

Salud y bienestar en el entorno construido: una perspectiva integradora

Saúde e bem-estar no ambiente construído: uma perspectiva integradora

Health and well-being in the built environment: a comprehensive approach

Silvia Fernández Marín

AEICE, Clúster de Hábitat Eficiente y Escuela Técnica Superior de Arquitectura, Universidad Politécnica de Madrid, España.

Salud, bienestar^a, arquitectura y urbanismo son realidades interrelacionadas. Más allá de la multiplicidad de enfoques que unos y otros campos admiten, la complementariedad entre perspectivas viene avalada por una larga trayectoria de respuestas, tanto en lo referente al espacio construido como a la vertiente puramente conceptual.

Los primeros núcleos de población susceptibles de considerarse ciudades daban ya cuenta de ello hacia el 3000 a. C., respondiendo a planteamientos que posibilitaban la protección al tiempo que el desempeño de actividades que trascendían el mero instinto de supervivencia. En la cuenca del Tigris y el Éufrates, las condiciones propicias de asentamiento, sumadas a innovaciones técnicas clave (desde la rueda a los canales), facilitaban el desarrollo de actividades como la agrícola, manufacturera y comercial, permitiendo un radical cambio en el desempeño de aspectos cotidianos esenciales para el desarrollo humano. También evidencia este extremo la ciudad de Illahun, en Egipto, como ejemplo temprano de organización residencial. A pesar de materializarse como un conjunto de pobre construcción, daba cuenta, de una forma temprana, de desarrollos técnicos esenciales para garantizar la salubridad como las atarjeas para evacuación de aguas¹.

El vínculo entre salud y entornos construidos es también perceptible en casos como el de la ciudad griega de Cos, tal como recuerda Mumford²: un centro de curación pensado desde la comprensión profunda de la naturaleza donde el propio espacio jugaba un rol fundamental. No en vano, como también recoge el citado autor, el tratado hipocrático *Sobre aires, aguas y lugares* profundizaba ya en la importancia de cuestiones como la orientación de los edificios, la

calidad del agua o la salubridad del ambiente, aspectos que tardarían en adquirir la repercusión deseable pero que progresivamente irían ganando peso en la práctica urbanística, siendo temas en los que el arquitecto romano Vitruvio incidiría también tiempo después, poniendo de manifiesto la relación entre planificación urbana y salud pública.

En paralelo a tales avances, situaciones de carácter más puntual que marcan riesgo extremo para la salud, han convertido igualmente a la cuestión en un ámbito de acción prioritaria para el desarrollo urbano. Ejemplos como el del cólera en el siglo XIX evidencian momentos de cambio en que situaciones de crisis y extrema incertidumbre han permitido incorporar innovaciones o repensar viejos problemas con enfoques novedosos, uniendo los conocimientos ligados a epidemiología a los de los agentes involucrados en la planificación y el análisis urbano³. También a la inversa: avances como la combinación de datos de salud con cartografía han hecho posible un conocimiento más profundo de la relación de ciertas enfermedades con el entorno construido. En esta dirección, es conocido el ejemplo de uno de los “padres” de la epidemiología moderna, John Snow, quien en el Londres de 1854 consiguió evidenciar el origen de un brote de cólera en el ámbito de Broad Street apoyándose, además de en estadísticas y trabajo de campo, en el análisis y en la geolocalización de bombas de agua de uso público y de datos de decesos por lugar de residencia de la persona, en un plano que optimizaría con el apoyo del cartógrafo Charles F. Cheffins. No se trataba además de una forma novedosa de proceder: el trabajo con cartografía en el marco de los estudios de enfermedades había crecido con rapidez desde las primeras décadas del siglo⁴.

La consideración de los aspectos de salud y bienestar, en todo caso, ha sido también soporte de proyectos y planes más controvertidos. La idea de higienismo y las preocupaciones de corte pretendidamente social ejercieron como base de las grandes reformas auspiciadas bajo el ampliamente analizado planteamiento

^a Aunque la Organización Mundial de la Salud contempla el bienestar como parte esencial en la definición de salud, se ha optado por diferenciar ambos términos para enfatizar su importancia en la materia que nos ocupa, considerando que en el sector del hábitat y la construcción la relación estrecha y específica entre uno y otro concepto puede ser aún poco conocida.

haussmanniano de renovación y modernización del París de estructura medieval en el siglo XIX, donde los criterios de salubridad y seguridad confluían con los de carácter político, más volcados a fines de desarrollo económico y de control social⁵, limitando los grados de libertad del conjunto y ayudando a prevenir potenciales revueltas como las que habían venido produciéndose en el pasado cercano.

El siglo XIX sería también fecundo en lo concerniente a la búsqueda de alternativas a las problemáticas de la ciudad industrial, como p. ej. contaminación, exceso de densidad, insalubridad, etc., que pasaban por el análisis, evolución y reformulación de modelos existentes, atendiendo a cuestiones como la relación con la naturaleza, e inevitablemente a la planificación del transporte. En los albores del final del siglo, E. Howard plantearía como respuesta posible su propuesta de ciudad jardín, también con un doble trasfondo sociopolítico, buscando generar atracción hacia un modelo reformador. El desahogo, el bienestar y la salud se planteaban como incentivos, desplegando un planteamiento urbano completo (de lo social a la financiación) de enorme repercusión⁶.

En esta misma dirección, la propuesta no construida de la *Ville Radieuse* de Le Corbusier abría nuevamente el debate como parte de la crítica a la ciudad de su tiempo, cuestionando desde la falta de espacios naturales a la calle como vía de tráfico y peatones. Abogaba, no obstante, por soluciones tampoco exentas de controversia, que en algunos casos permiten observar nuevas dependencias y renuncia a valores que sí evidenciaba la ciudad heredada, introduciendo excesiva rigidez y limitando la posibilidad de variación y de relación y encuentro social que otorgan riqueza y contribuyen al bienestar.

Con posterioridad, planteamientos reveladores como los de la necesidad de diversidad y la importancia de favorecer la complejidad organizada de Jane Jacobs⁷ o los más recientes de *biofilia* explicitados por Nikos Salingaros⁸, han seguido abundando sobre cuestiones como la relación con el entorno y la complejidad como bases en una ciudad "humana".

Más allá de las evidentes vías de cooperación, se pone de manifiesto la doble vertiente del sistema urbano: generador de riesgos y debilidades, al tiempo que de relación, encuentro y protección; fuente de conflicto y problemáticas y escenario de solución a las mismas. La necesidad de abordar la cuestión sigue por tanto de plena vigencia.

No en vano, la creciente concentración en ciudades evidencia viejas y nuevas problemáticas de salud de difícil solución. Se reproducen planteamientos de desarrollo urbano que implican crecimiento y funcionamiento a costa de una salvaje degradación del medio, con modelos

de movilidad basados en la proliferación del vehículo a motor, producción y reproducción de ciudad que prioriza la búsqueda de retorno económico en detrimento de otros factores. No es un tema menor. Recordando uno solo de los muchos problemas vinculados, la contaminación atmosférica, favorecida por las condiciones de muchos de estos entornos, supone el mayor riesgo ambiental para la salud en el mundo, ejerciendo especial impacto sobre los más vulnerables⁹.

Por su parte, en lo referente a la edificación propiamente dicha, la cuestión de la salud ha aparecido también como una constante en la teoría y la práctica desde etapas tempranas, tal como evidencia el concepto de la cabaña primitiva desgranado en la exploración de la relación entre hombre y naturaleza en los orígenes de la arquitectura y representado en el frontispicio de la obra de Laugier¹⁰: *Essai sur l'architecture*, como elemento esencial de protección frente al entorno, y por tanto como temprana concepción de la obra construida como garante de seguridad y de bienestar.

Del mismo modo que para el contexto urbano, también enfermedades como la tuberculosis y problemáticas como el hacinamiento de las ciudades industriales en el siglo XIX conducirían a replantear aspectos de diseño, especialmente en sanatorios y otros complejos vinculados directamente a la salud¹¹. La obra de Alvar Aalto es un claro exponente de este extremo, con planteamientos orientados a favorecer los baños de sol y el aireamiento en ejercicios como el sanatorio de Paimio o la relación de la arquitectura con la naturaleza, explotando las posibilidades del entorno del edificio o las propiedades de los materiales para, a través de aspectos como la ubicación, la orientación y el diseño (exterior, interior y de mobiliario), otorgar una posición privilegiada a los aspectos de bienestar y salud.

Nuestros coetáneos dan también cabida a este mismo discurso, tal como muestra el más moderno concepto de habitabilidad explorado en Hábitat III, que no solo atañe a la salud física, sino a la mental y la psicológica. En esta dirección han emergido, entre otros, trabajos que evidencian problemáticas de salud abordando la relación entre el individuo y el edificio¹², recogiendo datos tan reveladores como que la contaminación del aire interior ocupa el octavo lugar en cuanto a factores de riesgo de enfermedad, considerándose por cálculo que representa un 2,7 % de la carga global de enfermedad¹³. Contaminantes químicos, físicos y biológicos amenazan la salud y el bienestar desde múltiples vías¹⁴, haciendo del debate interdisciplinar una necesidad continuada que la crisis marcada por la COVID-19 ha venido a recalcar.

Si bien, tampoco en el contexto arquitectónico han faltado las propuestas contrarias a este enfoque, bien por ignorancia, bien por plegarse a las múltiples

constricciones que limitan los grados de libertad en la toma de decisiones, bien por priorizar aspectos difícilmente compatibles con un diseño "humano". Ya sea en modelos de corte utopista, planteamientos rupturistas de renovación urbana, o evolución lógica de modelos tradicionales de ciudad y arquitectura, y ya sea para otorgarles una posición privilegiada o para obviarlos deliberadamente, la salud y el bienestar han estado permanentemente presentes, evidenciando primero que constituyen una cuestión ineludible e indisoluble de la planificación y desarrollo del entorno construido, y segundo que el proceso comporta interrelaciones entre un elevado número de variables, a tal punto que planteamientos auspiciados bajo el signo del bienestar pueden conducir a la explotación de recursos que acarrea problemáticas que, más allá de lo ambiental o lo económico, inciden a su vez sobre la propia salud.

Tenemos por tanto dificultades conocidas y es conocida la necesidad de debate, pero no queda tan clara la capacidad de respuesta ante un concepto cuya ambigüedad ha permitido un sinnúmero de operaciones con resultados desiguales. Se evidencia en consecuencia que, siendo variopintos los perfiles, intereses y necesidades que confluyen, no hay respuestas únicas como tampoco hay un perfil homogéneo de ciudadano. Es necesaria la colaboración, y se requiere un esfuerzo de armonización entre lo científico, lo político-económico y lo técnico.

Y este es precisamente el enfoque del presente monográfico de la Revista de Salud Ambiental¹⁵.

En él, distintos autores abordan la influencia de los entornos construidos en la salud y el bienestar de las personas. Partiendo de las conclusiones del Congreso Life Hábitat, organizado por el clúster AEICE con la colaboración de la Junta de Castilla y León en Valladolid, y con la participación de los sectores de la construcción y sociosanitario y los clústeres Biotecyl y SIVI, se analiza dicha influencia en diferentes escalas, desde el territorio y la ciudad al edificio, incluyendo una visión desde la política y una perspectiva futura que atenderá tanto a la parte energética como a la Agenda Urbana y a la Ley de Salud Pública.

En esta doble visión, por una parte la de los entornos construidos y por otra la de la salud, profundiza el monográfico que se presenta, a través de perspectivas que, gracias al ámbito de conocimiento de los diferentes autores, motivan el diálogo interdisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chueca Goitia F. Breve historia del urbanismo. Madrid: Alianza editorial; 1968.
2. Mumford L. La ciudad en la historia [The City in History: Its Origins, Its Transformations, and Its Prospects]. Buenos Aires: Infinito; 1966.
3. Ezquiaga Domínguez J M. Hay que defender la ciudad: de la distopía del confinamiento a la Ciudad Abierta. ACE: Architecture, City and Environment. 2020; 15(43):9518.
4. Koch T, Denike K. Essential, Illustrative, or Just Propaganda? Rethinking John Snow's Broad Street Map. Cartographica. 2010; 45(1):19–31.
5. Jordan DP. The city: Baron Haussmann and Modern Paris. The American Scholar. 1992; 61(1):99–106.
6. Blasco JA. El modelo original de la ciudad-jardín (Garden City). Blog Urban Networks [actualizado en 2016; citado 21/11/2020] Disponible en: <http://urban-networks.blogspot.com/2016/02/el-modelo-original-de-la-ciudad-jardin.html>.
7. Jacobs J. The Death and Life of Great American Cities. Nueva York: Random House; 1961.
8. Salinger N A. Biophilia and Healing Environments: Healthy Principles for Designing the Built World. Nueva York: Terrapin Bright Green, LLC; 2015.
9. United Nations Environment Programme (UNEP). Towards a pollution-free planet background report. Nairobi: United Nations Environment Programme; 2017.
10. Laugier MA. Essai sur l'architecture. Paris: Chez Duchesne; 1753.
11. Ruiloba Quecedo C. La ciudad de la salud: los sanatorios antituberculosos. Ciudades: Revista del Instituto Universitario de Urbanística de la Universidad de Valladolid. 2011; 14:213–32.
12. H.A.U.S. Healthy Buildings, Green Building Council España (GBCe). Salud, espacios, personas. Madrid: H.A.U.S y GBCe; 2020.
13. European Lung Foundation (ELF) y European Respiratory Society (ERS). Contaminación del aire interior [actualizado en diciembre de 2013; citado 16/10/2020] Disponible en: https://www.europeanlung.org/assets/files/es/individual_infographics_es/indoor_pollution_info_es.pdf.
14. García A, Marta I. Calidad del ambiente interior en edificios de uso público. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Madrid, 2018 [consultado el 10/03/2021]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020191.pdf>.
15. Díaz J, Linares C, Ordóñez JM. Arquitectura, vivienda y salud. Rev. salud ambient. 2020; 20(2):216-217.