

Trabajo de Investigación

La salud colectiva en el espacio urbano cordobés y el imperativo territorial

Julieta Lavin Fueyo

2021

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

	Reconocimiento de créditos de la obra No comercial Sin obras derivadas	
---	---	---

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

**Universidad Andina Simón Bolívar
Sede Ecuador**

Programa: Posdoctorado en Salud Colectiva

La salud colectiva en el espacio urbano cordobés y el imperativo territorial

Autora: Julieta Lavin Fueyo

Tutores: Fernanda Solíz Torres y Jaime Breilh Paz y Miño

Quito, Marzo de 2021

Introducción

El espacio como categoría de análisis para la comprensión de la producción y distribución de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en las colectividades surge antes de la consolidación de la epidemiología como disciplina científica. De hecho, la relación del medio geográfico con estos procesos y su historicidad fueron estudiados por Hipócrates en su trabajo titulado "Aires, Aguas y Lugares" (480 a.C) y mucho tiempo después a partir de los estudios pioneros de John Snow (1990) sobre el modo de transmisión del cólera en Londres, en los inicios de la Revolución Industrial, dando origen a la Epidemiología como disciplina científica.

En los últimos tiempos, el uso del espacio en el campo de la salud se ha ido expandiendo con el creciente acceso a bases de datos epidemiológicos y por la disponibilidad de herramientas cartográficas, geográficas y estadísticas computarizadas. El uso de esas herramientas presupone, sin embargo, modelos explicativos basados muchas veces en una concepción de espacio como simple plano geométrico para la disposición y análisis de datos epidemiológicos, teniendo como premisa que los elementos espaciales próximos comparten condiciones socio-ambientales semejantes. El espacio ha sido fragmentado para permitir verificar la diferenciación de condiciones sociales y ambientales, y también se ha utilizado al espacio como productor de riesgos para la salud (Barcellos, 2000).

Del mismo modo, muchas áreas de investigación en ciencias sociales y epidemiología han intentado refinar la exploración sobre las relaciones entre los individuos o grupos sociales y los contextos donde viven. Sin embargo, pocas han cuestionado cuáles son las concepciones de espacio que sustentan su desarrollo. Tal como afirma Ayres (2000), el espacio, a pesar de ser una categoría central en la epidemiología, ha sufrido la simplificación teórica característica de la disciplina. Si bien ha sido ampliamente utilizado para conocer cómo se distribuyen las enfermedades y sus condicionantes (servicios, tratamientos, respuestas), no ha logrado profundizar en lo que eso significa. Entonces, el espacio se transformó en lugar, y éste fue reducido a una mera circunscripción administrativa. Este último fue dejando de ser un dato empírico dotado de significados para convertirse en el soporte lógico de variables cada vez más abstractas y aisladas del "conjunto indisociable de sistemas de objetos y sistemas de acciones" del que nos hablaba el reconocido geógrafo brasileiro Milton Santos (2006:12).

Otro de los conceptos que se introduce fuertemente en el campo de la salud (colectiva) y de la epidemiología (crítica) en los últimos tiempos ha sido el de territorio. Santos (1996), por ejemplo, coloca el énfasis en el uso del territorio como objeto de análisis social y no en el territorio en sí mismo, es decir que contiene tanto los objetos (materiales) como las acciones (inmateriales, temporales), la forma y el contenido, es un híbrido de materialidad y de vida social. Asimismo, otro geógrafo brasileiro, Rogério Haesbaert (2011), sostiene que el territorio parte de una comprensión política y fundamentalmente imbricada por relaciones de poder, como espacio delimitado y controlado a través del cual se ejerce un determinado poder. Así, espacio y territorio no son sinónimos. El primero antecede al segundo, sin embargo, no pueden separarse en tanto que sin espacio no hay territorio, y no todo espacio constituye un territorio. Entonces, el espacio no es un recorte u objeto empírico sino una mirada más epistemológica, pertenece a un nivel de reflexión más amplio, de mayor abstracción; y el territorio sería la "mediación espacial del poder", en palabras del geógrafo.

Más allá de que la utilización de ambas categorías –espacio y territorio- por parte de trabajadores/as e investigadores/as de las ciencias de la salud es trascendental, Borde y

Torres-Tovar (2017) afirman que continúa predominando un enfoque localista, que excluye al tiempo, a la historia, a las relaciones de poder y que no dialoga con los debates que se vienen dando en el campo de la geografía. Así, compartimos con Almeida Filho (2000) que “el desarrollo teórico de la epidemiología se ha basado en conceptos problemáticos y parciales, y/o en modelos explicativos tímidos e incompletos, dejando de debatir críticamente la naturaleza y propiedades de su objeto de conocimiento”. En este sentido, afirma el epidemiólogo, el espacio, categoría fundamental de la epidemiología, ha sido definido como una dimensión secundaria y predominantemente física en el discurso dominante de la ciencia contemporánea, sin considerar al concepto más amplio de territorio en tanto referencia geográfica de grupos sociales.

La mayor parte de las investigaciones epidemiológicas y acciones en salud pública se han sustentado en fundamentos esencialmente reduccionistas, que resultan insuficientes para explicar, en términos de Samaja (2003), “de manera histórica, concreta y dinámica la existencia humana total: es decir, como subjetividad corporificada/espacializada en todos los niveles de sus acciones y de sus objetividades” (p. 107). Así, el epistemólogo de la salud propone apropiarnos de la lucha científica de Santos, quien buscó reintroducir a los sujetos en el espacio y objetos de la geografía, e intentar, desde la epidemiología, recuperar el espacio en el sujeto de las ciencias de la salud humana.

El espacio urbano se ha consolidado como el espacio dominante en donde se desarrollan hoy en día nuestras sociedades latinoamericanas. En ese sentido, Paim (1997) entiende que la producción y distribución de los procesos de salud-enfermedad-atención y la conformación del espacio tienen los mismos determinantes, este último, en tanto expresión de las condiciones de vida de los sectores que lo ocupan, representa la mediación pasible de informar ciertas relaciones entre sociedad y salud. De hecho, las primeras fases del urbanismo en el marco de la Revolución Industrial surgen de la mano del higienismo. El constante flujo de trabajadores rurales, despojados de sus medios de producción, hacia las ciudades produce aglomeración en zonas circundantes a las fábricas, con viviendas improvisadas y precarias. El hacinamiento y la falta de un sistema de cloacas y de servicio de agua conforman las extremas condiciones de vida que afrontaban los trabajadores y que dieron lugar al famoso *Report* de 1842 escrito por Chadwick en el que se recomiendan distintas reformas sanitarias vinculadas al saneamiento ambiental, apuntando a mejorar la salud en la ciudad e impulsando así el movimiento sanitario en el siglo XIX.

Si bien a lo largo del tiempo el urbanismo se distancia de la cuestión sanitaria, sus orígenes demuestran la relación directa que existe entre los procesos espaciales y los procesos sociales, como la salud colectiva. En las últimas décadas, la organización espacial de las ciudades se presenta, al decir de Correa (1993), de forma fragmentada y articulada al mismo tiempo. Es fragmentada en tanto aparece como una yuxtaposición de distintos paisajes y usos de la tierra, que en la ciudad capitalista se expresa como un mosaico urbano compuesto por un núcleo central, una zona periférica, áreas industriales, áreas comerciales, sub-centros terciarios, áreas residenciales diferenciadas en función de la clase social, áreas de esparcimiento, etc. Es decir, una diversidad de fragmentos urbanos en términos de contenido y forma pero que se articulan a través de distintas relaciones espaciales: desplazamientos que las personas realizan cotidianamente, ya sea para ir al trabajo, a las áreas comerciales, para el ocio, etc.

Este espacio urbano, simultáneamente fragmentado y articulado, constituye la expresión espacial de los procesos sociales, es decir, se convierte en reflejo de la sociedad, en resultado de las relaciones propias de una sociedad capitalista, profundamente desigual e injusta. Al

mismo tiempo, siguiendo a Correa (1993), el espacio urbano juega un papel como condicionante social en tanto que las formas espaciales ejercen un rol en la reproducción de las condiciones y relaciones de producción. En estas ciudades capitalistas, las riquezas materiales y naturales son apropiadas de manera desigual, por la misma lógica del sistema económico imperante. Cada vez más, el espacio urbano adquiere mayor complejidad, fragmentación y contradicción.

En los países de América Latina, el proceso de urbanización se dio como producto de la incorporación de sus sociedades a la división internacional hegemónica del trabajo, aportando a la industrialización que se afianzaba en otras geografías del globo. El crecimiento urbano no estuvo acompañado por una industrialización sostenida que ofreciera posibilidades de empleo urbano. Ello se expresa, al decir de Pérez (2013), en el sometimiento a la acumulación de capital y en la entrega del excedente a las economías centrales, retrasando el desarrollo local. Esto resultó en un crecimiento urbano desordenado que ha ocasionado numerosos problemas sociales, ambientales y sanitarios, entre ellos, el aumento de la pobreza, la multiplicación de barrios insalubres con infraestructura deficiente, viviendas ubicadas en zonas de riesgo, deficiencias en los sistemas de transporte público y privado, dificultades en torno a la gestión de los residuos urbanos, escasez de equipamiento comunitario y de espacio público, entre otros. La velocidad con la que se produce la urbanización latinoamericana, con todas sus consecuencias, nos permitiría pensar, al igual que Silveira (2008), que hoy la pobreza, la enfermedad y la violencia son sus manifestaciones empíricas.

Es entonces que la configuración de las ciudades se produce a partir de diferentes fuerzas que la estructuran y reestructuran constantemente. Entre ellas está el sistema económico capitalista, el Estado y sus políticas públicas, la propiedad privada y los movimientos sociales. Si bien el control sobre la organización del espacio urbano siempre ha sido atribución del Estado, el territorio usado incluye a todos los actores y no solamente al Estado y, en la ciudad del capital, las fuerzas privadas adquieren protagonismo al tiempo que los movimientos sociales urbanos van tomando potencia para resistirlas. Al decir de Silveira (2008), “la historia se produce con todas las empresas, todas las instituciones, todos los individuos, independientemente de su fuerza diferente, a pesar de su fuerza desigual”.

En este contexto de gran complejidad resulta necesario entender cómo se produce salud, reconociendo a la salud no sólo como un espacio de conocimiento sino también como un ámbito de prácticas que contempla tanto la acción del Estado como el compromiso de la sociedad para la producción de espacios saludables. Una de las principales estrategias de salud pública en el espacio urbano es la de “ciudades saludables”, por tanto, buscaremos analizar dicha estrategia en Córdoba, Argentina, a la luz de la epidemiología crítica.

Para el desarrollo de este texto se recurrió a registros de distintas actividades de encuentro en espacios de pensamiento y acción compartidos: conversatorios, entrevistas, talleres, actividades de formación. También a la revisión de artículos y libros producidos sobre la temática; a declaraciones y comunicados elaborados por distintos colectivos, y a documentos periodísticos, legales y otros generados por organismos públicos.

El espacio urbano, la salud y las “ciudades saludables”

A cidade está ameaçada de privatização, o que vai ser um grande problema nas questões de saúde pública. Na nossa análise está faltando na dos profissionais de saúde e na dos

geógrafos – uma análise prospectiva desse processo de privatização que vai agravar ainda mais questões de saúde pública: a privatização da água, dos esgotos, e tudo mais que concerne à vida urbana. No mundo em que a cidade, tendo crescido de tamanho, tem nas empresas filiadas aos grandes bancos a solução para as questões urbanas, na medida em que são cegos para a vida social e para as questões humanitárias, os problemas vão se avolumar contra os que não podem pagar (Santos, 2003:314).

En la actualidad, más del 80% de la población latinoamericana habita en las ciudades, constituyéndose en la región más urbanizada del planeta. En Argentina, este porcentaje asciende al 93%. La forma como se planifica, diseña y construye una ciudad, señala Fleury (2004), define las condiciones espaciales en las que se dan los procesos de salud de sus propios habitantes, ya sea desde la distribución geográfica de los servicios de salud, hasta la disposición de basurales, de equipamientos para la recreación, de locales de expendio de alimentos o el diseño del transporte público urbano. Asimismo, sus conexiones se establecen globalmente, ocasionando implicaciones para el comportamiento colectivo y las relaciones sociales y, del mismo modo, para la salud colectiva.

En este sentido, Breilh (2010) sostiene que las ciudades más conectadas con el sistema global, son estructuralmente malsanas y ecológicamente insustentables. La pérdida de espacio y calidad para la vida en las ciudades se produce y expresa por mecanismos de depredación, degradación y contaminación. La depredación implica un saqueo o despojo de los bienes de una ciudad, que puede estar encubierto bajo políticas públicas de “embellecimiento urbano” o de “hábitat social”. Por ejemplo, equipamientos para la recreación, espacios públicos, espacios verdes, etc. que son proporcionados, perfeccionados o embellecidos en determinadas zonas a expensas de otras. Por tanto, hay ciertas áreas y grupos sociales que son privados de estos bienes, en función del sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad.

Por otro lado, la degradación tiene que ver con el deterioro ecológico y ambiental de las ciudades producto de procesos de erosión, desertificación, pérdida de biomasa y biodiversidad, calentamiento climático, surgimiento de elementos genéticamente modificados, etc. Mientras que la contaminación se da de forma física (ruido, electro-contaminación), biológica (parásitos, hormonas, virus, organismos genéticamente modificados, etc.), química (agrotóxicos, medicamentos, detergentes, etc.) y cultural, audiovisual y comunicativa (corrupción y profanación) (Breilh, 2010).

Los problemas de salud pública que anunciaba Santos en el epígrafe son los que están ocurriendo hoy en día en las ciudades. Entre ellos podemos destacar, según Breilh (2010): una pérdida de la soberanía alimentaria y dependencia respecto a algunos productos como el trigo, el arroz y el maíz; una monopolización y privatización del agua; un deterioro de los modos de vida urbanos y una expansión de los modos de vida malsanos, entre ellos, aceleración de los patrones de trabajo y expansión de la vida productiva en detrimento de la vida de reposición, alimentación rápida y malsana, deterioro de los patrones de actividad física y pasividad consumista en actividades del tiempo lúdico, pérdida de deportes colectivos y comunitarios, exposición creciente a ecosistemas malsanos; y una pérdida de patrones culturales protectores; una expansión de los ciclos violentos y deterioro de la seguridad; una invasión de productos genéticamente modificados. Una auténtica política de salud debe tener en cuenta todos estos mecanismos que inundan las ciudades latinoamericanas actuales.

Mientras la ciudad es en términos geopolíticos una sola, suele albergar en sí misma muchas ciudades. Es decir que las ciudades están fragmentadas y las condiciones de vida en sus distintos barrios o comunas pueden ser verdaderamente diferentes. Accesos muy variados a

los derechos de educación, salud, recreación, saneamiento, trabajo, transporte, circulación, implican diferentes posibilidades de experimentar y participar en la ciudad (Minujín, 2014).

El reconocimiento de ese mosaico urbano es un paso básico para la caracterización de la población y de sus problemas, tanto para la evaluación del impacto de sus características sobre sus niveles de salud como para el desarrollo de un vínculo entre ambos mediante prácticas orientadas desde una matriz territorial. Esta idea aparece por la profundización de las desigualdades sociales asociadas a una segregación espacial, que restringe el acceso de ciertos sectores de la población a mejores condiciones de vida (Alazraqui et al., 2009; Monken y Barcellos, 2005). La estrategia de “Ciudades, Municipios y/o Comunidades Saludables” busca, de alguna manera, abordar la problemática de la vida en la ciudad y sus condiciones para la producción de salud.

El proyecto de *Ciudades Saludables* surgió en América del Norte en la década de 1970 como una evolución en el interior del movimiento de promoción de la salud, que venía realizando un proceso de reflexión y autocritica con relación a los enfoques de la salud centrados en el individuo y que dejaban de lado el contexto social, económico, político y cultural. Estas reflexiones comienzan a tomar fuerza en la década siguiente durante la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud realizada en Ottawa en 1986 en la que se amplía el concepto de promoción de la salud incorporando las dimensiones mencionadas y tendiendo, por tanto, a políticas de salud que no se limiten al sistema sanitario sino que se amplíen hacia campos como la agricultura, el urbanismo, la educación, los servicios sociales, etc. En este sentido, el proyecto de Ciudades Saludables permite concretizar dichos postulados y, según Almeida Filho y Paim (1999), refleja la absorción del discurso de la promoción de la salud por parte de los organismos internacionales.

La OMS adopta la conceptualización desarrollada por Hancock (médico consultor de salud pública del Departamento de Salud de la ciudad de Toronto) y Duhl (psiquiatra y urbanista de la Universidad de Berkeley), en la que sostienen que

una “ciudad saludable” es aquella que está continuamente creando y modificando su ambiente físico y social y expandiendo sus recursos para que las personas se capaciten en apoyar unas a otras, para que todos desempeñen satisfactoriamente todas las funciones de la vida y desarrollen al máximo su potencial (WHO/EURO/HCPO, 1988).

El proyecto se expandió hacia ciudades europeas y, posteriormente, en la década de 1990, desembarcó en algunas ciudades de América Latina con apoyo de la OPS. Entre otras cuestiones, buscó responder a la crisis de las condiciones de salud producto de la creciente urbanización.

A partir de 1991, la OPS impulsa en América la estrategia de “Municipios Saludables”, basada en ciertos lineamientos como “el establecimiento de políticas, la participación y gestión comunitarias, la creación de entornos favorables y la reorientación de los servicios de salud en beneficio de todos sus habitantes” (Alessandro, 2003:39). En Argentina, el Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCCS) comienza a introducirse a partir del año 2001, luego de la conformación de la Red Argentina de MCCS. Cabe aclarar que en la década del 90 se habían impulsado políticas de descentralización de los servicios de salud en las que se impuso la lógica del ajuste fiscal en detrimento de la lógica sanitaria (Ase, 2006). En este sentido, la estrategia de Municipios Saludables transitaba en consonancia con este proceso descentralizador.

En el año 2003, la Red se institucionaliza en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación con la creación de una Coordinación Operativa mediante Resolución Ministerial. Luego, como consecuencia de la profundización de las acciones de promoción de la salud, se crea en el 2008 el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables (PNMCS). El Programa se constituye como plataforma para la construcción de una política de Estado que buscó disminuir las inequidades en salud, afrontando los determinantes de la salud desde las particularidades y potencialidades de cada espacio territorial. Entre sus objetivos se destacan: 1) el abordaje integral de los determinantes de la salud en sus dimensiones vinculadas al sistema y los servicios de salud, a los modos de vida, a las condiciones socioeconómicas y a la salud ambiental; 2) el desarrollo y fortalecimiento del trabajo intersectorial e interjurisdiccional; y 3) el desarrollo de capacidades institucionales de los municipios y comunidades para la gestión en salud (Tobar y Anigstein, 2011).

En el año 2008 fue llevada a cabo una encuesta regional para evaluar el desempeño de la iniciativa y generar insumos para lograr un reposicionamiento del programa. Dentro de los resultados, se puede observar que la mayoría de las estrategias implementadas por los municipios en el marco del PNMCS se correspondieron con el área de desarrollo de conductas y estilos de vida saludables relacionadas mayormente con la alimentación y la actividad física. Mientras que las estrategias vinculadas al área de implementación de políticas públicas saludables por parte de la gestión municipal, como el desarrollo urbano (accesibilidad y amigabilidad de los espacios públicos, por ejemplo), aparecieron entre los temas menos trabajados (Meresman, 2008).

En este sentido, en la provincia de Córdoba aparecen inquietudes similares en entrevistas a referentes del Programa: *“(…) habitualmente salud no está acostumbrada a hablar con ambiente para ver si están adecuadas las plazas con los cartelitos para hacer actividad física, no se hablan, porque nunca han tenido una convocatoria”*.

Los años transcurridos entre el 2008 y el 2016 sirvieron para incorporar municipios al Programa, para iniciar y fortalecer vínculos interinstitucionales e intersectoriales que aporten a los múltiples análisis de situación de salud locales que actúan como punto de origen para el diseño de políticas sanitarias. Asimismo, durante esta etapa se profundizaron los compromisos entre los distintos niveles de gobierno: local, provincial y nacional. En 2016, la Coordinación Nacional adquirió rango de Dirección, a cuya denominación se agregó el término “ciudades”, en tanto efectoras de las políticas sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación (Nieto, 2016).

Así, la Dirección Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables, a través de su Programa Nacional, plantea como objetivos:

1. Contribuir con la modificación de los factores que determinan y condicionan negativamente la situación de salud de la población y desarrollar aquellos que inciden en ella positivamente, para reducir las brechas de inequidad existentes en el territorio.
2. Promover y fortalecer en los municipios el desarrollo de políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que aborden de manera integral los determinantes y condicionantes de la salud, y generen entornos favorecedores de la salud.
3. Fortalecer las capacidades institucionales de las provincias para gestionar políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de manera conjunta con los municipios.

Finalmente, tomando los Lineamientos Estratégicos para la Gestión 2017-2020, un Municipio Saludable es definido como “aquel que obtuvo resultados en la modificación de los factores que determinan y condicionan negativamente la situación de salud colectiva en cada

uno de los cuatro campos de los determinantes y condicionantes, y redujo las brechas de inequidad en salud”.

Referente del Programa de la Provincia de Córdoba relata lo siguiente en una entrevista a finales del año 2019:

Durante muchos años se sostuvo el eje de intercambio de experiencias, financiamiento de pequeños proyectos, y posteriormente ya, de acuerdo a mi visión, el Programa se ha burocratizado mucho y se ha puesto énfasis excesivo en los procesos de construir herramientas para interpretar la realidad y no poner énfasis en los proyectos que la gente necesita para cambiar acciones en territorio.

Los procesos de segregación histórica del espacio social cordobés

La provincia de Córdoba está situada en la Región Centro de Argentina, limita al norte con la provincia de Catamarca y Santiago del Estero, al este con Santa Fe, al sureste con Buenos Aires, al sur con La Pampa, y al oeste con San Luis y La Rioja. Con 165.321 km² de extensión, es la quinta provincia más extensa del país, ocupando el 6% de su superficie total. Según Hernández et al. (2015), presenta una distribución territorial de la población fuertemente polarizada, conformando un sistema urbano macrocéfalo con un gran centro en la ciudad capital homónima, donde se concentra el 40% de la población provincial con una densidad de más de 2.300 habitantes por km².

La economía provincial se sustenta en base a la producción de diversos bienes y servicios: (a) un fuerte sector agrícola orientado a la producción de soja, maíz, trigo y maní; (b) un creciente sector agroindustrial dedicado a la producción de derivados de la soja, productos lácteos y golosinas; y (c) un sector industrial que se caracteriza por la producción de automóviles, y auto-partes, sistemas de transmisión, maquinaria agrícola especializada e insumos para la construcción.

Un Informe publicado por la Fundación Otra Córdoba que caracteriza la estructura productiva y ocupacional de la provincia para el período 2003-2015, muestra las siguientes conclusiones:

Los resultados de nuestro análisis señalan una altísima participación en la producción de Córdoba de los sectores infraestructurales (un 38%) y los sectores rentistas (29%). Sin embargo, éstos presentan participaciones muy distintas como generadores de empleo. Mientras los sectores infraestructurales generan más de la mitad del empleo de la provincia, los sectores rentistas representan solamente el 5% de la ocupación. Si la estructura productiva de la provincia continúa primarizándose y especializándose en segmentos vinculados a la renta de la tierra, y mientras que estas actividades ganen participación en el Producto Bruto Geográfico (PBG), este hecho puede tornarse un fenómeno sumamente alarmante y altamente precarizador de la situación social.

Cabe aclarar que los sectores infraestructurales refieren a todas las actividades de comunicaciones, transporte, comercio mayorista, intermediación financiera, seguros y seguridad social, administración pública en general, incluyendo las funciones de salud, educación y seguridad. Mientras que los sectores rentistas abarcan las actividades económicas que se fundamentan en la explotación de la renta de la tierra y los recursos naturales: la actividad agrícola como un todo, la actividad inmobiliaria y la explotación minera. El tercer sector de mayor relevancia con respecto a la participación en el PBG de la provincia en el año 2015 fue el de industrias y servicios de baja tecnología (comercio minorista, turismo, gastronomía y venta y reparaciones), con un aporte del 24%. Por otro lado, las Industrias de

media tecnología y capital intensivas (automotriz, autopartista, siderurgia, maquinaria agrícola, etc.) habían alcanzado una participación del 8,5% durante el año 2011, impulsadas por el crecimiento automotriz, para luego caer al 5,6% en el 2015.

Otras conclusiones arribadas por el informe destacan lo siguiente:

En el otro extremo se hallan los sectores intensivos en conocimiento. Por un lado representan la menor proporción de la producción de la provincia, algo más del 2% del PBG. Sin embargo, estos sectores crean alrededor del 9,6% del empleo total de Córdoba. Esto indica una capacidad de generación de empleo que está en las antípodas de los sectores rentistas. Mientras que los sectores intensivos en conocimiento representan casi 15 veces menos en la estructura de la producción, generan prácticamente el doble de puestos de trabajo.

Las industrias y servicios intensivos en conocimiento incluyen, por una parte, a las industrias basadas en la ciencia (producción aeroespacial, farmacéuticos, equipamiento médico, elementos ópticos, instrumentos de medición y productos químicos); y por otra parte a los sectores de servicios vinculados a la producción de software y de actividades I+D.

La provincia es gobernada desde el año 1999 por el partido Unión por Córdoba, una alianza peronista-liberal conservadora, con gobiernos de alternancia entre José Manuel de la Sota y Juan Schiaretti (actual gobernador). A principios del 2000, a sólo cinco meses de haber asumido su cargo de gestión, de la Sota envió a la Legislatura provincial un proyecto de ley de “Nuevo Estado” para impulsar una transformación del Estado provincial. La misma contemplaba un nuevo tipo de vinculación entre el Estado, la sociedad y el mercado, en la que se redefinían las áreas de competencia del Estado, se introducía la propuesta de privatización de empresas públicas, se establecían mecanismos para aumentar la participación y el control de los ciudadanos sobre la gestión de gobierno y el funcionamiento del Estado, al tiempo que aumentaba las atribuciones y la potestad del gobernador (Closa, 2010). Es importante destacar que esta iniciativa deviene de los procesos de reforma a nivel nacional que venían desarrollándose en la década de los años 90 en Argentina, con una fuerte presión de los organismos internacionales de crédito (Ase y Burijovich, 2001). Tal como afirma Reynares (2017:195) con respecto a la provincia de Córdoba: “la articulación entre modernización, tecnología, transparencia y eficiencia era posible en la encarnación de un discurso neoliberal que pretendía la expansión de la lógica empresarial a todos los ámbitos de la interacción social”.

Como mencionamos anteriormente, la década de los años 90 significaron para Argentina y para América Latina un retroceso en términos del rol del Estado en la política económica y social en general. Con base en dicha lógica, los procesos de sustitución de importaciones y de industrialización nacional fueron remplazados por un modelo de abastecimiento de *commodities* agrícolas, mineros y petroleros en beneficio de las élites dominantes y los países del norte global. Esta época confirmó, sostiene Svampa (2008), el carácter metarregulador del Estado, en términos de Santos (2007), es decir, un Estado que crea el espacio para la legitimidad de los reguladores no estatales, y es allí cuando se crean las condiciones óptimas para la implantación de capitales extranjeros y para la institucionalización de los derechos de grandes corporaciones transnacionales.

A lo largo de los años, este modelo de *commodities* se fue profundizando y expandiendo cada vez más. Basado en cadenas productivas poco diversificadas, que se apropian de los recursos naturales, que industrializan y mercantilizan la naturaleza, es denominado por Gudynas (2012) como neoextractivismo, que es nuevo en tanto el Estado adquiere un rol más

activo dentro del mercado. Tal como señala Delgado Ramos (2013), dicho proceso de despojo y usufructo privado de los recursos naturales no es nuevo, sino más bien una característica estructural del sistema actual de producción, es cada vez más evidente que la acumulación de capital demanda una explotación y transformación mayor del entorno natural y social con implicancias desiguales, sinérgicas y muchas veces irreversibles.

El “cordobesismo” –así denominado por el propio José Manuel de la Sota- va constituyéndose en la fuerza hegemónica del Partido Justicialista en la provincia al punto tal que durante el gobierno nacional kirchnerista (2003-2015), se había configurado como uno de los opositores más contundentes luego de que en 2008 el gobierno nacional decidiera incrementar las retenciones a la exportación de soja y girasol, desencadenando el reconocido “conflicto del campo” en el que el sector empresario de la producción agropecuaria organizó un paro con bloqueo de rutas y lockout, que tuvo en la provincia de Córdoba uno de sus epicentros. En ese contexto, el recientemente asumido gobernador Juan Schiaretti fue uno de los pocos gobernadores peronistas que se unió al reclamo de la Sociedad Rural, rompiendo vínculos con la entonces presidenta Cristina Fernández. Esta situación de tensión entre el gobierno provincial y nacional, junto con otras que vinieron luego, derivó en que la fórmula de centroderecha liderada por Mauricio Macri ganara la provincia de Córdoba con el 71,5% de los votos en las elecciones presidenciales del año 2015, así, el aporte de Córdoba al resultado final de las elecciones nacionales resultó ser determinante (Quirós, 2016).

La ciudad de Córdoba, capital provincial, constituye la segunda ciudad más poblada de Argentina. Según el Censo Nacional de 2010, cuenta con una población de 1.329.604 habitantes y es la más extensa en su territorio provincial, alcanzando una superficie de 572 kilómetros cuadrados. Tomando datos de la Municipalidad, al año 2010 la superficie urbanizada bruta ascendía a 23.972 hectáreas y el área urbanizable a 2.419 hectáreas.

Como mencionamos anteriormente, la década de los noventa representa también un punto de inflexión en la historia de la ciudad dada la incorporación de nuevas lógicas de ocupación del espacio urbano en consonancia con el orden económico global. Tanto las políticas provinciales como municipales favorecieron profundas transformaciones con la adecuación de escenarios jurídicos, legales, institucionales, políticos, etc. para el desarrollo y beneficio del capital. Estas transformaciones introdujeron nuevos usos del espacio urbano, modificando la forma de entender la ciudad, tanto en su aspecto formal como en las acciones cotidianas de la población (Capdevielle, 2014).

Al decir de Boito y Zanin (2014), la ciudad de Córdoba se constituye en uno de los espacios productivos privilegiados a nivel nacional, dado que ha transitado un crecimiento exponencial tanto en el sector agroindustrial, a través de la generalización del modelo de agronegocios; como en el sector industrial, con la producción automotriz, del software y de las energías alternativas; y en el sector de la construcción e inmobiliario, de la mano de una gran especulación en el marco de un modelo de ciudad neoliberal. Sin embargo, esta creciente dinámica de producción, circulación y concentración de recursos se enlaza con un proceso de fragmentación social, cuyo correlato es la segmentación y dislocación de los espacios.

Este proceso de fragmentación social se ha profundizado con la implementación de programas de viviendas por parte del Estado provincial, que han contribuido a consolidar áreas homogéneas excluidas en la periferia urbana (Marengo y Elorza, 2014). Estos programas, a pesar de haber sido presentados ante la ciudadanía como una política de inclusión, dicen Boito y Zanin (2014), han tenido como principal efecto una redistribución espacial que beneficia de

manera contundente a sectores vinculados a actividades inmobiliarias, comerciales y turísticas, contribuyendo al proceso de depredación al que Breilh (2010) hacía alusión anteriormente, es decir un despojo de los bienes de la ciudad encubierto bajo políticas públicas de “hábitat social”.

En las últimas décadas, el mercado inmobiliario adquirió protagonismo por la absorción de los excedentes productivos del modelo extractivista-rentista del agronegocio, pero que también se vio favorecido por una alta rentabilidad de la industria, en términos de exportación y protección cambiaria. Tal como sucede en la ciudad de Rosario, sostiene Cuenya (2016), el avance de los emprendimientos inmobiliarios se explica principalmente por el derrame de los ingresos del sector agropecuario en un fenómeno denominado “ladrillos de soja”.

Es así como el espacio urbano cordobés se transforma en un bien económico con una valorización extrema de las áreas centrales y casi ninguna oportunidad espacial para la convivencia, para el ejercicio efectivo de las relaciones sociales y de la vida en comunidad. Esta situación se agrava si consideramos que, cada vez más, los sectores populares son expulsados a la periferia de la ciudad y, por lo tanto, apartados de servicios y equipamientos específicos. Justamente las personas que no pueden contar con las mínimas condiciones para una vida digna en sus lugares de residencia y para quienes el transporte adicional, además de ser económicamente inviable, es muy desgastante. Así, encontramos cada vez menos espacios que sirvan como puntos de encuentro de las comunidades locales.

Cabe destacar también que la política de seguridad en Córdoba, a través de la gestión policial, profundiza la fragmentación social y la segregación espacial penalizando el desplazamiento de jóvenes de clases subalternas en la ciudad, sobre todo en las áreas centrales. La posibilidad de transitar y habitar los espacios colectivos centrales se encuentra vedada para las clases subalternas a través de la interacción de dos dimensiones, dicen Bologna et al. (2017): las propias prácticas de los agentes policiales y las microacciones de discriminación por parte de otras clases sociales.

Por todo ello, en la medida en que exista una distribución espacial desigual dentro de la ciudad, aquellos sectores que pertenecen a estratos socioeconómicos más desfavorecidos y que están segregados dentro del espacio urbano hacia espacios generadores de problemas para la salud o zonas de sacrificio, contarán con menores posibilidades de alcanzar modos de vivir colectivos saludables.

¿Es Córdoba una ciudad saludable?

En julio de 2019 la ciudad de Córdoba fue declarada como “saludable” por el Programa Nacional de Ciudades, Comunidades y Municipios Saludables con base en los siguientes criterios principales: a) El significativo descenso de la mortalidad infantil durante el período 2011-2018 y la reducción del embarazo en la adolescencia. b) La creación de programas de promoción de la salud, tales como “Salud Va con Vos”, “Promotoras de Salud”, “Acompañando tu Embarazo”, la primera oferta pública y gratuita de talleres Pre-parto, entre otros. c) Apertura de espacios de “Atención Integral, amigable y de calidad de adolescentes”. d) Creación de los turnos protegidos para atención de embarazadas. e) Incremento en la cobertura de los Programas Preventivos y extensión de la atención odontológica.

Ahora bien, conociendo el recorrido histórico de la política que impulsa la idea de ciudad saludable, sus fundamentos, concepciones y criterios es que podemos hacer un análisis desde la epidemiología crítica.

La epidemiología crítica de la determinación social de la salud propuesta por Jaime Breilh asume la existencia de tres dominios de determinación que se entrelazan a través de movimientos de reproducción social y de subsunción. El primero es el dominio general, que involucra los procesos sociohistóricos, el modo de producción dominante, el orden social imperante, el rol del Estado y las formas de metabolismo sociedad-naturaleza. El segundo, el dominio particular, se refiere a los modos de vida propios de los colectivos y grupos sociales, es decir, las condiciones grupales del trabajo, la calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo, la capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad, la capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, la organización y soportes en beneficio del grupo y sus relaciones ecológicas. Por último, el dominio singular, en donde se desarrollan los estilos de vida individuales o familiares vinculados al itinerario típico personal de una jornada laboral, al patrón familiar y personal de consumo, a las concepciones y valores personales, a la capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud y al itinerario ecológico personal.

El carácter crítico de esta epidemiología radica en el reconocimiento de la incompatibilidad del sistema social dominante con la construcción de modos de vivir saludables. Por lo tanto, es necesario esclarecer las relaciones de poder que allí operan para lograr una real comprensión de la salud colectiva (Breilh, 2004). Así, al decir de Porto (2018), la epidemiología crítica, con sus aportes en torno a la determinación social de la salud, nos permite establecer un diálogo entre la salud colectiva y la ecología política, a través de las categorías de metabolismo social y conflicto ambiental.

Las sociedades humanas, en su diversidad de condiciones y niveles de complejidad, no existen en un vacío ecológico sino que afectan y son afectadas por las dinámicas, ciclos y pulsos de la naturaleza, es decir que producen y reproducen sus condiciones de existencia a partir de su metabolismo con la naturaleza (Schmidt, 1976). Este proceso metabólico se basa en una determinación recíproca entre la sociedad y la naturaleza: la forma en que los seres humanos se organizan en sociedad determina la forma en que ellos se apropian, transforman, distribuyen, consumen y excretan materiales y/o energías provenientes de la naturaleza, la cual a su vez condiciona la manera en que las sociedades se configuran.

En este sentido, Swyngedouw y Kaika (2000) conciben a la ciudad como resultado histórico y geográfico de un proceso de urbanización de la naturaleza. En la ciudad, la sociedad y la naturaleza son inseparables, están infinitamente integradas pero, simultáneamente, esa cosa sacionatural híbrida llamada "ciudad" está llena de contradicciones, tensiones y conflictos. El mito de que la ciudad es donde la naturaleza se detiene queda totalmente derribado en la medida en que comprendemos que el proceso urbano debe pensarse y gestionarse como un proceso socio-natural.

La ecología política urbana busca demostrar de qué manera el espacio urbano es desigual, es decir, por qué se favorecen ciertos discursos, paisajes, territorialidades y sacionaturalezas en detrimento de otras, y cómo ello depende de aspectos como la clase social, el género, la raza y otras condiciones políticas, sociales, culturales y económicas. Estas injusticias del desarrollo urbano desigual, a la luz de la ecología política, son producto de ciertas formas capitalistas de organización social del metabolismo sociedad-naturaleza. En ese sentido, se

desencadenan múltiples procesos de resistencia que disputan por una ciudad más justa, incluyente, solidaria y equitativa, es decir, por un metabolismo urbano adecuado a las necesidades de los grupos humanos que lo habitan, y no a las necesidades del capital.

Varias décadas han transcurrido de múltiples expresiones de resistencia en torno a problemáticas sanitarias y socioambientales en la ciudad de Córdoba que dan contenido a lo paradójico de haber sido declarada como “ciudad saludable” a mediados del año 2019.

En primer lugar, la lucha ejemplar de las Madres de Barrio Ituzaingó Anexo, al sudeste de la ciudad, contra las fumigaciones en los campos de soja que regaban las viviendas del barrio provocando graves efectos sobre la salud colectiva de sus habitantes. Esta lucha comenzó a finales del año 2001, en el contexto de una crisis política e institucional muy profunda en la Argentina, por un lado, y de un crecimiento exponencial del modelo de producción de agronegocios basado en el monocultivo con uso intensivo de agrotóxicos, con consecuencias irreversibles sobre la salud de las colectividades y de la naturaleza. Una década más tarde, y ante la denuncia de las autoridades de salud de la Municipalidad de Córdoba, se inició el llamado Juicio Ituzaingó, luego del cual fueron juzgados dos productores agropecuarios de soja y un fumigador aéreo (Berger y Carrizo, 2020).

Un segundo conflicto socioambiental que los colectivos sociales organizados han denunciado, tiene que ver con el quinto proceso del metabolismo social, la excreción, que se expresa con la presencia de alrededor de 350 a 400 microbasurales en toda la ciudad, relevados por la Secretaría de Ambiente de la Municipalidad en el año 2019, sin evidencias acerca del impacto ambiental y sanitario en las comunidades vecinas. Un estudio de contaminación del suelo realizado por la Universidad Nacional de Córdoba en el barrio Nuestro Hogar III, emplazado sobre el predio de un exbasural no apto para el uso residencial, demostró una concentración de plomo mayor al límite máximo para uso Agrícola y Residencial. Se realizan acciones participativas con el personal de los centros de salud municipales, la Universidad y la comunidad para problematizar y abordar la situación.

Según un documento desarrollado por Gargantini et al. (2016), titulado “Tierra de conflictos: conflictos urbanos y violaciones al derecho a la ciudad en Córdoba capital”, para el año 2012 se recolectaban 0,870kg/hab diarios de residuos urbanos de generación domiciliar. En ese año existían, según dicho documento y en función de datos de la Municipalidad citados por la Red Ciudadana Nuestra Córdoba (2014), 117 basurales a cielo abierto, mostrando evidencias de la ubicación de los basurales en entornos de pobreza. Casi la mitad de hogares con jefes/as sin instrucción se encontraban ubicados dentro del radio de 500m de los basurales a cielo abierto, mientras que el 25% de los hogares con mayor escolaridad se encontraba en esta situación.

Tal como sostiene Solíz,

El desecho constituye un espejo crítico del modelo de desarrollo y el tipo de Estado. Estudiar la basura que produce una sociedad, cómo ésta se genera, acumula y dispone visibiliza las estructuras sociales, relaciones de poder, el tipo de políticas públicas y sus modelos de gestión. La basura pone en evidencia la irracionalidad del capitalismo, la inequidad creciente y el rol del Estado como cómplice silencioso de los verdaderos responsables de la producción de basura: industrias, empresas y comercios, nacionales y multinacionales (2016: 62).

En el barrio de Alta Córdoba, el segundo más populoso de la ciudad, ubicado en la zona pericéntrica, en el año 2005 se descubrió la presencia de un galpón de depósito abandonado del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA), donde habían quedado

almacenadas 12 toneladas de DDT (dicloro difenil tricloroetano), un pesticida de alto riesgo y prohibido en el país desde los años 90. Estos residuos tóxicos fueron trasladados de manera provisoria a la planta de residuos peligrosos de la empresa Taym. Una década después, el DDT continúa en Taym, el predio de SENASA no fue remediado y no hubo seguimiento del impacto de los tóxicos en la salud de la comunidad del barrio.

En 2017 un derrame ocasionado por importantes lluvias y escorrentías de la planta de residuos peligrosos Taym, próxima al canal y a cargo de la empresa Roggio (también controladora del paquete accionario de Aguas Cordobesas, empresa que administra el servicio de agua en la ciudad), puso en evidencia la ineficiencia en cuanto a la previsión en el diseño, los controles y la adaptación, así como la presencia de altas concentraciones de agroquímicos en el agua analizada. En base a ciertos estudios, el gobierno y la empresa afirmaron que no habrían llegado residuos peligrosos a la planta potabilizadora, pero en la difusión del tema se reveló que el director del laboratorio contratado era el mismo secretario de Ambiente del Gobierno provincial. Las denuncias penales por contaminación con residuos peligrosos no prosperaron y tampoco hubo un plan de remediación ambiental, a pesar de la envergadura del desastre (Berger y Carrizo, 2020).

Vuelve a aparecer aquí lo que menciona Solíz (2016) acerca del rol del Estado como cómplice de los verdaderos responsables de la producción de la basura tóxica que al mismo tiempo refleja el carácter irracional y depredatorio del capital.

En el mismo barrio de Alta Córdoba, en 2014, explotó el depósito de una planta productora de polvo de dióxido de uranio dirigida por la empresa Dioxitek S.A, que no estaba habilitada para almacenar líquidos inflamables. La explosión causó la muerte de una mujer, 70 personas heridas y daños irreparables a numerosas viviendas. Luego de lo ocurrido, la Municipalidad clausuró definitivamente la planta, que producía dióxido de uranio para las centrales nucleares del país. En el lugar hay enterradas 58 mil toneladas de residuos de baja radiación.

Al sur de la ciudad, en la zona del barrio Villa El Libertador, el más populoso de la urbe y con una reconocida historia de resistencias sociales que lograron múltiples mejoras en el barrio, entre ellas, el refuerzo de servicios públicos, la construcción de una unidad pública de atención de la salud local y de un hospital municipal. En marzo del año 2000 se produjo el colapso de los pozos negros por la crecida de las napas freáticas. Los/as vecinos/as se organizaron para visibilizar el problema a través de múltiples manifestaciones, logrando en agosto del mismo año que el municipio licitara una red cloacal para la zona, además de la construcción de una planta de tratamiento de efluentes. En septiembre del mismo año comenzaron las obras y menos de un año después se paralizaron por falta de pago. Desde entonces, los vecinos y las vecinas de esos barrios siguen reclamando y esperando soluciones reales que den respuesta a los hundimientos que se vienen produciendo en distintas manzanas del barrio, colapsan los suelos y las calles, asciende el agua cloacal en las viviendas provocando una fuerte humedad dentro de las mismas, con consecuencias directas en la salud de la comunidad: enfermedades respiratorias, infectocontagiosas y muerte. *“La zona sur está perdiendo salud”*, decía una referente de la organización Cloacas ya! del barrio.

Considerando la cobertura de red domiciliaria de cloacas, según mapas provistos por la Municipalidad de Córdoba correspondiente al año 2008, Gargantini et al. (2016) verifican que la superficie cubierta por la red de cloacas era de 84 km², representando sólo el 14,6% del ejido municipal. En 2012, la Municipalidad de Córdoba informa que la población que posee cloacas es del 53%, lo cual representa un incremento de las conexiones sin una mejora paralela

de la capacidad de la planta de tratamiento. Al mismo tiempo, los sectores donde se ubican los hogares que desaguan a pozo ciego, y en particular los que lo hacen a hoyo o excavación en la tierra, se ubican en la periferia y coinciden con la ubicación de los sectores más pobres de la ciudad (Gargantini et al., 2016).

Desde el año 2011 existe una ordenanza municipal que exige la medición de la calidad del agua del Río Suquía, principal curso de agua que atraviesa la ciudad. Según el informe citado anteriormente, se observa que la contaminación aumenta a medida que el río cruza la ciudad, alcanzando sus mayores valores al pasar la planta de tratamiento cloacal de Bajo Grande. Dicha planta, ubicada al este de la ciudad, tiene una capacidad de 111.000 m³/día, sin embargo, el caudal medio que ingresa es de 170.000 m³/día, así es que el sobrante es volcado sin tratar al Río Suquía (Red Ciudadana Nuestra Córdoba, 2012, 2014).

Por último, sin pretensión de exhaustividad en esta caracterización de conflictos socioambientales y sanitarios en la ciudad de Córdoba, cabe mencionar la presencia de una planta de bioetanol de la empresa Porta Hnos. en el barrio San Antonio, a sólo 6 kilómetros del centro de la ciudad. La planta se instaló en el año 1995 en el barrio luego de tener que erradicarse del centro de la ciudad por una explosión. Desde 2012 produce 100 mil litros diarios de etanol a base de maíz transgénico fermentado, actividad para la cual no está habilitada. Los estudios epidemiológicos realizados por la Red Universitaria de Ambiente y Salud y la Universidad Nacional de Córdoba en 2016 relataron lo siguiente:

En el ambiente de barrio San Antonio se detectan efluentes gaseosos de la planta de bioetanol de Porta Hnos. como formaldehído, tolueno, hexano y xileno según estudios ambientales previos. La población expuesta a estos tóxicos en nuestros datos presenta una tendencia al aumento de casos de cáncer, preferencialmente de piel. También se verifica alta prevalencia de niños que nacen con anomalías congénitas en frecuencias muy superiores a las que presenta toda la ciudad de Córdoba. Son muy elevadas las prevalencias de asma, conjuntivitis y dermatitis, cefaleas y se observa una preocupante multiplicación de mujeres con masas en vías aéreas superiores. La mayoría de los vecinos presenta el Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple y las personas mayores y sobre todo los niños son los más afectados (Ávila Vázquez, Maturano, Difilippo, Maclean, 2017).

El trabajo concluye recomendado que se tomen “urgentes medidas ambientales para proteger el derecho a la salud de esta población preexistente en el lugar”. En el marco de un taller realizado en la Universidad Nacional de Córdoba en julio de 2019, una referente de organización socioambiental de la ciudad expresaba lo siguiente: *“No van a sacar a Porta hasta que 10 mil vecinos nos pongamos al frente. Lo que va a erradicar a Porta es que explote uno de los tanques”*.

Con relación a la cobertura de agua potable, para el año 2012 alcanzaba al 98,88% de la población de la ciudad, cabe aclarar que este servicio básico se encuentra en manos de la empresa privada Aguas Cordobesas desde el año 1997. Gargantini et al. (2016) comparan la cobertura geográfica de agua con la distribución de la población, detectando sectores en la periferia, tanto rurales como urbanizados, que quedan fuera del sistema de provisión de agua potable. En cuanto al consumo diario, en el año 2011 alcanzó los 307 litros por persona, dato correspondiente sólo a aquellas viviendas que poseen medidor de agua, que son las que mayor consumo tienen. El consumo también varía en las diferentes zonas de la ciudad, sostienen los autores, por ejemplo, los barrios cerrados o *countries* registran en promedio 2.300 litros diarios consumidos, con extremos que llegan hasta 10.000. En el sector noroeste de la ciudad, el promedio diario es de 1700 litros y en los barrios de la zona central tienen consumos cercanos a los 890 litros diarios. Los sectores de barrios más populares que presentan medidor

de agua, registran consumos máximos entre los 610 y 760 litros diarios. La OMS señala que entre 50 y 100 litros de agua por día son suficientes para cubrir las necesidades básicas.

Según estudios realizados por Mariarena y Amione (2013), la superficie de espacios verdes de dominio estatal en la ciudad de Córdoba era de 16,85 m²/hab en el año 2012. Al contemplar únicamente aquellos espacios verdes mantenidos por la Municipalidad, este valor se reduce a 6,88 m²/hab. Si se consideran aquellas áreas verdes aptas para la permanencia, es decir, que cumplan estándares mínimos de superficie y forma para el desarrollo de actividades de interacción social, recreación y contacto con la naturaleza, para el año 2012 existían en la ciudad de Córdoba 9,41 m²/hab. En ese mismo año, el 72% de la población vivía dentro de un radio de acceso de 300 metros a un espacio verde apto para la permanencia, verificando también desigualdades socioespaciales.

Por último, el Informe de Gargantini et al. (2016), también muestra cómo se distribuyen los grupos sociales en el espacio urbano según el nivel de educación: los hogares cuyos/as jefes/as tienen menor nivel de instrucción o nula instrucción se ubican en las periferias de la ciudad, aquellos hogares con jefes/as que han terminado el secundario se distribuyen prácticamente por toda la extensión urbana, mientras que aquellos con universitario completo ocupan un área del sector noroeste, un área del centro y una acotada franja que se extiende hacia el sur. Al mismo tiempo, la distribución territorial de la población con mayores niveles de educación es excluyente de aquella con baja instrucción, evidenciando la segregación espacial existente en la ciudad.

Los distintos movimientos sociales urbanos que se despliegan en la ciudad de Córdoba en la actualidad expresan la “tensión de territorialidades” de la que nos habla Porto (2001). A partir del siglo XXI, la lógica de acumulación de capital a través de megaproyectos extractivos, ya sea la minería metalífera a gran escala, la extracción hidrocarbúrfica, los agronegocios o bien el urbanismo neoliberal descrito, despliegan una visión dominante de la territorialidad que se presenta como única posible, excluyendo las existentes o potencialmente existentes, al decir de Svampa (2019). En la ciudad de Córdoba, el Estado -tanto municipal como provincial- y el capital -fundamentalmente de origen agroindustrial e inmobiliario- son quienes excluyen esas otras territorialidades posibles por las que luchan las organizaciones socioambientales urbanas.

Podemos observar que la forma de metabolismo social urbano que se impone en la ciudad de Córdoba revela una realidad compleja y un orden político y económico que está totalmente desconectado de las demandas y necesidades sociales. Cada vez es más difícil pensar en políticas públicas que conciban a la ciudad como un híbrido socio-natural, como un conjunto indisoluble de objetos y de acciones, como múltiples territorios en disputa.

Los conflictos relatados nos demuestran que la salud colectiva de los distintos grupos sociales depende de sus condiciones de vida (reproducción) y de trabajo (producción), dinámicas esencialmente ancladas al territorio. Por tanto, la aproximación entre territorio y salud va más allá de la mera distribución geográfica o de las características físicas del ambiente que inciden en los procesos de salud de los colectivos, tal como lo asume la epidemiología hegemónica del riesgo. Tiene que ver con la reproducción de procesos destructores que impone el dominio general sobre el dominio particular y singular de vida, que afecta la salud de los grupos sociales y los individuos, con expresiones geno-fenotípicas concretas. A la vez que los grupos sociales, dentro de sus espacios de autonomía relativa, se organizan y movilizan

para impulsar una corriente contrahegemónica y protectora de la salud en búsqueda de una real transformación de la ciudad que habitan.

Comprender la profunda interdependencia entre las conquistas sociales, sanitarias y ambientales en la ciudad constituye el gran desafío de la lucha por la salud en el espacio urbano y el impulso de un trabajo académico y de gestión pública consciente para las próximas décadas, apunta Breilh (2010). Las fuerzas económicas de producción que imperan en la ciudad deben ser contempladas a la hora de pensar en políticas de salud colectiva en el espacio urbano, un proyecto político que busque una verdadera praxis transformadora de la salud no puede ignorar la estructura de poder en la ciudad.

De la “ciudad saludable” impuesta por los organismos internacionales a una ciudad solidaria, soberana, sustentable y segura para la vida

La urbe pretendida como saludable, al parecer, es aquella que democratiza los bienes y servicios, que elimina obstáculos relacionados a la provisión de infraestructura, que genera mejores condiciones de cualificación y trabajo para los individuos, que conserva los recursos naturales, que elimina barreras sociales. Es, finalmente, la ciudad que construye y preserva un paisaje construido por la memoria y la identidad social colectivamente articulada y solidaria (Kzure-Cerquera, 2014: 60).

El discurso y la implementación de estrategias promovidas por la OPS y la OMS, ha penetrado fuertemente en el aparato institucional del sector de la salud en Argentina y en los distintos niveles de gestión. A pesar de partir de políticas públicas con premisas de equidad y mejoría de la calidad de vida y la salud, con sus presupuestos transversales en torno a la participación comunitaria, el *empowerment*, y la intersectorialidad, sus acciones prioritarias están volcadas firmemente hacia dimensiones individuales y comportamentales: promoción de alimentación saludable y actividad física, reducción del consumo de alcohol, tabaco y drogas. Esto se ve claramente reflejado en las actividades promovidas en el marco del Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables.

En el año 1997, Almeida buscaba una definición en torno a la categoría “ciudad saludable” promovida enfáticamente desde los organismos internacionales y, en ese sentido, se preguntaba lo siguiente: ¿es un resultado que se espera, un objetivo a ser alcanzado? ¿Es una política? ¿Es una estrategia? ¿Es una metodología? ¿Es un nuevo modelo de gestión? ¿Es un proceso? ¿Es un movimiento? ¿Es un proyecto?

Pese a los avances en el descenso de la mortalidad infantil, la creación de programas de promoción de la salud, la construcción de nuevos centros de salud, etc., que han sustentado la declaración de Córdoba como “ciudad saludable”, existen una serie de problemas que han sido denunciados sistemáticamente por organizaciones socioambientales y que deberían ser parte de la agenda sanitaria y que aún no lo son: saneamiento básico, contaminación ambiental, accidentes de tránsito y violencia urbana. Es decir, la necesidad de articular la agenda de salud pública con la agenda social y ambiental, es decir, la agenda de la epidemiología crítica y la ecología política.

La epidemiología como praxis social busca la transformación de una realidad social y de salud concreta, teniendo como bases y fundamentos a la epidemiología en su faceta científica, que producirá los conocimientos necesarios para lograr esa transformación. Si la epidemiología se guía por una agenda de investigación y de prioridades definida por los países centrales, con marcos teóricos y metodológicos funcionales al poder, continuará como una herramienta para

el colonialismo y la dominación, tal como lo apuntaron Barreto, Almeida Filho y Breilh en 2001. Por tanto, pensar la epidemiología partiendo de un modelo de conocimiento-acción con anclaje territorial representa uno de los desafíos para las nuevas etapas del desarrollo epidemiológico latinoamericano (Barreto, 2004).

Las miradas acotadas en torno al territorio no han sido sólo limitantes propias de la epidemiología sino también de la gestión y la administración públicas. Como dice Silveira (2008), mientras el territorio continúe circunscripto a la forma y no al contenido -al territorio usado y siendo usado- la política se reducirá a un conjunto de ecuaciones económicas, tal como vemos en la política de ciudades saludables, en palabras de un referente del programa a nivel provincial: *“Durante muchos años se sostuvo el eje de intercambio de experiencias, financiamiento de pequeños proyectos, y posteriormente ya, de acuerdo a mi visión, el Programa se ha burocratizado mucho y se ha puesto énfasis excesivo en los procesos de construir herramientas para interpretar la realidad y no poner énfasis en los proyectos que la gente necesita para cambiar acciones en territorio”*.

Y aquí resulta interesante retomar las ideas de Spinelli (2016) con respecto a las bases que sustentan el tipo de políticas públicas sanitarias que buscan abordar los problemas sociales en los territorios de vida, en donde se plantean enormes desafíos a los saberes, discursos, procesos de trabajo y dinámicas organizativas que parten de racionalidades academicistas, científicas y normativistas propias de quienes gestionan lo público desde modelos racionales sectoriales e instrumentales. Allí, en donde transcurre la vida cotidiana, lo social no está aislado de la naturaleza, los objetos no están disociados de los sujetos, las formas no existen sin un contenido –y viceversa-, y allí también los actores tienen una fuerza desigual, entonces, esos híbridos socio-naturales entran en conflicto con los dispositivos de lo programático que ingresan de manera vertical, abstracta, reduccionista y homogeneizante a los territorios, desconociendo las singularidades que allí se ponen en juego. Es así como aparecen dos totalidades abstractas, al decir de Silveira (2008), por un lado el territorio y por el otro la política, que se oponen a la verdadera totalidad concreta: el territorio usado y siendo usado de forma diversa en los lugares.

Pensamos, junto con Silveira (2008), que existe un imperativo territorial en la producción de salud. Si la salud está geográficamente condicionada, las características del territorio se reflejan en el modo de producir salud. Por tanto, pensar, actuar y gestionar la ciudad como un espacio homogéneo y aséptico es un error.

Tal como afirma Almeida (1997),

Para que el compromiso político pueda asegurar el proceso de construcción y visibilización del ‘Arco de Utopía’ del Municipio Saludable, tiene que expresarse como Movimiento Social, inserto en un proceso permanente de fortalecimiento democrático, de representación y participativo. Y, en ese sentido, no es y no puede ser colocado como exclusivo y excluyente. Debe reconocer que la naturaleza y extensión de su objeto de trabajo y de su intencionalidad, son trabajados por otros Movimientos Sociales, en sus especificidades y metodologías –como, entre otros, el Movimiento Ecologista, el Movimiento Verde, Movimiento de Salud, Movimiento de Desarrollo Sostenible- y que deben, por tanto, procurar puntos de aproximación, complementariedad y consenso y trabajar estrategias de potencialización de los compromisos y actuaciones políticas.

Una política pública promovida por un organismo de salud internacional como la OMS/OPS en épocas en las que el FMI y el Banco Mundial exigían a los gobiernos latinoamericanos medidas tendientes a la privatización de los servicios de salud y a la descentralización del sistema de salud nacional, no parece azaroso. Resulta contradictorio que desde el discurso del

Programa se plantean aspectos vinculados a dar prioridad al espacio local a través de la gestión local y la participación comunitaria al tiempo que se promueven y multiplican iniciativas idénticas en los lugares más disímiles de nuestro país.

Y allí cabe preguntarnos: ¿cómo construimos nuestras políticas públicas? ¿Qué profesionales o técnicos forman nuestras universidades para el campo sociosanitario? ¿qué formación tienen quienes gestionan lo público? ¿Qué trabajadores/as hacen al campo sociosanitario? ¿Qué investigaciones promueven nuestras universidades y organismos científicos vinculadas al campo sociosanitario?

La propuesta de “ciudad saludable” se vuelve un significativo vacío, un rótulo publicitario cuando las medidas que se impulsan derivan de enlatados producidos por organismos internacionales, colocan el énfasis en la responsabilidad individual sobre los procesos de salud-enfermedad, conciben a la ciudad como un mero contenedor de situaciones sociosanitarias, desconocen el carácter socio-histórico de los procesos de salud-enfermedad y su complejidad, y, finalmente, ignoran la naturaleza injusta y desigual de las ciudades del capital.

Siguiendo la propuesta de Breilh (2010), para construir una perspectiva integral sobre la vida y la salud en la ciudad es necesario tener en cuenta condicionantes o garantías en los tres dominios de la determinación social de la salud: 1) en el general, capacidad sustentable, derechos económicos y sociales, derechos de la naturaleza; 2) en el particular, modos de vida saludables, protegidos, con soportes colectivos, con identidad propia y dignificante, en ambientes saludables; 3) y en el singular, acceso a trabajo digno, consumo pleno y empoderado, y ecosistemas domésticos empoderados.

La pregunta central para una política urbana emancipadora gira en torno a cómo construir una ciudad que sea sensible a esta miríada de conexiones y convertir la ciudad en una de las arenas fundamentales donde las cuestiones de clase, género y etnia se combinan con cuestiones ecológicas, sanitarias y ambientales (Swyngedouw y Kaika, 2000).

Es necesario entonces, sostiene Silveira (2008), apostar a la construcción de un Estado que pueda aglutinar sin anular la libertad y la autonomía, que pueda cuidar de la ciudadanía, acompañando en la producción de un sentido local y nacional, que pueda fortalecer las solidaridades sin imponer soluciones domesticadas. Al mismo tiempo, necesitamos de esa ciudadanía atenta y activa, que denuncia el metabolismo social enfermo que se ha impuesto en la ciudad y que lucha por una ciudad solidaria, soberana, sustentable y segura para la vida.

BIBLIOGRAFÍA

Alessandro L. (2003). Municipios saludables: una opción de política pública. Alessandro L, Munist M. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Almeida ES (1997). Cidade/Município saudável - a questão estratégica: o compromisso político. Saúde e sociedade 6(2): 71-81.

Almeida-Filho N. (2000). La Ciencia Tímida: Ensayos De Deconstrucción De La Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ase I, Buriyovich J. (2001). "La reinención del estado cordobés: Una 'reingeniería' de la ciudadanía". Revista Administración Pública & Sociedad, N° 14: 169-193. Córdoba.

Ayres JR. (2000). Debate sobre o artigo de Dina Czeresnia & Adriana Maria Ribeiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 16(3):595-617.

Barcellos C. (2000). Debate sobre o artigo de Dina Czeresnia & Adriana Maria Ribeiro. Elos entre geografia e epidemiologia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 16(3):595-617.

Barreto, Almeida Filho y Breilh en 2001.

Barreto M. (2004).

Berger M, Carrizo C. (2020). Un marco de justicia ambiental: Luchas de los afectados por agrotóxicos, transgénicos y biocombustibles en la provincia de Córdoba, Argentina. En: Cartografías del conflicto ambiental en la Argentina 3; coordinación general de Gabriela Merlinsky. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación CICCUS.

Boito ME, Zanin ES. (2014). El capital como imagen e ideología materializada: la construcción de figuras y espacios del miedo en la discursividad audiovisual sobre las Ciudades Barrio. En: Boito ME y Espoz MB. Urbanismo estratégico y separación clasista. Instantáneas de la ciudad en conflicto. Rosario: Puño y Letra Editorialismo de Base; p. 387-421.

Bologna E, Gómez PS, Morales S, Plaza V. (2017). El derecho a la ciudad en cuestión: segregación residencial y experiencias de circulación de jóvenes en la Ciudad de Córdoba, Argentina. Quid 16 N°6 Especial (125-145).

Borde E, Torres-Tovar M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde debate | Rio de Janeiro. 41:264-275.

Breilh J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. Ciência & Saúde Coletiva. 8(4):937-951.

Breilh J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. 6(1):83-101.

Capdevielle J. (2014). Los grupos "desarrollistas" y su incidencia en el espacio urbano de la ciudad de Córdoba, Argentina (1990- 2013). Terra Nueva Etapa; 47:129-52.

Closa G. (2010). Las transformaciones en el peronismo de Córdoba. En: Tcach (coord.), Córdoba Bicentenario: claves de su historia contemporánea, Córdoba: Centro de Estudios Avanzados y Editorial de la Universidad Nacional de Córdoba, pp. 493- 516.

Cuenya B. (2016). La política urbana frente a la mercantilización y elitización de la ciudad: algunas reflexiones y referencias a la situación argentina CUADERNO URBANO. Espacio, cultura, sociedad, vol. 21, núm. 21, pp. 167-194.

Delgado Ramos (2013)

- Fleury S. (2004). La ciudad de los ciudadanos. Un marco para el análisis de la salud urbana. Documento preparado para la Organización Panamericana de la Salud.
- Gargantini D, Martiarena M, D'Amico D, Peralta J, Greppi V, Romero HG, Reynoso P, Cels, E. (2016). Tierra de conflictos. Conflictos urbanos y violaciones al derecho a la ciudad en Córdoba capital. (D. Gargantini & M. Martiarena, Eds.). Córdoba: EDUCC.
- Gudynas E. (2012). Estado compensador y nuevos extractivismos. *Nueva Sociedad*; 237:128-146.
- Haesbaert R. (2011). El mito de la desterritorialización. Del "fin de los territorios" a la multiterritorialidad. México: Siglo XXI.
- Hernández J, Natali PM, Giayetto J. (2015). *Revista Política e Planejamento Regional, Rio de Janeiro*, v. 2, n. 1, janeiro/junho 2015, p. 149 a 172. ISSN 2358-4556
- Marengo C, Elorza A. (2014). Tendencias de segregación residencial socioeconómica: el caso de Córdoba (Argentina) en el período 2001-2008. *EURE*; 40(120):111-13.
- Meresman S. (2008). Resultados de la encuesta regional sobre Municipios y comunidades Saludables: informe Final. Universidad iSALUD, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/iSalud/informes/Meresman.pdf>
- Minujín A. (2014). Pobreza intraurbana en la población infantil. Consideraciones sobre desigualdades sociales y territorio. *Diálogos del SIPI*. Disponible en: http://www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_publicacion/sipi_dialogo_minujin.pdf
- Monken M, Barcellos C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública*; 21(3):898-906.
- Morero HA, Buraschi S, Vélez JG, Aranda N, Llorens L, Goyena JM, Spollansky JN. (2017). Estructura Productiva y Ocupacional de la Provincia de Córdoba. Fundación Otra Córdoba.
- Nieto RA. (2016). Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables [editorial]. *Rev. Argent Salud Pública*; Dic; 7(29):6.
- Pérez P. (2013). La urbanización y la política de los servicios urbanos en América Latina. *Andamios*, 10(22): 45-67.
- Quirós J. (2016). «Una hidra de siete cabezas. Peronismo en Córdoba, interconocimiento y voto hacia el fin del ciclo kirchnerista», *Corpus* [En línea], Vol 6, No 1.
- Samaja (2003). Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología "Miltoniana"). *Rev. Bras. Epidemiol.* 6(2):105-120.
- Santos M. (1996). *A Natureza Do Espaço*. São Paulo: Hucitec.
- Santos M. (2003). Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva*; 8(1):309-14.
- Silveira ML. (2008). Globalización y territorio usado: imperativos y solidaridades. *Cuadernos del CENDES*; 25(69): 1-19.
- Svampa M. (2008). La disputa por el desarrollo. Territorios y lenguajes de valoración. En: *Cambio de época. Movimientos sociales y poder político*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Svampa M. (2019). Las fronteras del neoextractivismo en América Latina. Conflictos socioambientales, giro ecoterritorial y nuevas dependencias. - 1a ed. - Alemania: CALAS.

Reynares JM. (2017). El neoliberalismo cordobés: la trayectoria identitaria del peronismo provincial entre 1987 y 2003.- 1a ed adaptada.-Córdoba: Centro de Estudios Avanzados.

Tobar F, Anigstein C. (2011). Guía de Autoevaluación para la Acreditación de Municipios y Comunidades Responsables en Salud. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/municipios/images/stories/4-recursos/pdf/2013-09_guia-autoevaluacion-acreditacion-MCS.pdf

John Snow (1990

Milton Santos (2006

Alazraqui et al., 2009;

Almeida Filho y Paim (1999

Ase, 2006

Porto (2001

Kzure-Cerquera, 2014