecho que nos ocupa. La fórmula del derecho a la protección de la salud no añadiría nada nuevo frente a lo que directamente vendría a significar la opción alternativa de la fórmula del derecho a la salud, únicamente nos advierte acerca de los peligros que puede encerrar una realización incompleta del derecho a la salud por falta de instrumentos y mecanismos idóneos de garantía. Es una fórmula que en cualquier

40 ARA PINILLA, Ignacio, “La lógica interna del derecho a la salud”, cit., págs. 476-477.

41 *Ibidem*, pág. 477.

caso pone de manifiesto la necesidad de evitar actitudes contemplativas y extremar las precauciones a este respecto habilitando los medios de protección adecuados.

Llegados a este punto, habría entonces que cuestionarse: ¿Quién es el encargado de proteger la salud?. Evidentemente, en un principio, la salud es un derecho de carácter personal, y a priori se debe entender que cada ser humano debe tener la capacidad y el derecho de poder preservar su salud, para en consecuencia, poder vivir; pero más allá del carácter individual que pueda tener el derecho a la salud (cada cual debe proteger su propia salud, por ejemplo: no fumar o llevar una vida saludable), el apartado segundo del artículo 43 dota a los poderes públicos de una específica función para poder organizar y tutelar la salud pública mediante la correspondiente adopción de medidas preventivas. En consecuencia, del citado apartado se desprende un nuevo concepto que va ligado al puntual cumplimiento del abanico de exigencias que integran el contenido del derecho a la salud, que es el concepto de salud pública, colectivizando en cierta medida este sentido el derecho a la salud de la propia persona. La dimensión fundamentalmente prestacional del derecho a la salud se muestra particularmente evidente en este punto⁴².

En resumen, una persona tiene la libertad de poder preservar su propia salud en el grado que la propia salud pública le permita, pudiendo llegar incluso a limitarse el alcance de ciertos derechos fundamentales que le son reconocidos con el fin de preservar la salud de una determinada población o sociedad. No sería ello otra cosa más que la estricta aplicación de la lógica que rige la solución del problema que representa la colisión entre derechos y valores jurídicamente relevantes. También el apartado segundo del artículo 43, en relación con el artículo 41, reconoce el

42 GARRIDO GÓMEZ, María Isabel, *Análisis e implicaciones de los derechos sociales*, Dykinson, Madrid, 2021, págs. 85-86.

derecho a poder optar al régimen de seguridad social para aquel que la necesite por motivos de salud⁴³.

Por lo tanto, el artículo 43 de la Constitución española se desglosa, por un lado, en la libertad que tiene cada ciudadano de proteger su salud en la medida que lo estime pertinente; por otro lado, en la idea de reconocer, con las limitaciones que pudiera imponer el imperativo del respeto a la salud pública, el derecho de poder optar los individuos a un sistema sanitario incorporado en el régimen de la seguridad social; y, por último, dotándoles a los poderes públicos de la capacidad y de la obligación de tener que tutelar y proteger la salud pública, con el único fin de velar por la realización más efectiva de las exigencias inherentes al reconocimiento constitucional del derecho a la salud de los ciudadanos.

Dentro del ámbito nacional, el desarrollo legislativo del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución española está constituido por un conjunto de leyes, de entre las cuales vamos a destacar la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud o la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. En lo que respecta a la Ley General de Salud Pública, merece la pena destacar que esta generó una gran novedad, pues no se centra en exclusiva en el cuidado (desde el punto de vista sanitario) de la persona enferma, que constituía el punto de referencia definitivo para la normativa de salud vigente hasta aquel momento, sino que se adentra en el análisis y en destacar el valor de la protección, prevención y promoción de la salud. También cabe mencionar, entre otras leyes relevantes, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

43 REY MARTÍNEZ, Fernando, “Protección de la salud, atención primaria y derechos fundamentales”, *Teoría y realidad constitucional*, cit., pág. 283.

No pasa desapercibido el contenido del preámbulo de la Ley General de Salud Pública, donde de forma notoria se exalta el contenido del artículo 43 de nuestra Constitución⁴⁴, pues la espina dorsal de la citada ley es el propósito de alcanzar, preservar y mantener el máximo nivel de salud de la población. Esta ley pretende dotar al Sistema Nacional de Salud de los medios más idóneos para poder alcanzar un papel decididamente más protagonista en la figura de la prevención de la salud en la comunidad.

Los poderes públicos son los encargados de mejorar y asegurar la salvaguarda de la salud de la población, pues estos poderes gozan de la posibilidad de poner en funcionamiento los mecanismos conferidos por la ley, y, además, están dotados de una estructura organizativa que permite actuar de forma preventiva en determinadas situaciones que puedan poner en riesgo la salud de la población. En términos de salud pública, no solamente cobra importancia la salud de la que goza hoy en día una determinada población que como tal se entiende que hay que conservar habilitando los medios necesarios al respecto, sino también la salud que ostentará esa misma población durante el día de mañana, pues uno de los pilares fundamentales que integran el contenido de la citada ley es la regulación de la prevención y la educación sanitaria⁴⁵. La salud pública se proyecta en este sentido como una idea destinada a tener un efecto continuado en el tiempo, no meramente instantáneo, en el entorno social, representando incluso un compromiso de carácter intergeneracional de las sociedades de nuestro tiempo.

En este sentido, el Preámbulo de la Ley General de Salud Pública es muy explícito con su consideración que equipara que invertir en salud

44 MIRANDA GONÇALVES, Rubén, “La responsabilidad patrimonial de la administración pública en el ámbito sanitario español”, en Isa Filipa António de Sousa (coordinadora), *Direito á saúde. Dilemas atuais*, Editorial Juruá, Lisboa, 2017, pág. 253.

45 REY MARTÍNEZ, Fernando, “Protección de la salud, atención primaria y derechos fundamentales”, *Teoría y realidad constitucional*, cit., pág. 29.

es contribuir al bienestar social, debido al “efecto neto de la ganancia en salud como por la contribución a la sostenibilidad de los servicios sanitarios y sociales, sin olvidar la contribución a la sostenibilidad general por el aumento de la productividad asociada a la salud y por el efecto positivo que las políticas de cuidado del medio tienen en el entorno y en la salud humana”. Estamos en definitiva ante una intelección de la preservación de la salud como un componente significativo de la idea de bienestar social, que se vería inevitablemente afectado por cualquier deficiencia al respecto.

La Ley General de Salud Pública goza de una estructura que da sentido jurídico al contenido expresado en su Preámbulo, y es precisamente en esta parte del texto legal en donde se establecen las pautas relativas al objeto, al ámbito de aplicación de la Ley, y a los principios generales de la salud pública que deben garantizarse en las actuaciones sanitarias, entre los que destaca el requisito de que la equidad y la salud guíen el sentido del conjunto de las políticas gubernamentales. Del contenido del Título I del texto constitucional se desprenden el conjunto de derechos y deberes de los ciudadanos y de las obligaciones que asumen como propias las Administraciones públicas en materia de salud pública.

La Ley reconoce el derecho de los ciudadanos, ya sea ejercitado directamente, o a través de las organizaciones que los representan, a disponer de la información oportuna en materia de salud pública, siempre con las limitaciones previstas al respecto en la normativa vigente, facilitando la desagregación de la información para que resulte accesible y comprensible a quienes integran los distintos colectivos: el derecho de participación, el derecho a la igualdad, el derecho a la intimidad, confidencialidad y respecto de la dignidad. También reconoce el deber ciudadano de colaboración absteniéndose de realizar acciones obstruccionistas con respecto a la ejecución de las actuaciones de salud pública y de comunicación de los datos que pudieran suponer un riesgo para la salud de la población y la obligación de la administración pública de información sobre los riesgos para la salud de la población

y de colaboración en salud pública e imparcialidad en las actuaciones sanitarias.

En su Título II, el más extenso de la Ley, se describe las actuaciones de salud pública, que comprenden: i) el establecimiento de las bases para una vigilancia integral de salud pública que abarque todos los condicionantes de la salud y el propio estado de salud; ii) la definición de las líneas generales que deben seguir las políticas en materia de prevención de problemas de salud y sus determinantes; iii) la necesaria coordinación entre los servicios sanitarios y las actuaciones de las estructuras de salud pública, así como entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud; iv) las actuaciones en materia de protección de la salud dirigidas a la prevención de los efectos negativos que diversos elementos del medio pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas; v) la aplicación de la evaluación de impacto en salud, es decir, la combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante la cual un programa o norma pueden ser evaluados en relación con sus efectos y la distribución de los mismos sobre la salud de la población; vi) la sanidad exterior y la salud internacional, parte esencial de la salud pública y competencia exclusiva del Estado; y vii) la implantación de un Sistema de información en salud pública, que posibilita el intercambio de la información necesaria para el mejor desarrollo de las actuaciones en materia de salud pública.

Será en el Título III de la Ley en donde se regulará la planificación y coordinación de la salud pública, con el objetivo de contribuir a mantener y mejorar la salud de la población a través de una organización que permita coordinar la eventual activación de los recursos existentes de una manera eficiente. A tal efecto, se dispone la articulación de las medidas relativas a la salud pública a través de la Estrategia de Salud Pública, que define las actuaciones dirigidas a controlar los principales factores determinantes de la salud. Se crea asimismo el Consejo Asesor de Salud Pública como órgano colegiado de consulta y participación, adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El Título

IV de la Ley se ocupa de la regulación del personal profesional y de la investigación en el desarrollo de las políticas de salud pública, y el Título V, por su parte, regula la autoridad sanitaria estatal y sus agentes. La Ley se completa con el Título VI que recoge las infracciones y sanciones especificando el procedimiento sancionador en este ámbito.

Finalmente, en el ámbito de la protección de la salud pública también destaca la aprobación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, modificada por la Ley 42/2010, de 30 de diciembre y, más recientemente, por el Real Decreto-ley 17/2017, de 17 de noviembre, que traspone la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y de los productos relacionados.

La mencionada Ley 28/2005 constituyó un hito importante en nuestro país en la lucha contra el tabaquismo, tanto en lo que se refiere a la definitiva asunción por parte de la inmensa mayoría de la prohibición de fumar en lugares públicos, que tantas reticencias pudo encontrar en los primeros momentos de su entrada en vigor, como en lo que concierne a la implantación de medidas encaminadas a potenciar la deshabituación paulatina del tabaco por parte de quienes ya son fumadores y a tratar de erradicar a medio - largo plazo el hábito de fumar que tan perjudicial resulta para la salud de todos, con independencia de que compartan o no el hábito en cuestión⁴⁶. Resalta en este sentido el indiscutible efecto que para la salud de los individuos tiene la condición de fumador pasivo,

46 LUQUE PARRA, Manuel, “Tabaquismo y Derecho de la Seguridad y Salud Laboral: La Ley 28/2005 y el derecho de la seguridad y salud laboral”, *Iuslabor*, núm. 1, 2006, <https://www.upf.edu/documents/3885005/3889500/LuqueParraTabaco.pdf/f8995d68-ff4a-4627-a847-b0938a8d5553>.

que por lo general no es una condición a la que se accede de manera voluntaria.

3. Impacto de la salud pública en el marco normativo de los Tratados Internacionales ratificados por España

El derecho a la salud es comúnmente reconocido como un derecho humano esencial cuyo contenido ha sido objeto de regulación específica por parte de numerosos Tratados y Convenios Internacionales⁴⁷. Resulta sencillo caer en la tentación de creer que el derecho a la salud es un derecho cuya puntual realización resulta por su propia condición accesible a cualquier persona, pero la realidad dista mucho de corroborar la supuesta verdad de tal aserción; es por ello por lo que mediante el reconocimiento internacional que conlleva el efecto de enfocar el derecho a la salud en el marco del catálogo de los derechos humanos se permite obligar a todos los Estados que hayan ratificado dichos Tratados a asegurar la presencia de unos mínimos de protección eficaz de forma homogénea frente al mundo globalizado en el que la sociedad interactúa.

Son múltiples las Declaraciones de derechos y los textos jurídicos de ámbito internacional que reconocen este derecho y constituyen un estándar de legitimidad del poder de los Estados. En primer lugar, resulta necesario destacar el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el que se manifiesta que: *“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad, vejez y*

47 El derecho a la salud es identificado como un derecho humano al ser identificado con las siguientes características: a) es un derecho humano inclusivo; b) lleva aparejado un conjunto de distintos derechos y obligaciones; c) no cabe ningún tipo de discriminación; d) es un derecho disponible y accesible; e) incluye libertades. Un desarrollo pormenorizado sobre esta cuestión la realiza GALLEGO HERNÁNDEZ, Ana Cristina, *El Derecho Internacional de la salud a la luz de la paz y seguridad internacionales*, Dykinson, Madrid, 2019, págs. 37-39.

otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

Se puede observar que, del tenor literal de dicho artículo, se desglosa una serie de necesidades que van ligadas a otros derechos, que influyen directamente con la salud. Además, por otro lado, se refiere al citado enunciado normativo al derecho a la asistencia médica, generando un compromiso a los Estados en forma del deber de garantizarle asistencia sanitaria efectiva cuando la persona se encuentre en la necesidad de tener que hacer uso de esta. El derecho a la salud no debe, desde luego, entenderse como la exigencia de tener cada concreto individuo la capacidad natural de estar sano, lo que implicaría un enunciado de imposible realización si se toma como referencia el extenso desarrollo de la existencia humana. Representaría más bien la exigencia de disponer del derecho a poder gozar de toda facilidad, servicio y condición que resulte apostar por el óptimo nivel posible de salud, garantizado y protegido por el Estado; evidentemente el individuo a título personal debería tener la voluntad de proteger y conservar su salud, en el margen de su propia libertad, pero el Estado con ánimo preventivo debe también acometer la realización de determinadas actuaciones preliminares que desenlacen en el establecimiento de una buena salud del colectivo.

También es necesario comentar lo recogido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, al reconocer que “1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La

prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. De este artículo se desprende que la salud es un derecho humano indispensable para poder ejercer otros derechos humanos. Toda persona tiene derecho a poder disfrutar “al más alto nivel de salud física y mental de salud”, con el fin de poder vivir dentro de los márgenes de la dignidad.

La Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales interpreta sobre el derecho a la salud, que estamos ante “un derecho inclusivo que no comprende solamente la atención oportuna y adecuada de la salud, sino también otros factores como el acceso al agua potable, el suministro adecuado de alimentos en buen estado, una vivienda digna, condiciones sanas en el trabajo, un medio ambiente saludable y el acceso a la educación sobre cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva”.

La salud tal y como se refleja en el citado artículo del Pacto Internacional no está basada en la mera idea de preservar el contenido normativo de la misma a título exclusivamente individual, sino, muy en particular, en la específica idea de tener la capacidad por parte del Estado de poder usar sus recursos e instrumentos jurídicos para garantizarla adecuadamente. Ahora bien, la pregunta inevitable que surge en este punto es: ¿Cuáles son entonces los recursos necesarios para garantizar eso que se ha venido a reconocer como el más alto nivel de salud física y mental?.

Es fundamental invertir en la denominada salud pública, que conforma toda una retahíla de materias que son básicas para garantizar la eficaz protección de la salud de la población. Primero, partiendo de la necesidad de habilitar los mecanismos inherentes a propósito de la prevención, y segundo, inculcándola como un concreto objetivo normativo en el ámbito de la educación. En términos de salud pública,

con relación a lo expresado en el referido artículo 12, prevención es sinónimo de bienestar social, y esto a su vez es sinónimo de salud. Una población sana es una población productiva, que no colapsa el sistema sanitario, sino que contribuye en la medida de sus posibilidades a su sostenimiento económico, y cuyo papel en el desarrollo y en la realización de sus respectivos roles sociales configura un reseñable beneficio para el conjunto de la sociedad⁴⁸.

En consecuencia, hay toda una serie de factores básicos que inciden directamente en el estado de la salud de los individuos, como lo son la alimentación, la vivienda, el acceso al suministro de agua limpia y potable, la correcta canalización de aguas fecales, el reciclaje y la distribución de residuos sólidos, la conservación del medio ambiente, la habilitación de los lugares de trabajo confortables, la prevención de riesgos, una correcta legislación en materia de articulación de vías públicas y un largo etcétera. Para darle sentido a lo comentado, el denominador común a todos estos factores es el propósito de aprobar y ejecutar una adecuada legislación con el fin de asegurar la presencia de una eficiente salud pública.

Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a la consideración de los factores determinantes básicos de la salud, como son la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, a condiciones de trabajo seguras, un medio ambiente sano y un largo etcétera. Supone en definitiva una cierta prolongación de lo que de otro modo resultaría un enunciado normativo relativamente inespecífico.

48 FRANCO GIRALDO, Álvaro y ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ, Carlos, “Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud”, *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, vol. 22, núm. 3, 2008, pág. 284.

El derecho a la salud también viene reconocido en otros Tratados Internacionales, como por ejemplo la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial⁴⁹ que en su artículo 5. e) iv) recoge de forma expresa que “el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”; en la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer⁵⁰ que en sus artículos 11 y 12 hace expresa mención al derecho a la protección de la salud y a la necesidad de que sea garantizada una eficiente atención médica y servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior; en la Convención sobre los Derechos del Niño⁵¹ en su artículo 24; y en la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad en el artículo 25.

Al margen de las mencionadas Convenciones de ámbito universal⁵², se han configurado importantes instrumentos de ámbito territorial delimitado o regional, como es el caso del Convenio Europeo de Derechos Humanos, la Carta Social Europea; la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Además, este derecho universal

49 La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 21 de diciembre de 1965. Entró en vigor el 4 de enero de 1969.

50 Convención aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979, entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981 ratificada por 20 países. España la ratifica en 1983.

51 La Convención sobre los Derechos del Niño fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Es el primer instrumento jurídicamente vinculante que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos. España la ratifica en 1990.

52 ONU-Estándares Internacionales sobre el Derecho a la Salud en el Sistema de las NNUU. Disponible en: http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/estandares_internacionales_sobre_derecho_a_la_salud_en_la_onu.pdf.

es explícitamente reconocido por la mayoría de las Constituciones vigentes, dejando de esa manera bien patente la voluntad de promover su garantía por parte de la comunidad internacional. Sin perjuicio del necesario avance que se requiere para cumplir los objetivos fijados, así como para reducir los efectos negativos que pudieran en determinados casos inferirse de la realización de los mismos, fundamentalmente por la dificultad de remover las situaciones de hecho deficitarias ante la inexistencia de los elementos idóneos al respecto⁵³.

4. Pronunciamiento de la Unión Europea frente a la salud pública

Resulta fundamental la consideración de la Unión Europea como organización supranacional que conforma una comunidad de países (Estados miembros) que interactúan en un proyecto, dotado de una estructura institucional que le confiere legitimidad y una serie de competencias que repercuten directamente en el marco del ordenamiento jurídico de cada Estado miembro. Evidentemente, la salud se posiciona en su intelección como una materia de vital importancia en la práctica legislativa europea y, por lo tanto, configura una gran apuesta para garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones a todos los países que la integran. En este punto puede decirse con pleno sentido que el derecho a la salud constituye un factor de integración de la Unión.

En primer lugar, hay que destacar el artículo 4.2 apartado K) del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, que se refiere a las competencias compartidas entre la Unión y los Estados miembros en “*los asuntos comunes de seguridad en materia de salud pública, en los aspectos definidos en el presente Tratado*”; además el artículo 6 apartado a) del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea atribuye a la Unión Europea las competencias para apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros en la protección y mejora de la salud

53 GALLEGO HERNÁNDEZ, Ana Cristina, *El Derecho Internacional de la salud a la luz de la paz y seguridad internacionales*, cit., pág. 43.

humana. Siguiendo la misma línea, el artículo 9 del citado tratado establece que en lo que respecta a la ejecución y definición de las políticas y acciones en la protección a la salud, es la Unión Europea quien gozará de tales exigencias.

Hay otros artículos del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea que hacen una mención explícita a la protección a la salud, como es el artículo 36, que hace referencia a las prohibiciones o restricciones a la importación, exportación o tránsito justificado por razones de protección a la salud, entre otras; o los artículos 45 y 52 que hacen referencia a las restricciones de libre circulación y establecimiento por razones de salud pública. Finalmente, el artículo 114 que insta a la aproximación de las distintas legislaciones de los Estados miembros en materia de salud.

Hasta ahora los artículos mencionados hacen una referencia generalista con relación al tema de la salud, pero es en el Título XIV del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea donde se produce un avance significativo al respecto en el artículo 168, el enunciado normativo que hace una especial mención a la “salud pública”. Esta es una competencia esencial pues adopta el compromiso de que se definan y ejecuten todas las políticas y acciones de la Unión Europea, para garantizar así la protección del más alto nivel de la salud humana, promoviendo de forma conjunta y coordinada el desarrollo de estas acciones con los Estados miembros.

Es importante ahondar en la idea de que, aunque exista una competencia en materia de protección a la salud complementaria con los Estados miembros, se establece un procedimiento legislativo ordinario para que la propia Unión Europea pueda dictar la correspondiente normativa que haga frente a los problemas comunes de seguridad relacionados con *“a) medidas que establezcan altos niveles de calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como de la sangre y derivados de la sangre; estas medidas no impedirán a ningún Estado miembro mantener o introducir medidas de protección más*

estrictas; b) medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario que tengan como objetivo directo la protección de la salud pública; c) medidas que establezcan normas elevadas de calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios”.

Del mismo modo, siguiendo el mismo artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea en el apartado 5, el Parlamento Europeo y el Consejo, siguiendo el procedimiento legislativo ordinario y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, podrán tomar aquellas medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana, incidiendo en el propósito destinado: *“a luchar contra las pandemias transfronterizas, medidas relativas a la vigilancia de las amenazas graves para la salud de dimensión transfronteriza, a la alerta en caso de tales amenazas y a la lucha contra las mismas, así como medidas que tengan directamente como objetivo la protección de la salud pública en lo que se refiere al tabaco y al consumo excesivo de alcohol, con exclusión de toda armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros”.* En cualquier caso, la Unión Europea en el ámbito de la salud pública respetará las distintas responsabilidades de los distintos Estados miembros, en lo que se refiere a las políticas de salud, la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica.

También resulta fundamental destacar el artículo 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, proclamada en el Consejo Europeo de Niza de 7 de diciembre de 2000, estableciendo en su enunciado que toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria, destacando que la prevención es uno de los elementos que integra el concepto de salud pública; y además a beneficiarse de las medidas inherentes a la atención sanitaria reconocidas en las distintas legislaciones nacionales y también que dentro del marco de las políticas y acciones de la Unión Europea se garantizará la protección de los más altos niveles de la salud humana.

De lo comentado, cabe destacar que cada Estado miembro adoptará las políticas sanitarias más adecuadas para la consecución del referido

objetivo, teniendo en cuenta las particulares circunstancias y tradiciones nacionales, sin desligar tampoco su acción de lo que representan los valores comunes de la Unión Europea que se centran en la protección de la salud humana al más alto nivel exigible y en el acceso equitativo a una asistencia sanitaria de calidad. Un ejemplo que conforma la necesidad de una buena gestión de la salud pública con relación a lo que significa vivir en un mundo globalizado y de fronteras abiertas en el marco de la ciudadanía europea es el establecimiento de la Tarjeta Sanitaria Europea, la cual facilita a los ciudadanos europeos la capacidad de poder gozar de la asistencia médica necesaria en cualquier Estado miembro que desee.

Otro ejemplo del valor y la necesidad de habilitar los mecanismos inherentes a la protección de la salud pública en el marco de la Unión Europea, dentro de sus políticas de acción para garantizar el más alto nivel en la protección de la salud es el nuevo programa *EU4Health*, también llamado *La UE por la salud 2021-2027*. Es un instrumento que pretende apostar por la recuperación posterior a la situación vivida a raíz de la COVID-19, con el fin de apostar por la salud de la Unión, mediante el fortalecimiento de la resiliencia de los sistemas sanitarios y promoviendo la correspondiente innovación en el ámbito de la salud⁵⁴.

La Unión Europea desde el año 2003 ha creado tres programas específicos basados en el objetivo general que representa la promoción de la salud⁵⁵. Uno de los más relevantes fue el que abarcó el periodo comprendido entre los años 2014-2020 con la habilitación de una partida presupuestaria de cuatrocientos cincuenta millones de euros aproximadamente, con destino a la mejor rehabilitación de cuatro objetivos concretos: a) promover una buena salud y prevenir

54 Véase en COMISIÓN EUROPEA - EU4Health 2021-2027 – Una visión de una Unión Europea más sana. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_es.

55 Véase en ONU - Salud para el crecimiento: programa de salud de la Unión Europea (2014-2020). Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=legissum%3A290102_1

enfermedades: los países intercambiarían información y buenas prácticas acerca de cómo manejar diversos factores de riesgo como el tabaco, el abuso de drogas y de alcohol, las dietas poco sanas y los estilos de vida sedentarios; b) garantizar que los ciudadanos estén protegidos de amenazas transfronterizas para la salud: el aumento de los viajes y el comercio internacionales implica que estamos potencialmente expuestos a una cantidad mayor de amenazas para la salud que en el pasado que requieren una respuesta rápida y coordinada; c) apoyar la innovación y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea: el programa pretende ayudar al refuerzo de capacidades en el sector sanitario, encontrar maneras óptimas de que los escasos recursos duren más y fomentar la innovación de los enfoques, las prácticas de trabajo y las tecnologías; y d) mejorar el acceso a una sanidad segura y de calidad: esto implica, por ejemplo, garantizar que hay profesionales médicos disponibles fuera de las fronteras nacionales fomentando la creación de redes de centros de conocimiento especializado en toda la Unión.

Para concluir y así determinar la importancia de la Unión Europea en materia de salud pública, es transcendental destacar, no solamente el contenido jurídico que dota de competencias en materia de salud, o los distintos programas que se han ido implantando hasta nuestros días, sino también es destacable el análisis de la instauración del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, cuyo fin es identificar, evaluar y comunicar las amenazas existentes y emergentes para la salud humana en la forma de enfermedades transmisibles y afectar en todo caso a la comunidad. Para ello este Centro consta de una estructura de trabajo protocolizado.

5. La Organización Mundial de la Salud como garante internacional de la salud pública

La Organización Mundial de la Salud es un organismo especializado de las Naciones Unidas encargado de promover la activación de políticas

a nivel mundial en materia de la salud, en particular en lo que concierne a la prevención, la promoción y su intervención. Siendo uno de los objetivos prioritarios para cada Estado parte de la Organización Mundial de la Salud impulsar y proteger a cada individuo para que todos ellos puedan gozar sin ningún tipo de discriminación de lo que viene a definirse como un “estado personal de bienestar”⁵⁶.

La Organización Mundial de la Salud fue creada el 7 de abril de 1948 y tiene su sede en Ginebra. En la actualidad cuenta con 194 Estados miembros⁵⁷, y está integrado por tres órganos⁵⁸: El primero de ellos es la Asamblea Mundial de la Salud que constituye el órgano decisorio supremo de la Organización Mundial de la Salud. Se reúne este órgano todos los años y asisten a las referidas reuniones las delegaciones de los Estados miembros. La Asamblea nombra a su Director General, y entre sus funciones destaca la determinación de los objetivos del Plan General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, la supervisión de las políticas financieras de la Organización examina y aprueba el proyecto de presupuesto por programas, examina los informes del Consejo Ejecutivo, entre otras cuestiones.

El segundo órgano que lo compone es el Consejo Ejecutivo. Dicho órgano se encuentra conformado por treinta y cuatro expertos en el campo de la salud designados por los diferentes Estados miembros elegidos a su vez por la Asamblea Mundial de la Salud. Los miembros del Consejo Ejecutivo son elegidos por un plazo de tres años. El Consejo se reúne por lo menos dos veces al año. Las principales funciones del mismo consisten en dar efecto a las decisiones y políticas de la Asamblea de la Salud; y el tercer órgano es la Secretaría que constituye un órgano meramente administrativo.

56 GALLEGO HERNÁNDEZ, Ana Cristina, *El Derecho Internacional de la salud a la luz de la paz y seguridad internacionales*, cit., pág. 30.

57 España comienza a formar parte de la OMS desde el 28 de mayo de 1951.

58 ONU – Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <https://apps.who.int/gb/gov/sp/>.

La Organización Mundial de la Salud ha tenido un importante papel global en materia de salud pública, convirtiéndose en un destacado referente internacional de cara a todos los países del mundo, en lo que concierne a la gestión y el registro de enfermedades, y en general de la prevención y salvaguarda de la salud. Entre sus hitos históricos habría que destacar los siguientes⁵⁹:

- El descubrimiento de los antibióticos en la década de los años cincuenta del siglo XX. Será la Organización Mundial de la Salud la encargada de promocionar su uso responsable entre los Estados.
- En el año 1988 se propone la Iniciativa Mundial de la Erradicación de la polio, en un momento en el que esta enfermedad perjudicaba de manera ostensible a un volumen importante de la población, consiguiendo en este punto unos resultados óptimos en lo relativo a su control y disminución de su presencia.
- Direccionar una importante campaña de vacunación en el año 1979, que duró algo más de una década para erradicar la viruela.
- Propulsar una estrategia a nivel mundial para erradicar la tuberculosis en el año 1995.
- La creación de un fondo mundial en el año 2001 para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Dicho fondo es un mecanismo de asociación organizado por la Organización Mundial de la Salud y otros organismos de la ONU, además de otros donantes.
- El vasto trabajo para erradicar la mortalidad infantil a nivel mundial, con la consecución de resultados óptimos,

59 ONU – Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/history>.

a través de negociaciones llevadas a cabo en muchos países subdesarrollados para apostar por políticas de paz y garantizar un abastecimiento mínimo de alimentos y medicinas en colaboración con ONG's.

- Es en el año 2012, cuando los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud conforman un plan de actuación común para luchar contra las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes.
- La gestión del virus Ébola registrado en África Occidental, donde la Organización Mundial de la Salud despliega todo un arsenal de medios para contener el virus.
- La gestión de la pandemia por la COVID-19.

De lo esgrimido anteriormente, se puede observar la singular importancia de la Organización Mundial de la Salud en materia de salud pública para poder luchar de forma organizada y conjunta con la totalidad de los Estados miembros que la conforman, con el fin de promover el puntual cumplimiento del objetivo último que representa la preservación y la salvaguarda de la salud.

La Organización Mundial de la Salud tiene un papel fundamental que incide directamente en el modo en el que cada Estado protege la salud de sus ciudadanos, esto influye directamente en el contenido normativo de las políticas públicas que se van a adoptar sobre otros asuntos vinculados con ella que implican en cualquier caso la posibilidad de incidir directamente en la realización y el ejercicio de los derechos fundamentales del individuo. A modo de ejemplo, la gestión de la crisis de la pandemia de la COVID-19 tiene una incidencia directa en relación con el contenido normativo de determinados derechos fundamentales, con el único fin de proteger la salud de los ciudadanos; esta incidencia no es, sin embargo, por poner un ejemplo, la misma en el marco del ordenamiento jurídico español, que la que puede ser en el marco del sistema jurídico francés, siendo sin embargo, ambos países vecinos, que

ostentan la común condición de miembros de la Organización Mundial de la Salud y son Estados parte igualmente de la Unión Europea, lo que a simple vista permitiría pensar en una respuesta común⁶⁰. Con todo ello, se desprende la relevancia que tiene la Organización Mundial de la Salud, y cómo inciden sus informes y sus valoraciones sobre el marco normativo en materia de salud en cada Estado.

La Organización Mundial de la Salud gestiona sus políticas internacionales de salud a nivel global, a través de su posicionamiento mundial conformado por más de siete mil funcionarios y la existencia de ciento cincuenta sedes repartidas por todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud trabaja en el concepto de la cobertura sanitaria universal, que resultará directamente asumido como una prioridad para garantizar la correspondiente asistencia médica a cualquier persona y en cualquier parte del mundo en que pudiera en cada momento y circunstancia encontrarse; también trabaja en el marco de las enfermedades no transmisibles (cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etcétera), con el objeto de prevenirlas a través de la activación de políticas conjuntas con cada Estado, teniendo siempre presente en cualquier caso la costumbre y los hábitos sociales existentes en los mismos; en la misma línea de las enfermedades, también incide en su lucha contra las enfermedades infecciosas, con el ánimo de encontrar tratamientos eficaces y vacunas que actúen como escudo protector frente a una posible propagación; finalmente una de las principales tareas de la Organización Mundial de la Salud es promocionar, preservar y salvaguardar la salud a lo largo del ciclo de la vida a través de una importante campaña general

60 En España se decretó el Estado de Alarma por medio del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 y que lo hacía de acuerdo con la L.O. 4/1981 y, concretamente, con el artículo 6 de dicha norma, era acordado en el Consejo de ministros y a través de la figura del decreto. El Real Decreto contiene todas aquellas medidas iniciales que se adoptaron en sus artículos del 7 al 19. Publicado en el Boletín Oficial del Estado, núm. 67, de 14 de marzo de 2020.

que informe adecuadamente sobre los riesgos ambientales existentes y que tome en la debida consideración todos los determinantes sociales que inciden sobre la salud de las personas.

En esta última década, la salud urbana se ha convertido en una prioridad creciente para la Organización Mundial de la Salud, y la magnitud de los problemas que conlleva implica que los enfoques para afrontarlos deben ser estratégicos, multisectoriales y coordinados. La Organización Mundial de la Salud aborda la problemática de la salud urbana de una manera transversal centrada en el objetivo que representa el mejoramiento de la calidad del aire, el agua y el saneamiento, así como de otros determinantes ambientales; la planificación urbana saludable; los entornos más sanos y sin humo; la movilidad segura y saludable; la prevención de la violencia y los traumatismos; las dietas saludables; la gestión medioambiental de las enfermedades; y la preparación y respuesta ante la eventualidad de posibles emergencias que se produzcan en las zonas urbanas. También es un asunto absolutamente prioritario hacer frente a los riesgos y a las necesidades de grupos específicos de población que resulten especialmente vulnerables, con mención particular entre ellos a los menores, a los mayores y a los inmigrantes.

El carácter interrelacionado de los problemas de salud urbana implica que las medidas adoptadas en relación con un concreto sector de la población puedan beneficiar en cualquier caso también de manera indirecta a muchos otros. Hablaríamos en este sentido de un efecto hasta cierto punto expansivo de las referidas medidas. Sea como fuere, lo cierto es que la adopción de las mismas representa una elemental exigencia de justicia que, como tal, bien podría contribuir a asegurar el incremento del bienestar general, con su consiguiente repercusión en el ámbito de la salud. Con el propósito de respaldar a los Estados Miembros en la atención de las prioridades mencionadas, la Organización Mundial de la Salud apoya la mejora del conocimiento fundamentando así que las entidades reguladoras puedan adoptar decisiones informadas en relación con los riesgos sanitarios. La Organización Mundial de la

Salud proporciona herramientas y orienta sobre las medidas eficaces y respalda el seguimiento de los principales indicadores sanitarios. Además, la Organización Mundial de la Salud lidera y desarrolla toda una serie de actividades colaborativas que promueven los intercambios entre ciudades, y contribuye a la elaboración de marcos institucionales y normativos que puedan considerarse idóneos para la buena gobernanza urbana en pro de la más eficaz preservación de la salud y el afianzamiento del bienestar de las personas en los entornos urbanos.

Para concluir, la ONU no solo cuenta con la Organización Mundial de la Salud como el único brazo defensor de la salud, sino que también goza de la institucionalización de otras Organizaciones que, de una forma o de otra, también protegen la salud. Un ejemplo de ello lo constituye ONU-SIDA, que se encarga de proteger y de velar por los derechos de las personas contagiadas con la enfermedad del SIDA; también es destacable la figura de ECOSOC, compuesta por la Asamblea General y el Consejo Económico y Social, que en muchos aspectos aborda de forma directa cuestiones relacionadas con la salud; también es destacable la figura de UNICEF, cuyo objetivo constitutivo específico es proteger a la infancia en los distintos ámbitos que la afectan; o incluso el papel que desempeña ONU-HABITAT como organismo encargado de velar por la salvaguarda de la dignidad en el ámbito de la vivienda o todas las infraestructuras que determinan la salubridad de un determinado lugar (alcantarillado, agua, electricidad, etcétera).

CAPÍTULO II. SALUD PÚBLICA Y URBANISMO. UNA SIMBIOSIS NECESARIA EN LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL CIUDADANO

1. La importancia del urbanismo como medio para preservar la salud. Especial referencia al modelo de la ciudad inteligente (*Smart City*)

La figura del urbanismo desempeña un papel fundamental en lo que estrictamente concierne a la configuración actual de las ciudades, pero también debe considerarse como un elemento esencial que sirva con sus diferentes modulaciones para preservar, o en su caso perjudicar, la salud de los ciudadanos. En ocasiones, el urbanismo puede producir desde luego impactos negativos relevantes de manera directa sobre la salud de los habitantes. Es esta una realidad constatable a través de las distintas experiencias. Ante este contexto, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cómo afecta el urbanismo a la salud de las personas?.

En gran medida, el estado de la salud de los individuos está influenciado por la presencia de una serie de factores de muy distinta naturaleza y entidad. En primer lugar, destacan los factores intrínsecos que son propios de cada individuo en su consideración singularizada, como son sus condiciones patológicas propias, su predisposición genética con respecto a sufrir una u otra patología y los diferentes hábitos adquiridos a lo largo de su existencia, que en ocasiones pueden

llegar a ser muy nocivos para la salud. Por otro lado, debemos prestar atención a los que podríamos considerar como los factores extrínsecos, los cuales están relacionados con circunstancias externas en principio al componente personal del propio sujeto.

Estos últimos están influenciados por cuestiones de muy distinta índole, como pueden ser el lugar de nacimiento, el desarrollo personal, el entorno laboral y el conjunto de circunstancias que conforman el proceso de envejecimiento del individuo. Resulta no obstante matizable esta distinción porque también la predisposición genética a padecer una u otra enfermedad podría calificarse como circunstancia externa si ponemos el acento en la no intervención de la voluntad del sujeto en la configuración de la referida circunstancia. Su incorporación al ámbito de los factores intrínsecos cobra no obstante sentido por ser un elemento consustancial a la identidad del individuo. En este sentido la distinción entre factores intrínsecos y factores extrínsecos se desvincularía de la idea de la intervención de la voluntad del individuo en la configuración de la circunstancia en cuestión, y mostraría el carácter hasta cierto punto interrelacionado de los unos y de los otros. Así, los hábitos individuales representarían una circunstancia intrínseca condicionada sin embargo en muy amplia medida por el factor extrínseco que puede representar el entorno social que le induce al individuo con sus propuestas y modelos a seguir sus hábitos de conducta en una u otra dirección.

Las causas extrínsecas dependen de los distintos elementos que conforman el entorno socioeconómico, cultural y político, así como por las circunstancias concretas en que se desarrollan las condiciones laborales, la disponibilidad de los servicios de salud, la seguridad y las condiciones de la vivienda, entre otros factores relevantes. El Preámbulo de la ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública lo expresa de manera muy nítida al indicar que: “la salud humana depende en gran medida del entorno en el que se desenvuelve la vida y por tanto es esencial la salubridad de los alimentos, el agua y el aire. Pero el entorno en el que se desenvuelve la vida humana no está constituido exclusivamente

por el medio natural, sino que hay que considerar también el entorno socialmente construido conformado por la vivienda, el lugar de trabajo, el colegio, los lugares de ocio, la ciudad en su conjunto y los estilos de vida”.

La alusión a la ciudad en su conjunto resulta particularmente relevante en este punto. Por lo demás, como ya hemos mencionado anteriormente, la problemática de la salud no se limita únicamente al objetivo de primer orden que ciertamente representa la ausencia de enfermedades, sino que también abarca en su concepto más integral a todas aquellas cuestiones que afectan en mayor o menor medida a la prevención y a la promoción de la salud en general, lo que determina la conformación de la salud pública como una auténtica realidad integral.

Dentro del ámbito de la salud pública se trabaja desde luego en el marco de la mejora de la salud en la población. Esta apuesta va más allá de la necesaria consideración de los aspectos individuales intrínsecos que conforman la suma total de dicha población. Este compromiso de trabajar de manera decidida en la mejora de la salud de la población se logra a través de la puesta en marcha de un enfoque decididamente intersectorial. Este enfoque permite que las distintas ramas de la gestión pública que tienen en alguna medida un efecto directo sobre la salud trabajen de manera conjunta y coordinada, teniendo muy presente en cualquier caso el sentido último de su actuación⁶¹. Esta colaboración intersectorial constituye una de las claves fundamentales para poder llegar a alcanzar con éxito el objetivo establecido en materia de salud pública.

En el contexto español, donde rige un modelo descentralizado, la gestión de lo que comúnmente se denomina los “entornos saludables” recae principalmente en manos de las administraciones locales. Estas administraciones, debido a las competencias que ejercen, desempeñan

61 ALCANTARA MORENO, Gustavo, “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”, cit., pág. 96.

un papel de gran importancia, ya que influyen con un peso muy relevante en aspectos relacionados con la vivienda, la planificación urbana, la movilidad y la participación ciudadana. Estos aspectos tienen un impacto directo en la salud pública y repercuten, en consecuencia, en la salud de los ciudadanos. Todo ello puede generar desigualdades afectando en la salud de la población debido a las condiciones sociales específicas que rodean a cada área geográfica.

A modo de ejemplo, no son las mismas necesidades sociales las que resultan observables en el ámbito urbanístico de un barrio concreto en un área con una gran dotación de infraestructuras y servicios municipales, en yuxtaposición con lo que pudiera detectarse en otro barrio ubicado en el extrarradio de la ciudad con problemas de aparcamiento, o con viviendas que se sitúan fuera de los actuales parámetros de construcción, dentro del mismo término municipal con un alto índice de densidad poblacional. Este ejemplo ilustra la circunstancia de que, entre ciudadanos de un mismo país, de una misma Comunidad Autónoma, de una misma provincia e incluso de un mismo término municipal se pueden generar graves desigualdades que afectan directamente a la salud de los miembros de la misma ciudad⁶².

La desigualdad tiene en este punto, una proyección inmediata en función de los diferentes factores que pudieran concurrir en cada una de las circunstancias que escapan en ocasiones a las mismas demarcaciones geográficas. Y es que no son tanto en estos casos las demarcaciones geográficas las que se encuentran en el origen de las desigualdades sino la propia estructura y organización de la demarcación geográfica en cuestión. Es este un aspecto de fundamental relevancia, porque, además de lo que significa de patente injusticia y discriminación entre los ciudadanos, puede incidir, precisamente por la proximidad de los

62 LEMA AÑÓN, Carlos, “Los desafíos del derecho a la salud: justicia social y condicionantes sociales de la salud”, en Silvina Ribotta, Andrés Rossetti, Rafael de Asís Roig (coords.), *Los derechos sociales y su exigibilidad: libres de temor y miseria*, Dykinson, Madrid, 2015, págs. 300-302.

entornos afectados, en el estado de ánimo de quienes lo sufren, con la consiguiente incidencia adicional que ello pudiera suponer sobre el estado de la salud de los individuos.

Es evidente que, en España, en las últimas décadas, hemos sido testigos de un proceso de progresiva despoblación de las zonas rurales, que en otro tiempo constituían relevantes núcleos de vida social con una migración acentuada y constante de sus habitantes originarios hacia los grandes núcleos urbanos. En el siglo XXI, esta tendencia se ha consolidado decididamente, con un claro predominio de la vida urbana en el entorno físico de la población. Esta realidad innegable exige desde luego que se preste una mayor atención a la realización del objetivo que representa la promoción de la salud pública y, por consiguiente, a la consideración de todos aquellos aspectos que influyen y afectan directamente en la salud de la población.

El urbanismo y la planificación urbana de las ciudades se han convertido en una pieza clave de gran importancia destinada a garantizar el bienestar y la salud de la población. Históricamente, este vínculo entre urbanismo y salud pública resultaba desde luego evidente. Por ejemplo, en el año 1844, en la ciudad de Manchester se llevó a cabo un estudio urbanístico en el que se categorizó el conjunto de las calles en tres grupos. Se descubrió que las calles consideradas por el referido estudio como calles de tercera categoría presentaban un índice de mortalidad que resultaba cuatro veces mayor que el índice de las cifras que presentaban las calles de la primera categoría. En una publicación del reconocido filósofo Friedrich Engels se pudo por lo demás contrastar que, en la ciudad de Liverpool en el año 1840, los hombres de la baja aristocracia tenían un promedio de vida de treinta y cinco años, mientras que los hombres de negocio y los artesanos lo tenían de escasamente unos veintidós años y los jornaleros no pasaban del promedio de quince años. Evidentemente, más allá de la mayor o menor percepción que en ese momento pudieran tener quienes la experimentaban, era ésta una situación insostenible por la flagrante injusticia que representaba.

La solución a este problema se encontró en la aprobación de las primeras leyes sanitarias y urbanísticas que han derivado, con el paso del tiempo, en la conformación del modelo de urbanismo moderno que conocemos en la actualidad. Es evidente que lo que se ha reconocido como los prolegómenos del urbanismo entendido como ciencia autónoma, surgió de una necesidad que dio lugar al concepto de salud pública, configurado como el conjunto de elementos y mecanismos de distinta índole habilitados con el fin de preservar la salud de la población tras el éxodo de masas ingentes de individuos de las zonas rurales a las grandes áreas industrializadas en consonancia con el discurrir del fenómeno que representaba la revolución industrial.

Con el transcurso de los años, el urbanismo ha experimentado una gradual separación de la figura que dio lugar a su origen, que se encuentra en muy buena medida arraigada a la idea de salud pública. Este distanciamiento fue particularmente evidente en buena parte del siglo XX. Sin embargo, en la actualidad, observamos una acentuada tendencia en el urbanismo a reinventarse en su configuración como una ciencia auténticamente pluridisciplinar en donde interviene, en una medida ciertamente significativa, la atención a la salud pública. Ello es debido a que con el paso del tiempo se ha reconocido cada vez más la presencia de diversos factores que influyen directamente sobre el nivel de la salud de la población en los entornos urbanos.

La población de los grandes núcleos urbanos debido al impulso de los cambios de hábitos sociales, la movilidad y un cambio considerable experimentado en el concepto de felicidad y bienestar social⁶³, establece una relación decididamente complementaria con su entorno urbano,

63 Especialmente significativo es, a este respecto, el tránsito experimentado desde una idea de bienestar de signo marcadamente consumista hacia una idea sostenida en valores medioambientales. A ello ha contribuido ciertamente la constancia de las dificultades que encontraba el Estado para poder satisfacer las demandas crecientes que generaba la competencia sindical. El cambio de sistema de valores supone desde luego un replanteamiento del sentido de la propia vida por parte de

generando así un vínculo intrínseco con los diferentes elementos que integran la idea de la salud pública. Esto nos lleva a volver a la consideración de los orígenes de la simbiosis entre la salud pública y el urbanismo en lo tocante a la planificación de las ciudades.

En el ámbito de la salud pública y el urbanismo se están haciendo cada vez más evidentes importantes deficiencias, especialmente en lo que respecta a la esfera de la salud. La sociedad actual de forma constatable se enfrenta a múltiples desafíos notables, entre los cuales destacan: la transición demográfica caracterizada por un marcado envejecimiento de la población, la existencia de una baja tasa de natalidad en relación con el nivel observable en épocas pretéritas que por lo demás tampoco resultan tan lejanas y un considerable aumento de la esperanza de vida, sostenido en buena medida en la acción de los avances médicos y farmacéuticos pero también en la generalizada adopción de estilos de vida más saludables; la transición epidemiológica que implica un importante cambio en el transcurso de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles; el éxodo de un alto número de individuos desde las zonas rurales de los que son originarios hacia las ciudades en las que encuentran un nuevo horizonte vital caracterizado por la presencia de mayores expectativas para su bienestar y su progreso personal; la contaminación ambiental y el cambio climático. Todos estos factores subrayan la cada vez más acuciante necesidad de una profunda transformación en el desarrollo urbano para abordar estos retos de manera efectiva y garantizar la preservación de la salud y el bienestar de la población urbana⁶⁴.

La interacción entre salud pública y el urbanismo destaca la influencia significativa del entorno urbano en la capacidad de toma

los diferentes individuos. Pero es también un replanteamiento inducido en buena medida por el fracaso en la realización del sistema alternativo.

64 OSORIO GARCÍA DE OTEYZA, Miguel; JIMENEZ SOSA, Miriam y FUENTES LARA, María Cristina, “Retos para la integración de las personas inmigrantes en las *Smart Cities*: El caso de Madrid”, *Cuadernos geográficos de la Universidad de Granada*, Vól. 60, núm. 1, 2021, pág. 245.

de decisiones de la población en relación con determinadas prácticas o hábitos de vida que tienen un impacto directo sobre la salud. En los últimos años, el urbanismo ha experimentado un avance cualitativo notable especialmente con la adopción del modelo que se ha venido a reconocer con la denominación de *Smart city* o ciudad inteligente.

Se subraya, no obstante, la opción terminológica que a la manera del Decreto Ley 179/2012 italiano representa sustituir la expresión ciudad por la expresión comunidad, en el sentido que llevaría a hablar de comunidad inteligente. Opción que entiende Marina Caporale que “más que valorizar la dimensión de la ciudad y los derechos de los particulares, quiere que no se vincule a un único término (ciudad, en el caso) una posible dimensión institucional de la smartness (municipio, por ejemplo)”⁶⁵. Mas allá de la consideración que se le quiera dar al alcance del concepto, se ha impuesto en cualquier caso en la terminología de los especialistas la estricta referencia a la idea de ciudad inteligente.

Este concepto ha sido objeto de un amplio debate entre expertos desde la década de los noventa del siglo pasado, y, hasta la actualidad, no se ha alcanzado todavía una definición unitaria que permita utilizarlo con una precisión absoluta en el debate social. Sin embargo, la esencia de una ciudad inteligente radica en su capacidad para utilizar las ventajas que proporciona la utilización de la tecnología y la información de manera innovadora con el objetivo de mejorar la calidad de vida de sus habitantes y la sostenibilidad de su entorno urbano. Se subraya en este sentido que al surgimiento y expansión de la idea de la *Smart City* le subyace “la necesidad de revisar el concepto y la organización de nuestras ciudades frente a la transformación radical que han padecido en las últimas

65 CAPORALE, Marina, “El régimen de las smart cities en Italia”, en Fernando García Rubio (coord.), *Las nuevas perspectivas de la ordenación urbanística y del paisaje: smart cities y rehabilitación. Una perspectiva hispano-italiana*, Fundación Democracia y Gobierno Local, Barcelona, 2017, pág. 207.

décadas, tanto a nivel demográfico, territorial y social, como a nivel de gobernanza económica y política”⁶⁶.

Con todo, el carácter valorativo que en sí misma lleva la calificación de una ciudad como inteligente ha contribuido a difuminar en buena medida los rasgos del concepto. Susana Eva Franco muestra ese carácter hasta cierto punto subjetivo de la noción que nos ocupa cuando señala que: “el concepto de *Smart city* no es unívoco, ni existe una definición legal del mismo. Son muy diversas las entidades, tanto nacionales como internacionales de naturaleza jurídico pública como también privada, que elaboran listados propios de ciudades que en la medida en que reúnen una serie de ítems e indicadores evaluados por ellas, las califican de ciudad inteligente y las sitúan en un puesto correspondiente de su ranking”⁶⁷. Esa dependencia de indicadores en principio tendenciales y relativamente inconcretos no podría en efecto dejar de derivar en una cierta imprecisión conceptual alentada por la fuerza emotiva de la noción.

De las múltiples definiciones que han aparecido a lo largo de estas últimas décadas, habría que destacar que con el rótulo de *Smart city* podemos hacer referencia a “una ciudad que integra la economía, la movilidad, el medio ambiente, la administración y la ciudadanía a través de un enfoque sostenible, inteligente, coordinado y complejo. Es de subrayar que el carácter multidisciplinar y omnicomprensivo de una *Smart city*, no sólo atañe a su organización, sino también a los resultados de esta, a sus proyectos, medidas, soluciones y estrategias sostenibles, teniendo que asumir un carácter interdisciplinar según evoluciona, esto último, siempre que la *Smart city* integre los conocimientos de las diferentes

66 FACCIOLI, Carlotta, *Calidad del aire y ciudad inteligente (Smart City). La protección de la calidad del aire como motor para el desarrollo urbano sostenible*, Atelier, Barcelona, 2020, pág. 26.

67 FRANCO ESCOBAR, Susana Eva, “Luces y sombras de la administración electrónica para la Smart cities”, en Fernando García Rubio (coord.), *Las nuevas perspectivas de la ordenación urbanística y del paisaje: smart cities y rehabilitación. Una perspectiva hispano-italiana*, cit., pág. 260.

áreas de influencia, ofreciendo una visión compleja, estructurada y unívoca. En consecuencia, el siguiente paso en la evolución de la ciudad inteligente es la aplicación de un enfoque transdisciplinario que va más allá de la separación entre disciplinas, unificando el conocimiento y las herramientas de todas las áreas involucradas, sintetizando todos los elementos y las variables bajo un único concepto, la *Smart city*”⁶⁸.

Son relevantes las definiciones de ciudad inteligente destacadas por Naciones Unidas en su programa Hábitat en el que se definen como “aquellas ciudades con una infraestructura económica, institucional, social y física inteligentes, que aseguran la centralización de sus ciudadanos en un ambiente sostenible; se refieren a características clave definidas por distintos factores, p.ej. economía inteligente, movilidad inteligente, personas inteligentes, ambiente inteligente, vivienda inteligente, Gobierno inteligente; y se enfocan en el uso estratégico de la nueva tecnología y los acercamientos innovadores para mejorar la eficiencia y competitividad de las ciudades”. Una definición del Focus Group sobre Ciudades Inteligentes Sostenibles de la Unión Internacional de Telecomunicaciones señala que una ciudad inteligente sostenible es “una ciudad innovadora que utiliza las TIC’s y otros medios para mejorar la calidad de vida, eficiencia de las operaciones y servicios urbanos, y competitividad, a la vez que satisface las necesidades de las generaciones presentes y futuras con respeto a los aspectos económicos, sociales y ambientales”⁶⁹.

Una vertiente de la doctrina contemporánea pone en particular el acento en relación con la definición de las ciudades inteligentes en el empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación avanzadas

68 FACCIOLO, Carlotta, *Calidad del aire y ciudad inteligente (Smart City). La protección de la calidad del aire como motor para el desarrollo urbano sostenible*, cit., pág. 34.

69 ONU-HABITAT, Temas Habitat. III. 21- Ciudades Inteligentes, 2015, pág. 1. Disponible en: <https://observatoriohabitat3dotorg.files.wordpress.com/2016/05/6-4-ciudades-inteligentes.pdf>

incluyéndose en su desarrollo y gobernabilidad dispositivos de hardware inteligente, redes móviles 4G/5G, la WIFI, las tecnologías Big Data para almacenar datos y aplicaciones de móviles y herramientas para el análisis de los datos masivos⁷⁰. Pero esa consideración singularizada supone una visión hasta cierto punto restrictiva del valor y de las posibilidades de sensible mejoría que ofrece la idea de *Smart City* como modelo que lleva asociada la “necesaria interacción social, económica, ambiental, por consiguiente, gubernamental”⁷¹.

En este sentido, ha señalado Juana Morcillo Moreno: “Lo verdaderamente importante para que una ciudad sea Smart no es tanto la coexistencia de diversos elementos, sino su verdadera integración en efecto, la mera inversión en capital humano y en infraestructura de comunicación de poco sirve si no se acompaña de una adecuada gestión de los recursos naturales para aumentar la calidad de vida de los ciudadanos y garantizar la sostenibilidad ambiental. Y en tal proceso es fundamental un gobierno preparado y participativo, razón por la que las *Smart cities* se están convirtiendo en una de las herramientas más poderosas de las políticas públicas. Así pues, una base sólida de las *Smart cities* plantea una síntesis efectiva entre los siguientes cuatro ejes: población, economía, medio ambiente y gobierno. Simbiosis que implicara también la adopción de decisiones que aminora posibles dificultades”⁷².

De entre los elementos comunes presentes en toda definición de Smart city cabe desde luego destacar el empleo de las tecnologías de la

70 SANTIAGO IGLESIAS, Diana, “Iniciativas para un futuro urbano sostenible: las *smart cities*”, en Tomás Quintana López (Dirección) y Ana Belén Casares Marcos (coordinación), *Urbanismo sostenible. Rehabilitación, regeneración y renovación urbanas*, Tirant lo blanch, Valencia, 2016, págs. 679 y 680.

71 MORCILLO MORENO, Juana, “Sostenibilidad ambiental, energía y movilidad urbana: a propósito de las ciudades inteligentes”, en Fernando García Rubio (Coord.), *Las nuevas perspectivas de la ordenación urbanística y del paisaje: smart cities y rehabilitación. Una perspectiva hispano-italiana*, cit., pág. 221.

72 *Ibidem*, págs. 221-222.

información y la comunicación en “los espacios públicos urbanos para conseguir determinadas finalidades de interés público como puede ser la mejora de las infraestructuras y servicios públicos desde un punto de vista del desarrollo sostenible, así como de eficacia y eficiencia”⁷³. Estas tecnologías son herramientas eficaces para construir un entorno que comúnmente haya de ser asumido como saludable donde el ciudadano pueda desarrollarse de forma satisfactoria para dar cuenta de las condiciones que conforman su concreta personalidad y en sintonía con el medio ambiente.

Esta idea no es en sí misma ciertamente la finalidad predicable de toda *Smart city*, sino que es más bien una base para el desarrollo y optimización de los servicios públicos en favor del inderogable objetivo que constituye la realización del bienestar de los ciudadanos; una herramienta complementaria a las que representan las políticas y las buenas prácticas aplicables según las específicas exigencias de cada ciudad⁷⁴. No se debe confundir en este punto la finalidad con lo que puedan constituir el instrumento o los instrumentos más idóneos para alcanzar su más plena realización. Un instrumento, por lo demás limitado, que debe ser correctamente enderezado en función del referido carácter instrumental. Y es que, como bien se ha dicho, su utilización “no pretende ser una ostentación de los conocimientos científicos, del poderío tecnológico, sino que solo busca hacer más fácil y cómoda la vida cotidiana, y en consecuencia mejorar la calidad de vida del ciudadano”⁷⁵.

73 AGUADO i CUDOLÀ, Vicenç, “Los servicios de interés general en la ciudad inteligente: ¿una prestación más eficiente a costa de mayores desigualdades sociales?”, en Vicenç Aguado i Cudolà, Vera Parisio y Oscar Casanovas i Ibáñez (directores), *El derecho a la ciudad: el reto de las smart cities*, Atelier, Barcelona, 2018, págs. 110-111.

74 FACCIOLO, Carlotta, *Calidad del aire y ciudad inteligente (Smart City). La protección de la calidad del aire como motor para el desarrollo urbano sostenible*, cit., pág. 36.

75 *Ibidem*, pág. 38.

Otros puntos de conexión entre las nociones de ciudad inteligente son: a) la sensibilidad hacia temáticas ambientales, b) la sostenibilidad vista desde una triple vertiente. La energética que vela por un incremento de energía renovable y la eficiente gestión de los recursos naturales; la social que tiene como objetivo la participación ciudadana en la toma de decisiones para una mejor satisfacción de sus necesidades detectadas, y la funcional, que permite el desarrollo dinámico de la ciudad conforme a las exigencias que genera la tutela al medio ambiente; c) la integración entre los diferentes niveles administrativos, entre el sector público y privado y entre los ciudadanos. En esta línea, parte de los analistas de las *Smart Cities* ponen de manifiesto su marcado componente social definiéndola como un modelo de ciudad “accesible, amigable, asequible, eficiente, inclusiva, integradora, participativa, segura y sostenible”⁷⁶. Estaríamos en definitiva ante la idea de “un nuevo paradigma de ciudad”⁷⁷.

El profesor José Miguel Fernández Güell ha identificado una serie de beneficios y riesgos que se encuentran, en cualquier caso, inherentes a los modelos de ciudades inteligentes. Estos aspectos pueden influir significativamente en el desarrollo y la implementación de tales iniciativas⁷⁸:

En relación con los beneficios, es necesario destacar los siguientes aspectos:

- Mejora la eficacia y eficiencia de las Administraciones Públicas al optimizar la gestión de los recursos y los servicios.

76 QUINCOCES SOLER, Juan Luis, “Accesibilidad y ciudades inteligentes”, *Economía industrial*, núm. 395, 2015, pág. 127.

77 FACCIONI, Carlotta, *Calidad del aire y ciudad inteligente (Smart City). La protección de la calidad del aire como motor para el desarrollo urbano sostenible*, cit., pág. 25.

78 FERNÁNDEZ GÜELL, José Miguel, “Ciudades inteligentes. La mitificación de las nuevas tecnologías como respuesta a los retos de las ciudades contemporáneas”, *Economía industrial*, núm. 395, 2015, págs. 22-23.

- Permiten analizar el funcionamiento de la ciudad gracias a una ingente cantidad de datos generados en tiempo real por sensores, e incluso por los mismos ciudadanos. Ello permite analizar de forma más precisa el funcionamiento de la ciudad y tomar decisiones más informadas.
- Con la implantación de tecnología inteligente se reducen los costes asociados al mantenimiento de edificios e infraestructuras, así como disminuir la congestión en los sistemas de transporte y mejorar la seguridad ciudadana.
- Mejoran la calidad de vida de los ciudadanos al proporcionar servicios más personalizados y alineados con las necesidades de la demanda mejorando la calidad de vida de sus ciudadanos.
- Constituyen una vía para la innovación al servir como plataforma para el desarrollo y la implementación de soluciones tecnológicas avanzadas.
- Aumenta la información y la transparencia en la gestión de la ciudad, lo que permite fortalecer la confianza por parte de los ciudadanos.

En cuanto a los riesgos, es pertinente mencionar los siguientes:

- La implementación de las nuevas infraestructuras y las tecnologías inteligentes suelen requerir en un momento inicial, inversiones significativas con retornos a largo plazo, lo que puede llegar a producir un desequilibrio presupuestario para las arcas municipales. La solución a esta situación tendrá que pasar por la cofinanciación con otras entidades involucradas en el proyecto.
- Algunas de las inversiones en los proyectos de las ciudades inteligentes van a resultar desproporcionadas en relación con los beneficios que generan.

- Muchas iniciativas se van a centrar en resolver problemas concretos y específicos en lugar de abordar de manera integral los desafíos urbanos, lo que puede limitar su impacto general.
- La recopilación masiva de datos y la vigilancia no consentida permite plantear serias preocupaciones sobre la privacidad de los ciudadanos, lo que requiere una atención cuidadosa y regulaciones más adecuadas.

En definitiva, las ciudades inteligentes presentan toda una serie de beneficios y ventajas significativas, pero también suponen la irrupción de desafíos relevantes que deben ser abordados de manera responsable para garantizar que estas iniciativas sean fuente de beneficios y resulten a su vez respetuosas con las exigencias que impone la realización puntual de los derechos de los ciudadanos. Nos encontramos en este punto ante un fenómeno que representa una indiscutible oportunidad para la mejora social, pero que reclama también una cierta prudencia y habilidad por parte de los ciudadanos y de los poderes públicos para no caer en los riesgos evidentes que encarnan.

Este modelo de ciudad va orientado hacia la consecución de un desarrollo sostenible, equilibrado y eficiente. Se ha señalado en este punto el carácter “inseparable” de los conceptos de ciudad inteligente y de sostenibilidad, configurándose este como su “principal parámetro identificador”⁷⁹. Podría en realidad decirse que las circunstancias ambientales han ubicado a la sostenibilidad como un principio básico de la acción pública a la que no le es ciertamente ajena la habilitación de todos los elementos que conforman la idea de las ciudades inteligentes.

La población que reside y trabaja en las grandes ciudades está experimentando un aumento considerable marcado además por una tendencia que parece decididamente imparable. Sin embargo, es importante reconocer que no todas las regiones del planeta son iguales,

79 MORCILLO MORENO, Juana, “Sostenibilidad ambiental, energía y movilidad urbana: a propósito de las ciudades inteligentes”, cit., pág. 243.

lo que da lugar a toda una serie de desigualdades locales y regionales que están inevitablemente influidas por la cantidad y la calidad de los recursos disponibles y mediante las dinámicas comerciales que puedan establecerse con otras áreas geográficas. Esta diversidad marca ya una cierta discriminación en el punto de partida que suele ser asumida en muchas ocasiones como una desigualdad natural, olvidando el papel que corresponde a los poderes públicos en la habilitación imperativa de políticas dirigidas a su erradicación, o, cuando menos, a la disminución de su intensidad y de sus consiguientes efectos.

Además, a ello se unen las acciones políticas llevadas a cabo por parte de los poderes públicos en relación con la economía, la sociedad, la asignación de los recursos disponibles, y se va paulatinamente tomando conciencia de que la administración del propio territorio desempeña un papel relevante en dicho contexto. La sostenibilidad urbana en el siglo XXI se presenta como el propósito determinante de marcar el camino a seguir para los países más desarrollados con el objetivo de garantizar un buen funcionamiento tanto de las grandes capitales como de ciudades medianas que son en cualquier caso relevantes por el tamaño poblacional o por su situación económica.

La idea de una ciudad sostenible no debe estar limitada únicamente al ámbito local o regional, sino que también debe considerarse la relevancia de su operatividad en un contexto nacional e internacional. Esto implica la idea de que se garantice un adecuado control del medio ambiente y que se lleve a cabo una gestión responsable de los recursos con que se cuenta en cada ámbito institucional. En última instancia, pensar en una ciudad y en una sociedad sostenibles es esencial para abordar los desafíos del presente y del futuro⁸⁰.

80 AZCONA, José Manuel, “La ciudad sostenible: el desafío en la construcción del siglo XXI”, en Carlos Ramón Fernández Liesa y Ana Manero Salvador (directores), *Análisis y comentarios de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2017, pág. 331.

En la actualidad, el concepto jurídico de ciudad inteligente no se encuentra completamente definido, y carece de definiciones sólidas de las que se pueda decir que tengan una relevancia dogmática significativa, en otras razones por el hecho cierto de que “cada ciudad plasma su sistema smart según sus exigencias y sus recursos económicos y humanos incentivando más a los sectores de influencia que lo precisan; por eso cada ciudad inteligente es diferente pero con unos comunes denominadores, como la implementación de las TIC’s, en particular, en las áreas de la administración, de la información y de los servicios en general”⁸¹. Su desarrollo aún no ha sido objeto de estudio en profundidad ni tampoco se ha tomado en la debida consideración por parte de la doctrina, ni por parte de los legisladores. Sin embargo, es innegable que, con el paso de los años, la noción de ciudad inteligente ha ido adquiriendo una cierta relevancia en el ámbito del derecho y está siendo objeto de interés y de estudio por parte de académicos y expertos en la materia. La indefinición de su significado parece no afectar en este punto, curiosamente, al sentimiento generalizado acerca de la necesidad de poner en marcha sus elementos estructurales.

La ciudad inteligente representa un modelo que desempeña un papel cada vez más fundamental en la mejora de la planificación urbana, la comprensión de los aspectos legales relacionados y la aplicación efectiva de la normativa vigente. A pesar de que el concepto de ciudad inteligente no ha sido recogido ni tomado tampoco implícitamente en consideración en numerosos y relevantes textos normativos, no se puede pasar por alto que, en el momento en que se logre una definición más sólida y se integre de manera definitiva su contenido en la legislación, su utilidad se verá reforzada considerablemente⁸². Es, en definitiva, un

81 FACCIOLO, Carlotta, *Calidad del aire y ciudad inteligente (Smart City). La protección de la calidad del aire como motor para el desarrollo urbano sostenible*, cit., pág. 38.

82 CASANUEVA MURUAÍS, Carla y CALVO LÓPEZ, Patricia, “Reflexiones sobre el concepto jurídico de ciudad inteligente”, en el X Congreso Nacional de la

concepto con un enorme potencial no suficientemente aprovechado que apunta a la configuración de un modelo fundamental en lo que se refiere al tema que nos ocupa.

Desde esta perspectiva jurídica de las ciudades inteligentes se describe una nueva realidad con problemas específicos que requieren la aprobación de una nueva regulación normativa que ofrezca soluciones jurídicas concretas a los mismos. Entre estos problemas, destacan la creciente intromisión en el ámbito de la privacidad de los ciudadanos, la creciente exposición de datos personales sensibles, el acceso y control de datos sensibles a gran escala, la necesidad de garantizar una efectiva participación ciudadana en la determinación y el encauzamiento de las políticas aplicables y la adopción de decisiones públicas automatizadas basadas en algoritmos que pueden ser propensos a sesgos de tipo discriminatorio. En definitiva, aunque el panorama jurídico de las ciudades inteligentes esté evolucionando, es evidente que este concepto está transformando en una medida ciertamente apreciable la forma en la que se aborda la legislación urbana inevitablemente condicionada por la necesidad de su acoplamiento a esta nueva realidad, y a la protección de los derechos de los ciudadanos en un entorno que se presenta cada vez más tecnológico y conectado.

Según las estimaciones de las Naciones Unidas, en pocos años, más del setenta por ciento de la población mundial residirá en centros urbanos. Este fenómeno está estrechamente relacionado con la densidad poblacional por kilómetro cuadrado y sus diferentes implicaciones para el mejor desarrollo de la convivencia social. El aumento de la densidad poblacional en zonas urbanas puede desde luego generar grandes problemas, y es por ello por lo que las instituciones públicas se enfrentan a un desafío de gran relevancia en la búsqueda de encontrar una solución

que garantice el bienestar y la salud de la población, partiendo de una nueva perspectiva urbanística.

En la actualidad, el campo del urbanismo ha experimentado una notable bifurcación en una doble vertiente. Por un lado, persiste lo que se reconoce como el urbanismo tradicional, encargado de la organización normativa del territorio, articulado todo ello a través de la correspondiente aprobación de las distintas leyes del suelo y los planes de ordenación del territorio- Por otro lado, ha emergido un nuevo paradigma en el urbanismo, una perspectiva centrada en la gestión urbana avanzada, enriquecida por la integración de tecnologías innovadoras.

Se puede afirmar que este enfoque del urbanismo se origina a partir del concepto de ciudades inteligentes, donde se pueda apreciar con absoluta nitidez que la tecnología desempeña un papel crucial como un agente de cambio que va más allá de los confines convencionales del urbanismo. Ante este contexto, se presta especial atención a la intersección entre el desarrollo urbano y la sostenibilidad medioambiental. Esto implica la búsqueda constante de soluciones para promover la movilidad eficiente, una gestión eficaz de los residuos, la promoción de la salud y otros factores cruciales para el bienestar de la vida urbana.

El crecimiento continuo de la población en las áreas urbanas plantea desafíos significativos, pero también ofrece como contrapartida un amplio abanico de oportunidades para replantear y redefinir la manera en que planificamos y gestionamos nuestras ciudades. Las ciudades inteligentes representan la puesta en práctica de un enfoque prometedor basado en las posibilidades que ofrece el uso de los avances en la tecnología y la sostenibilidad, con el propósito de mejorar la calidad de vida en los centros urbanos que se encuentran desde hace ya décadas envueltos en un panorama de constante crecimiento poblacional.

En este contexto, el nuevo urbanismo se manifiesta como un reflejo tangible de la evolución social y tecnológica de nuestra era. Al fusionar el tejido normativo con las diferentes aportaciones que proporciona la

innovación tecnológica, se forja un singular camino hacia el progreso urbano que, evidentemente, va más allá de la consideración de lo que constituye la mera infraestructura física. Este enfoque reconoce la complejidad inherente a las urbes modernas y abraza la oportunidad de transformarlas en entidades vivas y dinámicas que se adapten y se nutran tanto de las necesidades humanas como de las soluciones digitales.

En última instancia, el modelo que representa el nuevo urbanismo aspira a superar las limitaciones convencionales y a dar forma a las ciudades para que no solo funcionen de manera eficiente, sino que también inspiren y mejoren la calidad de vida de sus habitantes de una manera que, hasta hace poco, resultaba ciertamente inimaginable. Estamos ante un paradigma que busca abrazar el potencial prácticamente ilimitado que ofrece en la actualidad el imparable avance de la tecnología y la sostenibilidad para crear comunidades urbanas que resulten más conectadas, eficientes y gratificantes para la existencia de todos sus residentes.

La integración de una nueva forma de gestión urbana a través del concepto propuesto de *Smart City* no se centra en exclusiva en el campo estricto del derecho urbanístico, sino que va mucho más allá de él, pues no cabe una correcta adecuación de una ciudad inteligente si no se aplica directamente en las siguientes cuestiones: la gobernanza, la planificación urbana, la gestión pública, la tecnología, el medio ambiente, la proyección internacional, la cohesión social, la movilidad y el transporte, y el capital humano y la economía. Todos estos elementos que integran el objeto de trabajo en el desarrollo de una *Smart City*, es la salud y el bienestar social, así como contribuir en la construcción de una sociedad que pueda considerarse como una sociedad más feliz en los términos que nos proporciona la sociología.

Para poner en marcha todos los elementos que integran una *Smart City* es necesario contar con el apoyo que proporciona una correcta aplicación de las TIC's (Tecnologías de la Información y la Comunicación)

y además con una adaptación de las nuevas necesidades del urbanismo en la complejidad que presenta la amplia normativa que integra el derecho urbanístico en la actualidad; ciencia cuyo efecto jurídico depende de la heterogeneidad normativa que nace como consecuencia directa de la adaptación del modelo de la descentralización territorial, pues la verdadera repercusión del urbanismo sobre la ciudadanía se centra sobre todo en el ámbito local. Se subraya también en cualquier caso el carácter expansivo que tiene la ciudad como centro neurálgico de un orden político que trasciende la limitación de sus propias coordenadas geográficas. Oportunamente ha señalado en este sentido Carlotta Faccioli que: “Con la adquisición de nuevas competencias (económicas, tecnológicas y normativas) y capacidad de mayor alcance, la ciudad extiende su poderío no solo en la gobernanza económica sino también en la política. Testigo de esta tendencia es la conversión de la figura del alcalde en actor político no solo local sino también global, en grado de entramar relaciones transnacionales con otras ciudades del mundo. Esta transformación de la gobernanza política actual nos induce a afirmar que la ciudad es potencialmente la verdadera protagonista del orden político mundial del futuro. La ciudad actual se configura como un sumatorio de modos de actividades económicas y políticas que va más allá de los confines territoriales tradicionales sin necesidad de involucrar al Estado central, ya que a este le ha costado enfrentarse de forma contundente a las problemáticas ambientales y sociales de la ciudad de hoy”⁸³.

Todo ello es muestra fehaciente del acercamiento de un cambio notorio en la forma de gestión urbanística. Esta realidad se pone de manifiesto de manera muy evidente en el destino de los Fondos Europeos, que hasta ahora iban fundamentalmente destinados a la construcción de grandes infraestructuras como son las autopistas, los aeropuertos, etc., teniendo sin embargo en la actualidad otras prioridades en la ejecución

83 FACCIOLO, Carlotta, *Calidad del aire y ciudad inteligente (Smart City). La protección de la calidad del aire como motor para el desarrollo urbano sostenible*, cit., pág. 28.

de dichos fondos al ser en buena medida destinados al más adecuado desarrollo de las ciudades en el plano tecnológico y ecosostenible, con el fin de fomentar la creación de ciudades inteligentes o *Smart Cities*.

En esta misma línea, el objetivo marcado por España a corto plazo es ahondar en el paradigma que ofrece el desarrollo territorial y urbano sostenible, esto no solo conllevaría centrarse en la tradicional consideración de la ordenación del territorio en el sentido más estricto del derecho urbanístico entendiendo el suelo como un elemento de gran valor natural, sino que, además, habría que contribuir al mayor nivel posible en relación con el progreso económico, social y ambiental. En dicha regulación sería necesario, como se ha ido esgrimiendo hasta ahora, que se recojan diversos factores o elementos que resultan fundamentales para garantizar la sostenibilidad del entorno urbano; dichos elementos coinciden en el interés de la Unión Europea de implementar en los grandes núcleos urbanos de los Estados miembros, la ya mencionada “ciudad inteligente o *Smart City*”.

Los principios que integran el modelo de sostenibilidad urbana se recogen en la Carta de Leipzig (2007) sobre las Ciudades Europeas Sostenibles y en la Declaración de Toledo (2010). En el ámbito del derecho español es destacable el Real Decreto Legislativo 7/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Suelo y Rehabilitación Urbana. Será en el artículo 3 de la citada ley, en donde se recoge el “Principio de desarrollo territorial y urbano sostenible”, el cual, debido a su relevancia, desarrollamos a pie de página⁸⁴. Debido al amplio campo normativo que existe en la legislación española fruto

84 Véase el Real Decreto Legislativo 7/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Suelo y Rehabilitación Urbana, Art. 3: “*Principio de desarrollo territorial y urbano sostenible. 1. Las políticas públicas relativas a la regulación, ordenación, ocupación, transformación y uso del suelo tienen como fin común la utilización de este recurso conforme al interés general y según el principio de desarrollo sostenible, sin perjuicio de los fines específicos que les atribuyan las Leyes.*”

de la consolidación del proceso de descentralización territorial, la ley

2. En virtud del principio de desarrollo sostenible, las políticas a que se refiere el apartado anterior deben propiciar el uso racional de los recursos naturales armonizando los requerimientos de la economía, el empleo, la cohesión social, la igualdad de trato y de oportunidades, la salud y la seguridad de las personas y la protección del medio ambiente, contribuyendo en particular a: a) La eficacia de las medidas de conservación y mejora de la naturaleza, la flora y la fauna y de la protección del patrimonio cultural y del paisaje; b) La protección, adecuada a su carácter, del medio rural y la preservación de los valores del suelo innecesario o inidóneo para atender las necesidades de transformación urbanística; c) La prevención adecuada de riesgos y peligros para la seguridad y la salud públicas y la eliminación efectiva de las perturbaciones de ambas; d) La prevención y minimización, en la mayor medida posible, de la contaminación del aire, el agua, el suelo y el subsuelo.

3. Los poderes públicos formularán y desarrollarán, en el medio urbano, las políticas de su respectiva competencia, de acuerdo con los principios de competitividad y sostenibilidad económica, social y medioambiental, cohesión territorial, eficiencia energética y complejidad funcional, procurando que, esté suficientemente dotado, y que el suelo se ocupe de manera eficiente, combinando los usos de forma funcional. En particular: a) Posibilitarán el uso residencial en viviendas constitutivas de domicilio habitual en un contexto urbano seguro, salubre, accesible universalmente, de calidad adecuada e integrado socialmente, provisto del equipamiento, los servicios, los materiales y productos que eliminen o, en todo caso, minimicen, por aplicación de la mejor tecnología disponible en el mercado a precio razonable, las emisiones contaminantes y de gases de efecto invernadero, el consumo de agua, energía y la producción de residuos, y mejoren su gestión; b) Favorecerán y fomentarán la dinamización económica y social y la adaptación, la rehabilitación y la ocupación de las viviendas vacías o en desuso; c) Mejorarán la calidad y la funcionalidad de las dotaciones, infraestructuras y espacios públicos al servicio de todos los ciudadanos y fomentarán unos servicios generales más eficientes económica y ambientalmente; d) Favorecerán, con las infraestructuras, dotaciones, equipamientos y servicios que sean precisos, la localización de actividades económicas generadoras de empleo estable, especialmente aquéllas que faciliten el desarrollo de la investigación científica y de nuevas tecnologías, mejorando los tejidos productivos, por medio de una gestión inteligente; e) Garantizarán el acceso universal de los ciudadanos, de acuerdo con los requerimientos legales mínimos, a los edificios de uso privado y público y a las infraestructuras, dotaciones, equipamientos, transportes y servicios; f) Garantizarán la movilidad en coste y tiempo razonable, la cual se basará en

estatal actúa como un mandato expreso dirigido a las comunidades autónomas, con la finalidad de que en sus respectivos textos legales de ámbito urbanístico se haga valer el contenido del mencionado artículo.

un adecuado equilibrio entre todos los sistemas de transporte, que, no obstante, otorgue preferencia al transporte público y colectivo y potencie los desplazamientos peatonales y en bicicleta; g) Integrarán en el tejido urbano cuantos usos resulten compatibles con la función residencial, para contribuir al equilibrio de las ciudades y de los núcleos residenciales, favoreciendo la diversidad de usos, la aproximación de los servicios, las dotaciones y los equipamientos a la comunidad residente, así como la cohesión y la integración social; h) Fomentarán la protección de la atmósfera y el uso de materiales, productos y tecnologías limpias que reduzcan las emisiones contaminantes y de gases de efecto invernadero del sector de la construcción, así como de materiales reutilizados y reciclados que contribuyan a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. También prevendrán y, en todo caso, minimizarán en la mayor medida posible, por aplicación de todos los sistemas y procedimientos legalmente previstos, los impactos negativos de los residuos urbanos y de la contaminación acústica; i) Priorizarán las energías renovables frente a la utilización de fuentes de energía fósil y combatirán la pobreza energética, fomentando el ahorro energético y el uso eficiente de los recursos y de la energía, preferentemente de generación propia; j) Valorarán, en su caso, la perspectiva turística, y permitirán y mejorarán el uso turístico responsable; k) Favorecerán la puesta en valor del patrimonio urbanizado y edificado con valor histórico o cultural; l) Contribuirán a un uso racional del agua, fomentando una cultura de eficiencia en el uso de los recursos hídricos, basada en el ahorro y en la reutilización.

La persecución de estos fines se adaptará a las peculiaridades que resulten del modelo territorial adoptado en cada caso por los poderes públicos competentes en materia de ordenación territorial y urbanística.

4. Los poderes públicos promoverán las condiciones para que los derechos y deberes de los ciudadanos establecidos en los artículos siguientes sean reales y efectivos, adoptando las medidas de ordenación territorial y urbanística que procedan para asegurar un resultado equilibrado, favoreciendo o conteniendo, según proceda, los procesos de ocupación y transformación del suelo. El suelo vinculado a un uso residencial por la ordenación territorial y urbanística está al servicio de la efectividad del derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada, en los términos que disponga la legislación en la materia”.

Además, existen otros programas que abogan por la adaptación de la realidad urbana a un actualizado modelo sostenible, pudiéndose destacar, entre otros, los siguientes⁸⁵:

- Marco europeo de referencia para la ciudad sostenible (RFSC).
- Estrategia española de sostenibilidad urbana y local (EESUL).
- Libro Blanco de la Sostenibilidad en el Planeamiento Urbanístico Español.
- Guía Metodológica para los sistemas de Auditoría, Certificación o Acreditación de la Calidad y Sostenibilidad en el Medio Urbano.
- Informe de situación de las principales actuaciones e iniciativas en materia de sostenibilidad urbana en España.
- Libro Verde de sostenibilidad urbana y local en la era de la información.
- Red de redes de desarrollo local sostenible (RDR/DLS).
- Sistema Municipal de indicadores de sostenibilidad urbana y local.
- Estrategia española de movilidad sostenible (EEMS).

2. Los instrumentos de intervención urbanística

En España existen diversos instrumentos diseñados para adaptar las necesidades urbanísticas de los ciudadanos en diferentes territorios. Entre estos instrumentos se incluyen la normativa, el planeamiento, la financiación, la gobernanza y las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

85 Para un mayor conocimiento del contenido de dichos programas recomendamos la consulta del siguiente enlace: <https://www.mitma.gob.es/arquitectura-vivienda-y-suelo/urbanismo-y-politica-de-suelo/urbanismo-y-sostenibilidad-urbana>

Normativa: Desde una perspectiva jurídica, el ámbito urbanístico y de ordenación del territorio en España se caracterizan por una gran heterogeneidad normativa. Cada Comunidad Autónoma cuenta con sus propias leyes y regulaciones urbanísticas y de ordenación del territorio. Además, la marcada descentralización territorial acentúa esta complejidad normativa, ya que las administraciones locales tienen un papel fundamental en la organización del urbanismo. Esto se refleja en la existencia de alrededor de noventa normas urbanísticas vigentes, que incluyen leyes y reglamentos, así como más de cinco mil trescientas ordenanzas municipales relacionadas con la temática de la edificación y la construcción.

Sin embargo, esta diversidad normativa no siempre se traduce en una deseable tendencia a promover la innovación, sino que a menudo representa la plasmación de un vetusto sistema basado en la consideración prioritaria de las necesidades urbanas del siglo XX. Para evitar ese desfase normativo y garantizar que se produzca en el sentido deseable una transformación efectiva de las ciudades, es necesario agilizar la adaptación de la normativa existente a las demandas y a las necesidades actuales de los ciudadanos. Además, el mencionado Real Decreto Legislativo 7/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Suelo y Rehabilitación Urbana cuyo efecto actúa en todo el territorio español.

Planeamiento: Aproximadamente el ochenta por ciento de los municipios en España disponen de un Plan General de Ordenación (PGO) que se caracteriza por su marcada rigidez. Este carácter excesivamente formal hace que estos planes requieran más de cuatro años para ser revisados y, como mínimo, el transcurso de dos años y medio para ser modificados, lo que ralentiza significativamente la evolución urbanística de los municipios, dificultando la adaptación de los mismos a las demandas cambiantes de la población en términos de desarrollo urbanístico. Además, otro desafío que se genera en el ámbito de la planificación del territorio es la circunstancia de que son diez de

las diecisiete Comunidades Autónomas quienes disponen de Planes de Ordenación Territorial a nivel regional.

Las necesidades urbanísticas actuales no sólo se limitan al aspecto formal de la ordenación del territorio, sino que también abarcan otras materias y competencias que van más allá de la mera planificación física, ya que se relacionan directamente con la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, quienes interactúan de manera directa con su entorno urbano. Es imperativo agilizar la revisión y la modificación de los Planes Generales de Ordenación y promover en consecuencia una planificación más flexible y adaptativa para responder de manera efectiva a las dinámicas cambiantes de las poblaciones locales.

Gobernanza: Este concepto está estrechamente vinculado al nuevo urbanismo orientado hacia las *Smart Cities*, donde la presencia de una buena gobernanza se convierte en un elemento absolutamente crucial para acelerar el desarrollo sostenible de las ciudades. En el sistema político español, las diversas administraciones públicas gozan de autonomía para gestionar sus propios intereses, lo que se rige por los artículos 140, 148 y 149 de la Constitución española, el Estatuto de Autonomía de cada Comunidad Autónoma y en la legislación básica del régimen local. Sin embargo, esta complejidad normativa puede generar disfunciones evidentes en relación con la toma de decisiones en áreas gestionadas por diferentes niveles administrativos, así como problemas relacionados con la duplicidad de esfuerzos o por la falta de financiación suficiente para implementar políticas públicas específicas.

Para abordar estas cuestiones, es esencial promover la cooperación entre las distintas instituciones, fomentar el aprendizaje conjunto y crear plataformas de información compartida. Dentro del contexto de la gobernanza y en respuesta a las demandas urbanas actuales, cobra especial relevancia el elemento que representa la participación ciudadana, permitiendo con su puesta en práctica que los ciudadanos puedan influir directamente en las decisiones que afectan a su entorno urbano, pues

dichas decisiones pueden desde luego tener una especial incidencia en el ámbito de la salud. Sin embargo, uno de los desafíos principales radica en el nivel de educación cívica de la población, lo que subraya la importancia de la educación en temas urbanísticos para fortalecer la cultura cívica y, en última instancia, mejorar la calidad de vida en las ciudades. La educación cívica representa en este punto una catapulta fundamental para la corrección de los objetivos propuestos.

Financiación. La adecuada financiación es esencial para la implementación de políticas públicas relacionadas con el desarrollo sostenible, especialmente desde la perspectiva de la administración local, pues estas desempeñan un papel imprescindible en materia urbanística, pues es precisamente la administración municipal la administración pública que dispensa el trato más directo hacia el ciudadano. El sistema de financiación local requiere el diseño y puesta en práctica de un modelo actualizado y de una mayor autonomía fiscal. Son los municipios de baja densidad poblacional los que presentan un mayor problema para adaptarse a las exigencias que impone la normativa europea existente en materia urbanística.

La ejecución de los proyectos urbanísticos y, en particular, los proyectos exigidos en la actualidad conllevan para su realización un coste elevado que se ve por lo demás sensiblemente agravado por la confluencia de diversos problemas. En primer lugar, la obtención de la financiación correspondiente a menudo depende de otras administraciones públicas, lo que ralentiza mucho la tramitación de los proyectos, y en muchos casos, la burocracia existente supone una barrera infranqueable al respecto. En segundo lugar, la capacidad para acceder a la deuda pública puede ser limitada. Por último, una vez asegurada la correspondiente disponibilidad de la partida presupuestaria, la ley de contratos del sector público impone una serie de requisitos adicionales que pueden retrasar aún más la ejecución de los proyectos. Superar estos desafíos requiere una completa vuelta de tuerca de la cuestión que nos ocupa, que asegure una revisión y una simplificación de los procesos de

financiación y contratación, así como una mayor autonomía financiera para las administraciones locales.

Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC'S). La incorporación de las nuevas tecnologías dentro del entorno urbano es un componente fundamental que viene implementada en el concepto de *Smart Cities*. Resulta prioritario el planteamiento de la adaptación de las tecnologías a las peculiares circunstancias que concurren en los entornos rurales, ya que estas tecnologías están diseñadas para mejorar la calidad de vida de los individuos. Por otro lado, la aplicación de las tecnologías tiene también un impacto significativo en relación con la problemática de la gobernanza, ya que es fundamental en relación con la “buena gobernanza” la inclusión de la participación ciudadana en el proceso que conlleva la toma de decisiones políticas, en este caso la participación ciudadana en la adopción de las decisiones urbanísticas que puedan afectar directamente al desarrollo personal del propio ciudadano y a la salud.

Para fomentar y facilitar la deseable interacción entre la administración local y los ciudadanos es esencial aprovechar las potencialidades que en la actualidad proporcionan las Tecnologías de la Información y la Comunicación de manera efectiva y llevar a cabo su implementación adecuada al entorno urbano⁸⁶. Esto no solo facilita la participación ciudadana, sino que también contribuye poderosamente a garantizar la transparencia, la eficiencia y la eficacia de la gestión urbana. La inversión en infraestructuras tecnológicas y la capacitación de la población en el uso de estas herramientas son pasos clave para promover el desarrollo de ciudades más inteligentes y participativas.

86 SUÁREZ OJEDA, Magdalena, “Smart cities: un nuevo reto para el derecho público”, en José Luis Piñar Mañas (director) y Magdalena Suárez Ojeda (coordinadora), *Smart cities. Derecho y técnica para una ciudad más habitable*, Reus, Madrid, 2017, pág. 90.

3. Principales instrumentos para fortalecer un urbanismo saludable

El desarrollo sostenible de las ciudades del siglo XXI se ha convertido en un pilar fundamental para mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Hoy en día, los ciudadanos interactúan de manera directa y constante con su entorno urbano, lo que tiene un impacto significativo en la mayor o menor realización de su bienestar físico y mental. Por esta razón, diversas organizaciones internacionales y Estados han desarrollado herramientas específicas que permitan adaptar sus núcleos urbanos a las necesidades y demandas que reclama la ciudadanía en la actualidad⁸⁷.

Estas herramientas suelen tomar la forma de guías elaboradas por comités de expertos y se someten por lo general al dictamen de la opinión pública antes de implementarlas. Su objetivo principal es proporcionar una base sólida para la adaptación normativa en las áreas donde se considera que sea necesario. Dada la marcada descentralización administrativa existente en España, estas guías suelen estar dirigidas principalmente a las autoridades locales.

Este enfoque descentralizado es crucial, ya que son las administraciones locales las que están más cerca de los ciudadanos y, por lo tanto, tienen un conocimiento más directo de sus necesidades y de sus deseos en términos de desarrollo urbanístico. Al permitir que las comunidades locales participen activamente en la aplicación de estas guías, se fomenta una mayor flexibilidad y adaptabilidad en la normativa urbanística, lo que a su vez contribuye de manera significativa a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos en sus respectivas áreas. En resumen, estas herramientas representan un paso importante hacia la creación de entornos urbanos más sostenibles y orientados al bienestar de la población en el siglo XXI.

87 LÓPEZ PAGÁN, Juana, "La Agenda 2030 en Iberoamérica: visión y misión desde el ámbito local", *Comillas Journal of International Relations*, núm. 16, 2019, pág. 151.

3.1. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

La Asamblea General de las Naciones Unidas tomó un paso histórico en el mes de septiembre de 2015 al adoptar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Esta agenda representa un ambicioso plan de acción integral para apostar por el planeta y su mejor conservación y un control responsable y sostenible de los recursos naturales, apostando también por la eliminación, en la medida de lo posible, de las desigualdades existentes y la lucha contra la pobreza mundial y abogar por alcanzar la mayor cota posible de prosperidad equitativamente repartida.

En un mundo tan heterogéneo como el que nos ha tocado vivir donde las circunstancias del nacimiento en uno u otro lugar imponen realidades significativamente diferentes a las personas, es necesario centrarse en la realización de los objetivos inderogables que representan la definitiva consecución de la paz universal y el acceso generalizado a la justicia. Estos principios subyacen en la consideración de los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos en la Agenda 2030. Estos Objetivos de Desarrollo Sostenible se desglosan en un total de ciento sesenta y nueve metas que abordan cuestiones que están relacionados con la economía, la justicia, la sanidad, la educación y otros aspectos sociales y ambientales⁸⁸.

La Agenda 2030 implica un compromiso común de carácter universal en el que cada Estado ejerce su soberanía plena sobre sus recursos y actividades económicas, dando en consecuencia una cierta autonomía para la mayor realización de las finalidades propuestas. Esto brinda la oportunidad y la responsabilidad de cada país de establecer sus propias metas y objetivos de desarrollo sostenible.

El Objetivo número 1 aborda la problemática de poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todos los lugares del planeta. La tasa

88 ONU-AGENDA 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

de pobreza mundial se ha visto reducida en un cincuenta por ciento desde el año 2000, aunque todavía queda mucho por hacer al respecto. Muchas personas siguen viviendo sin posibilidad de acceder a lo más básico para hacer frente a las necesidades que le vienen impuestas por el día a día sin posibilidad de desarrollar una vida digna. Vivir bajo una determinada situación de pobreza acarrea consecuencias muy negativas, como las situaciones de hambre, de malnutrición, la falta de una vivienda digna, la imposibilidad de acceder a una educación mínima y a un sistema sanitario en unas condiciones adecuadas. Determinados fenómenos como el cambio climático, la pandemia de la COVID-19, los movimientos migratorios, la crisis de los refugiados y la inseguridad alimentaria, han acentuado los niveles de pobreza en los últimos años. En cualquier caso, la eliminación de la pobreza adquiere una singular relevancia en la medida en que representa un objetivo de naturaleza inequívocamente subsistencial.

El Objetivo número 2 tiene como finalidad alcanzar la meta Hambre Cero, logrando la seguridad alimenticia, la mejora de la nutrición y promoviendo una agricultura sostenible. Por ello, es preciso asegurar el acceso a todas las personas a una alimentación sana y suficiente, así como impulsar el sector de la agricultura, la ganadería y la pesca, ya que son sectores imprescindibles para afrontar la más eficaz lucha contra las plagas de nuestro tiempo que representan el hambre y la pobreza. En la actualidad, tanto la tierra como el agua de los océanos y los ríos están sufriendo por culpa de la degradación y la explotación. Por ello, es necesario realizar una considerable reforma en el ámbito del sistema agrario y alimentario a nivel mundial para que puedan alimentarse en las debidas condiciones las personas que en la actualidad pasan hambre.

El Objetivo número 3 pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar de los individuos en todas las edades. Dentro de este objetivo, también se pretende lograr asegurar una cobertura sanitaria universal. Este Objetivo vital es la base para que se cumplan el resto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Sin embargo, aún queda un largo recorrido por

llevar a cabo en este aspecto, puesto que, aún los índices de mortalidad en las mujeres y en los neonatos siguen siendo muy elevados, se propagan sin el debido control las enfermedades infecciosas y sigue existiendo una constatable mala salud reproductiva. Entre otras iniciativas para llevar a cabo este objetivo habrá que poner en marcha acciones que eliminen la presencia de determinadas enfermedades, habrá que conseguir que se financien de la manera más adecuada los sistemas de salud, hacer mejoras en el saneamiento y aumentar el acceso a servicios sanitarios.

El Objetivo número 4 reivindica el acceso a una educación gratuita y de calidad que sea realmente inclusiva, equitativa y que promueva oportunidades significativas de aprendizaje durante toda la vida de los individuos. La educación y la alfabetización les permiten a las personas acceder a los mecanismos que les hagan posible salir de las situaciones de pobreza que estén experimentando y poder aspirar a garantizarse a sí mismos y a sus familiares un futuro mejor. En la actualidad la realidad deprimente es que más de doscientos sesenta y cinco millones de niños y niñas siguen sin estar escolarizados. Este problema sigue existiendo en buena medida por el mal estado en el que se encuentran las escuelas y la poca preparación que en ocasiones caracteriza el nivel del profesorado. Los Estados deben invertir los recursos necesarios para alcanzar una educación de calidad que es la base para la mejora de la vida de los individuos y para poder alcanzar el libre desarrollo de la personalidad.

El Objetivo número 5 reclama el establecimiento de una igualdad de género real en relación con la situación particular en que se encuentran aún en nuestros días, las mujeres y las niñas. La igualdad de género es un derecho humano y es una base imprescindible también para poder alcanzar un planeta próspero y sostenible. Para poder conseguir la igualdad será fundamental que las mujeres y las niñas accedan a los niveles adecuados en el ámbito de la educación, a la atención sanitaria, a un trabajo decente y tengan reconocido su derecho a participar de la manera más efectiva e igualitaria en la toma de decisiones políticas y económicas, eliminando las barreras tácticas que en tantas ocasiones

se les presentan. Los avances que se han podido realizar en este ámbito no pueden ocultar la realidad de la persistencia de una situación de discriminación estructural que reclame un significativo cambio en la organización social removiendo los obstáculos existentes al respecto.

El Objetivo número 6 pretende garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible, además del saneamiento para todos, ya que la carencia del agua potable considerada como un bien básico, o el abastecimiento de agua de mala calidad tendría desfavorables consecuencias en lo que concierne a la seguridad alimentaria, y en los medios de subsistencia de muchas personas en todo el mundo. Para garantizar que todos los individuos tengan acceso a disponer de agua potable y a los servicios básicos de saneamiento será fundamental que se gestionen de manera sostenible los recursos hídricos existentes en el mundo⁸⁹.

El Objetivo número 7 garantiza el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos. La energía está presente en todas las actividades que se desempeñan en la vida cotidiana, como puede ser, por ejemplo, cocinar, el aseo personal, etc. Sin embargo, aún más de trescientos millones de personas al no disponer de los medios básicos que se necesitan al respecto siguen cocinando con combustibles que son altamente contaminantes. Por ello, para hacer efectiva la adecuada protección del medio ambiente se hace fundamental la utilización de energías renovables en materia de calefacción y transporte, entre otros muchos aspectos, así como la financiación de tecnologías que a la postre sean más limpias y permitan eliminar el efecto contaminante que tantas veces ha acompañado a su puesta en práctica.

89 Es interesante al respecto el estudio realizado sobre el seguimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible número 6 por la profesora SOSA NAVARRO, Marta, "Acceso a agua limpia y saneamiento: ¿el derecho al agua como derecho humano?", en Carlos Ramón Fernández Liesa y Ana Manero Salvador (directores), *Análisis y comentarios de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas*, cit., págs. 245 y ss.

El Objetivo número 8 tiene como fin promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo productivo, y el trabajo decente para todos. Se prevé que más de la mitad de la población del mundo, como cifra aproximada, vive con una disponibilidad económica personal de menos de dos dólares al día y que muchos países sufren aún en nuestros días la condenable presencia de prácticas de explotación infantil. En determinados países el hecho de tener un empleo, incluso un empleo asegurado fijo o de larga duración, no garantiza paradójicamente el cumplimiento puntual del objetivo que representa poder salir de la situación de pobreza experimentada. Por eso, este objetivo lo que pretende es la obtención de un empleo de calidad y que así se pueda reducir el nivel de desempleo observable y se produzca un correspondiente aumento en la productividad y en el consumo.

El Objetivo número 9 tiene como propósito construir infraestructuras que sean resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación, puesto que poseer una economía fuerte es el resultado de que se realicen inversiones que sean importantes en las infraestructuras de los diferentes países. La innovación es fundamental para que pueda existir una industria que sea más productiva y que resulte menos contaminante. Se hace constar en este sentido que, aunque se ha logrado reducir durante los últimos años de manera considerable las emisiones de dióxido de carbono a la hora de la fabricación, la realización de dicha reducción no ha sido tampoco equitativa en todos los países.

El Objetivo número 10 tiene como finalidad reducir la desigualdad en y entre los distintos países. En la actualidad, lamentablemente siguen existiendo notables desigualdades en y entre los países en todo lo referido a la educación, al nivel del que dispone el ciudadano de cada uno de ellos para acceder a los servicios sanitarios, y a la utilización de los bienes productivos. Por ello, para garantizar que se reduzcan efectivamente estas manifiestas desigualdades será necesario que se favorezcan las

exportaciones de los países desarrollados y que se produzca una paralela reducción de los aranceles que vienen siendo aplicados.

El núcleo del Objetivo número 11 es alcanzar que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles. De manera general, puede afirmarse que se ha conseguido que las ciudades han depositado su ayuda a muchas personas para poder progresar social y económicamente, gracias a ello, las ciudades han crecido y siguen creciendo por lo que se espera que, en el año 2030, cinco mil millones de personas vivan asentadas en las ciudades. Para llegar a conseguir este reto de que tantas personas puedan vivir en las ciudades, estas tendrán que ser lugares que gocen de seguridad, que sean inclusivos, resilientes y sostenibles. Se proporcionará para ello el acceso a la población a viviendas, servicios básicos y medios de transporte adecuados, fomentando la reducción del impacto medioambiental, potenciando espacios públicos seguros, un urbanismo sostenible y una mejora en las condiciones de vida observables en los barrios marginales⁹⁰.

El Objetivo número 12 fue creado para garantizar modalidades de consumo y producción que resulten sostenibles. Un consumo que sea no sostenible produce de manera inevitable además de contaminación, una degradación en el medio ambiente, por lo tanto, se debe actuar de la manera más decidida desde la raíz del problema para poder apostar por la puesta en práctica de sistemas de producción que respeten debidamente el entorno en que se aplican y que sean sostenibles. Además, todos los individuos, por su parte, deberán elegir modos de vida sostenibles para participar en el mejor cuidado de la naturaleza y ayudar a frenar en la medida de lo posible los efectos que ya viene generando desde hace tiempo el cambio climático.

90 RODRÍGUEZ VINDEL, Vanesa, “Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas”, en Carlos Ramón Fernández Liesa y Ana Manero Salvador (directores), *Análisis y comentarios de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas*, cit., págs. 69-70.

El Objetivo número 13 tiene como finalidad adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y los posibles efectos que el mismo pueda ocasionar. El problema del cambio climático es muy importante y constituye una realidad constatable que está produciendo efectos negativos tanto en relación con la salud y el bienestar de las personas, como en la esfera de la economía y también en lo que concierne a la preservación de la naturaleza. Para luchar contra el cambio climático varios países en el año 2016 firmaron el Acuerdo de París y expusieron a través de él su compromiso común a desarrollar las acciones exigibles y trabajar para limitar el aumento de la temperatura global a menos de dos grados.

El Objetivo número 14 tiene como fin conservar y utilizar de manera sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos que sean necesarios para garantizar el desarrollo sostenible. Los mares y los océanos, además de ser fuentes de vida, también son esenciales para el mejor desarrollo de las actividades de comercio y el transporte, pero en la actualidad, la contaminación y la acidificación están produciendo muchos cambios en los diferentes ecosistemas. Para garantizar la protección de los mares y de los océanos es fundamental la adopción de una regulación que sea efectiva y que se controle adecuadamente la sobrepesca y la contaminación.

El núcleo del Objetivo número 15 es proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, efectuar una ordenación sostenible de los bosques, luchar contra el fenómeno que representa la progresiva desertificación, detener y revertir en la medida de lo posible la degradación de las tierras y poder poner freno a la acusada pérdida de la diversidad biológica que se viene experimentando en nuestros días. Más del treinta por ciento de la superficie de la tierra se encuentra cubierta por bosques y los árboles son fuente fundamental para poder frenar el avance del cambio climático. Actualmente, se destruyen trece millones de hectáreas al año, lo que da lugar, a una fuerte desertificación. El reto que se plantea es proteger los árboles, realizar una buena gestión del uso de

los recursos sostenibles que se poseen y reducir la acentuada tendencia que en nuestros días representa la desertificación.

El Objetivo número 16 tiene como fin promover la consolidación de sociedades pacíficas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles. La paz es un presupuesto esencial para la aplicación del resto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sin embargo, la violencia que se produce en sus diferentes manifestaciones sigue siendo una problemática en la existencia cotidiana para muchas personas en todo el mundo. En alusión a ello, cabe destacar la flagrante realidad que representan en la actualidad las execrables prácticas de maltrato infantil y las graves consecuencias que el mismo ocasiona en la construcción y en el desarrollo futuro de la personalidad de los afectados⁹¹. Por ello, la clave para poder paliar esta deprimente situación será legislar con unas normas que sean más efectivas y además que se protejan de la manera más adecuada, en todos los niveles posibles, los derechos de las personas.

La finalidad del Objetivo número 17 es fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible. Ningún objetivo se podrá aplicar adecuadamente si no existe la debida alianza y coordinación entre los distintos actores que deben participar en el marco representado por el mismo: los gobiernos, las empresas privadas y los ciudadanos. Por todo ello, será necesario incentivar la realización de las correspondientes alianzas entre todos ellos para aunar esfuerzos y recursos y así lograr que los objetivos de desarrollo sostenible se conviertan en una realidad.

91 PASTOR PALOMAR, Antonio, "Creación de instituciones eficaces, inclusivas y responsables a todos los niveles. Una propuesta de aplicación por España en relación con los organismos internacionales y las empresas establecidas en su territorio", en Carlos Ramón Fernández Liesa y Ana Manero Salvador (directores), *Análisis y comentarios de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas*, cit., págs. 494 y ss.

En el marco de los 17 objetivos que se desarrollan en la presente Agenda, es precisamente el objetivo número 11, que se presenta bajo el título “Ciudades y comunidades sostenibles”, el que resulta de interés en materia de urbanismo y salud pública.

Para el cumplimiento de este objetivo se pretende que al menos el sesenta por ciento de la población mundial para el año 2030 viva en ciudades y esto supone un verdadero reto en relación con la gestión urbana. Las ciudades por su alto índice de población concentrada generan un efecto perverso que, supone un setenta por ciento de la contaminación en emisión de carbono y un uso del sesenta por ciento de los recursos naturales. Estos datos confirman la importancia de crear un modelo de sostenibilidad que resulte adecuado para bajar de la manera más significativa posible la presencia de esos índices negativos que suponen una merma importante en los niveles de la calidad de vida de las personas a medio plazo.

El crecimiento poblacional en las ciudades genera una saturación de estas, provocando un aumento desmesurado y descontrolado de las periferias de las urbes con problemas de infraestructuras, falta de servicios públicos (gestión de residuos sólidos, saneamiento, carreteras y movilidad) y un aumento considerable de los niveles de la contaminación del aire. Es significativa la importancia actual del binomio que conforman el urbanismo y la salud pública, prueba de ello es el estado de descontrol que se genera en los grandes núcleos urbanos con un alto índice de densidad poblacional en la gestión de enfermedades transmisibles que se derivan en una pandemia, como recientemente ha sucedido, por ejemplo, en el caso del COVID-19.

El propósito del objetivo 11 es *“lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”*, y para conseguirlo se propone llevar a cabo las siguientes 7 metas⁹²:

92 MORÁN BLANCO, Sagrario y DÍAZ BARRADO, Cástor Miguel, “El objetivo de desarrollo sostenible 11 de la Agenda 2030 ciudades y comunidades sostenibles.

11.1 De aquí a 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales.

11.2 De aquí a 2030, proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad.

11.3 De aquí a 2030, aumentar la urbanización inclusiva y sostenible y la capacidad para la planificación y la gestión participativas, integradas y sostenibles de los asentamientos humanos en todos los países.

11.4 Redoblar los esfuerzos para proteger y salvaguardar el patrimonio cultural y natural del mundo.

11.5 De aquí a 2030, reducir significativamente el número de muertes causadas por los desastres, incluidos los relacionados con el agua, y de personas afectadas por ellos, y reducir considerablemente las pérdidas económicas directas provocadas por los desastres en comparación con el producto interno bruto mundial, haciendo hincapié en la protección de los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad.

11.6 De aquí a 2030, reducir el impacto ambiental negativo per cápita de las ciudades, incluso prestando especial atención a la calidad del aire y la gestión de los desechos municipales y de otro tipo.

11.7 De aquí a 2030, proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en

particular para las mujeres y los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad.

11.a *Apoyar los vínculos económicos, sociales y ambientales positivos entre las zonas urbanas, periurbanas y rurales fortaleciendo la planificación del desarrollo nacional y regional.*

11.b *De aquí a 2020, aumentar considerablemente el número de ciudades y asentamientos humanos que adoptan e implementan políticas y planes integrados para promover la inclusión, el uso eficiente de los recursos, la mitigación del cambio climático y la adaptación a él y la resiliencia ante los desastres, y desarrollar y poner en práctica, en consonancia con el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, la gestión integral de los riesgos de desastre a todos los niveles.*

11.c *Proporcionar apoyo a los países menos adelantados, incluso mediante asistencia financiera y técnica, para que puedan construir edificios sostenibles y resilientes utilizando materiales locales.*

Todas las metas desempeñan funciones compartidas con otros objetivos y todas ellas confluyen por lo demás en la idea de invertir en salud pública; a modo de ejemplo es destacable la meta 11.2, el transporte supone un pilar fundamental en relación con la activación de un modelo urbano sostenible, para conseguir una mejora de la salud, que tiene que ver con el objetivo al desarrollo sostenible número 3 (garantizar una vida sana), pues el fomento y la perfección en las ciudades del propósito de incidir en la puesta en práctica de un transporte activo o verde, implica una considerable reducción de las enfermedades no transmisibles y que causan un número de mortalidad anual considerable; un ejemplo de enfermedades no transmisibles son las relacionadas con las afecciones cardiovasculares.

La adaptación de las ciudades para apostar por un transporte activo también tiene incidencia en una merma importante de los achaques en forma de lesión o de generación de secuelas e incluso en muchos casos de la muerte de los ciudadanos por accidente de tráfico o atropello. En consecuencia, se impone la necesidad de adaptar la normativa municipal, a través de los respectivos planes de ordenación del territorio, en una apuesta organizativa nueva de la ciudad para crear más espacio para los peatones que para los coches privados, creando espacios de tránsito para movimientos en bicicleta o a pie o carriles prioritarios para transporte público, invirtiendo en este sentido en el establecimiento de espacios que resulten más seguros, limpios, saludables y más sociales.

En la meta 11.6, hacemos referencia a la importancia que conllevan las políticas de mejora en la calidad del aire que tienen por prioridad la salvaguarda de la salud de las personas y la conservación del medio natural, elemento integrante de las ciudades. Cada país, conforme al estado de la contaminación atmosférica en función de su morfología, su meteorología y de sus presupuestos específicos formulará programas de acción y adoptará las correspondientes políticas públicas para tratar de detener la expansión de este preocupante fenómeno. Es fundamental que se actúe a nivel local gracias a la buena coordinación entre los distintos niveles de los órganos del Estado. España es un buen ejemplo de ello al disponer de diferentes grupos de trabajo e investigación sobre la temática que facilitan apoyo relevante al Estado para diseñar con el mayor fundamento y eficacia las políticas medioambientales.

Destacamos el Grupo de Trabajo de Atmósfera de la Conferencia Sectorial de Medio Ambiente, la Red Española de Ciudades por el clima, la Red Nacional de vigilancia y prevención de la contaminación atmosférica, entre otros. El objetivo de las políticas y de las acciones de mejora en relación con la calidad del aire es reducir en la mayor medida posible el nivel de las concentraciones de sustancias contaminantes presentes en la atmósfera. Un ejemplo de ello lo encontramos en la ciudad de Madrid, que desde el 30 de noviembre de 2018 se suma a un listado de ciudades

europeas que adopta un modelo similar, implantándose un conjunto de políticas denominadas “Plan Madrid Central”, y posteriormente, en septiembre de 2021, serán modificadas dando lugar al “Plan Madrid 360”, que consistía principalmente, entre otras medidas, en limitar el acceso a los vehículos que eran considerados como más contaminantes a la denominada Zonas de Bajas Emisiones de la capital⁹³. Tanto el seguimiento de las acciones y de las respectivas medidas implantadas como la continua medición del nivel de la calidad del aire del territorio es un presupuesto imprescindible para intensificar o llevar a cabo nuevas restricciones que resulten sólidamente justificadas.

La ciudad de Barcelona también se suma a la puesta en práctica de estas políticas con la implantación en noviembre de 2020 de tres “supermanzanas” en los barrios *Detra de l’ Eixample*, *Esquerra de l’ Eixample* y *Sant Gervasi de Cassoles*, en donde en las cincuenta hectáreas comprendidas en ellas el peatón y la bicicleta ganan paulatinamente un espacio considerable frente a la utilización de los vehículos a motor⁹⁴. Cabe destacar también que las políticas medioambientales a nivel urbano se vieron aceleradas de manera muy significativa por el contexto del confinamiento adoptado como consecuencia de la pandemia del COVID-19. A nivel europeo cabe mencionar que ciudades como Londres y París fueron pioneras en la implantación de este tipo de medidas.

Otra de las metas mencionadas que tiene incidencia directa sobre la salud, es la 11.7, que se refiere a la apuesta decidida por la preservación y el respeto de las zonas verdes. Los grandes núcleos urbanos deben de incidir en el propósito de conservar los espacios verdes, pues la realización de ese objetivo supone una indiscutible mejora de la salud del ciudadano. Las zonas verdes instan a la práctica de deportes al aire

93 Véase la web oficial del Plan Madrid 360. Disponible en: <https://www.madrid360.es/>.

94 RAMÍREZ SÁNCHEZ, Jesús María, *Urbanismo para una nueva ciudad. El principio de desarrollo urbano sostenible*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2021, págs. 500-501.

libre, crean un ambiente más agradable para vivir, suponen un relevante marco para el alivio psicológico para las personas evitando así el aumento de enfermedades psicológicas. Los espacios verdes son un pulmón para las ciudades, haciendo que estas se desahoguen y además permiten a la población aprovecharse de más horas de sol para disfrutar de él si lo desean o zonas de sombra con todos los beneficios para la preservación de la salud que ello conlleva. Evidentemente, la meta 11.7 tiene una incidencia directa con el objetivo 3 que aborda la problemática de la salud.

3.2. Agenda Urbana de la Unión Europea: el Pacto de Ámsterdam

La política urbana europea se basa en el “acervo urbano”, que manifiesta una acción en común en el modelo del desarrollo urbano sostenible. La Agenda Urbana de la Unión Europea⁹⁵ se puso en marcha tras el pacto de Ámsterdam en el año 2016, actualizándose con el respaldo recibido en el año 2019 con la Declaración de Bucarest. Conforman una parte importante en la Agenda Urbana de la Unión Europea los acuerdos previamente firmados que representan la Carta de Leipzig en el año 2007; la Declaración de Marsella en el año 2008; la Declaración de Toledo en el año 2010 y la Declaración de Riga en el año 2015⁹⁶.

La Agenda Urbana de la Unión Europea se basa en la idea de la conflictividad organizativa que tienen en nuestros días las ciudades, estableciendo uniones con la Comisión, los Gobiernos de los Estados miembros, las autoridades locales y otras organizaciones de carácter no gubernamental.

95 Conviene realizar una lectura del contenido de la Agenda Urbana de la UE: https://ec.europa.eu/info/eu-regional-and-urban-development/topics/cities-and-urban-development/urban-agenda-eu_es.

96 Véase el siguiente enlace: <https://www.mitma.gob.es/arquitectura-vivienda-y-suelo/urbanismo-y-politica-de-suelo/actividad-internacional/union-europea/el-pacto-de-amsterdam-2016-y-declaracion-de-bucarest-2019>.

El plan de acción que se pretende llevar a cabo a través de la Agenda Urbana de la Unión Europea es: legislar mejor; mejorar los programas de financiación y compartir conocimientos (datos, estudios, etcétera)⁹⁷.

En lo que respecta al propósito de legislar mejor, la normativa de la Unión Europea es de aplicación a las ciudades, pero también a sus entes locales y es aquí en donde se aprecia la existencia de numerosas dificultades a la hora de aplicar la normativa vigente de una manera sencilla, puesto que depende de las circunstancias peculiares de cada localidad el hecho de que exista una mayor o menor dificultad para aplicar la norma en cuestión; para evitar esta situación la Agenda Urbana de la Unión Europea, a través de su programa legislar mejor pretende que se cumplan los objetivos de la Comisión de una manera sencilla y eficaz sin que tampoco resulte de todo ello un coste añadido a nivel administrativo o empresarial para sus destinatarios.

Por otro lado, los principales beneficiarios de la financiación europea son las autoridades urbanas, destacando en este sentido las entidades de carácter local, pero a estas entidades les resulta en determinadas ocasiones muy difícil acceder a esta financiación debido a que hay múltiples entidades europeas que las conceden y también hay múltiples formas de solicitar esa financiación; o sea el procedimiento para solicitar la financiación por parte de un ente local no es en absoluto simplificado, sino que está cargado de una abrupta complejidad. Para salvar este considerable escollo la Agenda Urbana de la Unión Europea pretende a través de las praxis, de la experiencia, facilitar el acceso de los entes locales a la financiación de la manera más simple posible⁹⁸.

97 GONZÁLEZ MEDINA, Moneyba; HUETE GARCÍA, María Ángeles y MERINERO-RODRÍGUEZ, Rafael, “La evolución de la agenda urbana de la Unión Europea hacia un modelo de desarrollo urbano sostenible e integrado”, *WPS Review International on Sustainable Housing and Urban Renewal: RI-SHUR*, núm. 4, 2016, pág. 90.

98 PEMÁN-GAVÍN, Ignacio, “La Agenda Urbana en el marco europeo experiencias internacionales de políticas urbanas”, *Ciudad y territorio: Estudios territoriales*,

Y por último, debido a que cada ciudad tiene su propia estructura administrativa y sus autoridades tienen también distintas disponibilidades y responsabilidades, para lograr que se aplique de manera efectiva la política urbana en cada una de las respectivas ciudades, la Agenda Urbana de la Unión Europea pretende agrupar las experiencias y las constancias de los éxitos obtenidos por parte de cada una de las ciudades a través de su evolución histórica agrupando todos estos datos con el fin de disponer de ellos para poder solucionar los problemas que surjan a la hora de aplicar las políticas urbanas; todo ello, respetando en cualquier caso las exigencias que impone la legislación europea sobre protección de datos pudiéndose intercambiar entre las distintas ciudades sus experiencias en forma de datos masivos, relacionados y abiertos.

Para alcanzar el éxito de los objetivos de la Agenda Urbana de la Unión Europea, el pacto promueve un método de trabajo experimental basado en la colaboración en torno a diferentes temáticas vinculadas a las doce prioridades urbanas europeas: 1) Trabajo y capacidades en la economía local, 2) Pobreza urbana, 3) Vivienda, 4) Inclusión de inmigrantes y refugiados, 5) Uso sostenible del suelo y soluciones basadas en la naturaleza, 6) Economía circular, 7) Adaptación climática, 8) Transición energética, 9) Movilidad urbana, 10) Calidad de aire, 11) Transición digital y 12) Prestación de servicios públicos innovadora y responsable⁹⁹.

3.3. Agenda Urbana Española

La Agenda Urbana Española, aprobada el 22 de febrero de 2019, por el Consejo de Ministros, como política nacional urbana es un

núm. 202, 2019, pág. 705.

99 GONZÁLEZ MEDINA, Moneyba; HUETE GARCÍA, María Ángeles y MERINERO-RODRÍGUEZ, Rafael, “La evolución de la agenda urbana de la Unión Europea hacia un modelo de desarrollo urbano sostenible e integrado”, cit., pág. 91.

dossier de carácter estratégico que carece de valor normativo¹⁰⁰. En plena concordancia con la Agenda 2030 de las Naciones Unidas y la Agenda Urbana para la Unión Europea se establecen las pautas para lograr que los núcleos urbanos o ciudades puedan adoptar políticas de sostenibilidad en el desarrollo urbano con el fin que las distintas instituciones territoriales en el marco de sus competencias puedan adaptar sus normas de forma potestativa a las directrices recogidas en la Agenda Urbana Española¹⁰¹.

La ONU prevé que, en un plazo de veinte años, aproximadamente dos tercios de la población mundial se concentren en ciudades. En el caso de España dicha previsión ya se ha conseguido llevar a término, pues un ochenta por ciento de la población española vive hoy en día asentado en núcleos urbanos. Esto se traduce sin embargo en una relevante paradoja en términos comparativos, dado que España es uno de los países europeos con un mayor porcentaje de población que vive en las ciudades, aunque solamente el nueve por ciento de los municipios alberga el sesenta y ocho por ciento de la población total produciéndose en este punto importantes desequilibrios territoriales dado que España cuenta con una población seriamente envejecida, y lejos de mejorar la situación a este respecto, cada año se va reduciendo¹⁰².

Ello ha derivado en que se haya alentado la necesidad de buscar un equilibrio evitando la excesiva concentración poblacional que representa el concepto de la ciudad. En este sentido Andrés Precedo Ledo hace notar que “los países donde la despoblación es menor presentan ciertas constantes: en ellos el porcentaje de la economía rural en el PIB es mayor

100 DE LA CRUZ MERA, Ángela, “La Agenda Urbana Española”, *Ciudad y territorio: Estudios territoriales*, núm. 202, 2019, pág. 678.

101 Para un mayor conocimiento sobre la Agenda Urbana Española, es recomendable consultar el contenido de su página web: <https://www.aue.gob.es/que-es-la-aue>.

102 VARGAS MARCOS Francisco; DE LA CRUZ MERA Ángela y HERAS CELEMIN, María del Rosario, “Vivienda y salud: eficiencia energética, urbanismo sostenible y agenda 2030. Conclusiones y futuro”, *Revista de salud ambiental*, vol. 21, núm. 1, 2021, pág. 61

que la media y, la tasa de realización es también menor, por cuanto las ciudades medias y los sistemas policéntricos aportan un soporte más equilibrado que la megaciudad surgida de la población”¹⁰³. La crítica y los buenos argumentos que se han esgrimido acerca de las bondades de este modelo de distribución poblacional no ha impedido sin embargo el acentuarse de la tendencia hacia la despersonalización que impone el tipo de ciudad preponderante¹⁰⁴.

Es significativo que en los últimos años se ha podido observar un crecimiento poblacional tanto en los grandes núcleos urbanos, como en los medianos, lo cual se traduce en un abandono muy acentuado de las áreas rurales que en otro tiempo representaban el centro neurálgico de la vida de tantas personas. Todo ello supondrá un verdadero reto en la integración de medidas que favorezcan el desarrollo sostenible dentro de los entornos urbanos en materias de corte social, medioambiental, cultural, alimentario, sanitario, económico y urbanístico.

Las ciudades de hoy se encuentran sujetas a un nivel de presión muy importante, fundamentalmente debido a la alta carga en la actividad turística que soportan, la amenaza y los efectos del cambio climático (las ciudades se tienen que preparar realizando las debidas previsiones en relación con las incidencias que pudieran producirse y la conciencia de tener que enfrentarse a medio plazo con fenómenos extremos de agresividad climática), las desigualdades sociales, la movilidad, el equipamiento urbano, los efectos migratorios, etcétera, generando

103 PRECEDO LEDO, Andrés, “Despoblamiento rural. Reflexiones teóricas y propuestas operativas”, en José Antonio Cerdeira Pérez, José María Domínguez Blanco y María José Valenzuela Rodríguez (coordinadores), *Urbanismo: retos y oportunidades*, Wolters Kluwer, Madrid, 2020, pág. 143.

104 OBESO MUÑIZ, Ícaro, “Sostenibilidad y forma urbana. Directrices y planeamiento urbanístico en las ciudades medias españolas”, en María Rosario Alonso Ibáñez (directora), Sonia de Gregorio Hurtado y Moneyba González Medina (coordinadoras), *Las agendas urbanas y el gobierno de las ciudades. Transformaciones, desafíos e instrumentos*, Reus, Madrid, 2020, págs. 119-140.

relevantes problemas en los modelos convencionales ya existentes de gestión urbana; por ello, resulta crucial en la apuesta del modelo sostenible la actualización de los modelos de gestión urbana tradicionalmente existentes en las grandes ciudades, adaptando sus normativas a las nuevas exigencias que demandan hoy las grandes ciudades.

La Agenda Urbana Española pretende dar eficaz respuesta a las diferentes necesidades de un contexto temporal muy distinto al que era propio del siglo XX. Posiblemente en un contexto marcado por una vorágine social, Europa y el mundo en general se encuentran en los prolegómenos de la era del antropoceno, donde la tecnología ocupa un papel primordial y la figura de la ciudad adquiere un protagonismo decisivo sobre la vida de las personas, por ello la citada Agenda apuesta decididamente por el objetivo de consolidar el modelo de desarrollo urbano sostenible con el fin de ahondar en la idea de luchar por garantizar la mayor cohesión social y por satisfacer en la medida de lo posible todas las diferentes necesidades que afectan al desarrollo personal de cada individuo en su interacción en el entorno urbano.

La Agenda Urbana Española no es solo un dossier que trasciende a la ciencia urbanística en el plano más estricto, sino que conforma una guía pluridisciplinar que afecta y toma en consideración de forma directa las demandas de la ciudadanía. Esta guía tiene especial incidencia en el ámbito local, pues a través de las políticas locales es como en realidad se consigue la implementación real del modelo que representa el desarrollo urbano sostenible, el cual, como se ha comentado, tiene un amplio respaldo en la perspectiva internacional, convirtiéndose en una prioridad para apostar por garantizar la calidad de vida de los ciudadanos.

La Agenda Urbana Española, impulsada por el Ministerio de Fomento para dar cumplimiento a los diversos compromisos internacionales en los que está involucrada España, supone una guía de carácter voluntario para implementar un plan de acción de desarrollo urbano sostenible que implica a la acción de los entes públicos y privados.

Su finalidad es fijar unos objetivos con el ánimo de ir cumpliéndolos de forma paulatina y progresiva, fundamentalmente a través de los entes locales, pues son estas las que gozan de las suficientes competencias formales y de los medios materiales más idóneos para actuar de la manera más eficaz en el referido ámbito. La citada Agenda goza de una estructura que se desarrolla de la siguiente manera: 1) crear un diagnóstico de la realidad urbana y rural, 2) determinar un marco estratégico estructurado en una serie de 10 objetivos generales, que confluyen en un total de 30 objetivos específicos, 3) determinar un sistema de indicadores que permitirá realizar la evaluación y seguimiento del cumplimiento de los objetivos, 4) realizar unas fichas que desluzcan cómo podrán elaborarse los planes de acción para la implementación de la Agenda Urbana Española, y 5) hacer un Plan de Acción para la Administración General del Estado con propuestas concretas desde el ámbito de las competencias estatales.

Es necesario hacer especial mención al diagnóstico y a los objetivos, pues son los principales elementos que estructuran la Agenda Urbana Española¹⁰⁵. Por un lado, en lo que respecta al diagnóstico, supone un documento imprescindible para determinar el significado y el alcance del problema afrontado, y, en consecuencia, para poder aportar un análisis objetivo y fundamentado de la realidad urbana que se pretende modelar. Dicha realidad no solo se centra en el plano de la ordenación del territorio, sino que abarca una amplitud de materias diversas.

Por otro lado, en lo relativo a los diez objetivos generales, que se derivan en treinta específicos, para una correcta apuesta en el modelo de desarrollo urbano sostenible, son los siguientes: 1) Ordenar el territorio y hacer un uso racional del suelo, conservarlo y protegerlo, 2) Evitar la

105 Cobra especial relevancia el estudio realizado sobre los objetivos estratégicos de la Agenda Urbana Española con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las metas de la Agenda 2030 realizado por HERNÁNDEZ-PARTAL, Sonia y DE SANTIAGO-RODRÍGUEZ, Eduardo, “Las sinergias entre la Agenda Urbana Española y otras agendas y estrategias”, *Ciudad y territorio: Estudios territoriales*, cit., págs. 835-845.

dispersión urbana y revitalizar la ciudad existente, 3) Prevenir y reducir los impactos del cambio climático y mejorar la resiliencia, 4) Hacer una gestión sostenible de los recursos y favorecer la economía circular, 5) Favorecer la proximidad y la movilidad sostenible, 6) Fomentar la cohesión social y buscar la equidad, 7) Impulsar y favorecer la Economía Urbana, 8) Garantizar el acceso a la Vivienda, 9) Liderar y fomentar la innovación digital, y 10) Mejorar los instrumentos de intervención y la gobernanza.

La Agenda Urbana Española supone una oportunidad para apostar de la manera más decidida por garantizar el bienestar de la ciudadanía, pues esta actúa en la mayor medida dentro del entorno urbano. El bienestar que genera un desarrollo urbano sostenible tiene una incidencia directa ostensible en el campo de la salud pública. Los objetivos generales que marca la Agenda Urbana Española apuestan por instaurar un ambiente saludable con la consiguiente repercusión en el ciudadano, pudiendo este mejorar su calidad de vida y poder optar a disfrutar efectivamente de todas las comodidades que ofrece un núcleo urbano adaptado a tales objetivos¹⁰⁶.

La Agenda Urbana Española apuesta por un modelo territorial y urbano inspirado en el principio de desarrollo sostenible que inspira la legislación estatal sobre el suelo y la rehabilitación urbana y que previamente se habían consolidado en los textos de las leyes urbanísticas autonómicas. La Agenda se alinea con el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 11, que busca implantar el modelo de la idea de ciudades sostenibles, inclusivas, seguras y resilientes, y el único modelo para alcanzar dicho objetivo es el adoptado por España legalmente en el año 2007, que posteriormente ha mantenido y desarrollado hasta la actualidad¹⁰⁷.

106 FARÍÑA-TOJO, José, “La Agenda Urbana Española hacia una ciudad más saludable”, *Ciudad y territorio: Estudios territoriales*, cit., pág. 756.

107 RAMÍREZ SÁNCHEZ, Jesús María, *Urbanismo para una nueva ciudad. El principio de desarrollo urbano sostenible*, cit., pág. 502.

4. Naciones Unidas y su propósito de lograr un urbanismo eco-saludable

En el marco de las Naciones Unidas existe una agencia cuyo objetivo principal es promover la urbanización sostenible como motor del desarrollo y la paz para mejorar las condiciones de vida de todas las personas. Esta agencia es la ONU-HABITAT, creada en el año 1978 y tiene su sede en Nairobi, Kenia.

La Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible (Hábitat III) celebrada en Quito, Ecuador, en octubre de 2016, aprobó la Nueva Agenda Urbana¹⁰⁸. Esta acción representó “uno de los mayores triunfos del multilateralismo de los últimos tiempos y un signo de unidad entre los Estados miembros de la ONU comprometidos expresamente a colaborar y mantenerse unidos con un fin común, la protección del planeta”¹⁰⁹. Este instrumento de gran importancia sirve de ruta para orientar a la acción de los Estados principalmente, e incluso a entidades civiles de gran repercusión para promover el correcto desarrollo de las ciudades, apostando por la realización de las exigencias que impone el modelo de que estas sean más incluyentes, compactas y con ostensibles mejoras en sus conexiones, mediante la adopción y puesta en práctica de una adecuada planificación urbana, una correcta gobernanza y evidentemente también con la aprobación de una legislación idónea para la realización de los objetivos propuestos y una economía urbana que resulte mucho más efectiva.

108 ONU-HABITAT, La Nueva Agenda Urbana Habitat III, 2020. Recuperado en: <https://publicacionesonuhabitat.org/onuhabitatmexico/Nueva-Agenda-Urbana-Ilustrada.pdf>.

109 ANDREU PINILLOS, Alberto, FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, José Luis, y FERNÁNDEZ MATEO, Joaquín, “Pasado, presente y futuro de los objetivos del desarrollo sostenible (ODS). La tecnología como catalizador (o inhibidor) de la Agenda 2030”, *ICADE. Revista de la Facultad de Derecho*, núm. 108, 2019, pág. 3, disponible en: <https://doi.org/10.14422/icade.i108.y2019.001>

La Nueva Agenda Urbana debe entender que la vivienda es mucho más que un producto básico. La incorporación del derecho a la vivienda como pilar fundamental de esta agenda tendrá relevantes consecuencias, dado que los derechos humanos son un marco transformador que además de ofrecer una orientación concreta y exhaustiva a las políticas públicas y a la legislación, son inclusivos. Este enfoque garantiza que todos los individuos de la comunidad, en particular los que integran los grupos que pueden considerarse como colectivos más vulnerables y marginados, sean participantes legítimos en la construcción de espacios urbanos y agentes directos de su propio bienestar.

El contenido de dicho documento consta de dos partes nítidamente diferenciadas: la Declaración de Quito sobre las ciudades sostenibles y los asentamientos humanos para todos, y el Plan de aplicación de la Nueva Agenda Urbana, el cual se divide en tres subapartados: compromisos transformadores para el desarrollo urbano sostenible, implementación efectiva, y seguimiento y revisión. En síntesis, el reto central de la Nueva Agenda Urbana de Hábitat III, partiendo de la premisa de que el futuro de la ciudad es esencial para lograr el desarrollo sostenible global, es definir aquellas acciones encaminadas a conseguirlo a partir de su implantación en el año 2016¹¹⁰. Actualmente, de los más de siete mil setecientos millones de personas que habitan en el planeta, más de cuatro mil millones viven en ciudades¹¹¹.

Se pronostica que para el año 2050, aproximadamente dos tercios de la población mundial residirán en entornos urbanos. Este cambio demográfico ejerce una presión significativa sobre las ciudades, enfrentándose a desafíos considerables relacionados con aspectos

110 MATOVIC, Milica y SAN SALVADOR DEL VALLE, Roberto, “Cultura y creatividad en contexto de gobernanza internacional. La Nueva Agenda Urbana”, *Bitácora Urbano-Territorial*, vol. 30, núm. 1, 2020, págs. 47-48.

111 MORÁN BLANCO, Sagrario y DÍAZ BARRADO, Cástor Miguel, “El objetivo de desarrollo sostenible 11 de la Agenda 2030 ciudades y comunidades sostenibles. Metas, desafíos, políticas y logros”, cit., pág. 26.

ambientales, socioeconómicos y espaciales, como la gestión eficiente del suelo. Actualmente, gran parte de la población que habita en entornos urbanos experimentan significativas carencias que impactan directamente sobre el estado de su salud, debido a la falta de las infraestructuras mínimas necesarias para mantener un óptimo bienestar.

La resolución de los problemas a los que se enfrentan las ciudades en la actualidad requiere la implementación de una legislación adecuada que incorpore políticas efectivas en materias de urbanismo. En este contexto, el organismo ONU-HABITAT desempeña un papel crucial al proporcionar servicios y asesoramiento técnico a los distintos países. Su enfoque se centra en orientar a estas naciones sobre cómo mejorar, dentro de sus posibilidades, la calidad de vida urbana y abordar los desafíos asociados con el crecimiento urbano y la satisfacción de las necesidades básicas de la población.

CAPÍTULO III. LA IMPORTANCIA DEL MUNICIPIO PARA LA SALVAGUARDA DE LA SALUD PÚBLICA A TRAVÉS DEL URBANISMO

1. El municipio como la administración más próxima en favorecer la salud a través del desarrollo urbano sostenible

Los municipios conforman el principal ente territorial que implica un gran impacto sobre la salud y la desigualdad social de la población, ya que en su ámbito competencial tienen responsabilidades plenas en relación con los temas de la planificación urbana, el transporte, la vivienda, la recogida de residuos, la cultura, el deporte y en general, todo lo que concierne a la economía local. Los ayuntamientos además de gestionar sus propios servicios y desarrollar su normativa específica, pueden promover políticas de acción en materia de participación ciudadana, las cuales permiten acercar la gestión de determinadas actuaciones municipales en materia de desarrollo urbano, fundamentalmente, a la población que representa su área de influencia y se consigue así que esta pueda decidir e involucrarse directamente en todo lo relativo a la planificación de su gestión y en su correspondiente resolución.

La participación ciudadana dentro de este contexto es esencial para garantizar la legitimidad democrática en las decisiones de las administraciones públicas que puedan de alguna manera afectar al entorno urbano. No se puede prescindir de la participación de los

ciudadanos, con el fin de conocer la posición de los que habitan las ciudades. No estamos solo ante una exigencia democrática elemental, sino también ante una directriz que permite alcanzar un determinado nivel de efectividad en la gestión de las entidades públicas, que de esta manera se encuentran mucho más próximas al ciudadano y pueden conocer de primera mano los problemas que le conciernen activando soluciones más adaptadas a sus peculiaridades específicas y a los intereses que ponen de manifiesto los afectados.

El ordenamiento jurídico cuenta con una serie de disposiciones normativas que, partiendo de la Constitución y la Ley, garantizan que se permite al ciudadano participar en alguna medida en los procesos de desarrollo del medio urbano. La participación de la ciudadanía en decisiones medioambientales, en infraestructuras o en determinadas funciones públicas como es la ordenación territorial “servirá para garantizar de un modo real el interés público que, dada la confluencia de intereses de muy diversos tipos, resulta muy difícil ser previsto a priori por el legislador”¹¹². Es, en definitiva, además de la proyección inmediata del principio democrático en el ámbito de la salud, el instrumento que permite identificar con el mayor nivel de precisión la dirección que han de tomar las políticas públicas a su respecto.

La Constitución española consagra el principio de la participación ciudadana de manera clara en su artículo 9.2, al establecer que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida

112 BOUAZZA ARIÑO, Omar, “La inclusión y la colaboración de los ciudadanos en la elaboración y en la aplicación de las políticas urbanas”, en María Rosario Alonso Ibáñez (directora), *La sostenibilidad socioeconómica de las ciudades*, Tirant lo blanch, Valencia, 2018, pág. 246.

política, económica, cultural y social”¹¹³, consagrando así, a nivel general, el principio de participación política que se proyectaría no solo en el ámbito de la vida política sino también en el ámbito económico, cultural y social¹¹⁴.

La participación ciudadana se vincula de manera específica a los planes urbanísticos con el artículo 105 a) del texto constitucional español, al establecer que la ley regulará, entre otras cuestiones, “la audiencia de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones y asociaciones reconocidas por la ley, en el procedimiento de elaboración de las disposiciones administrativas que les afecten”. Se abre, en definitiva, la puerta a una intervención directa o a través de los organismos que le representan al ciudadano, quien asume su condición de tal expresando su voz sobre el particular.

113 El artículo 129 de la Constitución española, en materia de Seguridad Social, establece que “1. La ley establecerá las formas de participación de los interesados en la Seguridad Social y en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de la vida o al bienestar general. 2. Los poderes públicos promoverán eficazmente las diversas formas de participación en la empresa y fomentarán, mediante una legislación adecuada, las sociedades cooperativas. También establecerán los medios que faciliten el acceso de los trabajadores a la propiedad de los medios de producción”. La literalidad de las dos disposiciones constitucionales muestra a las claras su semejanza de sentido, refiriendo el carácter inspirador que ha desarrollado el enunciado constitucional italiano con respecto al español.

114 El artículo 9.2 de la Constitución española seguiría en este punto la línea marcada por el artículo 3 de la Constitución italiana, que señala que “Todos los ciudadanos tienen la misma dignidad social y son iguales ante la Ley, sin distinción por razones de sexo, raza, lengua, religión, opiniones políticas ni circunstancias personales y sociales. Corresponde a la República suprimir los obstáculos de orden económico y social que, limitando de hecho la libertad y la igualdad de los ciudadanos, impiden el pleno desarrollo de la persona humana y la participación efectiva de todos los trabajadores en la organización política, económica y social del país”.

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas regula en su artículo 133, la “participación de los ciudadanos en el procedimiento de elaboración de normas con rango de Ley y reglamentos” exigiendo que, con carácter previo a la elaboración del proyecto o anteproyecto de ley o de reglamento, se sustanciara una consulta pública, a través de la web de la Administración competente, en la que se recabará la opinión de los sujetos y de las organizaciones más representativas potencialmente afectados por la futura norma acerca de los problemas que se pretende solucionar con la iniciativa, la necesidad y oportunidad de su aprobación, los objetivos y el contenido de la norma en cuestión y las posibles soluciones alternativas regulatorias y no regulatorias. Se establece así la participación ciudadana directa. Sin perjuicio a lo anterior, cuando la disposición afecte a los derechos e intereses legítimos de las personas, el centro directivo competente publicará el texto, con el objeto de dar audiencia a los ciudadanos afectados y recabar aportaciones adicionales que puedan realizarse por otras personas o entidades.

Asimismo, podrá también recabarse directamente la opinión de colectivos reconocidos por ley que representen a las personas cuyos derechos o intereses legítimos se vieran afectados por la norma y cuyos fines guarden relación directa con su objeto. También se recoge la forma indirecta a través de la participación en órganos, e incluso, la cooperativa mediante organizaciones no gubernamentales, así como la utilización de otras formas participativas: el acceso a los archivos y registros administrativos y la audiencia del interesado en el procedimiento administrativo. Modalidades de participación reconocida tanto en los ámbitos más amplios como en el local.

El principio referido encuentra respaldo constitucional en toda una serie de derechos y libertades fundamentales como es el derecho de los ciudadanos a participar en los asuntos públicos directamente, o por medio de sus representantes, el derecho de asociación, el derecho a la libertad de expresión o el derecho de petición. Otros preceptos constitucionales

recogen también el principio de participación ciudadana fomentando la participación de la juventud en el desarrollo político social, económico y cultural, la participación de los consumidores y usuarios mediante asociaciones y también la participación en materia de planificación económica¹¹⁵.

La figura de la participación ciudadana evita el rechazo y la frecuente desconfianza de la población en general, en relación con el funcionamiento de las instituciones públicas, en la toma de decisiones y en las distintas actuaciones que asume la propia administración local en nombre de la población. La participación ciudadana entendida como principio de actuación pública y criterio de legitimidad democrática supone un reto fundamental en el ámbito de la administración local, ya la Agenda 21 Local contempla y promueve que la población deba participar activamente en la toma de decisiones en el ámbito local, para promover adecuadamente así el desarrollo sostenible¹¹⁶. En realidad, la restricción personal que conlleva la noción de ciudad y la mayor flexibilidad y transparencia que comporta la activación de los mecanismos de gestión municipal ha dado un tono especial a la idea de participación democrática, hasta el punto de poder considerar a las ciudades, a la manera de Jean-Bernard Auby, como “sitios estratégicos de democracia viva”¹¹⁷.

En materia urbanística, la figura del Plan General de Ordenación del Territorio conforma la principal norma urbanística que regula el régimen del suelo de un municipio. La revisión o modificación de un

115 BRESCIANI LECANNELIER, Luis Eduardo, “Del conflicto a la oportunidad. Participación ciudadana en el desarrollo urbano”, *Urbano*, vol. 9, núm. 14, 2006, pág. 18.

116 CARRASCO MONTEAGUDO, Inmaculada, “Innovación institucional y participación ciudadana: el caso de la agenda 21 local”, *Economía industrial*, núm. 368, 2008, págs. 205 y ss.

117 AUBY, Jean-Bernard, “La ciudad y su planificación en el Derecho Público”, en José Antonio Cerdeira Pérez, José María Domínguez Blanco y María José Valenzuela Rodríguez (coordinadores), *Urbanismo: retos y oportunidades*, cit., pág. 68.

Plan General de Ordenación del Territorio supone un proceso lento, tedioso y muy técnico desde el punto de vista urbanístico y en su procedimiento de elaboración o revisión la intervención de la población resulta fundamental, pues la incidencia del resultado de un Plan General de Ordenación del Territorio resulta crucial en la vida de una persona y en particular en lo que afecta de manera más directa a la salud pública del conjunto de la población del municipio, pues afecta al suelo dotacional (espacios verdes, parques y jardines), áreas de desarrollo de la actividad deportiva, futuras expropiaciones, el tipo de edificabilidad permisible y un largo etcétera.

En consecuencia, hay que entender que los ayuntamientos deben favorecer y facilitar la puntual puesta en práctica de los mecanismos de participación de la ciudadanía, particularmente en materia de planificación urbana y en el desarrollo de las políticas públicas para así favorecer el desarrollo de comunidades que puedan considerarse en plenitud de sentido como comunidades cohesionadas y urbanísticamente saludables. Precisamente la cohesión social constituye uno de los elementos que conforman el llamado desarrollo sostenible de las ciudades de hoy en día, evidentemente la construcción jurídica de una ciudad se enmarca en el perímetro territorial de un municipio y las normas urbanísticas que apruebe este conformarán el camino del bienestar social de un determinado núcleo urbano¹¹⁸.

Precisamente, lo que pretende el concepto de cohesión social en un término municipal es evitar la presencia de las desigualdades, la marginación y la exclusión social de determinados núcleos urbanos que se dan cita dentro de un mismo municipio¹¹⁹. La incidencia de la cohesión social, en relación con lo que representa un buen uso de los mecanismos

118 MARTÍNEZ, Rosa, “¿Qué es una ciudad sostenible?”, *Ethic*, publicado el 31 de octubre de 2018, disponible en <https://ethic.es/2018/10/que-es-una-ciudad-sostenible/>.

119 SANTAMARÍA HERNÁNDEZ, Rosa Martha, “Las políticas urbanas y la cohesión social”, *Bitácora Urbano-Territorial*, vol. 28, núm. 1, 2018, pág. 102.

de participación ciudadana en materia urbanística, afecta directamente sobre la preservación y salvaguarda de la salud pública.

Dentro del perímetro de un término municipal confluyen distintas formas de núcleos poblacionales que comprenden desde una gran ciudad, a barrios de distinta envergadura en la periferia del término municipal. Esta heterogeneidad que puede llegar a presentar cada término municipal supone que la implantación de medidas por parte del ayuntamiento afecte a los servicios que tiene cada núcleo urbano dentro del mismo municipio, influyendo directamente sobre la población. Existe un programa de Ciudades Saludables que realizó la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en 1987 y que, hoy en día, mantiene firme la idea de que el entorno, los espacios públicos, la movilidad, el tipo de edificabilidad o las condiciones de habitabilidad permitidas, afectan directamente sobre la salud de las personas.

El concepto de ciudad saludable hace referencia a una comunidad urbana que se esfuerza por crear un entorno que promueva activamente la salud y el bienestar de sus habitantes. Se puede definir como aquella ciudad que se preocupa por el bienestar integral de sus ciudadanos, abordando tanto el problema que representan los determinantes sociales de la salud como los aspectos ambientales y de infraestructura. En una ciudad saludable, se promueve la equidad en el acceso a los servicios de salud, se fomenta la participación comunitaria en el ámbito de la planificación y de la toma de decisiones, y se crea un entorno que favorece el desarrollo por parte de la población de la actividad física, la nutrición adecuada y el acceso efectivo a espacios de recreación.

Se caracterizan por tener un enfoque en la promoción activa de la salud y el bienestar de sus habitantes, a través de la puesta en práctica de políticas, acciones y colaboraciones que abordan diversos aspectos de la vida urbana y crean un entorno propicio para llevar una vida sana y plena. La ciudad saludable comprende un modelo de ciudad que “crea y mejora continuamente sus entornos físicos y sociales, y amplía aquellos

recursos de la comunidad que permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades”¹²⁰.

La Organización Mundial de la Salud en la Carta de Ottawa considera que entre los requisitos necesarios para la salvaguarda de la salud se encuentra el acceso a la vivienda y la existencia de un ecosistema estable. La creación de un ambiente favorable a la preservación y a la promoción de la salud supone que las ciudades que habitamos serán pieza clave para la realización de lo que supone el derecho a la salud de los ciudadanos; no se puede olvidar el dato de que el nacimiento del urbanismo moderno se debe precisamente a la finalidad que representa la consecución del nivel aceptable de la salud. Los problemas detectados en relación con la falta de higiene, el saneamiento o el agua potable que emergieron con la implantación de las primeras urbes, se ven en la actualidad como cuestiones relativamente superadas.

No se quiere decir con ello que sean objetivos que deban ser sustituidos por otros objetivos distintos, puesto que su realización deficiente supondrá siempre una crisis del sistema, en cuanto afectan al suelo del desarrollo personal. Pero son objetivos que reclaman ser convenientemente complementados por otros que ponen en el primer plano de atención la idea de la sostenibilidad.

Hoy los principales problemas que nos encontramos en lo que tiene que ver con el modelo urbano que inciden directamente en la salvaguarda y en la promoción de la salud, son los relativos a la contaminación atmosférica, producto de la movilidad y los consumos energéticos. El actual modelo urbano no es en absoluto ajeno a la problemática que

120 GALARRAGA, Patxi; VIVES, Miren; CABRERA-MANZANO, David; URDA, Lucila; BRITO, Mariela y GEA-CABALLERO, Vicente, “La incorporación de la salud comunitaria en la planificación y la transformación del entorno urbano. Informe SESPAS 2018”, *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, Vol. 32, núm. extra-1, 2018, pág. 75.

implica la salud, su importancia adquiere una mayor relevancia en cuanto se constata que lo que va a constituir el principal reto del reciente urbanismo, en un futuro cercano, no será ya tanto el asunto de la vivienda o la propiedad del suelo, sino la protección y la mejoría de la salud comunitaria, que desde el diseño y la orientación urbana deben conseguir un digno ambiente en el que se concite la vida y los hábitos saludables, como es el hecho de respirar aire limpio, disfrutar de los espacios verdes, desarrollar una vida en un entorno agradable y de proximidad amable, segura y accesible. Estas medidas serán principalmente impulsadas no ya a la manera tradicional por urbanistas sino por los responsables sanitarios y se van a imponer por la necesidad de mejorar la salud colectiva¹²¹. La representación técnico formal de la planificación urbana cede en este punto el paso a una planificación fundamentalmente enderezada a la realización del derecho a la salud de los individuos.

En conclusión, el desarrollo urbano que se impulsa a través de la activación de las correspondientes políticas municipales conlleva la principal transformación del espacio público de acuerdo con la retahíla de normativa que repercute al urbanismo: Ley del suelo, planes sectoriales, planes generales de ordenación del territorio y ordenanzas municipales. Una retahíla normativa que habrá que tomar como vector fundamental las exigencias en clave de planificación urbana inherentes al respeto e implementación del derecho a la salud.

Una prueba histórica que demuestra la importancia del desarrollo urbano sobre el estado de la salud de la población está en dos hitos relacionados con la transformación de dos grandes ciudades que innovaron contextualmente sobre lo que tiene que ver con el concepto de “salud urbanística”; en primer lugar, en relación a la puesta en marcha de toda la red de alcantarillado de la ciudad de Londres, bajo la dirección del prestigioso ingeniero Joseph Bazalgette, que promovió el fin del llamado “gran hedor” en el verano de 1858 que se producía debido a una pésima

121 RAMÍREZ SÁNCHEZ, Jesús María, Urbanismo para una nueva ciudad. El principio de desarrollo urbano sostenible, cit., págs. 533-534

canalización de las aguas residuales de la población de Londres, vertiendo estas directamente al río; en segundo lugar, es también destacable el Plan Cerdá del año 1859 en la ciudad de Barcelona, que introduce desde el punto de vista de la edificabilidad, el chaflán en forma de cuarenta y cinco grados en el ensanche, facilitando la movilidad con los medios de transporte de la época y evitando así la continuación de los sucesivos accidentes que se estaban generando (volcado de carruaje).

Hoy en día, las actuaciones urbanísticas tienen una repercusión directa muy relevante en criterios ambientales, económicos y sociales, resultando crucial una mejora en la adaptabilidad de los planes generales de los municipios para con ella poder fomentar el objetivo de alcanzar una mayor cohesión social y, sobre todo, conseguir adaptar las ciudades a los nuevos compromisos de carácter supranacional en materia de desarrollo sostenible y *Smart Cities*.

Un activo para apostar por la salud pública pasa por la figura de la planificación de las distintas poblaciones que integra una provincia y que se estructura jurídicamente mediante la figura del municipio, el cual tiene amplias competencias en materia urbanística. Resulta fundamental encontrar un modelo que apueste significativamente por la mejora de la salud y el bienestar de la población a través de la activación de una planificación urbana que abogue por el desarrollo sostenible y estudiando las necesidades de cada población y su entorno económico, social, geográfico, climatológico, cultura, etcétera¹²². Existen ejemplos claros de distintas ciudades que en su planificación han apostado directamente por el objetivo que representa la salvaguarda y la promoción de salud; es destacable el estudio realizado por Michael Marmot en el año 2010, encargado por *National Institut for Clinical Excellence* (NICE), en Reino Unido. En el citado estudio se demuestra la relación existente entre los factores del entorno urbano y los resultados en relación con el estado de

122 CONTEL BALLESTEROS, Javier y LLOBELL LÓPEZ, Alberto, “El urbanismo saludable”, *Revista de Salud Ambiental*, vol. 7, núm. 2, 2007, págs. 216-217.

la salud y en la mayor o menor presencia de las respectivas desigualdades sociales.

Resulta fundamental conocer el pronunciamiento de la Organización Mundial de la Salud, destacando que la salud no es algo que dependa exclusivamente de la figura del individuo (de su propia naturaleza y de sus hábitos), sino que existen unos factores determinantes de la salud. Estos factores son definidos por la Organización Mundial de la Salud como *“las condiciones sociales en las que las personas nacen viven y se relacionan, condiciones en las que transcurre la vida de las personas y que impactan sobre la salud del individuo y/o de la comunidad”*. Estos determinantes constituyen el elemento fundamental del cuerpo argumental de cualquier decisión urbanística que pretenda resultar idónea para la prevención y promoción de la salud ciudadana.

Existe un baremo porcentual que ha publicado la Organización Mundial de la Salud, en el que se establece que la contribución a la salud por parte del sistema sanitario es del veinticinco por ciento, mientras que el entorno social y económico en el que las personas se desarrollan tiene una repercusión del cincuenta por ciento en relación con el nivel de la salud del individuo, parece en este sentido altamente significativo que los aspectos externos que afectan a un ciudadano tienen a la hora de la verdad un gran efecto sobre la salud de una persona.

2. Los componentes sociales presentes en la planificación urbana que inciden directamente sobre la salud poblacional

Como hemos ido exponiendo hasta este punto, es evidente que la influencia del urbanismo como instrumento, incide de manera directa sobre la situación de la salud. La ciudad contemporánea del siglo XXI se configura como un complejo aparato urbano que integra a toda una serie de servicios y dotaciones necesarios para preservar determinados factores cruciales que impactan directamente en el desarrollo personal de los individuos. En la actualidad, resulta imperativo comprender que una gestión urbana eficiente no puede considerarse completa sin la

existencia de una conectividad precisa entre dicha gestión y determinados componentes sociales que entran en interacción con la planificación urbana y la salud.

Estos componentes sociales, que a continuación vamos a desarrollar, desempeñan un papel fundamental en la configuración de lo que hoy se entiende como una gestión urbana adecuada.

2.1. La alimentación

La alimentación supone un componente básico en la salud de cualquier individuo. Una alimentación saludable puede evitar el contratiempo que para los individuos representa el hecho de encontrarse en una situación de sobrepeso, disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y diabetes del tipo II. Los colectivos más vulnerables conformados por familias con ingresos bajos o, en las que concurren situaciones de desempleo, falta de formación o incluso personas en riesgo de exclusión social, tienen menos posibilidades de acceder a una correcta alimentación. En consecuencia, más allá de la voluntad individual de decidir qué dieta tiene que seguir el propio individuo por ser la más adaptada al concepto general de protección de la salud personal, hay un claro componente social, para combatir estas desigualdades que afectan de manera nada desdeñable a la alimentación de una persona, se puede realizar una serie de actuaciones de carácter urbanístico por parte de los municipios.

El Pacto de Milán es claro en este respecto al establecer que se deben “adecuar las normas y los reglamentos con el fin de garantizar el acceso a dietas sostenibles y agua potable en las estructuras públicas como hospitales, estructuras sanitarias y de asistencia a la infancia, lugares de trabajo, universidades, escuelas, servicios alimentarios y de restauración, oficinas públicas y lugares de detención y, dentro de lo posible, en la gran distribución privada, en la distribución al por mayor y en los mercados”, así como, “estudiar instrumentos normativos y voluntarios para la promoción de dietas sostenibles, con la implicación

de sociedades privadas y públicas, dependiendo de los casos, a través de políticas de comercialización, publicidad y etiquetado; incentivos o desincentivos económicos; agilizar las normas que regulan la comercialización de comidas y bebidas sin alcohol para los niños, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud¹²³. También, el objetivo número 2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible persigue poner fin al gravísimo problema que supone en la actualidad la existencia de injustificables situaciones de hambre, lograr el acceso a la seguridad alimentaria y la mejora generalizada de la nutrición y promover la existencia de una agricultura sostenible.

En la actualidad, existen múltiples acciones políticas municipales que podrían constituir buenas prácticas, como ejemplos a seguir; a) facilitar locales minoristas localizados en barrios, dedicados al sector alimentación, que dé lugar a una mayor oferta de productos alimenticios frescos con precios más asequibles; b) la recuperación de terrenos abandonados para el cultivo de alimentos de calidad, apoyando su producción con ayudas a los costes, inclusive con una mejora de carácter ambiental y visual del entorno; c) la creación de huertos urbanos y jardines comestibles; d) la limitación a través de políticas la apertura de locales de comidas procesadas y *fast-food*, especialmente en las áreas urbanas más deprimidas próximas a centros escolares; e) la protección urbana de los terrenos destinados a suelo rustico, para evitar una recalificación de estos e incentivar con políticas de ayudas económicas su productividad

123 En este sentido, cobra importancia el Pacto de Milán de Políticas Alimentarias Urbanas (PMPAU) firmado en el año 2015 por Naciones Unidas al que se encuentran suscritas 199 ciudades. Este pacto constituye un “tratado voluntario que firman las ciudades que se comprometen a trabajar en el desarrollo de sistemas alimentarios sostenibles, inclusivos, resilientes, seguros y diversificados, para asegurar comida sana y accesible a todas las personas; en un marco de acción basado en los derechos, con el fin de reducir los desperdicios de alimentos y preservar la biodiversidad y, al mismo tiempo, mitigar y adaptarse a los efectos del cambio climático”. Disponible en: <http://www.fao.org/publications/card/es/c/CA6144ES/>.

en el área agrícola; y f) la apuesta por la implementación de mercados locales alimenticios.

El Pacto de Milán constituye un verdadero ejemplo de la intención de las organizaciones a nivel mundial, para la consolidación y reconocimiento del derecho a la alimentación como un derecho universal. Constituye en este sentido un modelo de referencia ineludible en relación con el problema que nos ocupa.

Tanto la Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 11, ya evidenciaban la importancia de la alimentación como elemento integrante del derecho a disfrutar de un nivel de vida adecuado para el individuo y su familia, haciendo responsable a los Estados parte del Pacto de dicha protección y reconocimiento. La Observación General número 12, segundo periodo de sesiones de 1999, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hace alusión directa al derecho a poder disponer de la alimentación adecuada, al establecer de manera explícita que este derecho se ejerce cuando “todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla”. El Relator Especial afirma que el derecho a la alimentación es “el derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra por dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a la que pertenezca el consumidor y garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna”.

En dicho Objetivo General, se enmarca el contenido del derecho a la alimentación adecuada que atraviesa por dos condiciones diferenciadas: la primera, por la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer de la manera más adecuada las necesidades

alimentarias de los individuos, sin la presencia de sustancias nocivas, y que puedan resultar igualmente aceptables por las personas que comparten los presupuestos de una cultura determinada (se trataría en este sentido de concitar la calidad alimentaria con el respeto a las distintas exigencias que impone el principio de diversidad cultural), y la segunda, por la accesibilidad general de esos alimentos en formas sostenibles y que por lo demás no dificulten tampoco el goce de otros derechos humanos. Una alimentación accesible y generalizada en clave de identidad cultural representa en este punto el elemento clave a tomar en consideración por parte de las autoridades públicas (también fundamentalmente por parte de las autoridades municipales) a la hora de promover la mayor realización posible del derecho a la salud de todos.

El derecho a la alimentación ha sido incorporado de manera progresiva en los diferentes ordenamientos jurídicos de países, destacando México, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Moldavia, Kenia, Panamá, Malawi, Ucrania, entre otros¹²⁴. En España, tal derecho se encuentra reconocido en los diferentes Tratados Internacionales ratificados por el Estado español, como el mencionado Pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales. Sin embargo, hasta el momento no se ha producido un específico reconocimiento constitucional ni se ha desarrollado su contenido en su derecho interno. Tampoco se cuenta en España con mediciones estadísticas ni con análisis fiables y de calidad que informen de manera adecuada sobre la situación del acceso y de la disponibilidad de alimentos.

124 FERNÁNDEZ ALLER, Celia y NOVO VÁZQUEZ, Amparo, “Derecho a la alimentación en las ciudades, seguridad alimentaria y nutricional”, en María Rosario Alonso Ibáñez (directora), *La sostenibilidad socioeconómica de las ciudades*, cit., pág. 143.

2.2. Movilidad urbana

La movilidad urbana engloba las prácticas sociales de desplazamiento de las personas y de sus bienes¹²⁵. Representa uno de los principales retos de los grandes núcleos urbanos. El excesivo tráfico tiene unos costes en la salud que terminan por resultar absolutamente inasumibles, por ejemplo, en relación con el elevado número de accidentes de tráfico (graves lesiones y mortalidad); las enfermedades producidas por efecto directo de la contaminación y la falta de actividad física de las personas que guardan en general directa relación con un uso excesivo de vehículos de motor para el desplazamiento de los individuos en la vía pública.

La promoción de estos modos de transporte sostenibles (la utilización como instrumento prioritario de desplazamiento del transporte público, la actividad de caminar y la práctica del ciclismo) es un instrumento esencial para abordar relevantes desafíos a los que se enfrentan las ciudades, como son en la actualidad la congestión del tráfico y el considerable incremento de la contaminación del aire. Estas formas de movilidad no solo reducen de manera muy significativa la emisión de gases de efecto invernadero, sino que también promueven un estilo de vida activo al fomentar la actividad física diaria por parte de las distintas capas de edad de la población.

Los entes locales pueden implementar políticas que faciliten el uso de transporte público, que creen infraestructuras peatonales y ciclistas que resulten más seguras para sus usuarios, y reduzcan la dependencia actual de los individuos con respecto al uso generalizado de los vehículos privados a la hora de plantearse la realización de cualquier desplazamiento. Al hacerlo, no solo mejoran la salud cardiovascular de los ciudadanos, sino que también contribuyen a garantizar el objetivo que

125 GUTIÉRREZ, Andrea, “¿Qué es la movilidad? Elementos para (re) construir las definiciones básicas del campo del transporte”, *Bitácora Urbano Territorial*, vol. 21, núm. 2, 2012, pág. 65.

representa obtener una mejor calidad del aire y a lograr la disminución de la contaminación acústica. En materia urbanística se puede acometer diversas actuaciones:

- 1) Fomentar una mejora en la gestión de la movilidad de la población mediante la promoción del uso del transporte público y el transporte verde (uso del carril bicicleta).
- 2) Acometer la construcción de áreas urbanas bien dotadas de servicios e infraestructuras que permitan así reducir el uso del vehículo privado.
- 3) Prevenir una actuación urbanística de carácter disperso y concentrar a la población para fomentar la movilidad activa y la combinación de usos mixtos en los edificios para evitar que puedan producirse grandes traslados por parte de la población.

2.3. Red de equipamientos básicos

Este concepto abarca la prestación de diferentes bienes y servicios de naturaleza heterogénea: educación, sanidad, servicios sociales, deportivos, actividades asociativas o seguridad, entre otros. En la red de equipamientos básicos también se concentra el número de establecimientos que ofertan servicios esenciales, como pueden ser, por ejemplo: los supermercados, las panaderías, el servicio de correos, las farmacias, etcétera. El denominador común en poder ejercer un correcto equipamiento y dotación de servicios será a través de la construcción de infraestructuras o edificios que estén adaptados a las nuevas necesidades que demanda la población y que además sea accesible, asequible y de calidad. Un óptimo soporte social supone una adecuada interacción poblacional, generando una mejora en la salud y evitando la generalización de enfermedades asociadas a la salud mental y la baja autoestima por parte de los individuos.

Los ayuntamientos de municipios súper poblados concentrados dentro del propio término municipal, como se puede apreciar en el

modelo barrio-ciudad, deben garantizar una dotación de servicios de carácter equitativo para así evitar la presencia de desigualdades urbanas que puedan afectar a la salud del individuo. Esta dotación de servicios, mediante una adecuada construcción de infraestructuras, supone una mejora cuantitativa en la salud de los individuos. Hay determinados servicios públicos que conforman un binomio prestacional donde se necesitan de manera recíproca el uno al otro (son los denominados servicios complementarios); prever desde el punto de vista urbanístico dicha situación, facilita un mejor acceso a estos servicios por parte de la población, un ejemplo claro son los servicios sociales y sanitarios, donde las infraestructuras deberían estar cerca la una de la otra, para garantizar la mayor eficacia a la hora de evitar así la generalización de desplazamientos innecesarios.

En materia de equipamientos básicos es fundamental la presencia de la educación urbanística siendo esta una pieza clave en los municipios para crear a toda su población un sentimiento de pertenencia que le permita cuidar de las instalaciones y hacer un buen uso de las mismas. Será este mismo sentimiento el que actuará como catapulta definitiva para la concesión de los objetivos propuestos.

2.4. Empleo

El empleo conforma uno de los principales factores sociales para entender el concepto de bienestar social. Es un factor inequívoco de bienestar que desempeña un papel fundamental para el individuo y para su mayor desarrollo personal, pues le aporta ingresos económicos, prestigio y sentimiento de valía personal. El no tener trabajo o contar con unas malas condiciones laborales (por el ambiente laboral, por mala calidad en la condición de trabajo o por desarrollar una actividad laboral en unas infraestructuras precarias) pueden tener una grave incidencia sobre la salud física y mental de la persona. Por ello, resulta crucial y tiene cabida en el marco urbano de un municipio, poder actuar de tal forma que pueda contribuir a una mejora de la situación del empleo. Desde el

ámbito urbano local se pueden tomar medidas relevantes para favorecer el empleo local mediante una correcta planificación urbana que permita:

- 1) La construcción de edificios que presten un servicio de *coworking* dotado de todos los elementos requeridos para satisfacer en la medida de lo posible las necesidades de la nueva realidad laboral.
- 2) También mediante el establecimiento de un correcto sistema de organización urbana que permita facilitar los traslados de los trabajadores, que ejerzan su actividad fuera del municipio, ahorrándoles tiempo y evitándoles la presencia de situaciones de estrés en la realización de sus objetivos.
- 3) Crear formatos urbanos que permitan construir una realidad urbana de naturaleza proactiva y motivadora. Apostando por la implantación de núcleos urbanos que gocen de la mayor limpieza posible en sus calles, de un correcto funcionamiento en la recogida de basuras, de una atractiva oferta en la dotación de servicios y transportes públicos y también de un entorno urbano que resulte visualmente estético para así favorecer la motivación laboral por parte del individuo.

2.5. Actividad física y deportiva

La posibilidad de realización de actividades de ejercicio físico y la práctica deportiva dependen de diversos factores que envuelven la vida de una persona, siendo entre otros, el contexto social y económico, el entorno urbano donde vive la persona y las preferencias individuales¹²⁶.

126 Llegados a este punto debemos recordar que los poderes públicos cuando llevan a cabo estas prestaciones están cumpliendo de uno de los mandatos expresamente reconocidos en el artículo 43.2 de la Constitución española cuando se establece que: “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”. El artículo 43.3 de la Constitución española reconoce que “los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria,

Son factores que en cierto modo se retroalimentan, porque las preferencias individuales se encuentran en buena medida condicionadas por el contexto social y económico y el entorno urbano en el que se mueve el individuo que las asume.

En este sentido, es relevante la definición de actividad física que realiza la Organización Mundial de la Salud, que comprende “todos los movimientos que forman parte de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas”, aunque por actividad física, no debe confundirse con el ejercicio físico, dado que este “comprende una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física”¹²⁷. Tampoco debe confundirse la actividad física con el deporte, error que se produce con mucha frecuencia y que es fuente de numerosos equívocos en el planteamiento de la cuestión.

El deporte posee una indudable transcendencia política, social, económica y cultural. En una concepción amplia del concepto, podemos hacer referencia a “cualquier práctica corporal activa realizada libremente, incluso a actividades que no sean eminentemente motrices”. El deporte tiene tres elementos característicos que lo determinan: a) es una actividad física e intelectual y humana; b) integra un elemento competitivo; y c) está presidida por unas reglas¹²⁸.

la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

127 SARRATO MARTÍNEZ, Luis, “La actividad física y deportiva como dimensiones integrantes del derecho a la protección de la salud y su tutela por parte de los poderes públicos”, en Laura Salamero Teixidó (coordinadora), *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2020, pág. 255

128 *Ibidem*, pág. 255

El ejercicio físico y la práctica del deporte son dos realidades paralelas que incrementan el bienestar físico y psíquico, contribuyen a disponer de una buena salud por parte de quienes lo practican y a una sensible mejora en lo que concierne a la calidad de vida¹²⁹. El contenido del artículo 43 del texto constitucional español establece una serie de principios orientadores para llevar a cabo la actuación de los poderes públicos. No existe pues, en el apartado tercero del mencionado artículo, un expreso reconocimiento del deporte como un derecho.

En múltiples ordenamientos jurídicos, el deporte viene sin embargo reconocido como un auténtico derecho, quedando constancia de ello en los textos constitucionales de Portugal, Brasil, Cabo Verde, Cuba, Mozambique, Venezuela, Paraguay, Rusia, etc. Argumentos para su reconocimiento no faltan, desde luego, al entender que el deporte está vinculado a la garantía y realización de múltiples derechos reconocidos a nivel constitucional, entre otros, al derecho a la educación y el derecho a la salud. También el deporte comparte los rasgos de los derechos por incluir en su propia configuración los elementos que representan la libertad de reunión, asociación, movimiento en su realización, y es igualmente considerado como una manifestación del derecho de solidaridad de los pueblos, una vertiente del derecho al desarrollo y a la paz. Sin embargo, otros Estados, usan en sus textos fórmulas similares, como es el caso de la promoción, el apoyo, el fomento al deporte. Estos países, son entre otros, la República Democrática del Congo, Honduras, España, Grecia y Camboya¹³⁰.

El cometido por parte de los poderes públicos es fomentar la práctica del deporte siendo este un interés social digno de protección jurídica. El

129 La práctica deportiva conlleva en su realización una serie beneficios y de riesgos, ya no solamente en el aspecto físico y psíquico del ser humano, sino también, en su dimensión social.

130 CHUCHI DENIA, Javier Manuel, "La constitucionalización del deporte: ¿existe un derecho al deporte?", *Revista Vasca de Administración Pública*, núm. 74, 2006, págs. 171 y 172.

ciudadano podrá exigir a los poderes públicos que se establezcan todas las condiciones necesarias para poder realizar efectivamente la actividad física. Este mandato constitucional a los poderes públicos es entendido como el reconocimiento de un derecho cívico dentro de un Estado Social Democrático de Derecho¹³¹.

La actividad física, entre la cual se incluye la práctica del deporte, está intensamente ligada con la salvaguarda de la salud, no solo en lo relativo estrictamente a la idea de fortalecerla, sino incluso en lo que concierne al propósito de prevenir la eventualidad de enfermedades de todo tipo. La propia Organización Mundial de la Salud recomienda en las edades comprendidas entre los dieciocho y los sesenta y cinco años la actividad física de una duración de al menos treinta minutos, practicada durante cinco días a la semana. Como se ha reseñado, el entorno urbano es un factor primordial para favorecer el ejercicio físico de la persona.

En la tipología de la práctica deportiva, la doctrina más destacada, considera que existen tres diferenciaciones: a) el deporte popular o el deporte entendido como entrenamiento, es aquel deporte que mejora la calidad de vida de los ciudadanos entendido como un instrumento relevante de salud física y mental. Es el deporte entendido como una actividad para todos, generado por la propia sociedad de forma espontánea, b) el deporte de alto nivel y el deporte de alto rendimiento, es un deporte practicado en su modalidad extrema, conlleva la reiterada realización de arduos entrenamientos por parte de sus practicantes, busca mejorar récords y ganar competiciones. En ocasiones acarrea graves riesgos para la salud (muerte súbita, lesiones cardiovasculares, daños psicológicos). Esta modalidad deportiva, viene regulada por la Ley 39/2022, de 30 de diciembre, del deporte, en la que se establece en su artículo 11.1, que el deporte de alto nivel es de interés para el Estado, al constituir una “actividad y factor esencial en el desarrollo deportivo, supone un estímulo para el fomento del deporte base en virtud de

131 *Ibidem*, pág. 168.

las exigencias técnicas y científicas de su preparación, y cumple una función representativa y de reputación general del deporte español, específicamente en las competiciones deportivas internacionales”, y c) el deporte pasivo, reservado al mero espectador. Según el precepto constitucional, el deporte que deben fomentar las políticas municipales es aquel que ayude a mejorar la calidad de vida y la salud de los ciudadanos: en definitiva, lo que comúnmente se reconoce como el deporte popular¹³².

No hay que pasar por alto la dimensión que asume el deporte como materia educativa: la educación física es en este sentido entendida como “la síntesis de los deportes, aun cuando pueda apreciarse una diferencia esencial entre aquella y estos, en el hecho de que los ejercicios físicos sean en la primera un medio, y en los deportes supongan a la vez un medio y un fin”.

Existen medios para apostar por la actividad física y la práctica deportiva desde las políticas municipales de urbanismo, pudiéndose al menos llevar a cabo, el fomento de las siguientes acciones:

- 1) Los poderes públicos deben planificar y establecer la creación de estadios y pabellones, procurar los medios y la financiación de eventos deportivos.
- 2) Se debe potenciar del diseño de las calles en forma de cuadrícula para favorecer la decisión de las personas en relación al propósito de poder ir andando al trabajo o a cualquier servicio que necesite.
- 3) Evitar grandes tiempos de espera en los pasos de peatones, pues estos generan estrés y ansiedad, concluyendo en declinar la opción de ir andando y coger un vehículo contaminante.
- 4) La creación de espacios abiertos y públicos que sean atractivos y generen oferta o alternativas de ejercicios variados.

132 *Ibidem*, pág. 153.

- 5) La construcción de espacios deportivos inteligentes que incrementen la oferta en las distintas actividades que sean motivadoras para el público.
- 6) La creación de un sistema de gestión urbana que permita hacer ejercicio en la vía pública con plena seguridad para el usuario.

A todo ello habría que potenciar políticas de deporte inclusivo, sin discriminaciones y sin la presencia de barreras arquitectónicas. Y es que la especial relevancia que cumple la práctica del deporte exige que se sea especialmente cauto a la hora de evitar cualquier tipo de restricción con respecto al principio de generalidad en su accesibilidad. No debería tolerarse la existencia de ninguna discriminación por razón de enfermedad o minusvalía en un ámbito tan relevante como el que nos ocupa.

2.6. Espacios públicos abiertos

La planificación de determinados espacios abiertos de carácter público en un término municipal (jardines, parques, plazoletas, áreas verdes, senderos) tiene un impacto directo de gran intensidad sobre la salud física y mental de los ciudadanos previniendo la eventualidad de enfermedades asociadas al sedentarismo, como pueden ser la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la depresión o la ansiedad, entre otras; e incluso representa el ámbito natural donde se materializan determinados derechos fundamentales (el derecho de manifestación, entre otros). Los espacios abiertos son lugares de movilidad y también de encuentro social, que pueden dar acogida a la realización de todo tipo de eventos culturales, deportivos, culinarios, ferias y mercados; por ello, resulta crucial que los espacios públicos dependiendo de cuál sea su uso, estén dotados de las infraestructuras necesarias y más demandadas por la población para que su uso tenga un sentido específico y una auténtica utilidad social, y no queden configurados como meros lugares decorativos cuyo uso por parte de la población resulte a la hora de la verdad meramente residual.

Existen métodos desde el punto de vista del planeamiento urbanístico de un municipio para actuar en la forma idónea para favorecer y perfeccionar la presencia de los espacios abiertos:

- 1) Mediante la contemplación en el Plan General de áreas de recreo y zonas verdes acondicionadas próximas a núcleos residenciales.
- 2) Contemplar la presencia de más espacios verdes integrados con la naturaleza y con la creación de espacios multifuncionales, donde puedan interactuar diversos grupos sociales.
- 3) Dotar a los espacios públicos de los medios tecnológicos más apropiados que permitan a los usuarios facilitar la realización de sus objetivos en el entorno donde desarrollan la actividad.
- 4) Construir infraestructuras fijas sanitarias en áreas de montaña y playas o parques y jardines para que la población pueda hacer uso de botiquines cuando se encuentren en situaciones de necesidad.
- 5) Invertir en el objetivo de garantizar la seguridad de los entornos abiertos para prevenir la eventualidad de lesiones y accidentes que deriven en un problema de salud, y a su vez en una posible responsabilidad patrimonial del ayuntamiento.
- 6) Crear entornos estéticamente atractivos para la población en base a los cánones de estética actual.
- 7) Conservar y proteger los aspectos históricos y etnográficos de un pueblo.

Por todo ello, una correcta actuación urbanística puede generar la suficiente confianza a la población para que esta tenga un sentimiento de apego.

2.7. Vivienda

El hogar de una persona tiene un gran impacto sobre el bienestar de la misma, no solo afectando a las oportunidades de empleo, conectividad, dotación de servicios o medioambiente, sino que también desarrolla una clara incidencia sobre la preservación de su salud¹³³. Según el informe emanado de la Oficina el Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos, y la ONU – Hábitat, para que una vivienda sea adecuada “debe reunir como mínimo los siguientes criterios: a) La seguridad en la tenencia: debe garantizarse una protección jurídica contra el desalojo forzoso, el hostigamiento y las amenazas; b) Disponibilidad de los servicios materiales, instalaciones e infraestructura; la vivienda no es adecuada si sus ocupantes no tienen agua potable, instalaciones sanitarias adecuadas, energía para la cocción, la calefacción y el alumbrado, y conservación de alimentos o eliminación de residuos; c) Asequibilidad: la vivienda no es adecuada si su costo pone en peligro o dificulta el disfrute de otros derechos humanos por sus ocupantes; d) Habitabilidad: la vivienda no es adecuada si no garantiza seguridad física o no proporciona espacio suficiente, así como protección contra el frío, la humedad, el calor, la lluvia, el viento u otros riesgos para la salud y peligros estructurales; e) Accesibilidad: la vivienda no es adecuada si no se toman en consideración las necesidades específicas de los grupos desfavorecidos y marginados; f) Ubicación, la vivienda no es adecuada si no se ofrece acceso a oportunidades de empleo, servicios de salud, escuelas, guarderías y otros servicios e instalaciones sociales, o si está ubicada en zonas contaminadas o peligrosas; y g) Adecuación cultural:

133 GOYCOOLEA PRADO, Roberto y NÚÑEZ MARTÍ, Paz, “De “La vivienda es mi derecho” a las “Ciudades armoniosas”. La nueva comprensión del espacio habitable de UN-HABITAT”, *Sociedad y utopía: Revista de ciencias sociales*, núm. 34, 2009, pág. 228.

la vivienda no es adecuada sino se toma en cuenta y respeta la expresión de la identidad cultural”¹³⁴.

Una vivienda debe gozar de unas condiciones que puedan considerarse máximas y no meramente mínimas de habitabilidad, y de ahí que el ayuntamiento tenga la competencia para aprobar la habitabilidad de la misma. Las normas urbanísticas de ámbito local deben de adaptarse a las nuevas exigencias europeas para apostar así por la presencia de viviendas sostenibles cuyo nivel al respecto se garantizará a través de la correspondiente exigencia de certificados energéticos, aislamientos térmicos, usos del suelo de carácter mixto, que exista una homogeneidad edificativa, un entorno residencial con mejoras en el acceso y la dotación de servicios (tiendas, farmacias, centros de salud, zonas de ocio), con mayor presencia de espacios abiertos de zonas verdes y ajardinadas. El principal problema con el que se encuentra un ayuntamiento al exigir unos máximos de habitabilidad son los costes de construcción y por ende un encarecimiento del metro cuadrado construido, ello puede desencadenar la generación de grandes desigualdades en la población para el acceso a una vivienda, es por ello por lo que hay que apostar por un plan de financiación público para garantizar la presencia de construcciones que resulten decididamente más eficientes y saludables.

La Constitución española reconoce el derecho a la vivienda en su artículo 47 como un principio rector de la política social y económica, al establecer que “Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada. Los poderes públicos promoverán las condiciones necesarias y establecerán las normas pertinentes para hacer efectivo este derecho, regulando la utilización del suelo de acuerdo con el interés general para impedir la especulación. La comunidad participará en las plusvalías que genere la acción urbanística de los entes públicos”. Este derecho no constituye por lo tanto un derecho fundamental en

134 ONU-HABITAT, El derecho a una vivienda adecuada, 2010, págs. 3-4. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_sp.pdf.

sentido estricto desde la óptica constitucional de nuestro país, sino que estamos ante una referencia normativa que se integra dentro de la categoría de los “principios constitucionales encaminados a orientar la acción de los poderes públicos”¹³⁵. La intención de este estudio es lograr el utópico objetivo de que cada español disfrute de una vivienda digna y adecuada a sus determinadas necesidades y circunstancias personales y socioeconómicas.

La crisis inmobiliaria que caracteriza nuestro tiempo abre el debate sobre la importancia crucial del derecho a la vivienda debido a la ineficacia de la protección de los consumidores en el ámbito financiero, y especialmente, en la ejecución de las hipotecas. Se desprende de todo ello la necesidad política de implementar políticas públicas destinadas a garantizar el respeto a las exigencias que impone la realización del derecho a la vivienda en las condiciones más adversas. Es relevante en este sentido la jurisprudencia emanada tanto del Tribunal Europeo de Derechos Humanos como del Tribunal de Justicia de la Unión Europea¹³⁶.

2.8. Seguridad y protección de la comunidad

En los núcleos urbanos densamente poblados, la seguridad y la protección de los ciudadanos supone una pieza clave en relación con el confort de la población. En ellos interactúa una gran diversidad de personas, y la seguridad debe ser una garantía frente a la existencia de posibles amenazas que pueden desencadenar en la generación de graves consecuencias físicas y mentales que afecten a su vez de manera manifiesta en la salud del individuo.

La seguridad tiene un factor estrictamente individual representado en la idea de que cada persona tiene que actuar conforme a las normas

135 PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique, *Los derechos fundamentales* (11ª ed.), Tecnos, Madrid, 2013, págs. 55-56.

136 GÓMEZ JIMÉNEZ, María Luisa, “El acceso a una vivienda digna”, en María Rosario Alonso Ibáñez (directora), *La sostenibilidad socioeconómica de las ciudades*, cit., págs. 167 y ss.

establecidas y a su vez proteger a su propia persona o en tal caso evitar posibles exposiciones que puedan dar lugar a situaciones de inseguridad personal, pero también la seguridad tiene un factor colectivo y público, donde con carácter preventivo, las instituciones deben actuar para evitar que se puedan producir al respecto situaciones comprometidas. En este caso, desde el ámbito urbanístico se puede acometer acciones que protejan de manera adecuada al individuo, mediante la construcción de espacios públicos que resulten suficientemente abiertos, sin la presencia de ningún tipo de innecesarios recovecos, que sirvan de refugios aislados o eliminar las barreras arquitectónicas que impidan la visibilidad de espacios públicos abiertos o mediante una correcta iluminación del vial público¹³⁷.

Para una correcta gestión de los componentes sociales es necesaria la interacción de la población y por ello los municipios deben hacer partícipe a la ciudadanía en la toma de ciertas decisiones en materia de gestión urbana, mediante la activación del principio de participación ciudadana. Este modelo de gestión genera confianza y compromiso social en una mejora productiva de las dotaciones públicas. En conjunto, estas dimensiones resaltan la responsabilidad y el impacto que los entes locales tienen en relación con el objetivo que representa la promoción de la salud a través del desarrollo urbano sostenible. Al garantizar el acceso a servicios esenciales, diseñar entornos urbanos que fomenten la actividad física y promover modos de transporte sostenibles, los gobiernos locales pueden crear ciudades que resulten más saludables y habitables para sus residentes. Estas acciones no solo benefician a la población actual, sino que también establecen bases sólidas para la salud y el bienestar de las generaciones futuras. Son en este sentido una decidida apuesta por el futuro y conforman el mejor ejemplo de compromiso de la generación actual con las que están por venir.

137 SÁNCHEZ HERRÁEZ, Pedro, "Ciudades: entornos y espacios de seguridad", *Cuadernos de estrategia*, núm. 206, 2020, págs. 119-174

3. El impacto de las desigualdades urbanas entre municipios sobre la salud pública

El urbanismo y su incidencia en la salud configura en la actualidad una realidad, pero la descentralización del territorio y el marcado carácter heterogéneo de la norma urbanística en el ámbito municipal, conforman una presumible situación de desigualdad entre distintas poblaciones. Existen diversos modelos que estudian los determinantes sociales de la salud, y es imprescindible comprender las distintas desigualdades sociales que le afectan¹³⁸. Uno de los modelos más utilizados ha sido el de Dalghren y Whitehead, que diferencia los factores que afectan a la salud en distintos niveles. Partiendo del nivel 0, en el que se engloban los factores estáticos asociados a los condicionamientos naturales del individuo (edad, sexo, genética y su propia naturaleza); el nivel 1 son aquellos factores asociados a la conducta del individuo; en el nivel 2 se sitúa el contexto social y comunitario; en el nivel 3 las condiciones de vida y el trabajo; y finalmente, el nivel 4 que se refiere al entorno político que comprende las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

Las desigualdades sociales en materia urbanística tienen una especial incidencia en la salud de una población; son los núcleos urbanos más humildes en relación a otros núcleos urbanos de mayor posicionamiento social, donde se puede observar la brecha que se forma en lo concerniente al nivel de la salud de las diferentes poblaciones; por ejemplo, comparando la esperanza de vida entre los distintos núcleos urbanos o el tipo de enfermedades que se pueden observar entre distintos ratios sociales o inclusive la gestión de una pandemia. A través del nuevo urbanismo y habilitando una correcta actualización de los Planes de Ordenación del Territorio, se puede luchar de manera muy efectiva contra la intolerable injusticia que representa la pervivencia de situaciones de desigualdad social y apostar por alcanzar una homogeneización del nivel

138 LEMA AÑÓN, Carlos, “Los determinantes sociales en el derecho a la salud”, en Carlos Lema Añón (editor), *Los determinantes sociales de la salud: más allá del derecho a la salud*, Dykinson, Madrid, 2021, pág. 42.

de la salud pública que resulte absolutamente independiente del estrato social de las distintas poblaciones que hay en un mismo municipio o entre los mismos. La adaptación de las distintas áreas urbanas antiguas a las nuevas necesidades de la población, los compromisos de adaptabilidad en materia de desarrollo sostenible y la creación de ciudades inteligentes, conforman en este sentido un reto decisivo para los ayuntamientos, que deben actualizar y modificar su actuación a este respecto en la presente década.

Como ya se ha puesto de manifiesto, en Inglaterra en el año 2010, se encargó un proyecto llamado Revisión Marmot, cuyo fin era demostrar la relación directa existente entre las desigualdades sociales existentes y la afectación de la salud de los individuos con la ordenación del territorio y el entorno construido en una determinada población¹³⁹. La Revisión Marmot ha demostrado que la planificación urbanística tiene una influencia directa en todo lo relativo a la alimentación, la actividad física, la vivienda, el transporte, las conexiones urbanas, los espacios públicos abiertos, la cohesión social, el medioambiente, el empleo y las infraestructuras sociales, teniendo a su vez todo ello una incidencia inequívoca en la salud de la población en términos generales y del individuo. Dicho estudio demostró que las personas que viven en los barrios más desfavorecidos tienen por lo general mayores patologías y enfermedades, e incluso el nivel de mortalidad es mayor que el de aquellas personas que viven en entornos más favorecidos. Se pudo demostrar que las condiciones ambientales existentes en los barrios más pobres son peores que las que se dan en los barrios más “agraciados”, repercutiendo todo ello negativamente sobre la salud.

La Revisión Marmot ha contribuido al desarrollo y a la adaptación de herramientas que estudian los efectos que se generan en la salud de la población y las distintas actuaciones urbanísticas que se llevan a cabo por

139 Véase el informe en el enlace adjunto. MARMOT, Michael, *The Marmot Review*, 2010. Disponible en: <https://www.parliament.uk/globalassets/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>.

parte de la administración pública. Estas herramientas permiten aportar modificaciones que apuesten por una mejora de la salud que al mismo tiempo mitiguen la eventual presencia de los aspectos contraproducentes para la misma. En particular recomienda el seguimiento puntual de tres líneas de actuación para asegurar el objetivo de alcanzar un entorno urbano que favorezca en la mayor medida posible la salud poblacional:

Línea 1: *Ahondar en políticas que reduzcan las desigualdades en la salud y favorezcan al cambio climático, a través de:*

- *Fomentar los desplazamientos activos (transporte público y transportes verdes).*
- *Mejorar los espacios verdes y abiertos (parques, jardines, etc...).*
- *Mejorar la calidad de los alimentos a nivel local.*
- *Mejorar la eficiencia energética de las viviendas.*

Línea 2: *Integrar la planificación, el transporte, la vivienda, el medio ambiente y los sistemas de salud para el emprendimiento de los determinantes sociales de la salud.*

Línea 3: *Crear programas locales que involucren al propio ciudadano, mediante, por ejemplo, la apuesta por la participación ciudadana y acciones de carácter comunitario.*

En el ámbito urbano, la densidad constructiva y poblacional constituyen factores clave para poder gestionar y organizar un núcleo urbano determinado; por ello, hay que distinguir en el ámbito de construcciones agrupadas (no vivienda aislada) la siguiente categoría que también se define por la cercanía y la accesibilidad de las dotaciones urbanísticas que facilita el ayuntamiento a su población y que puede afectar directamente al desarrollo de la persona en el propio entorno urbano y en consecuencia a su salud. Dicha categoría se clasifica en ciudad, barrio y vecindario.

Las ciudades son núcleos urbanos cuya población oscila entre los cien mil y los doscientos mil habitantes. Por encima de este tipo de área urbana, se encuentra la llamada área metropolitana.

El barrio constituye un elemento clave en la configuración de las ciudades. Tiene su propia identidad y junto con otros barrios se conforma el conjunto de las ciudades. Es el espacio urbano en donde se desarrolla la vida cotidiana del ciudadano y se interactúa con el conjunto del vecindario desarrollándose las principales actividades y servicios locales. Así pues, el barrio constituye la estructura urbana unitaria por excelencia de entre las que conforman el agregado urbano.

La división de la ciudad por barrios es imprescindible para su administración y buen gobierno, (aunque en las grandes ciudades se delimitan en Distritos como agrupación de barrios). Esta división administrativa facilita la gestión de numerosos datos para realizar análisis rigurosos. Por su parte, la escala intermedia de esta unidad barrial propicia que el ciudadano llegue a sentirse parte integrante efectiva de un colectivo social y pueda realizar recorridos peatonales de una duración inferior a los quince minutos dentro de áreas de influencia de quinientos metros.

Estos aspectos se tornan actualmente en puntos fuertes para conseguir uno de los objetivos deseados: conseguir una ciudad más saludable y sostenible dando la debida importancia a la creación de entornos que permitan un adecuado desarrollo de las personas, sin perjudicar al medio ambiente ni comprometer la calidad de vida en el futuro de la sociedad. Sin embargo, es indudable el rol que ha asumido el barrio, como entidad urbana en la historia reciente. Un breve recorrido desde distintas ópticas a la figura del barrio nos permite rescatar valores que se suman al interés de fijar el barrio como unidad operativa para intervenciones urbanas en el contexto actual alineadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En este contexto es relevante la importancia que cobra el concepto de barrio saludable¹⁴⁰, entendido como aquel barrio perteneciente a una ciudad consolidada que se transformará mediante la adopción de las correspondiente medidas urbanas y arquitectónicas en una nueva realidad que reduzca su consumo de energías contaminantes y sea capaz de presentar un balance positivo de generación de energía limpia para sus actividades, y donde la mayor parte de sus residentes reduzcan también la incidencia de las patologías relacionadas con la ciudad industrializada: enfermedades cardiovasculares, respiratorias, de estrés psicológico, etc.

A finales del siglo XX, surgen los eco barrios, como el paradigma del desarrollo sostenible. Sin quitar importancia a estas propuestas, es necesario hacer las siguientes consideraciones. En primer lugar, los eco barrios representan extraordinarios ejemplos de una nueva forma de hacer tanto arquitectura como urbanismo desde los criterios del compromiso con la sostenibilidad. Representan acciones a pequeña escala, y en casi todos los casos conocidos se muestran autónomos e independientes de la ciudad existente. No se pueden ver como la solución definitiva al problema de la sostenibilidad del planeta, ni tampoco servirán para mejorar de manera ostensible las condiciones de salud urbana; pero sí se puede extraer de ellos algunas líneas de acción y estrategias que se pueden aplicar en otros contextos y escalas. Creo que es desde esta reflexión donde aparece la oportunidad de los eco barrios que merecen un estudio pormenorizado de sus soluciones para buscar la réplica en la ciudad consolidada que es donde debemos resolver los problemas actuales. En segundo lugar, la eficiencia de los eco barrios se basa en la mayor parte de los casos en sistemas con infraestructuras de alta tecnología con elementos de generación de calor distrital, centrales de cogeneración o trigeneracional, etc. Estas soluciones están alejadas de la realidad de un barrio convencional a corto o medio plazo, por lo que las acciones deben ir en otras direcciones.

140 HIGUERAS GARCÍA, Esther , Barrios saludables. *Cuadernos de investigación urbanística*, núm. 100, 2015, págs. 58-59.

Un barrio saludable es aquel que tiene las siguientes características básicas:

- 1) Tiene una concienciación de la población en la idea del valor que representa el ahorro energético de combustibles contaminantes, por lo tanto, aparece un consumo responsable para todas sus actividades.
- 2) Tiene medidas de acondicionamiento pasivo en los espacios exteriores con una doble finalidad: reducir la demanda energética de los inmuebles, y fomentar las actividades en el espacio público que favorecen la relación social y la cohesión del barrio.
- 3) Tiene medidas de acondicionamiento pasivo en las edificaciones. Aparece una diferenciación del diseño de las fachadas según cada orientación: aparece un diseño de huecos acorde con las necesidades de captación solar peculiares de cada estancia; tiene un diseño específico de elementos volados del inmueble según la cantidad de radiación solar que recibe: aparece una diferenciación entre las plantas altas y las bajas del inmueble, etc.
- 4) Genera una fracción de energía renovable solar limpia para los consumos de los residentes, bien individualmente o en una red común para el abastecer servicios comunitarios (ascensores, bombas, alumbrado general, etc.).
- 5) Los residentes reducen sus riesgos frente a la eventual aparición de enfermedades cardiovasculares, ya que se mueven andando por la proximidad del barrio y usan la bicicleta para sus desplazamientos cotidianos por la red de carriles bicicleta que afianza su condición de red adecuada y segura.
- 6) Los residentes reducen sus riesgos frente a enfermedades respiratorias, ya que se ha reducido la presencia de contaminantes atmosféricos, especialmente el dióxido de

carbono, el plomo, el óxido de nitrógeno y las partículas en suspensión. Especialmente las poblaciones más vulnerables, los niños y los ancianos. Gracias a la distribución de usos del suelo, densidad, movilidad sostenible, control de contaminantes e incremento de las zonas verdes del barrio.

- 7) Los residentes reducen sus riesgos frente a enfermedades mentales ya que el barrio está equilibrado, es dinámico, está cohesionado y aparece una comunidad estable para afrontar retos y plantear soluciones ante cualquier eventualidad.

Establecidos los retos de la sostenibilidad de los barrios como primer paso para la sostenibilidad urbana, cabe preguntarse si estamos realmente resolviendo de esta manera los problemas detectados. Las últimas décadas del siglo XX y las primeras décadas del siglo XXI, se han caracterizado por la existencia de una gran cantidad de diagnósticos, mediante nuevas herramientas como son los indicadores que han estructurado los cambios necesarios en los ámbitos medioambiental, social y económico.

Ahora, desde la perspectiva de la salud de los residentes de la ciudad, es necesario incorporar las acciones sobre la distribución de los usos del suelo, la movilidad, la reducción del consumo de agua, energía y suelo, la reducción de la demanda energética mediante la utilización de técnicas adecuadas de acondicionamiento pasivo de las estructuras urbanas y arquitectónicas, y desde luego, mediante una eficaz red del sistema verde local y metropolitano, que mitigue la incidencia de las enfermedades de las ciudades, sobre todo hacia las poblaciones de mayor riesgo como son los niños y los ancianos. De esta forma se conseguirán barrios con población más sana y con menores riesgos de salud procedentes de su entorno.

Se reserva la denominación de vecindario para designar a áreas urbanas que presentan una cantidad aproximada de quinientas viviendas,

que albergarían a una población comprendida entre los mil quinientos y los dos mil habitantes.

Según la categoría en el tipo de agrupación ya comentada, la dotación urbanística de cada una de ellas será diferente; pero esa diferencia no debe ser el resultado de desigualdades urbanísticas que van a afectar directamente en la salud de sus habitantes. Por ende, independientemente de la circunstancia de si se trata de un barrio, de una ciudad o de un vecindario, el entorno urbano tiene que garantizar en cualquier caso la presencia de unos mínimos que corresponde asegurar a la administración local. El equipamiento urbano de cualquiera de las categorías referidas se instrumentaliza a través de la norma, en ella se recogen las bases para convertir un proyecto en una realidad urbana; por ello, la necesidad de crear una norma simplificada y maleable que sea capaz de adaptarse a otras ramas que gestiona cualquier ayuntamiento, como pueden ser, por ejemplo, las materias del deporte, la cultura, la vivienda, el trabajo, la dependencia, la recogida de basuras, la seguridad, etcétera.

Por ello, la retahíla de competencias que gestiona una entidad local no debe entenderse como un simple sumatorio de materias que vinieran a funcionar de forma aislada, sino que hay que comprender que todas las competencias que gestiona un ayuntamiento conforman por el contrario un todo global que debe garantizar el mayor bienestar social posible y evitar así la presencia de indeseables desigualdades, en este caso, en materia de salud y urbanismo.

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto que, frecuentemente, las emergencias golpean con mayor dureza a las ciudades. Los residentes en las ciudades suelen estar muy expuestos al virus y no tienen espacios o medios para protegerse. El hacinamiento que propicia casi como un automatismo el contacto personal y la falta de servicios de saneamiento aumentan el riesgo de contagio, limitan las posibilidades de los residentes para cumplir lo establecido en las disposiciones de

salud pública e incrementan también las probabilidades de que se den episodios de violencia interpersonal. En todo el mundo, la COVID-19 se ha propagado rápidamente en zonas en las que existen otras desigualdades en materia de salud, por ejemplo, las diferencias injustas y evitables en lo concerniente a la salud, el bienestar y el acceso a servicios de salud de calidad. En las zonas carenciadas, los números de casos detectados de COVID-19 y de defunciones conexas con la pandemia duplican a los números específicos de las zonas más favorecidas.

Las desigualdades urbanas entre municipios tienen un impacto profundo en la determinación de los niveles observables en la salud pública, creando disparidades en el acceso a servicios de salud, calidad de vida y oportunidades socioeconómicas. Abordar el análisis de estas desigualdades es esencial para mejorar el estado de la salud y el bienestar de todos los residentes urbanos. Las soluciones requerirán la aplicación de un enfoque integral del asunto y la colaboración entre gobiernos, comunidades y organizaciones para crear ciudades más equitativas y saludables.

CAPÍTULO IV. LA CIUDAD FRENTE A LAS DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES EN LA PROTECCIÓN JURÍDICA DE LA SALUD

1. Planteamiento

Pensar en la ciudad contemporánea supone sumergirnos en un fenómeno relativamente nuevo que tiene continuidad con las bases sobre las que se ha cimentado en las últimas décadas. En relación con la ciudad cabe subrayar, por un lado, la fuerza que ha ejercido como imán para la llegada de muchas personas que vivían tradicionalmente en el medio rural; y, por otro lado, las transformaciones que ha ido experimentando la propia ciudad hasta dar con el resultado actual.

Desde la perspectiva de la prevención y protección de la salud, la ciudad se presentaba como un instrumento sustancialmente positivo, en la medida en que centraba en los alrededores del hábitat de cada individuo un cúmulo de servicios que permitían a todos hacer la vida más cómoda y fácil. Pero también cabe indicar que la ciudad presenta sus riesgos, no ya tanto desde la perspectiva de la asistencia sanitaria, sino desde la perspectiva de los elementos que configuran su estructura.

En efecto, la centralización de la asistencia sanitaria que supone la convivencia en núcleos urbanos de grandes cantidades de población garantiza el mejor acceso de todos a la misma. Pero el fenómeno de la prevención de las enfermedades y de la protección de la salud, no

se acaba en las prestaciones que integran la asistencia sanitaria, sino que cubre otros aspectos muy diferentes. Destacan en este sentido los determinantes de la salud, que, en la ciudad contemporánea presentan una concreta intensidad, y el fenómeno de la exclusión sanitaria, que es una variante dependiente en gran medida de la propia configuración de la ciudad.

En este capítulo vamos a analizar por separado estos dos fenómenos que representan un desafío singular en lo que concierne a la forma en el gobierno de las ciudades, para a continuación esbozar alguna solución fundamentada al respecto.

2. El desafío a la ciudad de los determinantes sociales de la salud

La expresión determinantes sociales de la salud refiere la importancia que para la prevención de las enfermedades y la mejor preservación de un estado saludable representa la existencia de ciertos elementos sociales cuya constancia implica consecuencias significativas marcando diferencias entre los niveles de salud de los individuos en distintos lugares geográficos incluso dentro de una misma unidad espacio temporal. Se pone el acento con ello en el carácter manejable que tienen estos elementos, toda vez que su presencia no tiene un carácter natural o automático. En este sentido expresa Carlos Lema Añón que: “Lo significativo de estas diferencias en los resultados de salud es que no pueden remitirse a causas meramente naturales, sino que se explican a partir de causas sociales que tienen que ver con estructuras, instituciones, políticas y opciones (en general, factores socialmente controlables) con consecuencias importantes para la salud de las poblaciones”¹⁴¹.

Es evidente que el ámbito geográfico en el que se viva condicionará la salud desde un punto de vista estrictamente climático. El calor extremo que se pueda experimentar en ciertas áreas del planeta o el frío acusado

141 LEMA AÑÓN, Carlos, “La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad”, *Anuario de Filosofía del derecho*, 2020, pág. 291.

que se puede sentir en otras van a tener una incidencia directa en la salud reclamando la activación de políticas públicas específicas para paliar sus considerables efectos negativos. Pero cuando hablamos de determinantes sociales de la salud, no nos estamos refiriendo a estas circunstancias que escapan en buena medida a la acción de los individuos. No quiere ello decir que no sean circunstancias que puedan y deban ser tratadas por los poderes públicos. Todo lo contrario. El efecto que estas circunstancias ejerce sobre la salud obligará a extremar la atención a su respecto. Pero no son determinantes sociales en sentido estricto porque su génesis tiene una naturaleza en gran medida natural.

El compromiso de los poderes públicos no puede limitarse estrictamente al control y tratamiento de las causas que tienen un origen social. Su ámbito debe ser bastante más extendido hasta abarcar a todas las circunstancias que provoquen efectos negativos sobre la salud de los individuos. Pero ese compromiso tiene un tinte muy especial cuando se trata de controlar factores cuyo origen radica en muy amplia medida en la propia voluntad de los individuos. Decimos que tiene un tinte especial porque parece desde luego mucho más sencillo controlar en su misma raíz un factor negativo eludiendo desde un primer momento su nacimiento.

La presencia de estos factores en la vida cotidiana está no obstante muy instalada. Eso hace que pase relativamente inadvertida la misma, y cuando advertimos que nos encontramos ante ella nos planteemos en ocasiones que se trata de una característica consustancial a nuestro entorno vital, como si fuera en consecuencia una circunstancia ineliminable. De ahí que se hable de control de los determinantes sociales de la salud obviando la posibilidad de su erradicación. Esta posibilidad no debería en cualquier caso ser cancelada de antemano. Un programa ambicioso de control de los determinantes sociales de la salud debería tenerla siempre presente, aunque solo fuera para incentivar al máximo la acción de las políticas públicas y garantizar la menor repercusión posible de sus efectos desfavorables.

La expresión determinantes sociales de la salud tiene un carácter fundamentalmente simbólico. Al indicar que se trata de determinantes se quiere referir su importancia singular para la salud. Y también sobre todo subrayar el descuido que muchas veces se ha prestado a su incidencia dándole un tono de naturalidad en la experiencia humana. Pero está claro que no se trata de determinantes en sentido estricto. Encarnación Fernández Ruiz-Gálvez asume como opción referente de hablar de condicionantes sociales de la salud. Quiere con ello destacar que el estado de la salud de las personas depende de la acción de factores genéticos, de factores de conducta individual y de factores estructurales sociales¹⁴².

Ciertamente el origen social de estos factores no es el mismo. En el caso de los factores genéticos su presencia escapa en principio a cualquier intervención voluntaria. En el caso de los factores de conducta individual consta la presencia de la voluntad humana directamente implicada en el caso, pero se trata de decisiones con un componente sustancialmente diluido. En el caso de los factores estructurales sociales, esa intervención social se da, por el contrario, en medida relevante. Es con relación a ellos que podemos hablar de determinantes sociales de la salud o, si se prefiere, de condicionantes sociales de la salud, por utilizar la expresión de la referida profesora.

Decimos que en el caso de factores de conducta individual la presencia social se encuentra diluida para referir así la idea de que es el individuo singular el que directamente activa la conducta que pone en riesgo la salud, pero esa acción individual no necesariamente es ajena a un marco social que eventualmente la alienta o estimula mediante mensajes de publicidad, etc. En este sentido cabe reseñar que también estos factores de conducta individual pueden tener sus propios condicionantes¹⁴³.

142 FERNÁNDEZ RUIZ-GÁLVEZ, Encarnación, “Condicionantes sociales de la salud: una cuestión de justicia distributiva”, en Ana María Marcos del Cano (directora), *El derecho a una asistencia sanitaria para todos: una visión integral*, cit., pág. 331.

143 *Ibidem*, págs. 331-332.

Hablaríamos en este sentido de determinantes de los determinantes, o si se prefiere, de determinantes caracterizados por una mayor o menor proximidad entre su establecimiento y los efectos que finalmente producen. Se ha señalado en este punto que “es claro que pueden existir por un lado, determinantes sociales próximos espacial y temporalmente a los resultados de salud, tales como el conocimiento general de la salud, las actitudes, creencias y comportamientos (piénsese, por ejemplo, en el hábito de fumar), y también, por otro lado, determinantes de carácter más general y estructural que, o bien dan forma a los anteriores, o bien producen efectos sobre la salud, solo que de forma más mediada y a través de cursos causales más complejos”¹⁴⁴.

Carlos Lema Añón expone sin afán exhaustividad los siguientes factores sociales determinantes de la salud: las condiciones ambientales y laborales, la educación, el nivel de renta de que se disponga y la presencia de elementos discriminatorios como son el racismo y el sexismo. Conviene destacar que todos estos factores van a tener una incidencia relevante sobre la salud a lo largo de todo el periodo vital de los individuos. Pero esa relevancia se hace muy visible en los primeros años de la vida al ser en ellos cuando el individuo va formando su personalidad. No es lo mismo ciertamente una personalidad formada en un contexto de satisfacción general de las necesidades humanas que en un contexto de pobreza y vulnerabilidad. Y es que quienes forman su personalidad en este contexto van a dar muy previsiblemente un carácter natural a su presencia, augurando en consecuencia una personalidad débil con pocos recursos para hacer frente a los desafíos que plantea la vida, también lógicamente, a los desafíos que plantea la vida en el terreno de la salud.

Todo ello al margen del efecto negativo para la salud que ya provoca la autoconciencia desde la niñez de ser un individuo afectado por una discriminación social significativa. Tiene en este sentido razón Encarnación Fernández Ruiz-Gálvez cuando señala que: “las experiencias

144 LEMA AÑÓN, Carlos, “La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad”, cit. págs. 293-294.

en los primeros años de vida tienen un impacto decisivo sobre la salud. Tanto la investigación observacional como los estudios de intervención acreditan que en el periodo prenatal y en la primera infancia se sientan las bases de la salud adulta. Las consecuencias de la pobreza durante el embarazo y la infancia son demoledoras y se prolongan durante toda la vida”¹⁴⁵.

Las condiciones ambientales que rodean la vida de los individuos tienen una incidencia directa sobre la salud. El riesgo que supone la exposición a sustancias tóxicas está más que probado. Es un riesgo que en muchas ocasiones pasa inadvertido, porque los efectos de estas sustancias no se manifiestan de manera inmediata, sino que lo hacen a largo plazo. Algo parecido sucede en el caso de la contaminación del aire. En lo demás unas condiciones ambientales que permitan llevar una vida saludable garantizando la posibilidad de hacer ejercicio físico, de mantener un contacto directo con la naturaleza y de acceder a una buena alimentación constituyen el marco ambiental más propicio para la prevención de las distintas enfermedades que nos acechan.

Las condiciones laborales tienen una importancia fundamental. El trabajo constituye el instrumento insustituible hasta el momento para acceder a los niveles de renta particulares de cada individuo. Es una realidad a la que nadie puede escapar. En este sentido hay que estar muy atentos a las consecuencias desfavorables a la salud que puede provocar ese mismo entorno laboral.

Un entorno en el que se garantice la seguridad e higiene en el trabajo tendrá muchas papeletas para garantizar una mejor salud de los trabajadores. Pero ya no se trata solo de fijarnos en las condiciones físicas del entorno laboral, sino también en las consecuencias de las condiciones psicológicas de las circunstancias que lo rodean. Un trabajador abrumado por encontrarse en una situación de inestabilidad laboral, con riesgo

145 FERNÁNDEZ RUIZ-GÁLVEZ, Encarnación, “Condicionantes sociales de la salud: una cuestión de justicia distributiva”, cit., pág. 327.

permanente de perder su empleo y de manera automática el salario que lo remunera padecerá seguramente una situación de estrés que a medio plazo ejercerá una influencia perniciosa sobre su salud, lo mismo sucede cuando el sujeto entiende que el sueldo que percibe no es el adecuado. En este supuesto los efectos tienen una doble proyección. Por un lado, puede deprimirse ante la eventual dificultad para acceder a la satisfacción plena de las necesidades vitales de el mismo y de la familia que tiene a su cargo. Por otro lado, aun cuando no haya mayor problema en la satisfacción de esas necesidades individuales familiares, puede también sentirse deprimido ante el sentimiento de injusticia que pueda representar lo que él considera como un salario insuficiente con relación a la calidad de la aportación económica de su trabajo.

La incidencia más directa de la educación sobre la salud de cada individuo viene dada por la propia posibilidad que conlleva de acceder al mejor conocimiento de los hábitos saludables enfrentando de este modo el efecto negativo que puedan tener determinadas campañas publicitarias mercantiles en sentido opuesto. Pero la educación tiene una proyección mucho más amplia sobre el estado de la salud de los individuos en la medida en que garantiza ante todo la identificación que cada individuo se hace de sí mismo como un sujeto formado que ha sabido aprovechar las oportunidades educativas que se le han presentado.

En este sentido la educación tiene un efecto inmediato de autopercepción del individuo como un ser valioso que por lo demás es capaz de enfrentarse por los conocimientos acumulados en la mejor manera a las adversidades que se le puedan presentar a lo largo de su existencia. Además, el acceso a los diferentes niveles educativos se proyectará también en un mejor acceso al mercado de trabajo, con todo lo que ello supone en orden a garantizar emolumentos económicos que le permitan llevar una vida más saludable liberándole de las situaciones de estrés que genera de manera inevitable la preocupación económica.

Esas condiciones económicas están en la base del acceso a los medios subsistenciales. La comida, la vivienda, la propia asistencia sanitaria cuando se pretende que vaya más allá de los niveles garantizados por el sistema general, tienen un coste económico que solo pueden satisfacer quienes disponen de los recursos correspondientes al efecto. Otro tanto cabe decir de la educación. Ya simplemente desde esta perspectiva se hace visible el efecto de las condiciones de acceso a los recursos económicos. Condiciones que ciertamente no serán las mismas en los diferentes ámbitos geográficos. Hay países en los que se hace muy evidente el techo económico de quienes en el ámbito interno de ese mismo país, puede constituir una clase económica media, esto es una clase social en principio no afectada por una situación de pobreza estructural.

Pero es que además los estudios sociológicos que se han llevado a cabo han hecho ver que incluso dentro de un mismo ámbito geográfico, y teniendo igualmente satisfechas las necesidades subsistenciales individuales y familiares, las diferencias de nivel económico establecidas van a tener un efecto muy relevante sobre la salud de las personas. No es ajeno a ello, seguramente el nivel de satisfacción personal que proporciona a los distintos individuos afectados la conciencia de pertenecer a uno u otro rango de disponibilidad económica, ni tampoco el sentimiento de seguridad que proporciona para poder enfrentar las adversidades de la vida en el futuro y garantizar un mejor futuro a su descendencia.

La presencia de prácticas de segregación racial tiene un efecto inmediato sobre la salud de quienes más directamente la sufren. En una sociedad racista el acceso a la educación, a las condiciones laborales, incluso al ocio, se encuentra desigualmente repartido. Eso ya por sí mismo es un determinante social inmediato sobre la salud de los afectados. Pero hay también un efecto psicológico nada desdeñable al respecto. Me refiero ante todo al sentimiento de injusticia que puedan percibir los afectados ante una discriminación absurda desde la percepción evidente de la común naturaleza humana de todos los individuos.

Cualquier persona puede llegar a entender y asimilar la situación desfavorable en la que pueda encontrarse como consecuencia del mayor mérito y de la mayor capacidad de los demás, o como consecuencia del mayor esfuerzo laboral que los demás puedan llegar a realizar, consolidando en consecuencia una mayor aportación económica al conjunto de la sociedad. Pero lo que es muy difícil de digerir es la presencia de una discriminación que tiene un origen ajeno por completo a cualquier intervención personal de los afectados. Pero es que además la visión que los demás tengan sobre uno mismo no podría nunca de dejar de afectarle pudiendo llegar a generar un sentimiento acusado de minusvaloración de su propia persona.

El hecho de sentirse rechazado por los demás generará una sensación de inseguridad personal que le hará muy difícil la tarea de afrontar en las debidas condiciones los retos que plantea la existencia cotidiana. Estamos hablando de una segregación que no tiene ningún fundamento y que, como tal, es percibida por la mayoría de los afectados. Pero es que, aun en el caso de que alguno de ellos viera una justificación absurda a su situación, ello pasaría inevitablemente por el cauce de la minusvaloración personal dejando al individuo inerte ante el efecto inmediato sobre su salud que la misma provoca.

Ni que decir tiene que este efecto demoledor de las prácticas racistas se produce de manera estructural, esto es con independencia de la mayor o menor intensidad de las mismas. Ciertamente, en principio, cuanto mayor sea esta intensidad, mayores serán los resultados negativos sobre la salud de los afectados, pero incluso el racismo de baja intensidad tiene también sus efectos. Y es que en el fondo está en juego la percepción de ser víctima de una situación de discriminación injustificada que además contraviene en muchas ocasiones el tenor de la normativa jurídica establecida.

En el caso del sexismo sucede algo parecido. La conciencia de sentirse uno mismo, víctima de una sociedad que le relega a un papel

secundario por el mero hecho de pertenecer a la mitad del mundo desfavorecida generará en el mejor de los casos un sentimiento de incomodidad personal y rebeldía, cuando no directamente de angustia. Y en el peor de los casos, la resignación ante una situación de hecho injustificadamente desfavorable que solo puede provocar melancolía y depresión.

Se trata, como puede comprobarse, de factores sociales susceptibles de ser eliminados, por muy arraigados que, en ocasiones, puedan encontrarse en la vida social. Ciertamente, es muy evidente la injusticia de factores discriminantes como son el racismo y el sexismo. Esa misma evidencia provoca la claridad de ideas acerca de la necesidad de su eliminación, por más que su presencia siga vigente, aunque pueda ser, de manera sutil, en muchos ámbitos relacionales. Lo mismo cabe señalar en relación con las condiciones ambientales, cuya eliminación o en su caso disminución de su intensidad, depende en gran medida de la acción de los poderes públicos. El acceso a una educación universal en sus niveles más elevados es algo que depende también directamente de la acción pública.

Las cosas son diferentes cuando se trata de analizar las condiciones de acceso a los recursos económicos y las condiciones de lugar de trabajo en los supuestos ajenos al empleo público. La empresa privada tiene sus propias reglas de funcionamiento que dependen en buena medida de un mercado de trabajo aparentemente incontrolable. En lo demás, la mayor o menor habilidad natural para desenvolverse en el mercado de trabajo realizando actividades profesionales, y, por supuesto, la mayor o menor aportación que cada cual va a realizar al mismo, va a generar situaciones de diferenciación personal en cuanto a la disponibilidad de recursos económicos. Esta desigualdad puede tener un mayor o menor fundamento, pero proyecta en cualquier caso efectos desfavorables significativos sobre la salud de los afectados¹⁴⁶.

146 LEMA AÑÓN, Carlos, "La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad", cit. págs. 304 y ss.

La primera reacción ante esta situación pasaría por establecer un sistema económico más igualitario en el que las diferencias económicas redujeran considerablemente su intensidad con todo lo que ello pudiera implicar en orden a la eliminación de las diferencias en el terreno de la salud. Es este un desiderátum de muy difícil consecución. Supondría ello remover las estructuras sociales más sólidamente asentadas. Pero es que además no faltan tampoco argumentos en favor de la desigualdad social cuando esta supuestamente pudiera contribuir a incrementar el nivel de vida de los más desfavorecidos.

Ciertamente, lo que buscan los individuos más desfavorecidos desde el punto de vista económico es ante todo incrementar su propio nivel de vida, disponer de un patrimonio que les permita acceder a bienes a los que no pueden acceder en la situación actual. Si para ello es necesario que los que más tienen incrementen aún más su margen de diferencia con respecto a ellos este es un problema que ellos mismos lo ven como un problema menor. Lo más relevante desde su punto de vista es el incremento material de su patrimonio, de su nivel de vida y en consecuencia de sus posibilidades de actuación desde el punto de vista económico en la vida real.

En este punto surge un problema concreto. Y es que, si puede haber una justificación razonable para la permanencia de las diferencias económicas establecidas en algunos casos, esa no modificación de la situación de desigualdad genera sin embargo un problema desde el punto de vista de la salud, porque la constatación en situación de desigualdad económica es un problema efectivo para la salud. Claro que el problema quedaría liberado en la medida en que se constata que también la pobreza es un problema para la salud y que salir de ella, aunque sea a costa de mantener las diferencias de partida, provoca una mejora en lo que a la salud se refiere.

Lo que está claro, es la necesidad de intervenir sobre los determinantes sociales de la salud al objeto de evitar el perjuicio para

la salud que representa su mantenimiento. En ocasiones se tratará de remover las estructuras sociales por el daño objetivo que representa su permanencia. Y en otros casos se tratará de evitar el sentimiento de injusticia que pueden experimentar los individuos que se encuentran en una situación de discriminación. Y es que, “las injusticias sociales se acaban integrando en los individuos en forma de enfermedad”¹⁴⁷.

Con carácter general se propone una serie de políticas para resolver el problema de los determinantes de la salud que Encarnación Fernández Ruiz-Gálvez resume en los siguientes puntos: “1) Erradicación del hambre y de la pobreza, garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, así como el acceso al agua potable y al saneamiento; 2) Reducción de las desigualdades sociales excesivas, entendiendo por tales las que obstaculizan las capacidades de otros; 3) Programas de bienestar social que den respuesta no solo a las necesidades materiales, sino también a los problemas psicosociales; 4) Programas específicos para erradicar la pobreza infantil; 5) En el ámbito de las políticas educativas, entre otras, reducir los niveles de fracaso educativo e introducir programas de educación para la salud; 6) Políticas de empleo y salud laboral. En este último ámbito se trata de establecer un «círculo virtuoso»: la mejora en las condiciones laborales mejorará el estado de salud de los trabajadores, lo cual a su vez incrementará la productividad y por ende permitirá mejorar la salubridad de los lugares de trabajo y así sucesivamente; 7) Políticas medioambientales, familiares y de género; 8) Garantizar el acceso universal a la asistencia sanitaria y a los servicios sociales; y 9) Fomentar un crecimiento económico equitativo y sostenible o, lo que es lo mismo, promover el desarrollo humano sostenible”¹⁴⁸. Se trataría en definitiva de afrontar un ambicioso programa de políticas públicas que buscara la desactivación del efecto negativo que estos determinantes sociales tienen para la salud. La conciencia generalizada de la relevancia

147 *Ibidem*, pág. 295.

148 FERNÁNDEZ RUIZ-GÁLVEZ, Encarnación, “Condicionantes sociales de la salud: una cuestión de justicia distributiva”, cit., pág. 330.

del problema y de la necesidad de aportar soluciones decisivas es lo que explica que podamos hablar con pleno sentido en nuestros días de la “revolución de los determinantes sociales de la salud”¹⁴⁹.

Es un problema arduo porque, aunque se conoce perfectamente el efecto negativo de estos determinantes es mucho más impreciso el conocimiento de la medida exacta en que puedan afectar a la salud y sobre todo determinar su mejor solución cuando entran en conflicto distintos factores cuya consideración individualizada e independiente puede arrojar resultados de distinta índole, e incluso contradictorios.

Hay que considerar también el efecto que estos determinantes sociales de la salud pueden tener a la hora de inducir conductas supuestamente libres por parte del individuo. Propuestas que en realidad encuentran su acomodo material preciso en ese conjunto de factores. Obviamente las políticas enderezadas a la eliminación de esos determinantes sociales de la salud habrá de tener en cuenta el efecto liberatorio que ejercen sobre las decisiones correspondientes a los hábitos individuales que pudieran entenderse perjudiciales desde el punto de vista sanitario.

La aplicación de las políticas públicas dirigidas a la eliminación, en la medida de lo posible, de los determinantes sociales de la salud no se lleva a cabo en el vacío, sino que operan en ámbitos geográficos muy concretos y singularmente en las ciudades. Pero es que en ocasiones es la propia estructura de la ciudad la que favorece, e incluso motiva, la acción de los determinantes sociales. Una política pública eficaz a este respecto deberá trabajar también sobre la base que proporciona la organización y la estructura de la ciudad. La ciudad se presenta en este sentido como escenario fundamental de la acción de los determinantes sociales de la salud, pero también como ámbito para la resolución del problema. Resolución que no podría dejar de tomar en consideración

149 LEMA AÑÓN, Carlos, “La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad”, cit., págs. 315-317.

las características de ese contexto de ciudad en el que se desarrolla todo el proceso.

3. La implicación de la ciudad en el fenómeno de la exclusión sanitaria

Hemos hecho referencia en el epígrafe anterior a los determinantes sociales de la salud evitando dar a su referencia cualquier significado médico o asistencial. No se trata de decir que no existan determinantes sociales de esta índole, pero con la identificación de los determinantes sociales de la salud ni médica ni asistencial lo que se pretende hacer es darle una importancia significativa a la existencia de factores que normalmente no son valorados a la hora de afrontar el problema de la realización del derecho a la salud. Pero las deficiencias del derecho a la salud encuentran también una clave esencial en la perspectiva de la asistencia sanitaria. Esto es, en la perspectiva del ámbito al que tradicionalmente se ha venido reduciendo la consideración del derecho a la salud y hay que decir que también, en este ámbito concreto, encuentra la realización del derecho a la salud problemas a las que no son ajenas la organización y la estructura de las ciudades.

Ciertamente, el fenómeno de la exclusión en la asistencia sanitaria presenta diferentes facetas, algunas de las cuáles tocan solamente de manera indirecta a la ciudad. Es el caso por ejemplo de las deficiencias que desde el punto de vista de la realización del derecho a la salud tiene la asistencia sanitaria a los niños y a los ancianos, esto es, a las personas que no tiene por razones naturales o que han venido perdiendo paulatinamente su capacidad de interlocución en la vida ciudadana¹⁵⁰.

Vamos a dejar de momento de lado la consideración de estos dos supuestos de exclusión para centrarnos básicamente en los supuestos que tienen una mayor incidencia en la perspectiva de la organización y en la

150 ARA PINILLA, Ignacio, “Los cauces de la exclusión en la articulación jurídica de la asistencia sanitaria”, en Ana María Marcos del Cano (directora), *El derecho a una asistencia sanitaria para todos: una visión integral*, cit., págs 103-104.

perspectiva de la ciudad. Nos referimos a los supuestos que representan la discriminación sanitaria por razón de identidad cultural y por razón de ciudadanía.

El caso de la identidad cultural es muy significativo porque la pertenencia a una cultura identitaria minoritaria sitúa ya al individuo en una posición de vulnerabilidad que no constituye el mejor escenario para el ejercicio de ninguno de sus derechos. Claro que en este caso no se puede culpar a la sociedad de la decisión que adopta el individuo al asumir los presupuestos básicos de la cultura identitaria minoritaria. Esta es una decisión personal ajena a cualquier inducción del grupo social, en tanto se plantea precisamente en contraposición a la cultura hegemónica.

La opresión que ejerce en este punto el grupo social, y con él, la cultura hegemónica, tiene una proyección muy distinta. Por un lado, la eventual falta de reconocimiento de la cultura identitaria del individuo le sitúa en una posición de debilidad, lo que le llevará a acudir a los servicios sanitarios cuando lo necesiten como quien acude a solicitar algo que le puede o no ser concedido, o viendo en este sentido el carácter universal del derecho a la asistencia sanitaria.

Pero es que además, la propia asistencia sanitaria se organiza normalmente en la clave que proporcionan los postulados de la cultura hegemónica. Ello puede dar lugar, de entrada, a una cierta incomodidad de quienes ven que la asistencia sanitaria que se les va a prestar se enmarca en postulados culturales que les son completamente ajenos. Puede incluso llegar el caso de incompatibilidad entre los postulados culturales asumidos por el paciente y la oferta que representa la prestación de servicios sanitarios en relación con el problema de salud que le pudiera afectar.

Va de suyo que en este sentido es necesaria la generalización de la realización del derecho a la asistencia sanitaria en clave de identidad cultural. Se trataría de que todos los individuos se encontrasen igualmente

cómodos en lo que concierne a las exigencias de su identidad cultural cuando reciben la asistencia sanitaria.

Es un problema de difícil solución por el coste económico que representa esa pluralidad de perspectivas que hubiera de acoger la organización de la asistencia sanitaria. Pero no empaña la consideración de que es esta, y no otra, la única salida que tiene la organización de una asistencia sanitaria que quiera ser respetuosa con los derechos, en particular con el derecho a la identidad cultural, de todos los individuos que se encuentran bajo su área de influencia. Ignacio Ara Pinilla ha señalado oportunamente en este sentido: “No es que resulte necesariamente más cara la prestación sanitaria en una determinada clave cultural eventualmente distinta de la que representa la cultura hegemónica. Lo que resulta más costoso es la implementación de un sistema que pudiera dar acogida a las exigencias implicadas en las distintas identidades culturales de los potenciales usuarios. El problema es que este, y no otro, es precisamente el modelo de asistencia sanitaria adaptado a las exigencias identitarias. El modelo no puede en principio autolimitarse en un concreto ámbito cultural de implicación, dada la configuración culturalmente definida de sus potenciales usuarios”¹⁵¹.

El coste económico que representa el modelo de asistencia sanitaria respetuoso con la identidad cultural de los usuarios es la razón fundamental por la que se promueve un sistema de asistencia sanitaria uniforme desde el punto de vista cultural. Claro es que esa uniformidad es la que marca precisamente la cultura identitaria hegemónica. No puede haber igualdad en la realización del derecho a la asistencia sanitaria cuando se le impone al individuo un corsé cultural que le puede llegar a resultar inadmisibile.

Se suele plantear en este punto que es esta precisamente la solución democrática del problema porque son lógicamente más los individuos que comparten los postulados de la cultura hegemónica que quienes

151 *Ibidem*, pág. 105.

comparten las tesis de las culturas identitarias minoritarias. Es este un argumento absolutamente falaz. Ante todo, porque estando en juego la realización de los derechos fundamentales importa ante todo atender a la situación de las minorías, porque las mayorías ya se valen, normalmente, por sí mismas a la hora de dar cauce a la realización de cualquiera de sus derechos. La realización del derecho a la asistencia sanitaria en clave uniforme representa en este sentido una discriminación directa en la medida en que emplaza a algunos individuos en una situación que no les va a permitir acceder, en las condiciones establecidas para la mayoría, a la realización del derecho en cuestión.

Es cierto que la organización de la asistencia sanitaria debe tener en cuenta los costes del servicio. En este sentido a igual presupuesto una organización de la asistencia sanitaria respetuosa con el derecho a la identidad cultural vería lógicamente mermadas sus prestaciones. Y tampoco es cuestión de proceder de manera que se produzca las prestaciones públicas en un ámbito tan relevante como es la asistencia sanitaria, la cual constituye el núcleo tradicionalmente considerado fundamental para la realización del derecho a la salud.

No se trata tanto por consiguiente de denunciar el sentido que tiene la organización de la asistencia sanitaria en clave homogénea. Pero si, sobre todo de tener en cuenta el carácter inevitablemente discriminatorio que tiene inherente a semejante organización, con los consiguientes efectos negativos del caso sobre la salud. Y es que, como ya hemos señalado anteriormente, la discriminación estructural constituye también un determinante social de la salud que convendría en cualquier caso erradicar. Ignacio Ara pinilla señala en este sentido que: “el reclamo de una interpretación sistemática del derecho a la protección de la salud que permitiera identificar el sentido general de sus exigencias en clave de identidad cultural deviene en este sentido imprescindible. Lo demás supondría ... circunscribir los términos de su aplicación a un colectivo privilegiado (el grupo culturalmente hegemónico) obligando a los demás a un ejercicio de contorsionismo psicológico para acomodar la

satisfacción de sus necesidades perentorias con la consiguiente desazón por la vulneración de los imperativos culturales que definen en buena medida el sentido de su propia individualidad. Ni que decir tiene que esa misma desazón representa también un cierto condicionante negativo de la salud. Nos encontraríamos así ante la paradójica necesidad de acudir a unos servicios prestados en una clave cultural eventualmente ajena que no pueden dejar de repercutir sobre el estado de salud de los afectados”¹⁵².

Esta es la gran dificultad del problema, habría que optar entre una organización de la asistencia sanitaria no discriminatoria o una reducción de los servicios prestados por la misma, siempre, claro está, que permanezca inalterado el presupuesto económico destinado a la organización de la asistencia sanitaria. Pero la dificultad del problema no excluye que deba buscarse el mejor ámbito para el planteamiento del problema y este tiene como escenario natural a la ciudad. Habrá que acomodar la organización y la estructura de la ciudad a un planteamiento que trate de concitar el mantenimiento del nivel de los servicios prestados a la realización en la mayor medida posible del derecho a la asistencia sanitaria en clave de identidad cultural.

Un problema diferente, aunque conectado con él, es el de la discriminación sanitaria por razón de ciudadanía. Esta discriminación puede asumir dos formas. La forma más evidente es la exclusión de los colectivos que no dispongan de la ciudadanía del país del que se trate del acceso a las prestaciones sanitarias. Es esta una discriminación muy patente, porque directamente se deja de proporcionar a algunos (los no ciudadanos) los servicios que reciben sin mayor problema los ciudadanos del país en cuestión¹⁵³.

La discriminación adquiere un carácter más camuflado cuando la exclusión de los derechos propuestos por la ciudadanía se presenta en relación con derechos que, en principio, son ajenos al propio derecho

152 *Ibidem*, pág. 107.

153 *Ibidem*, pág. 112.

fundamental a la protección de la salud¹⁵⁴. En este punto la exclusión que sufren los no ciudadanos en el ámbito de los derechos de participación política tendrá un carácter extensible a otros ámbitos en principio no abarcados por ella. Y singularmente extensible al ámbito que representa el derecho a la asistencia sanitaria. No es cuestión de entrar en este momento en el análisis de la justificación o no de la discriminación que sufren los no ciudadanos en relación a los derechos de participación política. Basta decir que no parece razonable que se le esté reconociendo al individuo un derecho de participación política cuyas circunstancias le resultan relativamente desconocidas y en el que cada vez tiene menos intereses personales, y al mismo tiempo se le esté excluyendo de cualquier forma de participación política en el país en el que vive, trabaja y tiene la mayor parte de sus intereses personales y familiares.

La falta de fundamento material de esta exclusión que experimentan los no ciudadanos genera en ellos mismos una inevitable imagen de menoscabo. Y no es precisamente esa imagen de menoscabo la que les va a permitir construir una personalidad sólida que les permita impulsar la exigencia de una realización no excluyente de su derecho a la asistencia sanitaria. Estaríamos en este segundo caso ante una discriminación mucho menos evidente que la que se genera cuando se excluye al individuo del disfrute de las prestaciones sanitarias que le ofrece el Estado. Pero no por el hecho de tratarse de una discriminación hasta cierto punto camuflada, pierde efecto la propia discriminación.

Vemos pues que no es necesario excluir formalmente a nadie del acceso a los servicios sanitarios para que la discriminación en el disfrute del derecho a la salud de los colectivos vulnerables resulte efectiva. La organización y estructura de la ciudad deberá tomar muy en cuenta esta consideración al objeto de prevenir, y disminuir en la medida de lo posible, las situaciones de discriminación, que también en relación al disfrute

154 *Ibidem*, págs. 110-111.

jurídicamente reconocido de las prestaciones sanitarias experimentan quienes no disponen de la condición formal de ciudadanía.

4. La ciudad en la encrucijada de la crisis de la protección jurídica de la salud

La caracterización general de protección jurídica de la salud como algo de lo que todos nos beneficiamos en igual medida se muestra muy poco real. Ya hemos visto que existen factores que inciden muy directamente en el nivel de salud de las personas sobre todo sobre la base de las desigualdades sociales existentes en las comunidades. También es evidente que hay sujetos especialmente vulnerables en la comunidad social que van a tener más complicado que otros el acceso a la protección de la salud, al menos al acceso de la protección de la salud conforme a los presupuestos culturales de cada quien. Nos corresponde ahora analizar en qué manera está afrontando la ciudad este problema y cuáles serían las vías más adecuadas para su solución.

La ciudad se ha presentado en general como la solución para el progreso individual. Los individuos han emigrado a la ciudad buscando un espacio con mayores oportunidades vitales. Al mismo tiempo la socialización que la propia ciudad ofrecía sobre la base de la idea de proximidad en las relaciones sociales era también una fuente de conocimiento, de intercambio de ideas, de progreso personal en definitiva. Ese modelo ha ido transformándose paulatinamente hasta alcanzar una realidad que no tiene ya mucho que ver con él. Sería desde luego ingenuo desconectar el sentido de los cambios sociales y axiológicos vigentes en nuestros días de las formas que ha ido adquiriendo la ciudad. Al contrario, coincidimos con la idea de que las formas de la ciudad representan “indicios de los cambios sociológicos latentes y de las patentes rupturas”¹⁵⁵.

155 GONZÁLEZ ORDOVÁS, María José, “La ciudad en clave de riesgo. el derecho a la seguridad o a la obsesión por ella”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, núm. 23, 2006, pág. 369.

Los cambios en la ciudad no han impedido que se siga viendo en ella el marco general de la realización individual. La ciudad es el espacio físico en el que se van a poder llevar a cabo o no los derechos individuales. De ahí el interés común en garantizar que la ciudad opere en beneficio de las expectativas de cada uno. Lo que ocurre es que estas expectativas son muy distintas. No son las mismas las expectativas del individuo instalado que ve en el contacto con los demás un mero ejercicio de ocio y expansión, que las expectativas de quien busca la promoción social, para quien el contacto con los demás, la vida en sociedad, en definitiva, representa una necesidad vital.

Una ciudad compacta, cerrada, en la que todo está a mano y en la que la relación social se produce con la mayor naturalidad, garantizará seguramente a los recién llegados un ambiente proclive a la acogida que les hará sentir psicológicamente más confortados, fuertes y seguros. En este sentido será una ciudad que propicia situaciones de encuentro personal y de bienestar psicológico de los interlocutores.

Por lo contrario, una ciudad estratificada, distante, generará seguramente una situación de incertidumbre a quien a ella se incorpora con todo lo que ello supone de estrés emocional, tanto más si se trata de personas que provienen de entornos sociales muy diferentes. Si asumimos que la convivencia es fuente de salud, aunque solo sea por la mera ejecución del principio de división de trabajo social, una ciudad dispersa, ensanchada, producirá sin duda dificultades al respecto.

La idea de proximidad e integración parece desde luego encontrarse en crisis en el vigente modelo de ciudad. Icaro Obeso Muñiz describe la situación en los siguientes términos: “Las ciudades en España se han caracterizado históricamente por su compacidad y en ellas la proximidad juega un papel esencial en la calidad de vida y medioambiente. Sin embargo, en las últimas dos décadas se ha observado una tendencia hacia la dispersión de la forma urbana que ni los instrumentos de ordenación

territorial ni los del planteamiento urbanístico han sabido gestionar”¹⁵⁶. Estaríamos en definitiva ante el modelo de ciudad desparramada al que alude María José González Ordovás¹⁵⁷.

Sin embargo, la ciudad sigue representando el espacio necesario para la realización de los derechos individuales. un espacio que en el peor de los casos nos será también para la negación de esos mismos derechos. Claro que todos los individuos en igual medida es una hipotética negación. Y es en este punto donde se puede observar el papel que desempeña la estructura de la ciudad a este efecto.

La ciudad no deja de representar un esquema visual atractivo por los beneficios y ventajas que puede ofrecer a quienes a ella se acercan. A este respecto hay que entender que será muy distinta la consideración que puedan tener de la ciudad los residentes en ella y los transeúntes porque lógicamente unos y otros esperan cosas muy diferentes de ella.

Camille Mialot señala en este sentido que “la categoría de quienes usan la ciudad es más amplia de los que se definen como habitantes, existiendo además muchísimas maneras de disfrutar de la ciudad sin que esto implique una condición de habitantes de ella”¹⁵⁸. Esta diferente expectativa que puedan tener los distintos usuarios de la ciudad, precisamente por el muy distinto uso que unos y otros hacen de la ciudad

156 OBESO MUÑIZ, Icaro, “Sostenibilidad y forma urbana. Directrices y planeamiento urbanístico en las ciudades medias españolas”, en María Rosario Alonso Ibáñez (directora), Sonia de Gregorio Hurtado y Moneyba González Medina (coordinadoras), *Las agendas urbanas y el gobierno de las ciudades. Transformaciones, desafíos e instrumentos*, cit., pág. 128.

157 GONZÁLEZ ORDOVÁS, María José, “La ciudad en clave de riesgo. el derecho a la seguridad o a la obsesión por ella”, cit., pág. 369.

158 MIALOT, Camille, “El usuario, titular del derecho a la ciudad”, en Juli Ponce Solé, Wellington Migliari y Oscar Capdeferro Villagrasa (coordinadores), *El derecho, la ciudad y la vivienda en la nueva concepción del desarrollo urbano. Desafíos transnacionales y transdisciplinarios de la gobernanza en la Nueva Agenda Urbana*, Atelier, Barcelona, 2019, pág. 30.

es lo que explica que el derecho a la ciudad se presente en nuestros días como un concepto “fundamentalmente difuso”¹⁵⁹. Para los residentes la ciudad cumple un papel crucial porque representa el ámbito natural en el que han de desarrollar su existencia y en el que se proponen la realización de sus derechos. Para los segundos la ciudad cumple un papel menos relevante desde el punto de vista vital al funcionar básicamente como un escaparate de cuyas redes siempre les es factible salir a través de un mero ejercicio de voluntad en principio sin ningún tipo de coste personal.

No puede sin embargo perderse de vista que aun cuando la presencia en la ciudad del transeúnte tenga un carácter esporádico y temporal, unos y otros están condenados a relacionarse, y que también el derecho a la ciudad representa un determinado cumulo de expectativas para los transeúntes. Una crítica muy generalizada a la presencia acentuada de esos transeúntes es la de la supuesta despersonalización que ello produce en la ciudad. Es como si la ciudad hubiera tenido una identidad que quedara cortocircuitada por la presencia masiva de los transeúntes. Ciertamente si estos acuden de manera masiva a una ciudad concreta es porque les resulta atractiva su contemplación y su eventual inserción temporal en el cuerpo social que la habita. Ello supondría entender algo tan paradójico como que las ciudades son tanto más atractivas cuanto más despersonalizadas son. No ya tanto porque sea la despersonalización el elemento clave para su atractivo. Pero si se pudiera concluir siguiendo esta lógica que la despersonalización que incorpora la afluencia masiva de transeúntes no empaña su atractivo, o por lo menos no lo empaña suficientemente.

Curiosamente esa misma lógica de la despersonalización se ha aplicado también con la despersonalización del inmigrante de quien accede a la ciudad en busca de un futuro más prometedor para sí mismo y para su familia dejando atrás un modo de vida eventualmente muy distinto a los que van a desarrollar desde el momento en que se consolida

159 *Ibidem*, pág. 28.

su nuevo emplazamiento. Eso sitúa a los recién llegados en una curiosa situación de individuos que acceden a una tierra prometida que otros individuos ya pisaron antes y cuya nueva conformación no les resulta demasiado grata. Se genera en este sentido una desfiguración del sentido clásico de la ciudad que va ensanchando su extensión en un proceso de zonificación albergante de las diferencias sociales que poco tiene que ver con el modelo primitivo de ciudad. Un modelo que es precisamente el que estimuló la llegada y concentración en ella de tantos individuos provenientes del mundo rural.

María José González Ordovás apunta en este sentido que “la ciudad difusa, la dispersión espacial y territorial resultantes de dinámicas centrifugas han llegado a hablar de desurbanización o contraurbanización y hasta de urbanicidio y es que las nuevas zonas que van sumando terreno a la ciudad son más exurbanas que suburbanas, habitantes desenraizados en espacios sin identidad carentes de conexión con su entorno que hacen agonizar la noción de ciudad tal y como la hemos conocido. Lo que para nosotros eran más que símbolos, realidades: la calle, el barrio, el vecino.... descuidados, languidecen y su papel desocupado por no lugares, urbanizaciones clonadas y espacios cerrados donde entrar es un privilegio. Los espacios públicos urbanos si no desaparecen se desvitalizan y nada hay de normal en ello si no la congruente colonización de los mismos por la lógica del mercado”¹⁶⁰. Ocurre que esta nueva situación va a tener consecuencias relevantes tanto en relación con los determinantes sociales de la salud como con la de quienes constituyen en cierto modo los excluidos estructurales de la realización del derecho a la asistencia sanitaria.

No puede extrañar que así sea en relación con los determinantes sociales de la salud, estos tienen como base fundamental la idea del efecto negativo que desarrolla la desigualdad. Y es evidente que esa conformación

160 GONZÁLEZ ORDOVÁS, María José, “Derechos y privilegios, ciudad y globalización en el límite de todo. Reflexiones a propósito de la zona, *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, núm. 28, 2013, pág. 160

de la ciudad sobre la base de barrios y zonas con sentido de clase social es la fidedigna expresión de la idea de desigualdad. De una desigualdad llevada hasta tal punto que provoca que ni siquiera coincidan en el mismo espacio físico subsistencial los habitantes de una misma ciudad. Pero es que además ese distanciamiento social que expresa la voluntad de vivir alejados unos de otros es un ejercicio de segregación que no podría dejar de repercutir negativamente sobre la salud física de quienes se sienten apartados. Apartados a partir de un curioso fenómeno por el que se les deja a ellos ocupar la ciudad desplazándose los privilegiados a vivir en entornos más cómodos, seguros y supuestamente apetecibles. El desplazamiento a las zonas periféricas de la ciudad representa en este sentido un extraño símbolo de clase porque supone alejarse de lo que en principio se presentaba como el escenario ideal de la vida en sociedad.

Se produce en definitiva un repliegue hacia una socialización más reducida de carácter fundamentalmente familiar, en un espacio cerrado al que solo se accede por invitación. En este sentido puede decirse que “la vivienda es a un tiempo el espacio material necesario para la satisfacción de las funciones y necesidades elementales de la existencia: un espacio jurídico al que la ley reserva de cualquier intromisión privada (la protección no es análoga cuando la intrusión es pública) y un espacio de control, pues la casa también es el lugar en el que la sociabilidad intrafamiliar despliega sus más implacables técnicas de control”¹⁶¹.

El resultado es la configuración de un nuevo paisaje urbano en el que los privilegiados entienden que pueden desarrollar su vida con los niveles de calidad que les resultarían ajenos en otro caso. Un paisaje urbano que expresa una cierta estética que no ha faltado quien ha calificado con indudable fundamento de narcisista: “En realidad no es infrecuente que la política urbana con ciertos tintes de narcisismo termine con aires de jardinería oscilante entre la publicidad y el bricolaje de las

161 GONZÁLEZ ORDOVÁS, María José, “Habito, luego existo (Algunas reflexiones sobre la distribución jurídico-política del espacio)”, *Ius fugit: Revista interdisciplinar de estudios histórico-jurídicos*, núms. 5-6, 1996-1997, pág. 480.

casas unifamiliares que invaden el paisaje de la periferia. Es así como la ciudad se queda sin espacios colectivos y el ciudadano, consumidor urbanita, sin ciudad. Escenario paradójico y sintomático del declive de la democracia y de la degradación del derecho”¹⁶².

Evidentemente, cuando se habla de pérdida de ciudad, también se está hablando de la pérdida de los servicios públicos que implica la idea de ciudad. O, al menos, de la disminución de la calidad de los servicios públicos que conlleva la idea de ciudad. El derecho a la ciudad se ve así ninguneado precisamente por la minoración de las prestaciones que mayor sentido dan a la idea de derecho a la ciudad, por ser precisamente las prestaciones de mayor carácter subsistencial. Queda así transformado el derecho a la ciudad en algo muy difuso que como antes decíamos contemplaba expectativas diferentes para los residentes y los transeúntes.

Esa estratificación social que expresa la división de la ciudad en parcelas con muy distinto nivel económico y social es muy perjudicial para la salud al configurar precisamente uno de los determinantes sociales de la misma. Pero es que además ya no se trata simplemente de la estratificación social a la que pudieran conducir de un modo relativamente natural las leyes del mercado. Es una estratificación social que busca el mayor apartamiento posible de quienes no son de su clase, configurando barrios residenciales que incluso tienen sistemas de seguridad propios, como si vivieran al margen del control del Estado. En estas condiciones la vida en la ciudad para los no privilegiados lejos de ser una palanca para el progreso personal se convierte en la vida en el espacio público de la más acusada segregación.

Ni que decir tiene que esta es una situación reversible. Los poderes públicos disponen de instrumentos suficientes para dar un sesgo distinto, más igualitario, a la ciudad. Si no lo hacen, es porque ahí si rige la ley del mercado. Asumen los poderes públicos una función pasiva, de garante último del orden público y social, ajena por completo a cualquier

162 *Ibidem*, pág. 483.

pretensión transformadora. Y ello no deja de repercutir negativamente sobre el estado de la salud o de los individuos desaventajados.

En lo demás, son esas mismas leyes de mercado las que propician también una cierta estratificación cultural de los habitantes de la ciudad. Quienes participan de los principios de la cultura hegemónica acceden a integrar en su ámbito geográfico a las culturas identitarias minoritarias, pero evitan, en lo posible, mezclarse demasiado con ellas. Es como si tuvieran miedo de contagiarse con ellas. Algo muy paradójico cuando también existe un cierto consenso al indicar que, sin duda, la convivencia de los miembros de las culturas identitarias minoritarias con aquellos que participan de los presupuestos de la cultura hegemónica les haría ver la fragilidad de algunos de sus postulados y el carácter supuestamente discriminatorio que les resulta inherentes. Sea como fuere, esa guetización de las minorías culturales contribuye precisamente a acentuar el perjuicio para su salud, en la medida en que, por un lado, les estimula para acudir a la asistencia sanitaria ordinaria y, por otro lado, aumenta el efecto perverso sobre la construcción de su personalidad que tiene la asimilación por su parte de la falta de reconocimiento de sus presupuestos culturales por parte del resto de los miembros de la sociedad.

Algo parecido sucede con quienes no disponen de la condición de ciudadanos del país en cuestión. También ellos se ven obligados a convivir en una situación de semi clandestinización social tejiendo redes de relación fundamentalmente con quienes se encuentran en su misma situación. Esa relación con quienes comparten su misma situación puede constituir un buen instrumento para intentar modificarla, pero es también expresión del papel subalterno que la comunidad social atribuye a quienes no disponen del vínculo formal que representa la ciudadanía.

Curiosamente la parcelación de la vida social referida no excluye la existencia de espacios de contacto entre los habitantes de la ciudad. Pero son espacios artificiales, que en modo alguno puede decirse que pueden cumplir la función de socialización que pudiera repercutir en la

eliminación de la segregación social informalmente instaurada. María José González Ordovás hace notar la situación señalando que “el mall (centro comercial) se plantea y renueva permanentemente para conseguir un universo acaramelado donde el peso de la existencia se reduzca a las compras realizadas; ir al centro es ir de vacaciones, paraíso artificial donde olvidar y olvidarse; todo cuanto pueda resultar angustioso y triste y sea susceptible de alterar el buen ánimo del visitante es evitado, así el mundo es simplificado y solo después copiado; perfeccionado el modelo se procede a su clonación levemente alterado con una aparatosa tendencia al alarde y la ostentación”.

Esa es la socialización que propone hoy la ciudad. Una socialización falsa en un ambiente artificial donde no hay más relación que la estrictamente mercantil propuesta en un ambiente de ostentación que oculta y difumina la situación real de desigualdad que los allí concurrentes realmente ostentan.

Si coincidíamos antes en considerar que la socialización constituye la palanca más efectiva para el progreso y la configuración de personalidad libremente desarrolladas, con una indudable repercusión en el estado de salud de los individuos, es evidente que una socialización deshumanizada y vacía como la que contemplamos, que además solo se produce cuando los miembros de la clase privilegiada tienen a bien acceder a ese encuentro con los diferentes, está muy lejos de poder asegurar la mejor promoción de la salud individual. Curiosamente, la ciudad que tanto prometía en el modelo inicial para la mejor realización de los derechos individuales en general y del derecho a la salud en particular se ha convertido en un relevante obstáculo para su realización. Urge, en este sentido, la decidida acción de los poderes públicos para promover una política dirigida a remover por completo la situación. Las dificultades del empeño no pueden disimular la urgencia de su realización.

En juego está el principio de universalidad de derecho a la salud. Un principio cuya realización no puede reducirse a la mera constatación

de las mejoras que pueda ir experimentando la asistencia sanitaria de los individuos. No basta con que todos tengamos un mejor acceso a esos instrumentos de asistencia, es necesario que la activación de las políticas públicas en el plano del urbanismo conduzca a una situación que favorezca que todos tengamos las mismas posibilidades de acceder al bien esencial que representa la promoción de nuestra salud. El derecho a la salud es un derecho universal al que todos deben tener un idéntico acceso, aunque ello suponga remover determinadas situaciones de privilegio que en el plano urbano se encuentran muy firmemente asentadas.

CONCLUSIONES

La salud es un derecho reconocido en la Constitución española en un apartado distinto al que recoge el conjunto de los derechos fundamentales. Su incardinación en el capítulo referido a los principios rectores de la política social y económica no hace pasar sin embargo desapercibida la repercusión directa que tiene sobre los mismos. La importancia de este derecho es tenida en cuenta por las principales cartas programáticas de reconocimiento de derechos, así como también es reconocida por numerosos Tratados Internacionales que directamente lo consolidan como un derecho humano. Derecho que por lo demás tiene una singular importancia por su carácter estrictamente subsistencial, que lo configura como condición necesaria para el disfrute efectivo del conjunto de los derechos tradicionalmente entendidos como derechos de libertad.

La salud tiene una doble protección: la primera, está centrada en aquellos factores vinculados de manera inmediata a la idiosincrasia del propio individuo, como son la genética o ciertos hábitos que libremente decide tomar este con incidencia directa sobre la conservación física y mental de su vida; y la segunda, se encuentra vinculada a los aspectos externos de la persona, basados en la prevención de enfermedades, la prolongación de la vida y la promoción de la salud.

Será a través del enfoque que proporciona la idea de la salud pública como se consigue legislar de manera precisa para la preservación de la salud mediante la adopción y puesta en práctica de políticas que favorezcan la adecuada mediación de los aspectos externos ya comentados. En el marco de la prevención de las enfermedades de la promoción de la salud de los ciudadanos es destacable el papel que desempeña en la actualidad la Organización Mundial de la Salud como organismo internacional encargado de llevar a cabo su preservación desde la perspectiva de la salud pública.

El urbanismo conforma una competencia administrativa esencial para apostar por la garantía de la mejor protección de la salud de los ciudadanos, a través de los distintos instrumentos de intervención urbana (la normativa, el planeamiento, la gobernanza, la financiación y las TIC's) que afectan al heterogéneo territorio español. También mediante las distintas guías que afectan al desarrollo urbano, a través de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU, la Agenda Urbana de la Unión Europea y la Agenda Urbana Española.

La adaptabilidad de los núcleos urbanos en nuevos modelos como lo son las *Smart Cities*, que se basan en la utilización de las nuevas tecnologías para una mejor interacción entre el ciudadano y el entorno urbano en el que desarrolla este su existencia implica una decidida apuesta por la promoción de la calidad de vida de las personas y por extensión, también por la promoción de las implicaciones necesarias para la mejor salvaguarda de su salud. En materia urbana es destacable la figura de la ONU-HABITAT, como organización internacional que se encarga de promover la urbanización sostenible para apostar por una mejora en la calidad de vida de las personas.

Hablar de urbanismo supone hacer referencia a una ciencia específica que ha demostrado a través de la historia que una correcta gestión del entorno urbano puede constituir una herramienta muy efectiva para prevenir y paliar la incidencia de diversas enfermedades. En

la actualidad, y con los niveles de densidad poblacional que se concentran constatablemente en las ciudades una vez completado en buena medida el tránsito desde los núcleos rurales originarios, el urbanismo viene a entenderse como una materia de naturaleza multidisciplinar que muestra su idoneidad para cubrir de la manera más adecuada las necesidades de los ciudadanos que interactúan dentro del marco urbano en el día a día de su desarrollo personal. Los ciudadanos son un elemento vivo del entorno urbano, y, en consecuencia, gran parte de su tiempo lo pasan interactuando con él, es por ello por lo que las administraciones públicas deben apostar por una óptima gestión de los componentes sociales que repercuten directamente en el binomio: salud - urbanismo.

Se subraya la importancia que tienen las competencias que llevan a cabo las administraciones territoriales de ámbito local, al ser las encargadas, a través de las políticas municipales en materia urbanística, de adaptar los Planes Generales de Ordenación a modelos más sostenibles y eco-saludables. La vasta descentralización territorial desde los diferentes municipios que integra el territorio español puede ocasionar grandes desigualdades urbanas, afectando a la salud entre los municipios, por diversos motivos, como por ejemplo, la capacidad financiera del municipio para acometer determinados proyectos urbanos, por un exceso burocrático para la materialización de proyectos urbanos, por la falta de iniciativa por parte del órgano de gobierno del municipio, por la falta de consulta a la población en materia urbanística o incluso porque los propios Planes Generales de Ordenación en ciertos casos no están actualizados a la presente realidad urbana.

Las ciudades contemporáneas, con todos los elementos urbanos que las componen, sus agentes sociales y sus medios administrativos, deben ser resilientes apostando por la previsión de los problemas y la promoción de la salud de sus ciudadanos, mediante una correcta gestión en las políticas de ámbito urbano. La prevención de enfermedades y una apuesta decidida por la calidad y la prolongación de la vida de sus ciudadanos a través del instrumento esencial que representa el urbanismo

debe ser una prioridad en la actuación administrativa de cualquier ente territorial.

Una especial mención merece la posición que ocupan los distintos individuos en la ciudad. No basta efectivamente con que la ciudad proporcione herramientas técnicas para hacer más cómoda la vida de sus residentes. Tampoco basta en que se garantice en ella un ambiente sano evitando los problemas que genera en nuestros días la contaminación. Es necesario que los ciudadanos se encuentren cada uno de ellos en las mejores condiciones para disfrutar al máximo del bien primordial que representa su salud.

La transformación que ha venido experimentando la ciudad desde el carácter compacto que tenía cuando se empezó a manifestar el éxodo hacia ella de los ciudadanos hacia el mundo rural le ha proporcionado una fisonomía muy diferente. Asistimos en nuestros días a un proceso de ensanchamiento de las ciudades que alimenta la segregación social. Las ciudades aparecen compartimentadas en zonas con una indudable componente de clase social. Zonas que además muestran una clara tendencia a la incomunicación y al aislamiento.

En ese contexto la propia idea de servicios públicos accesibles para todos va perdiendo entidad. No es que desaparezcan los servicios públicos, sino que en un contexto en el que los individuos viven cada vez más aislados valiéndose de sus propias fuerzas para la satisfacción de muchas de sus necesidades, los privilegiados dejan de ver tan imprescindible ese uso de los servicios públicos que muchas veces queda relegado a su utilización por parte de las clases más desfavorecidas. No siendo utilizables por todos en igual medida, es entendible que no todos estén igualmente interesados en el mantenimiento de su calidad. Ello explica en gran medida el deterioro que en la actualidad ha experimentado.

Por lo demás, la desigualdad representa un determinante significativo de la salud, incluso dentro de los colectivos que puede decirse que tienen suficientemente cubiertas sus necesidades más elementales.

Una ciudad sectorizada en parcelas independientes y relativamente incomunicadas entre sí es la mejor expresión de la desigualdad que indudablemente habría de tener su reflejo en la salud ciudadana. Al mismo tiempo la segregación estructural que vienen experimentando en el seno de las ciudades colectivos especialmente vulnerables, como son quienes comparten postulados culturales diferentes a los que caracterizan a la cultura hegemónica y quienes no disponen de la condición formal de ciudadanos, repercutirá necesariamente sobre su salud, ya de manera muy directa a través de la depresión que normalmente experimentan quienes se encuentran en una situación de discriminación en absoluto puede resultar imputable a su acción personal.

Se impone en este sentido la necesidad de remover las estructuras sociales que permiten el mantenimiento de esa situación degradada desde el punto de vista de la realización del derecho a la salud. No es suficiente señalar en este punto la eventual mejora que pueda venir experimentando con carácter general la asistencia sanitaria. No basta con decir que todos disponen en alguna medida de una cierta protección de su salud personal, o por lo menos del acceso a los instrumentos que la favorecen. Se trata más bien de remover las estructuras para permitir que todos tengan un igual acceso a la salud, porque el derecho a la salud es de todos por igual, no hace acepción de personas ni de condiciones de origen. La remoción de estas estructuras, las acciones urbanísticas cobran una importancia singular porque la situación de la ciudad contemporánea representa un perjuicio extensible para la realización igualitaria del derecho a la salud. Es ciertamente una empresa difícil porque son muchos los intereses existentes y es también muy intensa la inercia social que ha conducido a la situación actual. Pero ello no hace menos urgente la necesidad de la activación de los poderes públicos al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

AGUADO i CUDOLÀ, Vicenç, “Los servicios de interés general en la ciudad inteligente: ¿una prestación más eficiente a costa de mayores desigualdades sociales?”, en Vicenç Aguado i Cudolà, Vera Parisio y Oscar Casanovas i Ibáñez (directores), *El derecho a la ciudad: el reto de las smart cities*, Atelier, Barcelona, 2018, págs. 93-114.

ALCANTARA MORENO, Gustavo, “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”, *Sapiens: Revista Universitaria de Investigación*, núm. 9, 1, 2008, págs. 93-107.

ANDREU PINILLOS, Alberto, FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, José Luis, y FERNÁNDEZ MATEO, Joaquín, “Pasado, presente y futuro de los objetivos del desarrollo sostenible (ODS). La tecnología como catalizador (o inhibidor) de la Agenda 2030”, *ICADE. Revista de la Facultad de Derecho*, núm. 108, 2019, p. 3, disponible en: <https://doi.org/10.14422/icade.i108.y2019.001>

ANSUATEGUI ROIG, Francisco Javier, “Argumentos para una teoría de los derechos sociales”, en *Revista Derecho y Estado*, núm. 24, julio 2010, págs. 45-64.

ARA PINILLA, Ignacio, “La lógica interna del derecho a la salud”, en Rafael Junquera de Estefaní, Ana María Marcos, María Eugenia Gayo y Jesús Ayllón (dirección y coordinación), *Nuevos caminos del Derecho. Del pensamiento jurídico, de los derechos humanos; de la ética, bioética y deontología; algunas propuestas de las ciencias sociales. Estudios en homenaje al profesor Narciso Martínez Morán*, Universitas, Madrid, 2021, págs. 473-493.

ARA PINILLA, Ignacio, “Los cauces de la exclusión en la articulación jurídica de la asistencia sanitaria”, en Ana María Marcos del Cano (directora), *El derecho a una asistencia sanitaria para todos: una visión integral*, Dykinson, Madrid, 2017, págs. 79-115.

ARA PINILLA, Ignacio, “La crítica por elevación de la representación convencional de las generaciones de derechos humanos”, en *Estudios en homenaje al Profesor Gregorio Peces-Barba, Vol. III: Teoría de la justicia y derechos fundamentales*, Dykinson, Madrid, 2008, págs. 75-92.

ARA PINILLA, Ignacio, *Las transformaciones de los derechos humanos*, Tecnos, Madrid, 1994.

AUBY, Jean-Bernard, “La ciudad y su planificación en el Derecho Público”, en José Antonio Cerdeira Pérez, José María Domínguez Blanco y María José Valenzuela Rodríguez (coordinadores), *Urbanismo: retos y oportunidades*, Wolters Kluwer, Madrid, 2020, págs. 66-77.

AZCONA, José Manuel, “La ciudad sostenible: el desafío en la construcción del siglo XXI”, en Carlos Ramón Fernández Liesa y Ana Manero Salvador (directores), *Análisis y comentarios de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2017, págs. 309-331.

- BORRAJO DACRUZ, Efrén, “Comentario al artículo 43”, en Oscar Alzaga Villaamil (coord.), *Comentarios a la Constitución española de 1978*, tomo IV, Edersa, Madrid, 1996, págs. 165-198.
- BOUAZZA ARIÑO, Omar, “La inclusión y la colaboración de los ciudadanos en la elaboración y en la aplicación de las políticas urbanas”, en María Rosario Alonso Ibáñez (directora), *La sostenibilidad socioeconómica de las ciudades*, Tirant lo blanch, Valencia, 2018, págs. 243-263.
- BRESCIANI LECANNELIER, Luis Eduardo, “Del conflicto a la oportunidad. Participación ciudadana en el desarrollo urbano”, *Urbano*, vol. 9, núm. 14, 2006, págs. 14-19.
- CANTERO MARTÍNEZ, Josefa, “La configuración legal y constitucional del derecho constitucional a la protección de la salud”, *Revista Vasca de Administración Pública*, núm. 80, 2008, págs. 15-53.
- CAPORALE, Marina, “El régimen de las smart cities en Italia”, en Fernando García Rubio (Coord.), *Las nuevas perspectivas de la ordenación urbanística y del paisaje: smart cities y rehabilitación: Una perspectiva hispano-italiana*, Fundación Democracia y Gobierno Local, Barcelona, 2017, págs. 205-220.
- CARRASCO MONTEAGUDO, Inmaculada, “Innovación institucional y participación ciudadana: el caso de la agenda 21 local”, *Economía industrial*, núm. 368, 2008, págs. 205-212.
- CASANUEVA MURUAÍS, Carla y CALVO LÓPEZ, Patricia, “Reflexiones sobre el concepto jurídico de ciudad inteligente”, en el X Congreso Nacional de la Asociación Española de Profesores de Derecho Administrativo: La ciudad del siglo XXI: transformaciones y retos, Ibiza, febrero de 2020, disponible en: <https://www.aepda.es/AEPDAEntrada-2518-XV-CONGRESO-DE-LA-AEDA.aspx>

CHUCHI DENIA, Javier Manuel, “La constitucionalización del deporte: ¿existe un derecho al deporte?”, *Revista Vasca de Administración Pública*, núm. 74, 2006, págs. 143-182.

COMISIÓN EUROPEA - EU4Health 2021-2027 – Una visión de una Unión Europea más sana. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_es.

CONTEL BALLESTEROS, Javier y LLOBELL LÓPEZ, Alberto, “El urbanismo saludable”, *Revista de Salud Ambiental*, vol. 7, núm. 2, 2007, págs. 2154-2160.

CURREA LUGO, Víctor, *La salud como derecho humano*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2005.

DE LA CRUZ MERA, Ángela, “La Agenda Urbana Española”, *Ciudad y territorio: Estudios territoriales*, núm. 202, 2019, págs. 675-686.

DIOS VEITEZ, María Victoria, “El derecho a la protección de la salud”, en Jaime Rodríguez-Arana Muñoz y Libardo Rodríguez Rodríguez (dirs.) y María del Carmen Rodríguez Martín-Retortillo (coord.), *Curso de derecho administrativo iberoamericano*, Comares, Granada, 2015, págs. 743-764.

ELOLA SOMOZA, Javier, *Política sanitaria española*, ediciones Díaz de Santos, Madrid, 2001.

ESCRIBANO COLLADO, Pedro, *El derecho a la salud*, Editorial Universidad de Sevilla, Sevilla, 2015.

ESPAÑA - Agenda Urbana Española. Disponible en: <https://www.aue.gob.es/que-es-la-aue>.

ESPAÑA - MINISTERIO DE TRANSPORTES, MOVILIDAD Y AGENDA URBANA. Disponible en: <https://www.mitma.gob.es/arquitectura-vivienda-y-suelo/urbanismo-y-politica-de-suelo/urbanismo-y-sostenibilidad-urbana>

FACCIOLI, Carlotta, *Calidad del aire y ciudad inteligente (Smart City). La protección de la calidad del aire como motor para el desarrollo urbano sostenible*, Atelier, Barcelona, 2020.

FARIÑA TOJO, José, “La Agenda Urbana Española hacia una ciudad más saludable”, *Ciudad y territorio: Estudios territoriales*, núm. 202, 2019, págs. 753-764.

FERNÁNDEZ ALLER, Celia y NOVO VÁZQUEZ, Amparo, “Derecho a la alimentación en las ciudades, seguridad alimentaria y nutricional”, en María Rosario Alonso Ibáñez (directora), *La sostenibilidad socioeconómica de las ciudades*, Tirant lo blanch, Valencia, 2018, págs. 141-164.

FERNÁNDEZ GÜELL, José Miguel, “Ciudades inteligentes. La mitificación de las nuevas tecnologías como respuesta a los retos de las ciudades contemporáneas”, *Economía industrial*, núm. 395, 2015, págs. 17-28.

FERNÁNDEZ PASTRANA, José María, *El servicio público de la sanidad: el marco constitucional*, Civitas, Madrid, 1984.

FERNÁNDEZ RUIZ-GÁLVEZ, Encarnación, “Condicionantes sociales de la salud: una cuestión de justicia distributiva”, en Ana María Marcos del Cano (directora), *El derecho a una asistencia sanitaria para todos: una visión integral*, Dykinson, Madrid, 2017, págs. 319-332.

FRANCO ESCOBAR, Susana Eva, “Luces y sombras de la administración electrónica para la Smart cities”, en Fernando García Rubio (coord.), *Las nuevas perspectivas de la ordenación urbanística y del paisaje: smart cities y rehabilitación: Una perspectiva hispano-italiana*, Fundación Democracia y Gobierno Local, Barcelona, 2017, págs. 259-278.

- FRANCO GIRALDO, Álvaro y ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ, Carlos, “Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud”, *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, vol. 22, núm. 3, 2008, págs. 280-286.
- FRENK MORA, Julio y GÓMEZ DANTÉS, Octavio, “La globalización y la nueva salud pública”, *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 2, 2007, págs. 156-164.
- GALARRAGA, Patxi; VIVES, Miren; CABRERA-MANZANO, David; URDA, Lucila; BRITO, Mariela y GEA-CABALLERO, Vicente, “La incorporación de la salud comunitaria en la planificación y la transformación del entorno urbano. Informe SESPAS 2018”, *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, Vol. 32, núm. extra 1, 2018, págs. 74-81.
- GALLEGO HERNÁNDEZ, Ana Cristina, *El Derecho Internacional de la salud a la luz de la paz y seguridad internacionales*, Dykinson, Madrid, 2019.
- GARCÍA SAN JOSÉ; Daniel, “Salud global y principios informadores del derecho internacional: claves para una regulación mundial”, en Ana María Marcos del Cano (directora), *El derecho a una asistencia sanitaria para todos: una visión integral*, Dykinson, Madrid, 2017, págs. 207-242.
- GARRIDO GÓMEZ, María Isabel, *Análisis e implicaciones de los derechos sociales*, Dykinson, Madrid, 2021.

- GÓMEZ DÍAZ-ROMO, Antonia, “Asistencia sanitaria y particularidades ideológicas, culturales y religiosas. Especial referencia a tratamientos involuntarios en huelgas de hambre y Testigos de Jehová”, en Alberto Palomar Olmeda y Josefa Cantero Martínez (dirección), *Tratados de Derecho Sanitario*, Volumen I y II, Aranzadi, Cizur Menor, 2013, págs. 967-1003.
- GÓMEZ JIMÉNEZ, María Luisa, “El acceso a una vivienda digna”, en María Rosario Alonso Ibáñez (directora), *La sostenibilidad socioeconómica de las ciudades*, Tirant lo blanch, Valencia, 2018, págs. 165-194.
- GONZÁLEZ MEDINA, Moneyba; HUETE GARCÍA, María Ángeles y MERINERO-RODRÍGUEZ, Rafael, “La evolución de la agenda urbana de la Unión Europea hacia un modelo de desarrollo urbano sostenible e integrado”, *WPS Review International on Sustainable Housing and Urban Renewal: RI-SHUR*, núm. 4, 2016, págs. 83-95.
- GONZÁLEZ ORDOVÁS, María José, “Derechos y privilegios, ciudad y globalización en el límite de todo. Reflexiones a propósito de la zona, Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho, núm. 28, 2013, págs. 148-169.
- GONZÁLEZ ORDOVÁS, María José, “La ciudad en clave de riesgo. el derecho a la seguridad o a la obsesión por ella”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, núm. 23, 2006, págs. 365-382.
- GONZÁLEZ ORDOVÁS, María José, “Habitó, luego existo (Algunas reflexiones sobre la distribución jurídico-política del espacio)”, *Ius fugit: Revista interdisciplinar de estudios histórico-jurídicos*, núms. 5-6, 1996-1997, págs 463-490.

- GOYCOOLEA PRADO, Roberto y NÚÑEZ MARTÍ, Paz, “De “La vivienda es mi derecho” a las “Ciudades armoniosas”. La nueva comprensión del espacio habitable de UN-HABITAT”, *Sociedad y utopía: Revista de ciencias sociales*, núm. 34, 2009, págs. 217-230.
- GUTIÉRREZ, Andrea, “¿Qué es la movilidad?. Elementos para (re) construir las definiciones básicas del campo del transporte”, *Bitácora Urbano Territorial*, vol. 21, núm. 2, 2012, págs. 61-74.
- HERNÁNDEZ-PARTAL, Sonia y DE SANTIAGO-RODRÍGUEZ, Eduardo, “Las sinergias entre la Agenda Urbana Española y otras agendas y estrategias”, *Ciudad y territorio: Estudios territoriales*, núm. 202, 2019, págs. 835-846.
- HIGUERAS GARCÍA, Esther, “Barrios saludables”. *Cuadernos de investigación urbanística*, núm. 100, 2015, págs. 58-63.
- JIMENA QUESADA, Luis, “artículo 43”, en Pablo Pérez Tremps y Alejandro Saiz Arnaiz (dirs.), *Comentario a la Constitución Española. 40 aniversario 1978-2018: Libro-homenaje a Luis López Guerra*, Tirant lo blanch, Valencia, 2018, págs. 829-842.
- LEMA AÑÓN, Carlos, “Los determinantes sociales en el derecho a la salud”, en Carlos Lema Añón (Editor), *Los determinantes sociales de la salud: más allá del derecho a la salud*, Dykinson, Madrid, 2021, págs. 27-69.
- LEMA AÑÓN, Carlos, “La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad”, *Anuario de Filosofía del derecho*, 2020, págs. 289-317.

- LEMA AÑÓN, Carlos, “Los desafíos del derecho a la salud: justicia social y condicionantes sociales de la salud”, en Silvina Ribotta, Andrés Rossetti, Rafael de Asís Roig (coords.), *Los derechos sociales y su exigibilidad: libres de temor y miseria*, Dykinson, Madrid, 2015, págs. 293-310.
- LEMA AÑÓN, Carlos, *Salud, justicia, derechos. El derecho a la salud como derecho social*, Dykinson, Madrid, 2010.
- LÓPEZ PAGÁN, Juana, “La Agenda 2030 en Iberoamérica: visión y misión desde el ámbito local”, *Comillas Journal of International Relations*, núm. 16, 2019, págs. 138-153.
- LUQUE PARRA, Manuel, “Tabaquismo y Derecho de la Seguridad y Salud Laboral: La Ley 28/2005 y el derecho de la seguridad y salud laboral”, *Iuslabor*, núm. 1, 2006, <https://www.upf.edu/documents/3885005/3889500/LuqueParraTabaco.pdf/f8995d68-ff4a-4627-a847-b0938a8d5553>.
- MAGDALENO ALEGRÍA, Antonio, “La tutela de la salud colectiva como límite de los derechos fundamentales”, en José Francisco Alenza García y María Luisa Arcos Vieira (directores), *Nuevas perspectivas jurídico-éticas en Derecho sanitario*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2013, págs. 139-156.
- MARCOS DEL CANO, Ana María, “El derecho a la protección de la salud: delimitación y alcance en el contexto actual”, en Ana María Marcos del Cano (directora), *El derecho a una asistencia sanitaria para todos: una visión integral*, Dykinson, Madrid, 2017, págs. 23-59.
- MARMOT, Michael, *The Marmot Review*, 2010. Disponible en: <https://www.parliament.uk/globalassets/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>.

- MARTÍNEZ MORÁN, Narciso, “La tercera generación de derechos humanos: la solidaridad”, en Cristina Hermida del Llano y José Antonio Santos (coordinadores), *Una Filosofía del derecho en acción. Homenaje al profesor Andrés Ollero*, Congreso de los Diputados, Madrid, 2015, págs. 1103-1128.
- MARTÍNEZ PISÓN, José, “Las generaciones de derechos humanos”, en Jerónimo Betegón, Francisco Javier Laporta, Juan Ramón de Paramo, Luis Prieto Sanchis (coordinadores), *Constitución y derechos fundamentales*, Centro de Estudios políticos y Constitucionales, Madrid, 2004, págs. 409-436.
- MARTÍNEZ, Rosa, “¿Qué es una ciudad sostenible?”, *Ethic*, publicado el 31 de octubre de 2018. Disponible en <https://ethic.es/2018/10/que-es-una-ciudad-sostenible/>.
- MATOVIC, Milica y SAN SALVADOR DEL VALLE, Roberto, “Cultura y creatividad en contexto de gobernanza internacional. La Nueva Agenda Urbana”, *Bitácora Urbano-Territorial*, vol. 30, núm. 1, 2020, págs. 39-49.
- MIALOT, Camile, “El usuario, titular del derecho a la ciudad”, en Juli Ponce Solé, Wellington Migliari y Oscar Capdeferro Villagrasa (coordinadores), *El derecho, la ciudad y la vivienda en la nueva concepción del desarrollo urbano. Desafíos transnacionales y transdisciplinarios de la gobernanza en la Nueva Agenda Urbana*, Atelier, Barcelona, 2019, págs. 25-33.
- MIRANDA GONÇALVES, Rubén, “La responsabilidad patrimonial de la administración pública en el ámbito sanitario español”, en Isa Filippa Antonio de Sousa (coordinadora), *Direito á saúde. Dilemas atuais*, Editorial Juruá, Lisboa, 2017, págs. 247-268.

MIRAUT MARTÍN, Laura, “El sentido de las generaciones de derechos humanos”, en Rafael Junquera de Estefaní, Ana María Marcos del Cano, María Eugenia Gayo y Jesús Ayllón (dirección y coordinación), *Nuevos caminos del Derecho. Del pensamiento jurídico, de los derechos humanos; de la ética, bioética y deontología; algunas propuestas de las ciencias sociales. Estudios en homenaje al profesor Narciso Martínez Morán*, Universitas, Madrid, 2021, págs. 519-533.

MORÁN BLANCO, Sagrario y DÍAZ BARRADO, Cástor Miguel, “El objetivo de desarrollo sostenible 11 de la Agenda 2030 ciudades y comunidades sostenibles. Metas, desafíos, políticas y logros”, *Cuadernos de estrategia*, núm. 206, 2020, págs. 21-68.

MORCILLO MORENO, Juana, “Sostenibilidad ambiental, energía y movilidad urbana: a propósito de las ciudades inteligentes”, en Fernando García Rubio (coord.), *Las nuevas perspectivas de la ordenación urbanística y del paisaje: smart cities y rehabilitación: Una perspectiva hispano-italiana*, Fundación Democracia y Gobierno Local, Barcelona, 2017, págs. 221-244.

MUÑOZ, Fernando; LÓPEZ-ACUÑA Daniel; HALVERSON Paul; GUERRA DE MACEDO Carlyle; HANNA Wade, LARRIEU Mónica, UBILLA Soledad y ZEBALLOS José Luis, “Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, núm. 8(1/2), 2000, págs. 126-134.

NAVARRO LÓPEZ, Vicente, “Concepto actual de la salud pública”, en Ferrán Martínez Navarro, Pedro Castellano, Vicente Navarro López (coords.), *Salud pública*, McGraw-Hill, Ciudad de México, 1998, págs. 49-54.

NICOLETTI, Javier Augusto, “Derecho humano a la salud: Fundamento y construcción”, *Revista de Ciencias Sociales*, núm. 120, 2008, págs. 49-57.

OBESO MUÑOZ, Ícaro, “Sostenibilidad y forma urbana. Directrices y planeamiento urbanístico en las ciudades medias españolas”, en María Rosario Alonso Ibáñez (directora), Sonia de Gregorio Hurtado y Moneyba González Medina (coordinadoras), *Las agendas urbanas y el gobierno de las ciudades. Transformaciones, desafíos e instrumentos*, Reus, Madrid, 2020, págs. 119-140.

ONU-Estándares Internacionales sobre el Derecho a la Salud en el Sistema de la ONU: Disponible en: http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/estandares_internacionales_sobre_derecho_a_la_salud_en_la_onu.pdf.

ONU-AGENDA 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

ONU-HABITAT, La Nueva Agenda Urbana Habitat III, 2019. Disponible en: <https://publicacionesonuhabitat.org/onuhabitatmexico/Nueva-Agenda-Urbana-Ilustrada.pdf>.

ONU-HABITAT, Temas Hábitat. III. 21- Ciudades Inteligentes, 2015, pág. 1. Disponible en: <https://observatoriohabitat3dotorg.files.wordpress.com/2016/05/6-4-ciudades-inteligentes.pdf>

ONU-HABITAT, El derecho a una vivienda adecuada, 2010. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_sp.pdf.

ONU-Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <https://apps.who.int/gb/gov/sp/>.

ONU-Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/history>.

ONU-Pacto de Milán Política Alimentaria Urbana (PMPAU). Disponible en: <http://www.fao.org/publications/card/es/c/CA6144ES/>.

OSORIO GARCÍA DE OTEYZA, Miguel; JIMENEZ SOSA, Miriam y FUENTES LARA, María Cristina, “Retos para la integración de las personas inmigrantes en las *Smart Cities*: El caso de Madrid”, *Cuadernos geográficos de la Universidad de Granada*, vol. 60, núm. 1, 2021, págs. 244-262.

PASTOR PALOMAR, Antonio, “Creación de instituciones eficaces, inclusivas y responsables a todos los niveles. Una propuesta de aplicación por España en relación con los organismos internacionales y las empresas establecidas en su territorio”, en Carlos Ramón Fernández Liesa y Ana Manero Salvador (directores), *Análisis y comentarios de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2017, págs. 493-514.

PECES BARBA, Gregorio (con la colaboración de Rafael de Asís Roig y María del Carmen Barranco Avilés), *Lecciones de Derechos Fundamentales*, Dykinson, Madrid, 2004.

PEMÁN-GAVÍN, Ignacio, “La Agenda Urbana en el marco europeo experiencias internacionales de políticas urbanas”, *Ciudad y territorio: Estudios territoriales*, núm. 202, 2019, págs. 701-722.

PEMÁN GAVÍN, Juan María, *Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud*, Comares, Granada, 2005.

PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique, *Los derechos fundamentales* (11ª ed.), Tecnos, Madrid, 2013.

PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique, *La tercera generación de derechos humanos*, Aranzadi, Cizur Menor, 2006.

- PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique, “La evolución del Estado social y la transformación de los derechos fundamentales”, en *Problemas de legitimación en el Estado social*, Trotta, Madrid, 1991.
- PIÉDROLA GIL, Gonzalo, “La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública”, en *Medicina preventiva y salud pública*, 10ª edición, Masson, Barcelona, 2011, págs. 3-14.
- PRECEDO LEDO, Andrés, “Despoblamiento rural. Reflexiones teóricas y propuestas operativas”, en José Antonio Cerdeira Pérez, José María Domínguez Blanco y María José Valenzuela Rodríguez (coordinadores), *Urbanismo: retos y oportunidades*, Wolters Kluwer, Madrid, 2020, págs. 125-147.
- PRIETO SANCHIS, Luis, *Estudios sobre Derechos Fundamentales*, Debate, Madrid, 1990.
- QUINCOCES SOLER, Juan Luis, “Accesibilidad y ciudades inteligentes”, *Economía industrial*, núm. 395, 2015, págs. 127-134.
- RAMALLO LÓPEZ, Fátima, “El derecho a la ciudad ¿un nuevo derecho de la ciudadanía?”, en María Rosario Alonso Ibáñez (directora), *La sostenibilidad socioeconómica de las ciudades*, Tirant lo blanch, Valencia, 2018, págs. 33-70.
- RAMÍREZ SÁNCHEZ, Jesús María, *Urbanismo para una nueva ciudad. El principio de desarrollo urbano sostenible*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2021.
- REY MARTÍNEZ, Fernando, “Protección de la salud, atención primaria y derechos fundamentales”, *Teoría y realidad constitucional*, núm. 1, 2018, págs. 281-296.
- RODRÍGUEZ PALOP, María Eugenia, *La nueva generación de derechos humanos. Origen y justificación*, Dykinson, Madrid, 2002.

- RODRÍGUEZ VINDEL, Vanesa, “Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas”, en Carlos Ramón Fernández Liesa y Ana Manero Salvador (directores), *Análisis y comentarios de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2017, págs. 63-86.
- RUIZ-RICO RUIZ, Gerardo, “Debilidad normativa y déficit de garantías de los derechos sociales. La Constitución Española de 1978 como paradigma”, en Silvia Bagni, Giovanni A. Figueroa Mejía y Georgia Pavani (coordinadores), *La ciencia del derecho constitucional comparado. Estudios homenaje a Lucio Pegoraro*, tomo III, Tirant lo blanch, Ciudad de México, 2017, 1337-1382.
- SÁEZ FERNÁNDEZ, Eva y CAMBIL MARTÍN, Jacobo, “Impacto y evaluación de un programa de salud en adolescentes”, *Actualidad médica*, t. 97, núm. 787, 2012, págs. 37-40.
- SAN MARTÍN, Hernán, Salud, sociedad y enfermedad. Estudios de Epidemiología Social, Editorial Ciencia 3, Madrid, 1986.
- SÁNCHEZ HERRÁEZ, Pedro, “Ciudades: entornos y espacios de seguridad”, *Cuadernos de estrategia*, núm. 206, 2020, págs. 119-174.
- SANTAMARÍA HERNÁNDEZ, Rosa Martha, “Las políticas urbanas y la cohesión social”, *Bitácora Urbano-Territorial*, vol. 28, núm. 1, 2018, págs. 99-105.
- SANTIAGO IGLESIAS, Diana, “Iniciativas para un futuro urbano sostenible: las Smart cities”, en Tomás Quintana López (Dirección) y Ana Belén Casares Marcos (coordinación), *Urbanismo sostenible. Rehabilitación, regeneración y renovación urbanas*, Tirant lo blanch, Valencia, 2016, págs. 671-719.

SANTIAGO REDONDO, Koldo Mikel, “Comentario al artículo 43”, en Miguel Rodríguez - Piñeiro y Bravo - Ferrer y María Emilia Casas Baamonde (directores) *Comentarios a la Constitución española*, tomo I, Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2018, págs. 1345-1359.

SARRATO MARTÍNEZ, Luis, “La actividad física y deportiva como dimensiones integrantes del derecho a la protección de la salud y su tutela por parte de los poderes públicos”, en Laura Salamero Teixidó (coordinadora), *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2020, págs. 247-308.

SOSA NAVARRO, Marta, “Acceso a agua limpia y saneamiento: ¿el derecho al agua como derecho humano?”, en Carlos Ramón Fernández Liesa y Ana Manero Salvador (directores), *Análisis y comentarios de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2017, págs. 245-268.

SUÁREZ OJEDA, Magdalena, “Smart cities: un nuevo reto para el derecho público”, en José Luis Piñar Mañas (director) y Magdalena Suárez Ojeda (coordinadora), *Smart cities. Derecho y técnica para una ciudad más habitable*, Reus, Madrid, 2017, págs. 73-92.

UE - Agenda Urbana de la UE. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/eu-regional-and-urban-development/topics/cities-and-urban-development/urban-agenda-eu_es.

UE - Salud para el crecimiento: programa de salud de la Unión Europea (2014-2020). Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=legissum%3A290102_1.

- VALVIDARES SUÁREZ, María Luisa, “Colectivos vulnerables; derechos y garantías en entornos urbanos”, en María Rosario Alonso Ibáñez (directora), *La sostenibilidad socioeconómica de las ciudades*, Tirant lo blanch, Valencia, 2018, págs. 71-108.
- VARGAS MARCOS Francisco; DE LA CRUZ MERA Ángela y HERAS CELEMIN, María del Rosario, “Vivienda y salud: eficiencia energética, urbanismo sostenible y agenda 2030. Conclusiones y futuro”, *Revista de salud ambiental*, vol. 21, núm. 1, 2021, págs. 56-64.
- VÁZQUEZ GARRANZO, Javier, “Capítulo III: De los principios rectores de la política social y económica. Artículo 43”, En Luis María Cazorla Prieto y Alberto Palomar Olmeda (directores), *Comentarios a la Constitución española de 1978*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2018, págs. 1249-1311.
- WINSLOW, Charles Edward Amory, “The untilled fields of public Health”, *Science*, vol. 51, 1920, págs. 23-33.

El presente estudio examina la interrelación existente entre salud pública, urbanismo y ciudad, analizando cómo la realización del derecho a la salud puede ser afectada por determinadas connotaciones urbanísticas con incidencia en la salud de los ciudadanos. El trabajo se estructura en cuatro capítulos. El primer capítulo profundiza sobre el concepto y la fundamentación legal de la salud pública, resaltando su reconocimiento en la legislación española y su repercusión en los Tratados Internacionales, con especial énfasis en la contribución de la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud.

El segundo capítulo aborda la relevancia del urbanismo en la preservación de la salud. Se subraya la responsabilidad de las Administraciones públicas en la gestión urbana para ajustarse a las necesidades de la población y asegurar el derecho a la salud. Se realiza una revisión histórica, poniendo énfasis en la implementación del modelo de ciudad inteligente (*Smart City*) para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y fortalecer la prevención de riesgos para la salud pública. Asimismo, se examinan los principales instrumentos, tanto a nivel internacional como nacional, autonómico y local que evidencian los desafíos del desarrollo sostenible en las primeras décadas del siglo XXI.

El tercer capítulo resalta el papel crucial del municipio en la salvaguarda de la salud pública, considerando los diversos componentes sociales presentes en la planificación urbana como son, entre otros, la movilidad urbana, los espacios públicos abiertos, el empleo, los servicios públicos, la seguridad y la vivienda. Se destaca la necesidad de un análisis detallado sobre las condiciones para ejercer el derecho a la salud a nivel municipal. El estudio concluye, en el cuarto capítulo, abordando las desigualdades urbanas y las deficiencias estructurales en las ciudades contemporáneas, especialmente en relación con la vulnerabilidad de ciertos colectivos y la insuficiente consideración de los determinantes sociales de la salud.



Antonio Tirso Ester Sánchez es Doctor en Derecho y profesor de Filosofía del Derecho en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Miembro del Grupo de Investigación Reconocido (GIR): “La decisión judicial. Cuestiones migratorias. Derechos Humanos, Nuevas Tecnologías y Derecho” de la ULPGC. Sus líneas de investigación versan sobre la realización de los derechos del inmigrante, los derechos humanos y la Inteligencia Artificial aplicada al ámbito jurídico.

Cuenta con el reconocimiento de un sexenio de investigación por la CNEAI. Ha realizado diversas estancias de investigación en Universidades nacionales e internacionales y participa en proyectos de investigación competitivos financiados por entidades públicas. Miembro del Grupo de Innovación Educativa: “Juristas ante el reto de la convergencia europea” galardonado con la Menció de Excelencia debido a su sólida trayectoria en la innovación educativa.