

Editorial

## **Vivienda saludable por la construcción de la salud humana**

Es conocido que la salud es producto de la interacción entre nuestra biología y el ambiente físico, sociocultural y político en el cual vivimos y actuamos. Las causas sociales de la enfermedad se relacionan con aspectos de la justicia social y la equidad. No son evitables pero pueden ser cambiadas si hay voluntad política. Pobreza, exclusión social, precariedad habitacional, desnutrición, ambientes insalubres, conductas de riesgo, estilos de vida y deficientes sistemas de salud están entre las principales causas de enfermedad.

Hoy día el peso de la marginalidad de grupos humanos se traduce en carga de enfermedad para la sociedad y los servicios de salud. El número de personas que viven en la miseria, estimados en 924 millones en el año 2000 –13 % en Latinoamérica y el Caribe–, crecería a 2 billones en el 2030. El mundo entra al siglo XXI con problemas severos en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas de una población creciente, en un medio biogeográfico en sensible medida degradado por la contaminación y el agotamiento de los recursos naturales, con ingentes retos más comprometidos en la distribución que en la producción de la riqueza e inequidades en el acceso a las oportunidades laborales, la atención médica, la educación, sacudido por guerras, desastres y crisis económicas que inciden en un desequilibrado hábitat humano.

En el curso cíclico diario de las actividades regulares del individuo, la vivienda constituye un espacio de elevada vulnerabilidad para la salud humana, dada la naturaleza de las demandas elementales biológicas, sociales y psicológicas que el hombre satisface en sus espacios de facilitación de funciones, que le colocan en estado de mayor labilidad relativa. A esto se añade la concurrencia de exposición de grupos de riesgo –niños, ancianos, mujeres, incapacitados, enfermos– en muchos casos a ambientes residenciales integralmente insanos.

En Latinoamérica un creciente proceso de urbanización –75 % en el 2000, 82 % esperado en el 2020– acompaña el déficit habitacional, que se considera pueda hoy ser de hasta unos 50 millones de unidades con unos 400 millones de personas residiendo en asentamientos precarios. Con una informalidad del 20 al 50 % de la vivienda, se habla de la urbanización de la pobreza y de la ciudad no inclusiva. El 60 % de los hogares en la región presentan carencias: espacios reducidos e insalubridad, materiales peligrosos, tráfico y ruido, contaminación del aire, tóxicos, migraciones y estrés psicosocial.

La vivienda precaria es un espacio de cohabitación con determinantes socioambientales de salud que operan como factores de distrés. La insalubridad provoca múltiples problemas de salud pública, entre ellos el dengue, el paludismo, la tuberculosis, la filariasis, la enfermedad de Chagas, las infecciones respiratorias agudas (IRA), las alergias, los accidentes domésticos, adicciones y hasta la violencia.

La Carta de Bangkok (2005) afirma que las políticas y alianzas para empoderar las comunidades y mejorar la salud y la equidad deben ser el centro del desarrollo global y nacional. Participación comunitaria, alianzas, empoderamiento y equidad son claves

para la construcción de espacios saludables. Ellos integran el compromiso de la salud dentro de la cultura, la estructura, los procesos y las rutinas de los espacios.

De este modo, vivienda saludable –que resulta el enfoque de proceso e intervención social que toma a la vivienda bajo la óptica de la promoción de salud– constituye una estrategia básica de la salud pública y constituye un objetivo de tarea en salud ambiental. Persigue propiciar espacios funcionales saludables. Su mecánica es la gerencia del riesgo. Su condición es la cultura de la salud. Su resultado es la transformación de los factores de riesgo en agentes promotores de salud humana.

En Cuba, en el período de la pseudorrepublica, se logró alcanzar apenas 20 % de la demanda de vivienda con un índice de construcción anual de 1,2 entre 1 000 habitantes. Del censo de 1953 se deriva que nacionalmente solo 13 % de la vivienda tenía buen nivel de habitabilidad (20 % urbana y 3 % rural). En 1953, 75 % de la vivienda rural era mala con pisos de tierra y ninguna instalación sanitaria. La electricidad solo llegaba al 9 % de las casas en el campo. En la urbana, el servicio sanitario interior de uso exclusivo solo llegaba al 42 % de las viviendas y en la rural solo al 3 %. Puede decirse que al triunfo de la Revolución, entre 1959 y 1990 se duplicó el fondo de viviendas y la población creció en 61 %. La vivienda rural mala se redujo a 25 % y la buena subió a 25 % y la vivienda urbana buena subió a 39 % restando aún 15 % de vivienda urbana mala o precaria.

La política nacional se orientó a promover el desarrollo de los pueblos urbanos y ciudades pequeñas y medianas y contener o paralizar las grandes. En la etapa de 1991 al 95, sobrevino la crisis económica con la reducción de la capacidad de importaciones en 73 % y el recrudecimiento y extensión del bloqueo en un mundo unipolar. La vivienda, como prioridad social, pasó a un segundo plano. Los materiales de bajo consumo energético y fácil accesibilidad fueron priorizados. En una investigación conducida en más de 300 amas de casa, residentes en viviendas de proyectos típicos, se constató, respecto a residentes de viviendas no expuestas, que entre otros estresores el ruido y las vibraciones presentaban un riesgo relativo de producir alteraciones del sueño 1,5 y 1,8 veces más alto y que la deficiente iluminación artificial y los gases incidían en el ardor ocular 2,1 y 1,8 veces más frecuentemente. Asimismo, la deficiente iluminación artificial se asoció al lagrimeo (riesgo relativo (RR): 2,9) y los gases y la humedad a la frecuencia de nariz tupidada (RR: 2,4 y 2,1 respectivamente). Ello tiende a confirmar que la calidad del medio residencial repercute también en la calidad de vida en salud en nuestro medio.

Cuba cuenta hoy con un fondo habitacional de 3,54 millones de viviendas, 43 % en estado regular o malo. De las que se encuentran en mal estado, una tercera parte podría ser recuperada y el resto paulatinamente sustituido. En septiembre de 2005 el país planteó una reimpulsión de la política constructiva. En el 2006 se edificaron 113 463 viviendas, lo que representa 174 % de las cifras de viviendas alcanzadas en años anteriores.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanza la Iniciativa Regional de Vivienda Saludable en 1994, creándose en 1995 la Red Interamericana de Vivienda Saludable, que hoy cuenta con la participación de 18 países en las Américas. Su finalidad propende asumir la vivienda como espacio preferencial de concertación y construcción de la salud humana. Se estructura en grupos, centros y redes nacionales

articulados regionalmente. Motiva la generación e intercambio de experiencias en investigaciones, desarrollo de tecnología, promoción de valores límites de exposición a estresores ambientales, vigilancia epidemiológica ambiental y contribución a las políticas públicas saludables. Sus condiciones de funcionalidad se fundamentan en la movilización de recursos y construcción de capacidades. Ha encontrado aliados en un hábitat ROLAC, CEPAL, AIDIS y la Red Internacional de Ecoclubes.

La Red Cubana de Vivienda Saludable, fundadora de la Interamericana es hoy su Secretaría Ejecutiva. Cuenta con tres nodos coordinados en occidente por el INHEM – Centro Colaborador OPS/OMS para Vivienda Saludable– y los centros provinciales de Higiene y Epidemiología (CPHE) de Villa Clara y Santiago de Cuba. Sus lineamientos son intersectoriales y multidisciplinarios. La Red de Vivienda Saludable respalda la reanimación de las políticas constructivas proponiéndose, desde una óptica técnica, contribuir a alcanzar calidad de vida en la salud del cubano en su ambiente construido al tiempo de cooperar a tan noble empeño en nuestro continente, hermanado en el espíritu bolivariano.

Dr.C. Carlos Barceló

Doctor en Ciencias Físicas, Profesor e Investigador Titular

Secretario Ejecutivo de la Red Interamericana de Vivienda Saludable