



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



47.º CONSEJO DIRECTIVO 58.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006

Punto 4.14 del orden del día provisional

CD47/INF/2 (Esp.)

31 agosto 2006

ORIGINAL: ESPAÑOL

ALIANZA ESTRATÉGICA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Este documento refleja el impulso de las alianzas estratégicas entre los ministros de salud, educación, trabajo, ambiente, y agricultura y tiene los propósitos de estimular y fortalecer el desarrollo de un marco intersectorial que contribuya a avanzar en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), inspirar la agenda de salud de las Américas y proponer acciones conjuntas para mejorar la salud de los pueblos en un marco amplio de desarrollo. Representa un primer esfuerzo para analizar la intersectorialidad sólo entre los cinco sectores que han expresado en sus declaraciones ministeriales un compromiso explícito para fortalecer un trabajo conjunto en pro de la salud. En el mismo sentido las experiencias que se mencionan son ejemplos no exhaustivos, con la intención de fomentar la reflexión sobre la importancia de un trabajo conjunto para avanzar en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se enfatiza que la intersectorialidad debe ser conceptualizada dentro del marco de los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales que afectan la salud de la población. Se pretende sentar las bases para que la salud pública en la Región incursione cada vez más en un trabajo integral para combatir la pobreza y reducir la inequidad.

¿Cómo es que los diferentes sectores y las diferentes agencias pueden asumir, en conjunto, el desafío que presentan los ODM en las Américas? ¿Cuál es el papel del sector salud como promotor del desarrollo? ¿Cómo llevar a cabo un trabajo intersectorial en los municipios más pobres de la región? Estas interrogantes requieren ser analizadas para asegurar la sostenibilidad política de las acciones intersectoriales desde la perspectiva de la salud.

La alianza entre los sectores de salud, educación, trabajo, ambiente y agricultura es importante para la Organización Panamericana de la Salud porque enfatiza que solamente trabajando conjuntamente —y, no paralelamente— los diferentes ministerios y sectores, incluyendo al sector privado y a las organizaciones de la sociedad civil, e involucrando a todos los actores se podrán mejorar las condiciones de vida de los habitantes más vulnerables de las Américas, que viven en los lugares en donde los desafíos de la pobreza y la inequidad son más críticos.

El gran desafío es conseguir que el sector salud transite desde aquél que recibe el saldo del subdesarrollo hasta aquél que se convierte en el detonador del desarrollo. Para ello es necesario reforzar el énfasis exclusivo de atender la enfermedad hacia estrategias de prevención sobre la base de los determinantes de la salud.

La salud pública como un objetivo común de cinco sectores y no sólo del sector salud

1. Buscar la necesaria *intersectorialidad*¹ desde la perspectiva de la salud y de las sinergias en las políticas públicas para combatir la pobreza y reducir la inequidad es el objetivo de la reflexión que se propone el panel. Para ello este documento analiza y retoma los mandatos y decisiones adoptadas por las máximas autoridades de los países tanto en los procesos de Cumbres como en los Cuerpos Directivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la OPS. De la misma manera, se analizan las decisiones emanadas en distintos eventos e instancias directivas de los sectores salud, trabajo, educación, ambiente y agricultura, así como en eventos regionales y globales, teniendo siempre como referencial y compromiso el avance hacia los ODM. A nivel estratégico, la intersectorialidad debe estar presente en las políticas y estrategias globales que guían la acción de la sociedad para lograr los objetivos de desarrollo social, como sucede con la Declaración del Milenio. A nivel táctico-operativo la proyección intersectorial debe aparecer en los programas y proyectos sociales a corto y mediano plazo, y en actividades intersectoriales concretas, dirigidas al abordaje de los ODM.

La salud, los ODM y la intersectorialidad

2. Tres de los 8 objetivos de desarrollo del milenio, 8 de las 16 metas y 18 de los 48 indicadores se relacionan directamente con la salud y de manera considerable también ésta contribuye a varios otros objetivos. Sin embargo, la importancia de los ODM radica en la relación que existe entre ellos y en la sinergia que unas acciones tienen en otras, puesto que se refuerzan recíprocamente en un marco encaminado a mejorar el desarrollo humano integral.

3. La organización y fortalecimiento de las acciones nacionales e internacionales hacia los ODM conllevan una visión de articulación política y operacional fuertemente intersectorial, donde los sectores sociales como salud, educación, trabajo, ambiente y agricultura, entre otros, son fines en sí mismos, pero también son medios para alcanzar los fines. Por lo tanto, de una u otra forma, todos los sectores están involucrados en la persecución de todos los ODM como, por supuesto, debería ser en una sociedad organizada alrededor del desarrollo humano sostenible.

4. En el desarrollo de las ideas y acciones de salud, en especial de salud pública, la centralidad de la intersectorialidad es evidente y está presente en los referentes históricos

¹ El concepto de *intersectorialidad* ya ha sido bien discutido por varios autores; entre ellos, Julio Suárez para quién “la acción intersectorial (*intersectorialidad*) expresa mejor el carácter global de un proceso que incluye pensamiento, coordinación y acciones intersectoriales”. La acción intersectorial no es un fin en sí misma, sino un medio del que se pueden valer los sectores sociales para lograr objetivos comunes.

y conceptuales desde el Siglo XVIII. En el ámbito de los organismos y agencias internacionales incluye, por supuesto, los principios de la atención primaria de salud (APS), expresados en la Declaración de Alma Ata (1978) y presentes en las políticas, estrategias y acciones hacia la meta mundial de Salud para todos en el año 2000; incluye la Carta de Ottawa sobre la Promoción de la Salud (1986) y los documentos que han profundizado el concepto, como son la Declaración de Adelaide (1988), la Declaración de Sundswall (1991), la Declaración de Bogotá (1992), la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (1993)² la Declaración de Yakarta (1997), la Declaración de México (2002), y la Carta de Bangkok (2005), entre otros marcos referenciales regionales y mundiales. Esto también está muy claro en la trayectoria misma de la OPS y de la OMS, aunque el enfoque intersectorial pueda aún ser más osado e innovador.

5. En este camino del desarrollo de las ideas y los compromisos con la salud y el bienestar encaminado a incidir en los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales de la salud, se ha creado recientemente la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud reconociendo que *“la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades (...) con respecto al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.”*³. Estos principios han cobrado vigencia en la Región desde los años setenta, frente a la necesidad de enfatizar las intervenciones en las causas primarias de la inequidad, y responder al nuevo concepto de seguridad humana

6. Después de 20 años desde la Conferencia Carta de Ottawa, se torna cada vez más clara la interdependencia de los conceptos de desarrollo humano, calidad de vida, salud, bienestar de las personas y de las comunidades, extremadamente dependientes de inversiones e insumos desde “afuera” del sector salud. *La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. (...). Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario*”, afirma la Carta de Ottawa.

7. La OPS y la OMS han afirmado y vienen trabajando bajo el concepto de que *“la salud contribuye al proceso de crecimiento, pero también es resultado de éste; la riqueza posibilita el acceso a la salud y la salud posibilita el acceso a la riqueza.”*⁴

² Elaborada y adoptada por la Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe organizada por la OPS/OMS y la Cooperación Caribeña en Salud, del 1 al 4 de junio de 1993 en Puerto España, Trinidad y Tobago.

³ Organización Mundial de la Salud. *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS; 2004, (Documento EB115/35).

⁴ Organización Mundial de la Salud. *Programa General de Trabajo para 2006-2015: Examen del Proceso y Anteproyecto*. Ginebra: OMS; 2004. (Documento EB115/15).

8. Con esta visión, los ODM tienen que considerarse como un conjunto indivisible. En verdad, los ODM han llevado, o deberían llevar la inversión en la salud de la gente al centro mismo de la agenda mundial del desarrollo. Esto abre nuevas oportunidades para que el sector sanitario y las organizaciones de salud logren un apoyo amplio para la agenda de la salud.⁵ El documento presentado al 45.º Consejo Directivo en septiembre de 2004 (CD45/8) da cuenta también de la relación entre atención primaria de salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio bajo un esquema intersectorial.

9. Así, el desarrollo intersectorial se define como el juego más amplio de relaciones entre los distintos sectores, agentes e intereses económicos y sociales. No sólo abarca la coordinación de esfuerzos entre los ministerios sino también la articulación de vínculos entre sectores y actores. Es un proceso en el que los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de cada sector se consideran según sus repercusiones y efectos en los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de los demás sectores. Desde el punto de vista de la salud, la acción intersectorial constituye el medio de alcanzar un desarrollo plenamente integrado a escala nacional, regional, municipal y comunitaria. El supuesto básico es que la salud y los demás sectores sociales tienen un papel doble, como objeto del desarrollo y como medio de alcanzarlo.⁶

10. Por ejemplo, el incremento de la alfabetización y el desarrollo de destrezas vocacionales, el mejoramiento de los estándares de vivienda, el desarrollo agrícola con un objetivo básico nutricional, el desarrollo de la infraestructura urbana para ampliar los servicios de agua y alcantarillado y el crecimiento económico con una distribución equitativa de los beneficios, son requisitos fundamentales para el mejoramiento de la salud en los países y en la Región.⁷

11. La expresión práctica de la intersectorialidad se manifiesta en la construcción de políticas que generen bienes públicos. El bien público es por excelencia una expresión intersectorial, para lo cual es necesaria la convergencia de varias disciplinas y sectores, dando lugar a nuevas políticas que contribuyen al desarrollo. Un ejemplo de bien público en la Región lo constituye el Fondo Rotatorio para Vacunas que la OPS creado hace más de un cuarto de siglo para garantizarle a los países la disponibilidad constante de vacunas.

12. El logro de un desarrollo integral desde el punto de vista del sector salud significa, por lo menos, el reconocimiento de parte de las autoridades nacionales de que las decisiones adoptadas en otros sectores tienen consecuencias directas e indirectas para las metas que los gobiernos han adoptado.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Reunión de Consulta de la Región de las Américas Acerca del Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS. OMS; 2005.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. *Calidad de Vida, Desarrollo Intersectorial y Participación de la Comunidad*, 1982. (IMPLAN/7, 30 abril 1982)

⁷ Idem.

Mandatos específicos en cada sector para impulsar la intersectorialidad: algunos ejemplos

Sector educación

13. Directamente relacionados con los esfuerzos hacia los ODM, los ministros y las ministras de educación de las Américas, en su IV Reunión, realizada en Scarborough, (Trinidad y Tabago), en agosto de 2005, declararon *“Reconocemos que muchos países del Hemisferio Occidental padecen niveles sustanciales de desigualdad de ingresos. La educación ofrece la mejor oportunidad para mejorar la vida de millones de personas que se encuentran en la pobreza, y por tanto, priorizamos la equidad con calidad.”*⁸

14. En su documento sobre Compromisos para la acción, los ministros de salud de las Américas reconocen *“el impacto de los problemas de salud y ambientales en el desarrollo humano y (...) el papel que la educación desempeña en la promoción de estilos de vida saludables, la reducción de la incidencia del VIH/SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual, y la valoración y el cuidado del medio ambiente.”*⁹

15. Por esta razón, proponen *“explorar mecanismos para fortalecer la alianza estratégica entre los ministerios de educación y los ministerios de salud, trabajo y medio ambiente, cooperando con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a fin de asegurar que las escuelas se transformen en instituciones sanas y seguras para docentes y estudiantes.”*

Sector trabajo

16. Como expresión más reciente y directamente relacionada con el avance hacia los ODM, las autoridades máximas de los ministerios de trabajo de las Américas han expresado en la XIV Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo (Ciudad de México, 2005), su firme compromiso: *“Nos comprometemos igualmente a articular políticas activas que coloquen a la persona en el centro del trabajo y la economía y que combinen la creación de trabajo y empleo con la promoción de las dimensiones del Trabajo Decente: el empleo justamente remunerado, con protección social y promoción de la perspectiva de género y con plena vigencia de los derechos laborales, de salud y seguridad ocupacional y sindicales, promoviendo los mecanismos de negociación*

⁸ Organización de Estados Americanos, Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral Declaración de Scarborough y compromisos para la acción. Reunión de Ministros de Educación de las Américas. Scarborough, Trinidad y Tabago, Agosto 2005. OEA/CIDI Documento CIDI/RME/doc.4/05 rev.3

⁹ Idem.

*colectiva y de diálogo social. Promoveremos también la participación de la ciudadanía en general en función de estos objetivos.”*¹⁰

17. Siguen afirmando *“recalcamos nuestro firme compromiso con las metas de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y en particular el combate a la pobreza y la erradicación del hambre a través de la promoción y de la creación del empleo digno.”* Por tanto, *“reiteramos la importancia de la protección de la salud y seguridad en el trabajo. Reconocemos, igualmente, la importancia de promover una cultura de prevención en este campo, así como la conveniencia de adoptar un enfoque integrado con políticas ambientales y otras políticas públicas, en particular las de empleo, salud y de seguridad social.”*¹¹ Proponen, asimismo, *“analizar instrumentos de política para la integración y no discriminación en el trabajo de grupos en situación desfavorable por razones de edad, género, religión, porte de VIH/SIDA, discapacidad, etnia, entre otros.”*¹²

18. En su Plan de Acción, los ministros de trabajo proponen, entre otras medidas, *“fortalecer la alianza estratégica entre los ministerios de trabajo y los ministerios de salud, educación y ambiente para avanzar en la protección social y en acciones nacionales y subregionales que propicien ambientes de trabajo saludables; condiciones de salud y seguridad de los trabajadores y ofertas de formación profesional conjuntas. Se le solicita a la OPS que conjuntamente con la OEA, la OIT y el PNUMA colaboren en este esfuerzo.”*

Sector ambiente

19. La Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992), con la Agenda 21, y la Declaración de Johannesburgo sobre el Desarrollo Sostenible (2002) constituyen referencias obligatorias en esta discusión de alianzas estratégicas para avanzar en los ODM.

20. En fecha más reciente, los ministros de salud y ambiente, reunidos en Mar del Plata, Argentina, en Junio de 2005, declararon *“Nos hemos comprometido a elaborar e implementar estrategias para el manejo del riesgo, disminuir las amenazas a los ecosistemas y a la salud humana en nuestra región, causados por plaguicidas y otras sustancias químicas, particularmente en poblaciones vulnerables, incluyendo grupos*

¹⁰ Organización de Estados Americanos, Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral. *Declaración de México*. Aprobada durante la XIV Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo, en la Ciudad de México, Septiembre de 2005. OEA/CIDI. Documento OEA/Ser.K/XII.14.1.

¹¹ Idem.

¹² Organización de Estados Americanos, Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral. *Plan de Acción*, XIV Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo. Ciudad de México, Septiembre de 2005. OEA/CIDI. Documento OEA/Ser.K/XII.14.1.

*indígenas, trabajadores industriales y agrícolas, mujeres y niños. Esto se hará cumpliendo con las obligaciones que hayan contraído los países en los Convenios de Estocolmo, de Róterdam y de Basilea.”*¹³

21. En el taller preparatorio de la Primera Reunión Interamericana de Ministros y Altas Autoridades de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente, sobre la Gestión Integrada de Recursos Hídricos, organizado por la OEA en junio del 2006, con la participación de la OPS, queda clara la relación entre el acceso a agua segura y saneamiento y el avance en cada uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; por lo que se proponen trabajar articuladamente ministros de salud, ministerios de ambiente y comisiones nacionales de agua para lograr avanzar en los ODM.¹⁴

22. Obviamente, el sector ambiente, dentro o fuera del sector salud, – tiene enormes oportunidades y desafíos para trabajar conjuntamente con Salud y, por supuesto, con Trabajo, Educación y Agricultura, en la persecución de los ODM. Además de las actividades clásicas y tradicionales relacionadas con el fortalecimiento de las instituciones nacionales y la formación de la capacidad en la gestión de los aspectos de salud relacionados con el abastecimiento de agua para el consumo humano y la eliminación de excretas y de residuos sólidos — acciones directamente relacionadas con el ODM 7— la visión integral y sostenible de desarrollo humano integral ha estimulado enfoques más globales, principalmente entre los sectores salud y ambiente, que se relacionan con todos los ocho ODM.

Sector agricultura

23. El sector de agricultura no ha sido la excepción y en la Cumbre Mundial sobre Alimentación (CMA) celebrada en Roma en noviembre de 1996, los jefes de Estado y de Gobierno aprobaron la Declaración de Roma sobre Seguridad Alimentaria Mundial y el Plan de Acción de la CMA y prometieron *consagrar su voluntad política y su dedicación común y nacional a conseguir la seguridad alimentaria para todos y realizar un esfuerzo constante para erradicar el hambre de todos los países, con el objetivo inmediato de reducir el número de personas subnutridas a la mitad de su nivel no más tarde del año 2015.*

24. La Cumbre Mundial sobre la Alimentación, cinco años después, en el 2002, confirmó los compromisos para eliminar el hambre y convocó a la formación de una alianza internacional para acelerar los esfuerzos para alcanzar ese objetivo.

¹³ Organización de Estados Americanos, Departamento de Desarrollo Sostenible. *Declaración de Mar del Plata*. Firmada en la Reunión de Ministros de Salud y de Ambiente de las Américas. Junio 2005. <http://www.oas.org/hema/espanol/Documentos/MarDelPlata.pdf>

¹⁴ Organización de Estados Americanos, Departamento de Desarrollo Sostenible. Taller Preparatorio Sobre Gestión Integrada de Recursos Hídricos 19 y 20 de junio de 2006 en Quito, Ecuador.

Algunos ejemplos de alianzas y programas intersectoriales

Educación – Salud – Trabajo – Ambiente – Agricultura

25. El trabajo conjunto entre los ministerios de salud y los de educación ha estado siempre presente como la mejor manera de avanzar en la salud infantil. Los esquemas completos de vacunación y la casi erradicación de la poliomielitis contaron con el apoyo de las escuelas como las principales aliadas. La *Cumbre en Favor de los Niños* llevó a cabo un primer esfuerzo de trabajo conjunto entre ambos ministerios con metas claramente identificadas. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio ponen de relieve que no se podrá lograr la universalización de la educación primaria si no se avanza paralelamente con los otros objetivos de una manera coordinada y sinérgica. Los datos en la Región confirman que a mayor escolaridad de las madres, menor es la mortalidad infantil y menores los índices de enfermedad por factores ambientales que pueden ser contrarrestados con higiene y esquemas de saneamiento básico. Asimismo, se observa una correlación entre analfabetismo femenino y altas tasas de mortalidad materna. Estos datos refuerzan la necesidad de un trabajo conjunto entre ambos ministerios que trasciendan las escuelas y fortalezca esquemas de educación no formal dirigidas a mujeres jóvenes. En los programas de educación de adultos y alfabetización en América Latina y el Caribe existen módulos de salud diseñados con una perspectiva de género y enfocados a mejorar la salud materno-infantil.¹⁵

26. La relación entre educación, salud y nutrición ha constituido la base de los programas de combate a la pobreza, tales como “*Bolsa Escola*” ahora “*Bolsa Familia*”¹⁶ y “*Oportunidades*”¹⁷ que parten de asumir que la pobreza es un fenómeno multidimensional que requiere de estrategias intersectoriales para contrarrestar sus efectos adversos y generar condiciones que permitan mayores niveles de desarrollo. Una de las estrategias más efectivas ha sido el mapeo socioeconómico que les ha permitido identificar a las familias más pobres para focalizar las intervenciones. En estos programas se articula a la salud, a la nutrición y a la educación, como procesos que confluyen para el mejoramiento de las condiciones de bienestar. Ambos programas están dirigidos a las familias y especialmente a las madres de familia como agentes claves de transformación

¹⁵ El Consejo Nacional de Población de México (CONAPO) diseñó desde 1986 Una Cartilla de Alfabetización con el marco de Educación en Población y una guía para el alfabetizador. (1986). El Instituto Nacional de Educación para Adultos en México (INEA) cuenta actualmente con módulos de educación de adultos dirigidos a mujeres jóvenes sobre salud infantil y materna.

¹⁶ El concepto de *Bolsa Escolar* fue desarrollado en la Universidad de Brasilia por Cristovam Buarque en el período 1985-1989 cuando él fue rector. Sin embargo, el programa no fue lanzado sino hasta el año 2000 por el Presidente Fernando Henrique Cardoso. En el presente gobierno se ha transformado y ampliado y desde el 2003 se denomina Bolsa Familia en apoyo al programa Fome Zero

¹⁷ El programa *Progresá* fue desarrollado por la Secretaría de Desarrollo Social de México en 1997 mediante una acción intersectorial con la Secretaría de Salubridad y Asistencia y con la Secretaría de Educación. En el 2001 se transforma en el programa *Oportunidades*.

de las condiciones de vida. Se ha tomado en cuenta el “*empoderamiento*” de la mujer para mejorar las condiciones de vida. El programa “Oportunidades”, en su segunda etapa, ha dado prioridad a los jóvenes que sin estos apoyos no hubieran tenido la oportunidad de terminar la educación secundaria. Ambos programas parten de una clara perspectiva de género no sólo en la selección de los agentes de cambio sino en la decisión de otorgar una beca un poco más alta a las niñas o jóvenes partiendo del reconocimiento de que culturalmente es a la niña a la que más fácilmente se le resta la oportunidad de asistir a la escuela.

27. Desde 1995 la OPS ha desarrollado a su vez una iniciativa regional de *Escuelas Promotoras de la Salud*¹⁸ con el objetivo de promover la salud en el ámbito escolar, generando un mecanismo que permite articular, desde la escuela, esfuerzos y recursos multisectoriales para el mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar. Se propone fortalecer la cohesión social mediante acciones educativas que formen a las nuevas generaciones en la responsabilidad social y desarrollen la capacidad de promover la salud y resolver conflictos mediante el diálogo y la negociación como factores preventivos de la violencia. En los nuevos desafíos de la salud como eje estructural de ciudadanía, la educación está llamada a desempeñar un papel todavía más crucial. La sociedad exige el cambio de hábitos y prácticas saludables que conlleven un cambio en el modelo de atención de la salud hacia la construcción de ciudadanía y hacia la formación de valores democráticos, que fortalezcan la cohesión social. Se requiere una estrategia que ponga el acento en la inclusión social, en esquemas participativos sustentados en el respeto a las diferencias y al reconocimiento de la riqueza cultural de los pueblos indígenas y afroamericanos. Una formación crítica que tome como punto de partida los hechos y los datos para que, con base en ellos, los educandos puedan asumir un criterio de acción, que les permita discernir entre la información y el prejuicio, entre los datos y sus implicaciones. La realidad del VIH necesita ser encarada por los sistemas educativos y de salud de la Región con la firmeza y realismo que requiere el avance del contagio.

28. En la región existen experiencias denominadas *Edutainment* que combinan la educación y el entretenimiento con el objetivo de crear conciencia sobre problemas que afectan la salud de la población. México y Brasil han desarrollado estrategias que vale la pena explorar y compartir para mejorar la salud entre los jóvenes. Actualmente esta estrategia metodológica está siendo utilizada por los países del Caribe inglés, bajo el liderazgo de Suriname para crear conciencia y prevenir el VIH entre los jóvenes.¹⁹ Por esta razón, con el apoyo de la OPS, se está creando la Red de “*Edutainment*” en el Caribe

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. *Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional: Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012*. Washington, DC: OPS Serie Promoción de la Salud No. 4, 2003.

^{19, 21} La película *A Love Story* realizada en Suriname por Sharda Ganga, con la asesoría de equipos técnicos del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación y coproducida por la OPS, es una muestra de los materiales producidos por el proyecto *Edutainment* para reducir la incidencia de VIH en el Caribe.

inglés. El incremento de casos de mujeres con VIH - lo que se ha dado en llamar “la feminización del VIH” - requiere una acción conjunta entre salud y educación para desarrollar estrategias que, partiendo de la dignidad y el respeto al ser humano, permitan que los jóvenes asuman decisiones informadas con respecto a su sexualidad. Esto ya se está llevando a cabo en la Región del Caribe inglés, como lo refleja la Declaración de Puerto España, en donde los ministros de educación de la Comunidad del Caribe afirman que la educación es un sector crítico en la respuesta multisectorial al VIH y enfatizan su compromiso con la educación para todos y con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.²⁰

29. En el ámbito laboral y de salud se ha avanzado también en analizar las condiciones de trabajo y de salud de los docentes como lo demuestra el I Encuentro Internacional sobre Condiciones de Trabajo y Salud de los Docentes organizado por la UNESCO-OREALC (Oficina Regional de UNESCO para América Latina y el Caribe) en colaboración con la OPS.²¹ Las condiciones de salud y seguridad de los trabajadores de la educación requieren ser revisadas a la luz del nuevo perfil patológico y epidemiológico de la profesión docente. El estudio exploratorio “*Condiciones de Trabajo y Salud Docente*” llevado a cabo por la UNESCO-OREALC muestra muchas similitudes entre las realidades que vive la profesión docente en los seis países del estudio, entre las que destacan: la violencia percibida como un serio problema al interior de las escuelas y que repercute en la salud del docente. El perfil patológico se refleja en tres grandes categorías de problemas: los asociados a la exigencia ergonómica de la tarea docente (disfonía y alteraciones músculo-esqueléticas); los problemas de salud mental, con una alta proporción de docentes que han recibido el diagnóstico de depresión o del síndrome de desgaste, y los problemas de salud en general, donde se destacan las enfermedades crónicas.²² Al analizar el proceso de trabajo docente es necesario tomar en cuenta el objeto-sujeto de trabajo. Al igual que para los trabajadores de la salud, para los docentes el objeto de trabajo es un ser humano en transformación y no es lo mismo actuar sobre elementos inanimados que desenvolverse y responder cotidianamente a las necesidades de los alumnos o de los pacientes. Los medios de trabajo, o sea, las características de las escuelas, —muchas de ellas en barrios y en condiciones de pobreza extrema— conllevan un aumento de la violencia. La organización y división del trabajo que en la mayoría de los casos es determinada por otros, en posiciones de mayor jerarquía, y la duración de la jornada tienen también un impacto en la salud de los docentes. Por otro lado, cada vez

²⁰ “Port-of-Spain Declaration on the Education Sector’s Response to HIV and AIDS.” Firmada durante la reunión especial de COHSOD (“Council for Human and Social Development”) sobre educación y VIH/SIDA en Port-of-Spain, Trinidad and Tobago 9-10 June 2006.
http://www.caricom.org/jsp/communications/meetings_statements/port_of_spain_declaration_hiv_aids.jsp

²¹ El Encuentro se llevó a cabo del 21 al 24 de junio del 2006 en Montevideo, Uruguay con la presencia de la Ministra de Salud del Uruguay,

²² Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Condiciones de trabajo y salud docente. Estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay*. Santiago, Chile: OREALC UNESCO; 2005.

más se desarrollan modelos de gestión y autonomía escolar que optan porque sea la comunidad la que supervise y decida a quién se contrata. Esta acción que “empodera” a la comunidad termina a veces sin percatarse, debilitando las condiciones de salud y seguridad social de los docentes, quienes carecen de seguridad en el empleo y en muchos casos no cuentan con servicios médicos.

30. Existe también una larga experiencia de trabajo intersectorial entre educación, ambiente y salud en lo que se refiere al mantenimiento de la infraestructura educativa y a la repercusión en la salud de los educandos. Desde la limpieza de las tinajas y el acceso a agua potable y condiciones de saneamiento básico hasta las condiciones ambientales del entorno comunitario han sido trabajadas conjuntamente. En las zonas afectadas por la malaria, las escuelas desempeñan un trabajo educativo en la comunidad difundiendo información y generando proyectos ambientales para reducir la incidencia de la enfermedad.

31. En la relación educación, nutrición, agricultura, salud, y ambiente, se cuentan las experiencias en zonas rurales de escuelas y albergues educativos que desarrollan huertos escolares para mejorar la nutrición de los alumnos, al tiempo que contribuyen a su formación y terminan creando, en algunos casos, pequeñas microempresas productivas. Los “*jardines escolares*” son experiencias que permiten vincular los aprendizajes escolares sobre nutrición a la producción de alimentos orgánicos en las escuelas primarias.²³

Trabajo y salud

32. Las relaciones conceptuales y operacionales entre los sectores salud y trabajo son históricas desde 1950 funciona un Comité Mixto OMS-OIT de Salud y Seguridad en el Trabajo, que se mantiene vivo y activo, como referencia internacional conceptual y mecanismo de armonización y sinergia programática internacional, con su extensión a los países y regiones.

33. Sea como Oficina Regional de la OMS, sea como la agencia interamericana especializada en salud, la OPS ha trabajado siempre conjuntamente con la OIT, tanto a nivel regional como en las representaciones nacionales. De hecho, se han convertido en alianzas estratégicas, programáticas y operacionales típicas, con evidente beneficio dentro de los países, y con impactos positivos subregionales y regionales, evaluados por distintos indicadores directos e indirectos. Entre los resultados que se pueden mencionar están: el desarrollo de un plan regional y de planes nacionales de salud de los

²³ La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) ha desarrollado materiales para la Red de Escuelas Promotoras de la Salud sobre nutrición en las escuelas primarias. Entre ellos están Educación en nutrición en las escuelas primarias y *Setting up and running the School Garden 2005*.

trabajadores; la Red Electrónica Latinoamericana de Salud y Seguridad de los Trabajadores; la implementación del “*Plagsalud*”; “Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano”; el trabajo en la extensión de la protección social de la fuerza laboral; el desarrollo de una “*caja de Herramientas*” sobre la “Iniciativa de Ambientes de Trabajo Saludables”; la participación en el Programa Mundial OIT-OMS para la Erradicación de la Silicosis; la participación en el desarrollo de sistemas de información en salud y seguridad ocupacional; el trabajo conjunto con la CIMT/OEA y proceso de Cumbres de las Américas. Asimismo, en el marco de la Reunión Regional Americana de Ministros de Trabajo de la OIT, se llevó a cabo una reunión entre ministros de salud y de trabajo para delinear acciones que pudieran prevenir la incidencia del VIH y reducir el estigma y la discriminación de los trabajadores afectados.²⁴

34. De esta manera, la necesidad de construir alianzas estratégicas intersectoriales fue expresada en la IV Cumbre de las Américas llevada a cabo en Mar del Plata, Argentina en noviembre de 2005. Bajo el tema “Crear trabajo para enfrentar la pobreza y fortalecer la gobernabilidad democrática,” los jefes de Estado y de Gobierno reconocieron la importancia del tema mismo y se comprometieron a impulsar la intersectorialidad al expresar: “*Promoveremos marcos integrados de políticas públicas ambientales, de empleo, de salud y de seguridad social para proteger la salud y seguridad de todos los trabajadores y trabajadoras, e impulsaremos una cultura de prevención y control de riesgos ocupacionales en el Hemisferio.*”

35. Como primera actividad hemisférica sobre el tema, después de la IV Cumbre de las Américas, la OPS, conjuntamente con la Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo en el marco de la OEA, con la OIT, con la Fundación del Centro Regional de Salud y Seguridad Ocupacional (FUNDACERSSO), con el Gobierno de El Salvador como país anfitrión y el Gobierno de Canadá como país donante, organizó el II Taller Hemisférico sobre Seguridad y Salud Ocupacional, llevado a cabo en mayo de 2006, en San Salvador, teniendo como tema central: “Los desafíos de la salud y la seguridad ocupacional frente a los mandatos de la IV Cumbre de las Américas y las experiencias subregionales.”

Trabajo – Salud – Educación - Ambiente

36. Un ejemplo de esto es la identificación de acciones intersectoriales transversales que se está llevando a cabo, en respuesta a los mandatos de XIV Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo y de la IV Cumbre de las Américas. Esta identificación de acciones intersectoriales por su naturaleza va más allá del concepto

²⁴ ILO/UNAIDS/WHO-PAHO *Meeting on AIDS and the World of Work in Latin America and the Caribbean, Proposal for Summary and Follow-Up Actions*. Reunión celebrada en Brasilia el 6 de mayo de 2006.

tradicional de la salud ocupacional para extender su influencia hacia otros campos y áreas. La misma definición del trabajador se extiende del “*empleado*”, “*ocupado*” de la economía formal hacia el trabajador de la economía informal. Esto excede los límites del concepto tradicional de “salud ocupacional” al concepto de “salud y seguridad de los trabajadores”. Asimismo, se transita de los espacios internos de trabajo, como son empresa, oficina, y otros, hacia los entornos del trabajo. Trabajo y empleo son entonces insumos vitales para la salud. Las mejores condiciones de salud y de trabajo de los trabajadores de la educación, como ya se ha mencionado antes, repercutirán en una mayor calidad de la enseñanza. Asimismo, al tomar en cuenta las condiciones de salud y seguridad de los trabajadores de la salud se mejorarán las condiciones de salud de la población en general y se reducirán las tasas de morbilidad y letalidad de enfermedades prevenibles. Este es un ejemplo en donde los sectores se diluyen ya que todo esto es salud, pero también es educación y ambiente y trabajo. Cada sector tiene su responsabilidad propia y al mismo tiempo, al actuar intersectorialmente, lo importante es la sinergia expresada en mejores condiciones de vida para todos los involucrados. Este tipo de acciones ejemplifica la dinámica que se requiere lograr para alcanzar los ODM.

37. Este proceso de búsqueda de las acciones intersectoriales e interagenciales se está llevando a cabo en muchos países del Hemisferio con el apoyo de la OPS y de otras agencias hermanas, actuando como promotoras o catalizadoras del proceso mismo, a veces desde arriba hacia abajo; pero la mayoría de las veces, desde abajo hacia arriba.

38. Se ha iniciado la creación de “Consejos Nacionales” o “Comisiones Interinstitucionales”, ya sea a nivel gubernamental (involucrando básicamente a los ministerios de salud, de trabajo, de previsión social y, a veces, de medio ambiente); o no gubernamental, con la participación de las organizaciones de la sociedad civil y de otros actores y “stakeholders” e interesados directos que tienen presencia activa y que a veces son parte integrante de los consejos o comisiones y otras veces ejercen la “auditoría social”. Las instancias de representación de empleadores y de trabajadores son los integrantes “tradicionales” -según el modelo tripartito, clásico de la OIT que se refleja en la Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo en el marco de la OEA.

Salud – Ambiente – Trabajo – Agricultura

39. Tal vez una de las experiencias más exitosas en la Región, ha sido la alianza estratégica intersectorial llevada a cabo en Centroamérica, alrededor del tema de los plaguicidas, uno de los más importantes problemas de salud pública y salud ambiental en nuestra Región. El proyecto “Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano” (PLAGSALUD), llevado a cabo en el período de 1994 a 2003, fue desarrollado por la OPS en siete países (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), bajo una concepción subregional, con recursos financieros de la Agencia Danesa para el Desarrollo Internacional

(DANIDA), con el apoyo financiero de los gobiernos de los mismos países, de la OPS, y con la cooperación de la OIT, la Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo (CCAD) y la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA).

40. Uno de los resultados más efectivos y prácticos de PLAGSALUD y sus contrapartes en los países lo constituyó la conformación de más de 300 comisiones locales intersectoriales de plaguicidas (CLIPS) en toda la Región conformadas con representantes de diversas instituciones de los sectores salud, trabajo, educación, ambiente y agricultura, alcaldías, ONG, trabajadores y representantes de la sociedad civil. Estas comisiones fueron la expresión más viva del trabajo que a nivel local se realizó en Centroamérica, con el objetivo de reducir los efectos negativos de los plaguicidas, educar a la comunidad sobre este problema y emplear alternativas para el uso de agroquímicos.

41. De esta manera en la XVI Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), en 2002, se aprobó el Acuerdo No. 9 en el cual se solicita a los ministros de salud, agricultura, ambiente y recursos naturales que, en forma conjunta, conduzcan y apliquen medidas para restringir el empleo de los 12 plaguicidas responsables del mayor número de intoxicaciones y muertes, así como la prohibición de otros 107 plaguicidas ya prohibidos internacionalmente, pero que todavía se utilizaban y estaban en el mercado en la Región.

42. Todos estos ejemplos de actividades intersectoriales han sido evaluados por sus impactos positivos en la salud y en el medio ambiente y constituyen evidencias de la necesidad y de las ventajas de las alianzas estratégicas involucrando a los sectores de salud, agricultura, educación y medio ambiente, de una manera paulatina pero sinérgica, tal como se requiere en los esfuerzos para alcanzar los ODM.

Agricultura – Salud – Medio Ambiente

43. Existen muchas interfaces entre los sectores agricultura y salud, (o viceversa), que tienen enorme impacto recíproco y sinérgico, directa e indirectamente relacionados con los ODM. El más evidente es el ODM 1 relacionado con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre. Afrontar este objetivo implica abrir la discusión política multisectorial sobre las actuales políticas de ocupación productiva de la tierra, (*“Reforma Agraria”*); sobre el cambio de modelos de desarrollo económico, de *“agronegocios”* basados en la exportación de granos y no en la producción de alimentos de subsistencia propia; sobre la necesaria promoción de producción en las áreas de pequeños productores de alimentos tradicionales para el consumo interno y, complementariamente, para las exportaciones.

44. En países con más elevados niveles de inequidad, una de las alternativas sociales de mayor potencial para reducir el hambre y la pobreza es mejorar la producción

agropecuaria de los pequeños productores. Agricultura, salud y desarrollo rural son cruciales para eliminar el hambre y reducir la pobreza, como lo han acordado recientemente una vez más los ministros de salud y de agricultura presentes en la 13.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial de Salud y Agricultura (OPS/OMS) – RIMSA 13. En la reunión se trató el tema “Desarrollo local: Comunidades rurales productivas y saludables”, en áreas de pequeños productores familiares. Por supuesto, el ámbito local (municipal) facilita la generación de espacios de diálogo, de promoción de la participación social y de acuerdos para impulsar la articulación entre diferentes sectores y para fortalecer la acción intersectorial.

45. Otro ejemplo del trabajo intersectorial entre salud, ambiente y agricultura lo constituye el “Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el Uso de DDT en México y Centroamérica”, ejecutado por la OPS con el apoyo del Fondo para el Medio Ambiente Mundial (FMAM/PNUMA). Este programa pretende prevenir la reintroducción del DDT para el control de la malaria, mediante la promoción de nuevas técnicas integradas de control de vectores sin uso de insecticidas químicos. Asimismo, busca el fortalecimiento de la capacidad nacional para el control de la malaria y para dar cumplimiento a los Convenios de Basilea, Róterdam y Estocolmo, desarrollar las capacidades nacionales para la disposición final adecuada de 136 toneladas de remanentes de DDT que se encuentran en la actualidad en los ocho países.

46. Entre las áreas temáticas tradicionales de cooperación intersectorial salud-agricultura el tema de la zoonosis y otros problemas relacionados con la interacción entre la sanidad animal y la salud humana tienen una larga historia, entre la OPS y las agencias hermanas²⁵, a nivel de los ministerios, de los países de la Región.

47. Hace casi 40 años que los ministros de salud de los países de la Región se reúnen periódicamente con los ministros de agricultura y ganadería, para abordar problemas de interés común, llevando en la práctica la coordinación intersectorial entre la salud y la agricultura y la ganadería, en el nivel político más elevado. Con el mismo fin la RIMSA14, realizada en México en el 2005, aprobó la Resolución RIMSA14.R5 sobre sinergia entre la agricultura, la ganadería y la salud, y la Resolución RIMSA14.R6 sobre promoción de la seguridad alimentaria y el desarrollo local por medio de enfoques innovadores. Naturalmente, el tema de la influenza aviar (cepa H5N1), emergente en algunos países de Asia, ha generado preocupación, tanto bajo la perspectiva de la salud animal, como de la salud humana. Lo mismo ha pasado con el reto de la encefalopatía espongiforme bovina (EEB).

²⁵ Para promover y desarrollar esta colaboración y coordinación, la OPS creó, en 1949, el Programa de Salud Pública Veterinaria y, posteriormente, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, en 1952, y el Centro Panamericano de Zoonosis, en 1954.

48. Asimismo, el tema de la seguridad e inocuidad de los alimentos constituye típicamente un tema de análisis e intervención intersectorial, que involucra a agricultura, salud y ambiente y tiene una relación sobre diferentes ODM, en especial en lo referente al combate al hambre; el de la reducción de la mortalidad infantil y el de la sostenibilidad del medio ambiente.

49. Por último, pero no menos importante, el tema emergente de los organismos genéticamente modificados (OGM) abre un nuevo campo que merece el análisis inter- y multi-sectorial, dentro del concepto ampliado de “sostenibilidad del medio ambiente”. El tema constituye un reto importante, y el sector salud no puede marchar solo, ni puede quedarse como simple espectador, frente a la misión básica de velar por la salud humana, teniendo como guía el “principio de la precaución”.

Perspectivas

50. Situar a la salud en el marco amplio del desarrollo mediante una definición explícita del compromiso político de ampliar la vinculación intersectorial que ha sido ya expresada en las declaraciones globales y hemisféricas y que requiere verse reflejada en los planes nacionales de salud y desarrollo, en las políticas instrumentales, en las leyes y en el presupuesto.

51. Impulsar la construcción de políticas públicas y bienes públicos como el punto de encuentro de varias disciplinas, sectores y actores para contrarrestar los efectos adversos de los determinantes económicos, sociales, ambientales y culturales de la salud en pro del desarrollo y del mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

52. Procurar que las instituciones responsables de los planes de desarrollo nacionales tengan, en su mandato, la responsabilidad de examinar las repercusiones (positivas y negativas) sobre la salud, y sobre cada sector involucrado – educación, trabajo, ambiente, y agricultura, entre otros.

53. Concebir la coordinación intersectorial involucrando al Ministerio de Finanzas, para que los planes de desarrollo social, desde la perspectiva de la salud y de otros sectores sociales, tengan su correspondencia en la asignación de recursos.

54. Desarrollar intervenciones a nivel local dándole prioridad a los municipios más vulnerables, desde la perspectiva de la salud, ya que ellos representan un espacio natural para actuar en la multidimensionalidad de la pobreza y lograr avances significativos, mediante acciones concretas, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.