

SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS: estudios de caso de la Región de las Américas



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)

Washington, D.C., 2015

Se publica también en:

inglés (2015): *Health in All Policies: Case Studies from the Region of the Americas*.

ISBN 978-92-75-11856-6

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Salud en Todas las Políticas: estudios de caso de la Región de las Américas. Washington, DC : OPS, 2015.

1. Equidad en Salud. 2. Políticas Públicas. 3. Estudios de Caso. 4. Américas. I. Título.

ISBN 978-92-75- 31856-0

(Clasificación NLM : WA 525)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse a la Unidad de Comunicación (CMU), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (www.paho.org/publications/copyright-forms). El Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE) podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2015. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

La Organización Panamericana de la Salud desea reconocer que este documento fue desarrollado con fondos de la Fundación Rockefeller.

Fotos cubierta y contra portada: © Organización Panamericana de la Salud

Abreviaturas

ANEP	Asociación Nacional de la Empresa Privada
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
CNCT	Comisión Nacional para el Control del Tabaco
CISALUD	Comisión Intersectorial de Salud
INCA	Instituto Nacional del Cáncer
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PNAD	Encuesta Nacional por Muestreo de Hogares
PNBV	Plan Nacional para el Buen Vivir
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
SUS	Sistema Único de Salud
SVMA	Secretaría Municipal de Espacios Verdes y Medio Ambiente

Índice

Introducción ••• 1

Antecedentes ••• 3

Estudios de caso ••• 5

Estudio de caso 1: Integración de políticas públicas en São Paulo, Brasil: Programa de Ambientes Verdes y Saludables (PAVS) ••• 7

Estudio de caso 2: Política Nacional de Control del Tabaco en Brasil ••• 16

Estudio de caso 3: Integración de políticas y acción social para el desarrollo sostenible en el Ecuador: Plan Nacional para el Buen Vivir ••• 23

Estudio de caso 4: Atención a los determinantes sociales de la salud mediante la acción intersectorial: Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) de El Salvador ••• 27

Estudio de caso 5: Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad ••• 31

Conclusiones ••• 37

Bibliografía ••• 38

Introducción

Hoy en día se reconoce ampliamente que múltiples factores y las condiciones de los ambientes en los cuales las personas viven, trabajan y juegan, también conocidos como los determinantes sociales de la salud, pueden incidir sobre la salud de la población. También es bien sabido que las decisiones que adoptan sectores distintos al de la salud pueden afectar, positiva o negativamente, a dichos determinantes. Esto significa que los problemas complejos de salud pública solo se pueden abordar mediante políticas que coordinen de manera más eficiente las actividades de todos los sectores y el uso de los recursos públicos, y que tomen en cuenta la repercusión que tengan en la salud las decisiones de los demás sectores. Este reconocimiento ha motivado la aparición, en los últimos años, de un nuevo enfoque de colaboración intersectorial y formulación de políticas conocido como “salud en todas las políticas”.

La “salud en todas las políticas” se ha definido como un enfoque de políticas públicas intersectoriales que, de forma sistemática, considera las implicaciones para la salud de las decisiones adoptadas en todos los sectores, procura lograr sinergias y evita efectos nocivos sobre el sector sanitario, a fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud (Leppo y Ollila, 2013). Este enfoque tiene por objetivo velar por que las decisiones de política de todos los sectores tengan una repercusión neutra o beneficiosa sobre los determinantes sociales de la salud. Esto se logra mediante la promoción de cambios en los diversos sistemas que determinan la forma en que se toman y aplican las decisiones de política a nivel local, estatal y nacional. Así, este enfoque de la salud en todas las políticas reafirma la función esencial de la salud pública en la atención de los factores estructurales y de políticas que afectan a la salud, así como su liderazgo para lograr la participación de una variedad más amplia de interesados (Leppo y Ollila, 2013).

El enfoque de salud en todas las políticas es una manera innovadora de enfocar los procesos mediante los cuales se crean y se ejecutan las políticas. Se funda en los derechos y las responsabilidades relacionados con la salud; recalca la colaboración entre los sectores para alcanzar metas comunes en el ámbito de la salud; mejora la rendición de cuentas de las instancias normativas públicas en relación con los efectos de sus decisiones para la salud; destaca las consecuencias de las políticas públicas para los sistemas sanitarios, los determinantes de la salud y el bienestar, y contribuye al desarrollo sostenible.

La salud en todas las políticas aprovecha los conceptos de políticas públicas sanas y acción intersectorial para la salud, expuestos por primera vez en la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) y posteriormente consolidados en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, en la cual se describen las áreas clave de actuación para la promoción de la salud (OMS, 1986). En los últimos años, el enfoque de la salud en todas las políticas ha ganado impulso y apoyo de profesionales de salud pública, gobiernos y organizaciones en todo el mundo. La Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, adoptada en el 2010, se pronuncia por un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios con base en nuevos criterios para la formulación de políticas y una nueva forma de gobernanza que invierta en el liderazgo al interior de los gobiernos, en todos los sectores y entre niveles de gobierno.

Ese mismo llamamiento se vio reforzado posteriormente en la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, del 2011, la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades

no Transmisibles, del 2011, y el documento final de la Conferencia Río+20, del 2012, titulado “El futuro que queremos”. En junio del 2013, el Ministerio de Asuntos Sociales de Finlandia y la OMS patrocinaron la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Helsinki. En dicha conferencia se abordaron los desafíos que plantea la implantación del enfoque de la salud en todas las políticas y la importancia de definir opciones eficaces para la colaboración intersectorial. Las recomendaciones de la conferencia para la acción se describen en la Declaración de Helsinki sobre la Salud en Todas las Políticas (OMS, 2013). Los principios de la salud en todas las políticas también se reflejan en otros marcos, estrategias y resoluciones de la OMS, y actualmente contribuyen a la formulación de los objetivos de desarrollo después del 2015.

En junio del 2013 la OMS publicó su marco para la acción a nivel de país sobre la salud en todas las políticas, en el cual propone una hoja de ruta para ayudar a los países a aplicar este enfoque a nivel nacional y orientar los procesos decisorios a nivel nacional y local. El marco destaca seis características clave del enfoque de salud en todas las políticas para su debida aplicación a nivel nacional: (1) establecer las necesidades y prioridades para lograr la salud en todas las políticas; (2) establecer el marco para la acción planificada; (3) definir las estructuras y los procesos complementarios; (4) facilitar la evaluación y la participación; (5) garantizar el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes; (6) fortalecer las capacidades (OMS, 2013).

Si bien continúa caracterizándose por las marcadas desigualdades y los desafíos que enfrenta en materia de crecimiento económico y desarrollo sostenible, la Región de las Américas ha registrado en los últimos años un aumento del bienestar como resultado de las inversiones de los países en políticas sociales (CEPAL, 2013). Esto resalta el papel fundamental que el enfoque de la salud en todas las políticas puede cumplir para guiar los cambios estructurales y de políticas que la Región requiere para seguir obteniendo mejores resultados a nivel sanitario, social y de equidad.

La salud en todas las políticas debe seguir siendo un criterio clave para la redacción de las políticas y planes nacionales, así como para la agenda para el desarrollo después del 2015. La plataforma actual para el debate sobre la agenda para el desarrollo después del 2015 constituye un experimento, efectuado en la vida real, sobre el potencial del enfoque de salud en todas las políticas para reunir a diferentes sectores en torno a metas sanitarias y sociales comunes, al tiempo que se conserva el liderazgo de cada sector en su respectivo campo de acción. También brinda una oportunidad notable para poner plenamente en práctica las recomendaciones que surgieran de la Conferencia de Helsinki para promover el enfoque de la salud en todas las políticas y, en último término, mejorar la salud y la equidad en salud a nivel mundial.

En este informe se presentan cinco estudios de caso que permiten poner en relieve algunas de las mejores experiencias nacionales con la aplicación del enfoque de la salud en todas las políticas en la Región de las Américas. Estos estudios de caso se seleccionaron de una colección de 26 casos elaborados por los países en preparación para la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que tuvo lugar en junio del 2013. Los estudios de caso se elaboraron a partir de un marco de trabajo común concebido con tal propósito; representan algunas de las mejores experiencias prácticas de la Región en relación con el enfoque y destacan los principios y factores clave que facilitaron su aplicación, así como algunos de los retos enfrentados. Los estudios de caso pueden ayudar a orientar las iniciativas y procesos de política regionales futuros, así como a mejorar la cooperación Norte-Sur y Sur-Sur.

Antecedentes

En febrero del 2013 se celebró en Brasilia, Brasil, una reunión regional en preparación para la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, prevista para junio del 2013 en Helsinki, Finlandia. Asistieron a este encuentro regional representantes de 30 Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). El objetivo de esta reunión era presentar el marco conceptual del enfoque de la salud en todas las políticas a los interesados directos clave de la Región de las Américas y llegar a un consenso sobre una posición regional ante el tema de la salud en todas las políticas (OPS/OMS, 2013), que posteriormente se incorporaría al marco de la OMS para la acción a nivel de país sobre la salud en todas las políticas (OMS, 2013).

Durante la reunión regional se presentó una serie de estudios de caso de la Región. Estos se centraron en algunos de los principios y mecanismos fundamentales de la salud en todas las políticas y las investigaciones más recientes sobre el tema. Los estudios de caso se prepararon a partir de una plantilla elaborada por la OPS/OMS en colaboración con los ministerios de salud; esta plantilla sirvió para orientar a los países sobre cómo recopilar y analizar los datos sobre sus iniciativas de salud en todas las políticas. Se concluyeron 26 estudios de caso de 15 países de la Región de las Américas.

En los estudios de caso se describe con detalles la manera en que las iniciativas de salud en todas las políticas abordaron los siguientes aspectos clave: apoyo político; estructuras intersectoriales; asignación presupuestaria; compromiso de otros sectores; compromiso de reducir la desigualdad; uso de datos científicos; participación y sus mecanismos; empoderamiento; sentido de propiedad; y sostenibilidad.

De los 26 estudios de caso documentados, se seleccionaron cinco que se describen en este informe. Tales estudios representan algunos de los mejores ejemplos de colaboración y trabajo intersectoriales en pos de metas sanitarias comunes. También demuestran la importancia de trabajar a favor de una sinergia de las políticas y acciones, así como de fortalecer los mecanismos de participación. Se resaltan en los estudios de caso las prácticas que podrían, por una parte, orientar a otros países a medida que emprenden el camino para adoptar un nuevo enfoque para la formulación de políticas y la toma de decisiones y, por la otra, fortalecer aun más la cooperación técnica y las iniciativas de colaboración Sur-Sur.

Por último, estos cinco estudios de caso servirán como aporte para la formulación del Plan de Acción de la OPS/OMS sobre Salud en Todas las Políticas, conforme se estipula en el marco para la acción a nivel de país sobre la salud en todas las políticas de la OMS. El plan de acción fue presentado ante el Consejo Directivo de la OPS, celebrado en septiembre del 2014. Este plan contribuyó con apreciaciones importantes sobre cómo avanzar la agenda de la salud en todas las políticas en la Región.

Estudios de caso

Los estudios de caso seleccionados representan experiencias nacionales de Brasil (dos casos), Ecuador, El Salvador y México. Con ellos se muestran diferentes formas de aplicar el enfoque de la salud en todas las políticas, pero todos giran alrededor de las metas comunes de incorporar la cuestión sanitaria en los procesos de formulación de políticas y la toma de decisiones, así como de mejorar el bienestar de la población a través de alianzas y colaboración intersectorial. Los estudios de caso seleccionados demuestran que es factible alcanzar metas sanitarias y sociales por medio de políticas públicas y acción intersectorial, con lo cual se aprovechan los recursos al máximo y, al mismo tiempo, se atienden las persistentes desigualdades que en el campo de la salud continúan atormentando a la Región.



Estudio de caso 1

Integración de políticas públicas en São Paulo, Brasil: Programa de Ambientes Verdes y Saludables (PAVS)

Antecedentes

El Programa de Ambientes Verdes y Saludables (PAVS) fue la respuesta de la Municipalidad de São Paulo, Brasil, a la necesidad de abordar las cuestiones ambientales en el contexto de las actividades de promoción de la salud de la Estrategia Salud de la Familia, que es un programa nacional coordinado por el Ministerio de Salud para proporcionar servicios básicos de salud a familias de bajos ingresos.

El PAVS fue propuesto originalmente por la Secretaría Municipal de Espacios Verdes y Medio Ambiente (SVMA) de São Paulo entre el 2005 y el 2006; posteriormente, el programa se incorporó a la Secretaría Municipal de Salud y se institucionalizó por medio de la ordenanza 1573/11, publicada el 3 de agosto del 2011. El PAVS es actualmente administrado y financiado por el Concejo Municipal de la Ciudad de São Paulo. El Parlamento Municipal, que también apoya esta iniciativa, la evaluó a través de la Comisión de Medio Ambiente de la Municipalidad de São Paulo en el 2011.

A partir de una serie de proyectos ambientales, el PAVS busca lo siguiente:

- Fortalecer las actividades de promoción de la salud;
- Cuestionar, contextualizar y reflexionar sobre la realidad que vive la población;
- Promover una cultura de paz y no violencia;
- Difundir y generar conocimiento sistemáticamente;
- Fortalecer la acción intersectorial e interdisciplinaria;
- Crear una agenda integrada de salud y medio ambiente;
- Promover el empoderamiento y la participación comunitaria eficaz, y
- Promover la participación de los interesados directos en la gestión de los proyectos ambientales para la sostenibilidad de las intervenciones en un territorio determinado.

Actualmente, la Estrategia Salud de la Familia cuenta con 1.269 equipos desplegados en zonas de alta vulnerabilidad social y con serios problemas ambientales de la ciudad de São Paulo. Cada equipo está compuesto de un médico, una enfermera, dos auxiliares de enfermería y seis agentes comunitarios de salud que residen en la zona donde operan. Esta configuración local proporciona una red de amplio alcance para fortalecer las acciones de promoción de la salud.

Al inicio del proyecto se determinaron cuáles eran los problemas ambientales y las prioridades en las zonas locales cubiertas por los agentes comunitarios de salud y la comunidad en su conjunto.

Se puso especial énfasis en comprender las maneras en que las comunidades percibían y entendían la salud y el ambiente. Los resultados de esta evaluación sirvieron de base operativa para una intervención intersectorial. El debate a nivel local permitió abordar las causas de los problemas identificados e incentivó la movilización social para procurar alianzas institucionales que pudieran intervenir en las preocupaciones y los desafíos que indicara la comunidad.

Seguidamente se formularon proyectos ambientales basados en las necesidades señaladas por la comunidad en un territorio específico, conjuntamente con el equipo de salud de la familia, en las áreas siguientes:

1. Diversidad biológica y reforestación;
2. Agua, aire y suelo;
3. Gestión de residuos sólidos;
4. Programa ambiental en la administración pública;
5. Alimentación sana y agricultura;
6. Revitalización de espacios públicos;
7. Cultura y comunicación.

Entre el 2007 y el 2008, la SVMA capacitó a 5.000 agentes comunitarios de salud de la Secretaría Municipal de Salud y a 101 agentes de protección social de la Secretaría Municipal de Asistencia Social y Desarrollo.

Tanto el PAVS como la Estrategia Salud de la Familia incorporan los enfoques de promoción de la salud y derechos humanos. Por ejemplo, ambos programas priorizan las acciones dirigidas a las familias de bajos ingresos que viven en las zonas de mayor vulnerabilidad. La aplicación de estos enfoques ha permitido a los dos programas adaptar mejor las intervenciones a la estrategia de promoción de la salud de la municipalidad e incluir actividades orientadas a mejorar la conciencia ambiental y educar a las comunidades en pro de una calidad de vida más saludable. A su vez, estas actividades han contribuido a mejorar el acceso de la población a viviendas seguras, ambientes sanos y agua limpia, satisfaciendo así algunos de sus derechos humanos fundamentales.

Aunque se aplica a nivel local, el PAVS podría ampliarse a nivel nacional por medio de la Estrategia Salud de la Familia.

Acción intersectorial

El PAVS movilizó la acción intersectorial en todas sus fases, desde la planificación y el diseño hasta la ejecución y evaluación. Aunque el sector de la salud encabeza y administra el PAVS, también se incorporaron diversos sectores. En efecto, participaron en el programa organizaciones adscritas a la Secretaría Municipal de Salud y la Estrategia Salud de la Familia, junto a una serie de otras instituciones. Cada institución participante contribuye activamente en su respectiva área de conocimiento y experiencia. En el cuadro 1 se describen las funciones que desempeña cada institución participante.

Cuadro 1. Acción intersectorial en el PAVS	
Interesado directo o sector	Función en el PAVS
SVMA	Apoyo técnico en temas ambientales específicos
Secretaría de Infraestructura	Apoyo en el mejoramiento de la infraestructura y del saneamiento de la ciudad
Autoridad Municipal de Aseo Urbano (AMLURB)	Colaboración en cuestiones relacionadas con los residuos sólidos
Secretaría Municipal de Educación y Secretaría Estadual de Educación	Fortalecimiento de la educación ambiental y la movilización social
Secretaría Municipal de Asistencia y Desarrollo Social (a través de la Gerencia de Unidades Básicas de Salud)	Apoyo a la redacción de proyectos de intervención locales así como a la ejecución y evaluación de proyectos

Durante la fase de diseño del PAVS se conformó una junta directiva intersectorial que se ocuparía de coordinar las actividades del programa. Esta junta reúne a representantes de un amplio espectro de sectores e instituciones, a saber:

- Agencia Brasileña de Cooperación (ABC);
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO);
- Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
- Ministerio de Salud (MS/SVS);
- Organización Panamericana de la Salud (OPS);
- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA);
- Secretaría Municipal de Salud de São Paulo;
- Secretaría Municipal de Asistencia y Desarrollo Social de São Paulo;
- Universidad de Brasilia (UNB); y
- Universidad de São Paulo (USP).

Durante la fase de ejecución del programa se establecieron comités locales que ayudarían a incorporar y dar seguimiento a los proyectos ambientales en las unidades básicas de salud. Cada comité incluyó a representantes de la comunidad, el consejero gerente, trabajadores y empleados locales y representantes de otros sectores e instituciones como la Secretaría Municipal de Aseo Urbano, la Secretaría de Educación, la Secretaría Municipal de Asistencia y Desarrollo Social y la Secretaría Municipal de Espacios Verdes y Medio Ambiente.

Las organizaciones comunitarias y no gubernamentales han desempeñado una función central en el programa. Cabría mencionar entre dichas entidades a las asociaciones de vecinos, las asociaciones de comercio y empresas y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en temas ambientales. El principal aporte de estas instituciones al programa fue su contribución a definir, dar seguimiento, ejecutar y evaluar las acciones emprendidas.

El Centro de Estudios, Investigación y Documentación sobre Ciudades Saludables (CEPEDOC) de la Facultad de Salud Pública (FSP) de la Universidad de São Paulo (USP) llevó a cabo una investigación académica que se concentró en la sostenibilidad del programa. Se hizo una encuesta en la región sur de São Paulo sobre seis temas principales: (1) características e intereses de los actores; (2) procesos y organización del trabajo; (3) intersectorialidad; (4) alianzas y redes sociales; (5) producción de subjetividades y (6) capacidad de influenciar el futuro.

Participación pública y mecanismos de participación

La participación comunitaria se fortaleció con las actividades de los agentes comunitarios de salud y los líderes comunitarios que trabajaron para determinar las necesidades locales. Estas necesidades estaban estrechamente relacionadas con problemas de infraestructura, viviendas en zonas de riesgo, contaminación, presencia de basura y ratas, falta de espacios públicos abiertos para la recreación, sedentarismo, y alimentos y hábitos alimentarios inadecuados.

La aplicación de metodologías de participación para la evaluación, priorización y planificación a nivel local sustentó el diseño de los proyectos socioambientales. Diversos sectores participaron con sus aportes. En el sector de la salud, el programa recibió el apoyo de los centros de atención psicosocial y las prácticas de medicina tradicional, homeopatía y salud integral, que brindaron orientación sobre plantas medicinales y producción de huertos frutales, estimulación de la actividad física, alimentación sana y otras prácticas. Otros sectores municipales prestaron su apoyo, a saber: infraestructura urbana, servicios de aseo de calles, gestión de residuos, desarrollo de espacios públicos en zonas en riesgo, vivienda y ambiente.

Los medios de comunicación participaron activamente en el proyecto. Se usaron sobre todo las herramientas de redes sociales para mejorar la participación de la ciudadanía. El programa de televisión São Paulo Saudável fue fundamental para difundir información a profesionales de la salud de la red municipal. Además, se publicó una serie de boletines informativos, libros temáticos y artículos de prensa para promover esta iniciativa (véase la lista de publicaciones más adelante).

El PAVS también procuró empoderar y fortalecer capacidades entre las comunidades participantes. Esto dio lugar a que algunas familias incorporasen nuevas prácticas de salud ambiental en su vida diaria, como crear huertos frutales y de hortalizas, organizar selectivamente la basura y adoptar hábitos más sanos de alimentación.

Sostenibilidad

Asegurar el financiamiento sigue siendo un punto central para la sostenibilidad de todo programa. Si bien el PAVS tiene su propio presupuesto, la fase de diseño fue financiada por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la SVMA y la Secretaría de Salud de la Municipalidad de São Paulo. Actualmente, el PAVS recibe su financiamiento del presupuesto municipal. Desde el 2011, el programa también ha sido incluido en el presupuesto de la Estrategia Salud de la Familia, lo que permite la ejecución de una intervención gubernamental eficaz, economías de escala y alineación de la gobernanza local con los mandatos regional y nacional.

El fortalecimiento de capacidades, otro componente clave de la sostenibilidad, fue acentuado por el PAVS en varios frentes, como la organización de actividades de capacitación y campañas de sensibilización dirigidas a los agentes comunitarios de promoción de la salud y el medio ambiente y la comunidad en general.

El PAVS también procuró fortalecer las redes comunitarias y empoderar a los equipos de salud familiar. Esto ayudó a aumentar el número de unidades de atención primaria interesadas en el desarrollo de proyectos ambientales, así como el número de empleados participantes en tales proyectos.

Por último, la institucionalización del programa mejoró enormemente su sostenibilidad. Esto se logró con dos estrategias clave, a saber, (1) la incorporación de cuestiones transversales en el proyecto para que otros programas municipales lo adoptaran y complementaran; y (2) la aprobación oficial del programa por medio de la ordenanza 1573/11, publicada el 3 de agosto del 2011.

¿Qué hemos aprendido del PAVS?

Las acciones locales e integradas que, como las del PAVS, están dirigidas a las poblaciones más vulnerables pueden fomentar un cambio social considerable. Ejemplo de ello son las actividades del PAVS para plantar huertos frutales en las escuelas. Al incluir a los estudiantes y la comunidad escolar y educarlos sobre temas como el cultivo, el cuidado de los suelos, la siembra orgánica de hortalizas, opciones a los plaguicidas y nutrición sana, el programa pudo alentar a las escuelas a adaptar sus procesos educativos para fomentar la adopción de modos de vida más saludables. Además, los proyectos ambientales del PAVS con las personas sin techo y los adultos mayores promovieron la recuperación de la ciudadanía, la autoestima, el autocuidado y la autonomía.

Los enfoques intersectorial y participativo adoptados por el PAVS también ayudaron a abordar las desigualdades en materia de salud entre las comunidades participantes. Para ello:

- se concentró la labor en trastornos específicos de salud presentes en la población y se mejoró el acceso a los servicios sanitarios;
- se mejoró el acceso a la información sobre las causas de los problemas ambientales observados en sus territorios mediante la aplicación de los principios de pedagogía social crítica;
- se empoderó a los agentes comunitarios de salud, miembros de la comunidad y líderes comunitarios a fin de buscar soluciones colaborativas a sus problemas;
- se mejoraron los vínculos y las alianzas intersectoriales.

Factores que facilitaron la ejecución del PAVS y desafíos afrontados

Los factores que facilitaron la ejecución del PAVS fueron los siguientes:

- la existencia de gerentes municipales con una visión sólida e integrada del programa y la voluntad de trabajar de una manera intersectorial;
- la provisión de un apoyo técnico-político adecuado durante la fase de diseño y ejecución; y,
- la adopción de un enfoque integrado durante la fase de ejecución que incluyó una gestión municipal eficaz, la capacitación de trabajadores comunitarios, la contratación de gerentes y vínculos con actores locales y regionales para promover y apoyar la labor de los asociados que se ocuparon de los temas ambientales.

Retos identificados

- Una cultura organizativa fragmentada entre los sectores participantes en esta iniciativa, lo que generó dificultades a la hora de integrar los temas de salud y medio ambiente al plan de trabajo y los planes de acción de ciertas instituciones;
- Una mentalidad predominantemente asistencialista respecto de la atención de salud ofrecida por el gobierno, lo que obstaculizó la adopción de los enfoques de promoción de la salud;
- Una evaluación cualitativa realizada en el 2011 permitió identificar algunas de las dificultades principales que enfrentara el PAVS: poco conocimiento técnico sobre problemas relacionados con el medio ambiente (32,6% de los participantes encuestados), bajo apoyo de las instituciones participantes (2,0%) y falta de recursos financieros (84,3%).

Evaluación y difusión de resultados

El PAVS realizó una evaluación cualitativa que incluyó un examen anual sistemático de los procesos del PAVS en cada unidad básica de salud participante. Esta actividad abarcó a los que trabajaban en las unidades (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, agentes comunitarios de salud, agentes de promoción ambiental), así como a los gerentes regionales y locales, coordinadores, supervisores de salud e instituciones asociadas al programa. Los métodos de evaluación utilizados fueron reuniones, debates en mesa redonda y cuestionarios.

Un resumen de la evaluación más reciente (2011), que llegó a 1.224 participantes, muestra lo siguiente:

- 92% de las unidades básicas de salud tenía proyectos ambientales en su cartera;
- la participación comunitaria fue satisfactoria para 69% de los participantes e insatisfactoria para 28%, con 3% indeciso;
- la visibilidad del proyecto en la comunidad resultó alta para 68% de los encuestados, buena para 9% y baja para 21%. Dos por ciento de los participantes consideró que el programa no tenía visibilidad;
- 95% de los participantes informó de cambios positivos en las rutinas y los procesos de las unidades básicas de salud o en las comunidades como resultado de la puesta en práctica del programa.

El PAVS también publica informes trimestrales en los que se hace un seguimiento del número de proyectos ambientales por líneas temáticas. Los resultados de la iniciativa de evaluación del 2011 se muestran en el cuadro 2.

Cuadro 2. Proyectos ambientales del PAVS por temas						
Temas principales	Cantidad de proyectos-regiones de coordinación de salud					2011
	Centro-oeste	Este	Norte	Sudeste	Sur	Total de proyectos
Reforestación	0	24	2	4	7	37
Huertos/Alimentos saludables	8	51	35	42	25	161
Talleres educativos/Cultura de paz	16	52	91	76	86	321
Gestión de desechos	25	90	107	119	146	487
Programa ambiental en la administración pública	3	87	8	20	74	192
Construcción de espacios de vivienda	0	9	0	3	5	17
Infraestructura/Revitalización de espacios públicos	5	14	17	17	6	59
Generación de ingresos	0	29	0	1	4	34
Comunicación educativa	4	2	33	12	35	86
Zona de cuenca hidrográfica	0	1	1	1	7	10
Convivencia sana con animales y prevención de zoonosis	5	21	9	8	7	50
Número total de proyectos	66	380	303	303	402	1.454

El programa logró motivar y movilizar a los agentes comunitarios de salud. Se formularon más de 1.400 iniciativas y proyectos ambientales como resultado de las sesiones de capacitación. Además, la Secretaría Municipal de Salud incorporó el PAVS a la Estrategia Salud de Familia, lo que dio lugar a la creación de un equipo de gerentes ambientales.

Objetivos alcanzados

- Formulación de una agenda para la acción que integró los temas ambientales y de promoción de la salud: el número de proyectos está aumentando en forma sostenida, de cerca de 400 proyectos definidos entre septiembre del 2008 y enero del 2009 a 705 (diciembre del 2009), 968 (diciembre del 2010) y 1.454 (diciembre del 2011);
- Mejor acción intersectorial: todos los proyectos fueron diseñados y actualmente están siendo ejecutados de una manera intersectorial;
- Mayor participación: número creciente de participantes, tanto personas físicas como instituciones asociadas;
- Mayor empoderamiento: algunos proyectos ambientales se repitieron en la comunidad;
- Mayor autonomía: los proyectos dirigidos a las personas sin techo y los colectores de basura han dado cuenta de una mayor autonomía y de comportamientos de autocuidado en estas poblaciones;

- Mejor sostenibilidad: la Secretaría Municipal de Salud promulgó un decreto por el que se formalizó el PAVS (número 1.573/2011-SMS-G) y se incorporó a nuevos profesionales para trabajar en el programa (agentes de promoción ambiental y gerentes ambientales procedentes de distintas áreas: ecólogos, geógrafos, historiadores, publicistas y otros).

Conclusiones del estudio de caso 1

El PAVS propone un nuevo enfoque para la acción local e integrada en materia de medio ambiente y promoción de la salud. Como tal, requiere una visión política y un marco nuevos. El programa ofrece un modelo innovador para la Estrategia Salud de Familia que permite abordar los problemas ambientales que interesan a la comunidad en el contexto de las acciones de promoción de la salud desplegadas a nivel local. Este modelo fomenta la creatividad de la comunidad para movilizar y utilizar recursos, aumenta la conciencia y el conocimiento ambientales y apoya la acción colaborativa entre diversos actores.

Bibliografía

Manhas, Cleomar Souza. "Programa Ambientes Verdes e Saudáveis—uma politica publica popular integrada". *Actas em Saude Coletiva* 4.4 (2009): 121-134.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Formato para la selección de estudios de caso: Ejemplos de la salud en todas las políticas". Reunión Regional Preparatoria de la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. 25 de febrero del 2013.

Información adicional

Para más información acerca del PAVS, favor consultar: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pavs/.

Biancareli, Aureliano. *Meu Ambiente: PAVS: Ambientes Verdes e Saudáveis: Políticas Públicas Integradas na Cidade de São Paulo*—1. Ed. São Paulo: IBEAC, 2008. 244 pag.

Guía PAVS: Documento de orientación sobre el programa, producido y publicado por la Secretaría de Salud en agosto del 2012.

Hacon, S. (Coord.). *Geo Saúde: Cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), 2008. 48 pag.

Malagoli, L. R., Bajesteiro, F. B., Whately, M. (Org.). *Além do Concreto: contribuições para proteção da biodiversidade paulistana*. São Paulo: Instituto Socioambiental (ISA), 2008. 364 pag.

Municipalidad de São Paulo. *Plano de Formação dos Educadores e Agentes*. São Paulo: MP Graf., 2007. Volumen I, 57 pag. (Colección Ambientes Verdes e Saudáveis).

Municipalidad de São Paulo; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). *Texto da Formação de Educadores 2007*. São Paulo: MP Graf., 2007. Volumen II, 148 pag. (Colección Ambientes Verdes e Saudáveis).

Municipalidad de São Paulo; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). *Exposição de Motivos: Política Municipal de Mudanças Climáticas para São Paulo*. São Paulo: MP Graf., 2009. Volumen III, 160 pag. (Colección Ambientes Verdes e Saudáveis).

Municipalidad de São Paulo; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). Oportunidades de Projetos de Mecanismo de Desenvolvimento Limpo para a Cidade de São Paulo. São Paulo: MP Graf., 2009. Volumen IV, 144 pag. (Colección Ambientes Verdes e Saudáveis).

Municipalidad de São Paulo; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). Meio Ambiente Meu Ambiente. São Paulo: IBEAC, 2008. 20 pag.

PAVS—Folleto en el que se describe brevemente el programa y se presentan algunos proyectos importantes (archivo pdf que acompaña la GUIA PAVS).

Santoro, P. F., Ferrara, L. N., Whately, M. (Org.). Mananciais: Diagnóstico e políticas habitacionais. São Paulo: Instituto Socioambiental (ISA), 2009. 132 pag.

Santoro, P. F., Ferrara, L. N., Whately, M., Bajesteiro, F. B (Org.). Mananciais: Uma nova realidade? São Paulo: Instituto Socioambiental (ISA), 2008. 340p.

Santoro, P. F., Gonçalves, B. C., Gonzatto, A. M., Whately, M. (Org.). Parques Urbanos Municipais de São Paulo. São Paulo: Instituto Socioambiental (ISA), 2008. 124 pag.

Whately, M., Hercowitz, M. Serviços Ambientais: conhecer, valorizar e cuidar. São Paulo: Instituto Socioambiental (ISA), 2008. 124 pag.

Estudio de caso 2

Política Nacional de Control del Tabaco en Brasil

Introducción

A pesar del mucho conocimiento acumulado sobre la relación entre el tabaquismo y la salud, el número de fumadores ha aumentado de 1.100 millones en los años noventa a 1.300 millones en el siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, de seguir esta tendencia del consumo, la cantidad anual de muertes relacionadas con el consumo de tabaco aumentaría a 8 millones por año a partir del 2030; cerca de 80% de esas muertes ocurrirían en países en desarrollo, donde vive 80% de los fumadores del mundo.

En Brasil, la prevalencia de tabaquismo entre los mayores de 15 años disminuyó de 32% en 1989 a 17%. Sin embargo, el número de fumadores es desproporcionadamente mayor en la población con niveles más bajos de ingresos y educación. A pesar de que ya se han observado algunos efectos positivos de la reducción del tabaquismo en Brasil, como la disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer de pulmón en los hombres, cada año se registran entre los brasileños aproximadamente 137.000 muertes por enfermedades relacionadas con el tabaco. Esta cifra equivale a 11% del total de defunciones registradas en el país.

Un estudio reciente en el que se aplicaron las herramientas de Evaluación del Impacto en la Salud reveló que, en el 2011, el sistema de salud brasileño (servicios público y privado) gastó aproximadamente US\$21 mil millones para tratar solo 15 de los 50 tipos diferentes de enfermedades relacionadas con el tabaco. Esta cantidad representa casi 30% de la cantidad total asignada al Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil.

En 1999, considerando que la expansión de la epidemia mundial de tabaquismo estaba siendo estructurada por las empresas tabacaleras y facilitada por una variedad de factores, incluida la liberalización del comercio y la inversión extranjera directa, la 52.ª Asamblea Mundial de la Salud lideró la adopción de un tratado internacional que incluía un conjunto de medidas nacionales e internacionales de cooperación intersectorial para detener el crecimiento del consumo de tabaco. Este tratado se conoce desde entonces como el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), que fue ratificado en el 2005 por el Congreso Brasileño y posteriormente promulgado por el Poder Ejecutivo mediante el Decreto No. 5658/2006. Estas iniciativas demuestran que el gobierno ha asignado la más alta prioridad al tema del control del tabaco. La ejecución de estos mandatos se encomendó al Ministerio de Salud y al Instituto Nacional del Cáncer.

Brasil ha tenido un papel prominente en la negociación del CMCT desde que ocupara la presidencia del Órgano de Negociación Intergubernamental de la OMS entre el 2000 y el 2003. No obstante ser un país en desarrollo y un productor importante de tabaco, Brasil ha logrado emprender acciones fuertes e integrales con resultados destacados en la reducción de la prevalencia de tabaquismo. Ejemplo de ello es el programa de apoyo a la diversificación de cultivos productivos en áreas cultivadas con tabaco, que el gobierno federal iniciara en el 2005.

Políticas públicas y acción intersectorial para el control del tabaco

Las políticas brasileñas de control del tabaco son el resultado de una resuelta voluntad política y una acción intersectorial bien coordinada. Esto obedece al reconocimiento de que los temas que se abordan en el CMCT, como la reglamentación de los precios, los impuestos, la publicidad y el estímulo para productos agrícolas alternativos, no podía haberse dejado exclusivamente en manos del sector de la salud.

Las negociaciones del CMCT llevaron al gobierno brasileño a crear, el 13 de agosto de 1999, la Comisión Nacional para el Control del Tabaco (CNCT) mediante el Decreto Nacional No. 3136. La CNCT apoyó al Gobierno de Brasil en sus decisiones y posiciones durante las negociaciones del CMCT entre 1999 y el 2003. La CNCT estaba integrada por representantes de los Ministerios de Salud; Relaciones Exteriores; Agricultura, Ganadería y Abastecimiento; Finanzas; Justicia; Trabajo y Empleo; Educación y Desarrollo; Industria y Comercio Exterior; y Desarrollo Agrícola. El Ministerio de Salud ejercía la presidencia de la CNCT conjuntamente con el Instituto Nacional del Cáncer y cumplía las funciones de Secretaría Ejecutiva de la comisión.

Brasil fue el segundo país en firmar el CMCT, el 16 de junio del 2003. Poco después se creó, por Decreto Presidencial, la Comisión Nacional para la Ejecución del Convenio Marco para el Control del Tabaco y sus Protocolos (CONICQ). Esta nueva comisión reemplazó a la CNCT y representó un nuevo impulso para el control del tabaco en Brasil a medida que dejaba atrás la naturaleza asesora de la entidad que le precediera.

La CONICQ es una comisión interministerial con representantes de 18 sectores del gobierno, a saber: Ministerio de Salud; Ministerio de Relaciones Exteriores; Ministerio de Finanzas; Ministerio de Planificación, Presupuesto y Gestión; Casa Civil de la Presidencia; Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento; Ministerio de Justicia; Ministerio de Educación; Ministerio de Trabajo y Empleo; Ministerio de Desarrollo, Industria y Comercio Exterior; Ministerio de Desarrollo Agrario; Ministerio de Comunicaciones; Ministerio de Medio Ambiente; Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación; Secretaría de la Presidencia en materia de Políticas para la Mujer; Secretaría Nacional para la Política Antidrogas del Ministerio de Justicia; Procuraduría General; y Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria.

La CONICQ es responsable de ayudar al gobierno a fomentar el CMCT; formular programas intersectoriales para la ejecución del Convenio; promover la elaboración, implantación y evaluación de estrategias, planes y programas, así como de políticas, leyes y otras medidas para cumplir las obligaciones adquiridas en virtud del CMCT; identificar, promover y facilitar la movilización de recursos financieros; promover estudios e investigaciones sobre temas relacionados con cuestiones de interés para el CMCT; entablar diálogos con instituciones y organizaciones nacionales e internacionales cuyas metas y actividades pueden hacer una contribución importante a los temas de su competencia; requerir, cuando convenga, la cooperación con otras entidades nacionales e internacionales; considerar, cuando corresponda, la adopción de otras acciones que resulten necesarias para alcanzar los objetivos del CMCT.

Desde abril del 2012, la CONICQ también ha puesto en práctica un conjunto de pautas éticas que rigen para todos sus miembros a fin de evitar la interferencia de la industria tabacalera en las políticas públicas para el control del tabaco. Las directrices orientan a los miembros de la CONICQ para que no acepten el patrocinio ni obsequios de la industria tabacalera ni realicen investigaciones financiadas por ésta.

Los diversos actores que participan en la CONICQ cumplen una variedad de funciones en sus áreas de conocimiento y experiencia. Veamos algunos ejemplos:

- El Ministerio de Finanzas fija los precios e impuestos del tabaco y combate el mercado ilegal de productos de tabaco como medida para reducir el tabaquismo entre los jóvenes y la población de bajos ingresos. El aumento de los impuestos a los cigarrillos ha resultado un mecanismo eficaz para mejorar la calidad de vida de los brasileños, ya que unos impuestos más altos pueden disminuir el hábito de fumar cigarrillos y sus efectos sobre la salud;
- La Secretaría Nacional para la Política Antidrogas del Ministerio de Justicia ayuda a producir materiales informativos sobre drogas lícitas e ilícitas, incluido el tabaco, y apoya las investigaciones sobre esta materia;
- El Ministerio de Desarrollo Agrario es responsable del Programa Nacional de Diversificación de Áreas Cultivadas con Tabaco y se ha propuesto ofrecer opciones rentables a los pequeños agricultores que producen tabaco;
- La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria reglamenta los productos de tabaco, su contenido y emisiones. También coordina una red nacional de vigilancia sanitaria para velar por el cumplimiento de la ley nacional sobre el consumo de tabaco en espacios cerrados, así como la prohibición de actividades publicitarias y promocionales de productos de tabaco;
- El Instituto Nacional del Cáncer, además de su papel de coordinador, proporciona tratamientos para apoyar el abandono del hábito de fumar, en cooperación con los entes de salud de los estados y los municipios;
- La Comisión también tiene representantes del Senado y la Cámara de Diputados que están comprometidos a afrontar el problema del control del tabaco; y
- El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional del Cáncer desempeñan conjuntamente las labores de Secretaría Ejecutiva de la CONICQ. Además, el Ministro de Salud preside la Comisión.

De especial importancia en esta iniciativa es la función del Instituto Nacional del Cáncer (INCA), un organismo del Ministerio de Salud que ha coordinado las acciones de control del tabaco por más de 20 años a nivel nacional y en cooperación con otros estados por medio de organizaciones internacionales. El INCA gestiona la aplicación del CMCT en Brasil, moviliza recursos y emprende acciones para cumplir las actividades de la CONICQ. El instituto también administra un grupo de correo para mantener a los funcionarios de gobierno informados acerca de las actividades de la CONICQ (<http://www2.inca.gov.br>). Este es un mecanismo importante que facilita la acción intersectorial.

Como se estipula en el Decreto Presidencial del 2003, el INCA es responsable de lo siguiente:

- Asistir al gobierno brasileño en el proceso de ratificación del CMCT y en el cumplimiento efectivo de las obligaciones que de él se derivan;
- Asistir al gobierno brasileño en la negociación y la adopción de los protocolos adicionales, anexos y enmiendas al Convenio Marco;
- Coordinar la organización y ejecución de la agenda intersectorial del gobierno para el cumplimiento de las obligaciones establecidas por el Convenio Marco;

- Promover la elaboración, aplicación y evaluación de estrategias, planes y programas, así como políticas, leyes y otras medidas para cumplir las obligaciones establecidas por el Convenio Marco;
- Determinar, promover y facilitar la movilización de recursos financieros para asegurar su operación, así como apoyar el cumplimiento de las obligaciones establecidas por el Convenio Marco;
- Promover estudios e investigaciones sobre temas relacionados con cuestiones de interés para el Convenio Marco;
- Entablar diálogo con instituciones y organizaciones nacionales e internacionales pertinentes;
- Requerir, cuando corresponda, la cooperación e información de dependencias gubernamentales y otros organismos u organizaciones no gubernamentales, nacionales o internacionales, así como expertos en asuntos relacionados con sus áreas de interés;
- Considerar, cuando corresponda, la adopción de otras acciones que resulten necesarias para alcanzar el objetivo del Convenio Marco, y
- Desempeñar cualquier otro deber que se requiera para cumplir con el Decreto.

En el mecanismo de financiamiento de la CONICQ también se aplica una estrategia intersectorial. Si bien la CONICQ tiene su propio presupuesto, los ministerios participantes asignan recursos de sus propios presupuestos para cubrir las acciones que correspondan a sus respectivas responsabilidades. Por ejemplo, el Ministerio de Desarrollo Agrario asignó, entre el 2006 y el 2012, US\$25 millones al programa de diversificación de cultivos para áreas tabacaleras.

Participación pública

El papel de las asociaciones científicas y médicas, junto con la Alianza para el Control del Tabaco y otras organizaciones no gubernamentales, ha sido fundamental para movilizar a la opinión pública contra la injerencia de la industria tabacalera en las políticas de control del tabaco. Son colaboradores fuertes no solo para impulsar la Política Nacional de Control del Tabaco, sino también para protegerla de la interferencia de la industria tabacalera y evitar que se retroceda respecto de medidas ya adoptadas. La Representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Brasil también ha sido un gran colaborador en la formulación de la Política Nacional de Control del Tabaco. Los medios de comunicación han apoyado la iniciativa en relación con la reglamentación de la publicidad de los productos de tabaco.

El INCA lidera una serie de iniciativas dirigidas a promover la participación de la sociedad civil y el fortalecimiento de capacidades. Por ejemplo, el instituto administra el Observatorio de Control Nacional del Tabaco y diversas redes de actores sociales. En coordinación con otros asociados, el INCA y la CONICQ también promueven permanentemente cursos de capacitación para profesionales de la salud, seminarios abiertos a la sociedad civil sobre los principales temas del CMCT y campañas de sensibilización para administradores públicos.

Generar un cambio social mediante políticas públicas

Brasil es el segundo mayor productor y exportador de tabaco, situación que obstaculizó la ratificación del CMCT. Un ejemplo fue la fuerte campaña de movilización e información falsa que

emprendieran las grandes industrias tabacaleras transnacionales en Brasil ante el supuesto efecto negativo de la adhesión del país al tratado sobre los medios de subsistencia de 200.000 cultivadores pequeños de tabaco. Sin embargo, el CNCT ha sido vital para proteger la política de control del tabaco de la injerencia indebida de la industria tabacalera.

La resistencia y oposición iniciales al tratado entre cultivadores, legisladores y políticos fue superada con una campaña informativa y de sensibilización que tuvo lugar entre el 2004 y el 2005. A través de debates en audiencias públicas celebradas en regiones productoras de tabaco, la mayoría de los argumentos presentados por la industria tabacalera fueron refutados y desmentidos.

Este cambio de posición entre los cultivadores consiguió un respaldo adicional en las disposiciones del CMCT que contemplan asistencia técnica y financiera para ayudar en la transición económica de los productores y trabajadores agrícolas que se vieran afectados como resultado de los programas de control del tabaco.

Sin embargo, dado que 85% de la producción nacional de tabaco se dirige hacia la exportación, cualquier repercusión económica futura sobre la producción de tabaco depende de los cambios que se produzcan en el comercio mundial y de la adhesión de otros gobiernos al CMCT.

La Política Nacional de Control del Tabaco ha generado un cambio importante respecto de la aceptación social del tabaquismo con la promulgación reciente de leyes que prohíben fumar en los lugares públicos y las medidas de prohibición de la publicidad de los productos de tabaco. Varias evaluaciones revelan un apoyo popular importante a estas medidas.

Por último, la Política Nacional de Control del Tabaco aborda cuestiones relacionadas con las desigualdades en materia de salud y los derechos humanos mediante acciones dirigidas a las mujeres, los adolescentes, las comunidades de bajos ingresos y de bajo nivel educativo, así como las poblaciones rurales. Otra meta importante de la política es eliminar el trabajo infantil en las actividades relacionadas con el tabaco.

Factores que facilitaron la iniciativa y desafíos afrontados

Algunos de los factores que facilitaron el lanzamiento de esta iniciativa son: la naturaleza intersectorial del modelo de gobernanza para llevar adelante la Política Nacional de Control del Tabaco y las diversas redes sociales y alianzas que apoyan la política.

Sin embargo, la injerencia de la industria tabacalera para detener o prevenir la adopción de políticas de control del tabaco se considera uno de los principales retos que ha afrontado esta iniciativa. La industria opera con estrategias de presión política sobre las autoridades electas y los administradores públicos, usando para ello grupos de testaferros que defienden sus intereses y abogando por actividades socialmente responsables para transmitir una imagen positiva de contribución social. Además, el gran peso de la producción de tabaco en la economía de algunas regiones del país sigue siendo un problema que debe atenderse mediante políticas y estrategias de control del tabaco.

Evaluación y difusión de resultados

La iniciativa ha alcanzado muchos de sus objetivos, en particular los relacionados con la acción intersectorial. Los siguientes son algunos ejemplos de lo logrado:

- Reducción de la prevalencia de tabaquismo en Brasil: en 1989, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del IBGE registró una prevalencia de tabaquismo de 32% entre los

mayores de 15 años. Según la Encuesta Especial sobre el Consumo de Tabaco, en el 2009, la prevalencia de tabaquismo entre los mayores de 15 años había descendido a 17,2%;

- Reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer de pulmón;
- Restricción del uso de aditivos en los productos de tabaco;
- Prohibición de consumo de tabaco en lugares públicos: la ley 12.546/11 prohibió el consumo de productos de tabaco en los espacios públicos y cerrados en todo Brasil;
- Prohibición de anuncios publicitarios en los puntos de venta promulgada a través de la ley 12.546/11, a la espera del reglamento respectivo;
- Aumento de los precios e impuestos: la ley 12.546/11 instituyó una política de precios mínimos para los cigarrillos;
- Inclusión de advertencias sanitarias: a partir del 2016, otra advertencia de salud debe cubrir 30% de la parte inferior del frente de los paquetes de cigarrillos;
- Diversificación de cultivos en áreas cultivadas con tabaco: se puso en marcha con la ejecución de un proyecto piloto en algunos municipios del estado de Rio Grande do Sul, y proporcionó ayuda a los cultivadores del tabaco para la producción de otros cultivos y servicios de salud para la población.

En todas las fases de esta iniciativa se llevó a cabo una serie de procesos de evaluación. Un ejemplo son las evaluaciones de vigilancia epidemiológica, que realizara VIGITEL, un programa que se ocupó de dar seguimiento a la frecuencia y distribución de los factores de riesgo y de protección ante enfermedades no transmisibles (ENT) en las capitales de los 26 estados y el Distrito Federal de Brasil. La evaluación se realizó mediante entrevistas telefónicas con muestras aleatorias de adultos que vivían en hogares con al menos una línea telefónica fija en la ciudad.

Otra actividad de evaluación es la Encuesta Especial sobre el Tabaquismo (PETab, por su siglas en portugués), con la cual se obtuvo un panorama y una descripción detallada del uso de productos de tabaco en Brasil entre personas mayores de 15 años, con información sobre todo el país, por regiones y unidades principales de la federación. La PETab fue tarea del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), conjuntamente con el Ministerio de Salud y el INCA. La encuesta se aplicó a una submuestra (cerca de 51.000 viviendas) de la Encuesta Nacional por Muestreo de Hogares (PNAD) del 2008. La investigación siguió el modelo de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos (GATS).

Por último, esta iniciativa participó en el Proyecto Internacional para la Evaluación de las Políticas sobre el Control del Tabaco (ITC). En este primer estudio internacional de cohortes sobre el consumo de tabaco se evalúa la repercusión de las políticas aplicadas por la CONICQ. Se llevó a cabo una ronda de evaluaciones y se está planificando una nueva ronda. Este proyecto de investigación se conduce en Brasil como trabajo de colaboración entre el INCA, la Secretaría Nacional de Políticas Antidrogas (SENAD) y la Alianza para Control del Tabaco con el apoyo de la Universidad de Waterloo en Canadá.

Conclusiones del estudio de caso 2

Brasil es el primer país en contar con una comisión del gobierno encargada de coordinar la aplicación intersectorial del CMCT. La sostenibilidad de la iniciativa está garantizada por un financiamiento sostenido, así como por los cambios en los comportamientos y hábitos que tienden a reducir a la larga el uso de productos de tabaco.

Bibliografía

Cavalcante, Tânia. "A Dependência Econômica do Tabaco: Um Problema de Saúde Pública". Entrevista con el Instituto Humanitas Unisinos. 27 de septiembre del 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE). "Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN)". Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística. 1989.

Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE). "Premiação Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) 2008". Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística. 2008.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Tabaco. Nota descriptiva. Organización Mundial de la Salud. Julio del 2013.

Schmidt, Maria Ines, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet. 2011.

Von Eichborn, Sonja, y Laure Norger. "Alternative Livelihoods to Tobacco". Unfairtobacco.org. Mayo del 2012.

World Health Organization (WHO). "Tobacco Growing, Family Farmers, and Diversification Strategies in Brazil: Current Prospects and Future Potential for Alternative Crops". May 2007.

Información adicional

Para más información, favor consultar: www.inca.gov.br www.inca.gov.br/observatotiobaco.

Cavalcante, Tânia. O controle do Tabagismo no Brasil—avanços e desafios, <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27703.pdf>.

Cavalcante, Tânia y Márcia Pinto. Considerações sobre tabaco e pobreza no Brasil: consumo e produção de tabaco, http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tabaco_pobreza.pdf.

Jaquez, Tiago Alves. Impasses e estratégias: Convenção-Quadro e controle do tabagismo no Brasil (1986-2005) / Tiago Alves Jaques. Rio de Janeiro: s.n., 2010. 130 f. Tesis (Maestría en Historia de las Ciencias y la Salud). Tutor: Luiz Antonio Teixeira. Fundación Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010.

Sogocio, Marcela Pompeu de Sousa Campos. O Brasil Adverte: Fumar é Prejudicial à Saúde: Análise do Processo de Ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco/ Brasília: IRBr, 2008. 145 f. Tesis (maestría)—Instituto Rio Branco, Maestría en Diplomacia y Relaciones Internacionales 2008. Tutora: Luciana Melchert Saguas Presas.

Estudio de caso 3

Integración de políticas y acción social para el desarrollo sostenible en el Ecuador: Plan Nacional para el Buen Vivir

Introducción

El Plan Nacional para el Buen Vivir¹ (PNBV) del Ecuador es el resultado de un esfuerzo coordinado para reunir las agendas sectoriales y definir políticas, estrategias, programas y proyectos que ejecutarían los ministerios coordinadores y gabinetes sectoriales del poder ejecutivo ecuatoriano. El plan se elaboró y se comenzó a ejecutar en el 2009; el primer ciclo ha de concluir en el 2013.

El PNVB propone una visión integral de la política social desde las perspectivas de la justicia social y los derechos. El programa se propone lo siguiente:

- auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad;
- mejorar las capacidades, potencialidades y calidad de vida de la ciudadanía;
- garantizar los derechos de la naturaleza con el objetivo de promover un ambiente sano y sostenible;
- velar por la soberanía y la paz, e impulsar la inserción estratégica del Ecuador en el mundo y la integración latinoamericana;
- generar trabajos estables, justos y dignos;
- construir y fortalecer espacios públicos interculturales;
- afirmar y fortalecer la identidad nacional, así como la diversidad de identidades (plurinacionalidad e interculturalidad);
- garantizar los derechos y la justicia;
- fortalecer el acceso a la participación pública y política;
- establecer un sistema económico social solidario y sostenible, y
- construir un estado democrático para el Buen Vivir.

¹El concepto del “buen vivir” proviene de la cosmovisión quechua de *sumak kawsay*, que refleja la idea de encontrar un equilibrio con la naturaleza para satisfacer las necesidades de las personas en lugar de concentrarse exclusivamente en el crecimiento económico. En la filosofía política contemporánea, el concepto de buen vivir se refiere a un modo de vida que promueve los derechos económicos, sociales y culturales, así como una relación más sostenible con la naturaleza.

Esta iniciativa respondió a una nueva conformación institucional del Estado, de resultados de una reforma constitucional. La nueva Constitución estipula la democratización del derecho al agua, la tierra, el crédito, la tecnología, el conocimiento y la información, así como la diversidad de formas de producción y propiedad. También incorpora el derecho a la naturaleza y a una estrategia de desarrollo sostenible.

La elaboración de agendas sectoriales coordinadas respondió a una reformulación institucional del Estado, como consecuencia de una reforma constitucional. Esta nueva visión se basa en una “territorialización” de las políticas y responde a cinco retos principales:

1. Territorialización o contextualización de las políticas para reducir la desigualdad y satisfacer las necesidades básicas de los territorios y su población;
2. Planificación territorial y organización de las políticas;
3. Reconocimiento de la dinámica regional que contribuye a un modelo nuevo de acumulación y redistribución en el marco del PNBV;
4. Reconocimiento y aceptación de la naturaleza plurinacional e intercultural del Estado;
5. El diseño de una nueva estructura administrativa que organice las intervenciones públicas a todos los niveles de gobierno y reafirme la función redistributiva del Estado.

Esta iniciativa tiene el compromiso político al más alto nivel de los poderes ejecutivo y legislativo. Sirve de guía para el plan de acción del gobierno y además cuenta con el sólido respaldo del Presidente. El presupuesto del PNBV está garantizado en el presupuesto general del Estado. Los fondos de la cooperación internacional son complementarios, pero no decisivos para lograr las metas del plan. El gobierno central garantiza el financiamiento continuo de la estrategia.

Un nuevo modelo para la acción intersectorial

La nueva visión del Estado, consagrada en la nueva Constitución, y las reorganizaciones institucionales por las que se crearon los ministerios coordinadores que en un principio reunieron a los sectores tradicionales, pusieron en evidencia la necesidad de promover la acción intersectorial entre todos los sectores pertinentes a la noción del “buen vivir”. Basado en este marco innovador, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social exhortó a los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo, Inclusión y todas las otras instituciones pertinentes a construir una estrategia coordinada y concertada.

Los retos que planteaba semejante esfuerzo obligaban al diseño y la implantación de mecanismos de coordinación entre el gobierno central y los gobiernos autónomos descentralizados y sus organismos sectoriales a fin de asegurar el consenso en torno a las acciones que deberían emprenderse. Esta metodología aplicó el marco del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa, que establece políticas y objetivos estratégicos dirigidos a la inversión pública y la promoción de la democracia.

El Consejo Nacional de Planificación condujo el diseño de la estrategia del PNBV. Este equipo intersectorial, bajo la coordinación de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), actuó como Secretaría Técnica del PNBV. Procuró integrar los diferentes niveles del gobierno en la fase de ejecución del PNBV. Las metas de salud se procuraron a través del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, encargado de supervisar las actividades de los ministerios de Salud, Trabajo, Educación, Inclusión, Migración y Vivienda.

El Consejo Nacional de Planificación es responsable de la aprobación del Plan Nacional de Desarrollo, que guió la ejecución del PNBV. El Consejo Nacional de Planificación también: establece las directrices y políticas a corto y largo plazos; define las normas cualitativas, cuantitativas y de eficacia para las políticas públicas nacionales sobre asuntos territoriales y de desarrollo; valida los objetivos y resultados anuales del Plan Nacional de Desarrollo; evalúa los resultados y, cuando corresponda, determina las correcciones necesarias a los planes; vela por lograr el mejor resultado al responder a los objetivos nacionales, y aprueba la Estrategia Nacional de Desarrollo a largo plazo.

A través del Consejo de Planificación, todos los sectores pertinentes se movilizaron y participaron en el diálogo para llegar a un consenso en torno a las directrices de Plan Nacional de Desarrollo, lo que dio lugar a un esfuerzo interinstitucional considerable.

Participación pública y mecanismos de participación

El PNBV propone un marco de respeto a todas las culturas, modos de vida y conocimientos y de reconocimiento de la naturaleza diversa del Ecuador. Esto contribuyó a que las comunidades se incorporaran, participaran activamente en la formulación de la iniciativa y se beneficiaran de sus resultados.

Todas las fases del Programa Nacional de Desarrollo—planificación, diseño, ejecución y evaluación—incluyen una participación social activa. Los procesos centrales y locales contienen mecanismos de rendición de cuentas de la ciudadanía, como grupos focales, consultas y actividades de conformación de consenso.

Igualmente, el diseño de los planes locales de desarrollo se basa en los aportes que la comunidad hace llegar a través de representantes oficiales y oficiosos. Sin embargo, aunque la participación de los organismos gubernamentales y las organizaciones de base es fuerte, no está claro qué otros actores, de haberlos, participan en los diversos procesos y fases.

El Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa encabezó la elaboración de la estrategia y el diseño de las políticas que se ejecutarían a nivel central y local. Esto permitió la inclusión de metodologías de participación en todo el ciclo del programa. Este enfoque participativo de los procesos a nivel local ha conducido al empoderamiento de la comunidad y al fortalecimiento de sus capacidades para ejecutar las políticas y los planes de desarrollo creados.

Además, el Plan Nacional de Desarrollo se centra en la reducción de la desigualdad mediante la promoción de la redistribución de los beneficios del desarrollo y el reconocimiento de la composición multicultural del país, lo que se traduce en planes regionales de desarrollo que se adaptan a las realidades locales.

Cambio de las políticas sectoriales mediante una acción intersectorial

El Plan Nacional de Desarrollo definido por el Consejo Nacional de Planificación se convirtió en la hoja de ruta para la formulación y ejecución de las políticas sociales. Basados en este plan, los gobiernos regionales y locales desarrollan sus propios planes de ejecución teniendo en cuenta las prioridades y necesidades locales y en diálogo permanente con la sociedad civil.

El Plan Nacional de Desarrollo también se usa para guiar la elaboración de planes de trabajo para sectores específicos, como el de la salud. Las metas de cada sector deben concordar con la estrategia nacional, en la cual se incorporan como principios orientadores el enfoque de los determinantes sociales de la salud y la definición amplia e integral de la salud conforme se propone en el concepto de “Buen Vivir”.

Evaluación y difusión de resultados

Entre el 2006 y el 2011 (cuando se ejecutó el Programa Nacional de Desarrollo), el coeficiente Gini de desigualdad de ingresos descendió 12%. Al mismo tiempo, la inversión pública y los créditos agrícolas se duplicaron, mientras que la inversión social fue 2,5 veces mayor; el porcentaje de hogares urbanos con inodoros y sistemas de cloacas aumentó de 71% a 78%; el porcentaje de hogares rurales con acceso a servicios de recolección de basura aumentó de 22% a 37%; la inversión en la justicia aumentó quince veces, y las consultas en los servicios públicos de salud se elevaron a 2,6 por 100 habitantes.

Conclusiones del estudio de caso 3

El PNBV encarna una nueva visión de la función del gobierno en materia de políticas y gestión sociales. El plan aboga por un desarrollo inclusivo, multicultural y sostenible, para lo cual presenta una nueva manera de entender el crecimiento, la participación y la distribución de sus beneficios. El desarrollo se define de una manera amplia, más allá de los márgenes cuantitativos de la lente económica, para desplazarse hacia una estrategia económica inclusiva, sostenible y democrática.

Al procurar coordinar las acciones entre los diferentes sectores y niveles de gobierno, el PNBV crea economías de escala y apoya la asignación eficaz de recursos y un trabajo intersectorial fuerte. También es una propuesta innovadora en cuanto al diseño participativo de los planes de desarrollo a nivel nacional y local. La sostenibilidad se fortalece con la participación permanente de la sociedad civil en todas las fases y con el presupuesto proporcionado por el gobierno central.

El PNBV propone un modelo innovador para el desarrollo y la gestión de la cosa pública. Su misión reposa sobre una reforma constitucional y una nueva conformación institucional del Estado, donde el énfasis recae en la redistribución de los beneficios del desarrollo y sus efectos directos, una política inclusiva en el marco de un Estado plurinacional y una distribución más equitativa de los servicios.

Bibliografía

Banco Interamericano de Desarrollo (BID). "Evaluación del Programa de País: Ecuador (2007-2011)". Banco Interamericano de Desarrollo. Julio del 2012.

Información adicional

Para más información, favor consultar: <http://plan.senplades.gob.ec/>.

Estudio de caso 4

Atención a los determinantes sociales de la salud mediante la acción intersectorial: Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) de El Salvador

Introducción

Como muchos otros países, El Salvador sufre las consecuencias de una distribución desigual en materia de salud, la falta de acceso a servicios públicos, el profundo impacto de los costos de los servicios sanitarios privados sobre la economía familiar y la falta de información sobre las desigualdades de salud existentes. Estos problemas requieren esfuerzos coordinados que superan el alcance del sector de la salud.

Consciente de esta realidad, el Gobierno de El Salvador inició en el 2009 una profunda reforma estructural del sistema nacional de salud. Con esta reforma se buscaba específicamente incorporar los principios de equidad, participación social y acción intersectorial, como se propusiera en la Declaración de Alma-Ata. Además, el gobierno estableció su Política Nacional de Salud llamada “Construyendo la esperanza” (2009-2014).

En este marco, se estableció en el 2009 la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) mediante Decreto Ejecutivo Presidencial, bajo la coordinación del Viceministro de Políticas Sanitarias del Ministerio de Salud. El propósito de la comisión era promover la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en materia de salud. CISALUD se basó en la experiencia adquirida con la CONAPREVIAR, una comisión fundada en el 2006 en respuesta a las recomendaciones de la OMS para enfrentar la crisis de gripe aviar.

Acción intersectorial para la salud

Bajo el liderazgo del sector de la salud, se movilizaron otras áreas del gobierno y la sociedad civil, incluido el sector privado, para afrontar como miembros de CISALUD problemas sanitarios prioritarios. Los organismos exhortados a participar fueron aquellos cuyas acciones podrían repercutir sobre la salud, como es el caso de las instituciones que laboran en los sectores de respuesta a desastres naturales, minería, epidemias, contaminación industrial, gestión de residuos, entre otros. Los miembros participantes acordaron trabajar en las siguientes áreas prioritarias:

- a) Agua
- b) Seguridad alimentaria
- c) Drogas ilícitas
- d) Ambiente
- e) Condiciones de trabajo

- f) Niños y adolescentes
- g) Modos de vida
- h) Enfermedades crónicas
- i) Enfermedades transmisibles
- j) Desastres
- k) Intersectorialidad.

Actualmente, más de 50 organismos forman parte de CISALUD. Los organismos gubernamentales son: los Ministerios de Educación, Defensa, Interior, Seguridad Pública, Hacienda, Agricultura, Trabajo, Obras Públicas, Medio Ambiente, Transporte y Turismo; FOSALUD; ISRI; COSAM, PNC, COMURES, COAMSS, SICS, ISBM, DGCP e IML. También participa la Asamblea Legislativa, junto con la CEPA, CEL, ANDA, OIRSA, el Centro para la Defensa del Consumidor, la Dirección de Protección Civil y CENSALUD.

Igualmente, participan organizaciones internacionales y no gubernamentales, a saber: la OPS/OMS, la Cruz Roja, USAID, World Vision, Comandos Salvadoreños, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos (CDC), la Asociación Nacional de la Empresa Privada, el Foro Nacional de Salud, la Facultad de Medicina de El Salvador, la Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Salud, CARE, Plan Internacional y la Asociación Salvadoreña de Infectología.

Como parte del proceso, se solicita a todos los sectores que formulen recomendaciones para que los organismos trabajen en estas prioridades en sus respectivos ámbitos de labor. Por su parte, CISALUD se ocupa de determinar los retos específicos que han de afrontarse (gripe aviar, cólera, etc.) y las causas y factores fundamentales asociados a ellos. Luego se procede a definir las acciones y a incorporarlas a los planes intersectoriales elaborados por los organismos participantes. Esta estrategia ha generado en los sectores involucrados cambios de políticas que toman en cuenta de una manera más apropiada los efectos de sus acciones sobre la salud. CISALUD también ha formulado directrices para la elaboración de políticas y normas, entre otros instrumentos técnicos y jurídicos para ayudar a mejorar las iniciativas de promoción de la salud.

CISALUD adoptó una estructura horizontal. Esto crea un mecanismo importante para la acción intersectorial, ya que todos los miembros pueden proponer temas para la agenda de la comisión. A fin de facilitar el trabajo, regularmente se organizan talleres para fomentar las discusiones y acuerdos sobre asuntos prioritarios.

Además, para apoyar el trabajo de CISALUD, se crearon dos comisiones intersectoriales:

- 1) La Comisión Política, en la cual los directores de los organismos participantes se reúnen mensualmente para tomar decisiones sobre diversos temas, es presidida por el Ministro de Salud, y
- 2) La Comisión Técnica, en la que los puntos focales de los organismos participantes se reúnen regularmente para formular recomendaciones a sus líderes y hacer que las recomendaciones sean aplicables, es presidida por el Viceministro de Políticas Sanitarias.

CISALUD también ha fomentado la colaboración público-privada. La Asociación Nacional de la Empresa Privada (ANEP) colabora tanto con la Comisión Técnica como con la Comisión Política de CISALUD. Para cada desafío específico de salud abordado, puede solicitarse al sector privado que colabore y proponga soluciones. Por ejemplo, cuando se tratan retos de salud que afectan a los trabajadores mineros, se exhorta al sector privado a que participe en la discusión y la formulación de propuestas para mejorar las condiciones laborales en este sector.

CISALUD no tiene presupuesto propio. Las actividades ejecutadas dependen de los presupuestos de cada institución participante. En consecuencia, cada organismo contribuye a las decisiones adoptadas según sus medios. Sin embargo, a pesar de la falta de recursos propios, CISALUD ha podido mantener sus actividades desde hace tiempo.

Participación pública y mecanismos de participación

La sociedad civil organizada participa activamente a través de sus representantes en las Comisiones Política y Técnica de CISALUD. Con el apoyo del Foro Nacional de Salud y la Universidad de El Salvador, CISALUD también ha logrado la participación de la ciudadanía para que ésta haga sus aportes sobre los temas que trata la comisión. En términos generales, la participación comunitaria aumenta durante la fase de ejecución de iniciativas específicas en razón de las estrategias que se siguen para concientizar, modificar comportamientos y emprender actividades dirigidas a las familias y los hogares. CISALUD también contribuye al fortalecimiento de capacidades mediante actividades de formación y talleres concebidos para profesionales específicos o poblaciones destinatarias.

CISALUD procura sobre todo reducir las desigualdades en materia de salud. Se da prioridad a los municipios con niveles más altos de pobreza y exclusión de los servicios sanitarios, y se enfatiza el empoderamiento de la población más vulnerable. Siempre se hace hincapié en los problemas de salud que afectan predominantemente a las mujeres, los niños, la comunidad homosexual y lesbiana, las comunidades indígenas y las poblaciones rurales. Aunque ningún organismo trabaja específicamente en la forma de abordar cuestiones relacionadas con la diversidad étnica, es un factor que siempre se considera cuando se formulan recomendaciones para la acción.

Los medios de comunicación también participan en esta iniciativa. Distintos programas de televisión han presentado informes sobre el avance de las actividades y promovido campañas de apoyo a la ayuda humanitaria para las personas afectadas por desastres naturales.

Lecciones aprendidas

Contar con la experiencia y la estructura que dejara la CONAPREVIAR facilitó sobremanera el desarrollo y las operaciones de CISALUD. Esta experiencia también proporcionó una plataforma importante para que sus miembros comprendieran y se adaptaran mejor al nuevo enfoque del gobierno ante la salud como derecho humano.

A pesar de no contar con financiamiento propio, la sostenibilidad actual de CISALUD demuestra su éxito y su gran potencial para abordar problemas específicos de salud mediante la acción intersectorial y conjunta. Al enfrentar casos como la gripe aviar y el cólera a través de la acción intersectorial, CISALUD se hizo de una participación activa y colaborativa, generó directrices, documentó el proceso y contribuyó a reducir la incidencia de estas epidemias.

Evaluación y difusión de resultados

Se realizan evaluaciones internas y externas de las actividades emprendidas a través de CISALUD, y sus resultados se presentan ante el organismo de rendición de cuentas de la Presidencia y ante el Congreso, así como ante el Foro Nacional de Salud. El modelo CISALUD también se ha repetido en los gabinetes departamentales y municipales, al igual que en comités locales para abordar problemas sanitarios locales específicos.

Conclusiones del estudio de caso 4

La acción intersectorial sigue siendo la única manera eficaz de tratar los determinantes sociales de la salud. El sector sanitario, aunque con un alcance limitado para ocuparse de factores más amplios que afectan a la salud, puede liderar el proceso movilizándolo otros sectores y guiando la acción multisectorial. La experiencia de CISALUD demuestra el potencial de esta estrategia para afrontar los desafíos de salud de una manera sostenible.

CISALUD ofrece un foro extraordinario para el diálogo intersectorial, el consenso y la acción común ante los problemas de salud. Promueve las alianzas interinstitucionales, el liderazgo gubernamental y el compromiso de las instituciones participantes con las políticas, planes e intervenciones. También proporciona mejores mecanismos de planificación para la asignación de recursos técnicos, financieros, y procedentes de la cooperación internacional.

Un factor importante que apuntala esta iniciativa es el compromiso explícito del gobierno de reconocer la salud como un bien público y un derecho humano fundamental. Esto proporcionó la plataforma para el desarrollo de un esfuerzo colectivo, democrático, participativo e intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud de una manera amplia e integrada. También ayudó a establecer un sistema de atención de salud basado en la equidad, la eficiencia, la solidaridad y el acceso universal, así como a integrar, complementar y ejecutar políticas sanitarias a nivel subregional y regional.

Información adicional

Para más información, favor consultar: <http://siis.salud.gob.sv/>.

CISALUD publica, con el patrocinio de la OPS/OMS, un boletín periódico por el que informa sobre su trabajo y sus progresos.

Estudio de caso 5

El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: estrategias contra el sobrepeso y la obesidad

Introducción

México tiene una de las tasas más elevadas de sobrepeso y obesidad del mundo. Desde 1980, la prevalencia de obesidad y sobrepeso se ha triplicado en el país, especialmente entre los adultos: 70% de los habitantes tiene un IMC por encima del margen considerado saludable. Los datos también revelan un aumento rápido del sobrepeso y la obesidad en niños y jóvenes, especialmente entre los de 5 a 11 años de edad. Esta epidemia causa altos costos para el sistema de salud, afecta a la sostenibilidad del sistema de seguridad social y amenaza la estabilidad económica y social de la población.

El costo de afrontar los retos que el sobrepeso y la obesidad plantean para la salud es elevado y está aumentando rápidamente, lo que genera un grave problema para el funcionamiento y la financiación del sistema sanitario. La atención médica a los problemas de salud vinculados al sobrepeso y la obesidad aumentó 61% entre el año 2000 y el 2008. Los costos indirectos por la pérdida de productividad a causa de muerte prematura también habían aumentado considerablemente para el 2008. Según las proyecciones, los costos directos e indirectos del sobrepeso y la obesidad se cuadruplicarían entre el 2000 y el 2017.

Las investigaciones indican que son múltiples los factores que causan sobrepeso y obesidad. Entre estos se destacan: cambios en la accesibilidad y el consumo de alimentos, los modos de vida, los niveles de actividad física y los hábitos alimentarios, cambios debidos al crecimiento económico, la urbanización, una esperanza de vida mayor, la incorporación de la mujer a la fuerza laboral, la producción masiva de alimentos y la disminución de los precios de los alimentos y bebidas, el agregado de aditivos para prolongar la vida útil de los productos, y un acceso más fácil a los alimentos procesados que a los alimentos frescos.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) de México, 2007-2012, incluía un Programa Nacional de Salud que definió cinco objetivos globales, a saber:

- 1) Mejorar las condiciones de salud de la población;
- 2) Reducir la desigualdad en el campo de la salud mediante intervenciones focalizadas en las comunidades vulnerables y marginadas;
- 3) Ofrecer servicios de salud seguros y de calidad;
- 4) Evitar el riesgo de pobreza debida a problemas de salud, y
- 5) Garantizar que la salud contribuya a la lucha contra la pobreza y al desarrollo del país.

En este marco, el gobierno mexicano lanzó en el 2010 el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Este acuerdo se basa en la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad

física y salud para la prevención de enfermedades crónicas, adoptada por la OMS en el 2004. Bajo la conducción de la Secretaría de Salud, el acuerdo movilizó a 15 directores de organismos gubernamentales, recibió el apoyo del entonces presidente del país e incorporó el mandato de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud y los principios de equidad, género, interculturalidad e inclusión social.

El acuerdo se propone alcanzar tres objetivos principales:

- Hacer retroceder el crecimiento del sobrepeso y la obesidad en niños de 2 a 5 años de edad;
- Detener el crecimiento del sobrepeso y la obesidad en la población de 5 a 19 años de edad; y
- Desacelerar el crecimiento del sobrepeso y la obesidad en la población adulta.

Acción intersectorial para combatir la epidemia de obesidad

A medida que la epidemia de obesidad y el sobrepeso ganaban prioridad como problema nacional de salud pública en México, el acuerdo se convirtió en una herramienta para orientar la formulación de planes nacionales multisectoriales y movilizar a todos los organismos gubernamentales para trabajar juntos en pos de los diez objetivos principales siguientes:

- 1) Fomentar la actividad física en los entornos escolar, laboral y comunitario, con la colaboración de los sectores público, privado y social;
- 2) Aumentar la disponibilidad, la accesibilidad y el consumo de agua simple potable;
- 3) Reducir el consumo de azúcar y grasas en bebidas;
- 4) Aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, cereales y granos integrales;
- 5) Mejorar los procesos decisorios en las comunidades a través de información explícita y clara acerca de los alimentos procesados;
- 6) Promover y proteger la lactancia materna;
- 7) Disminuir el consumo de azúcar y edulcorantes calóricos aumentando la disponibilidad de opciones;
- 8) Disminuir el consumo de grasas saturadas y grasas trans de origen industrial;
- 9) Orientar a la población sobre el control del tamaño de las porciones en el hogar y los restaurantes, y
- 10) Disminuir el consumo de sal.

La planificación distribuye estos diez objetivos en cuatro líneas transversales de acción, a saber:

- 1) Información, educación y comunicación;
- 2) Promoción de la causa, correclamación y reglamentación;
- 3) Seguimiento y evaluación;
- 4) Investigación.

Actualmente, el acuerdo prevé la implementación de 103 actividades y el logro de 245 metas de proyectos mediante el trabajo de los organismos participantes. Cada organismo ejecuta actividades específicas que se le asignan en el marco del acuerdo nacional, por ejemplo:

- Sector de la salud: impulsar programas sectoriales, actualizar las normas y los reglamentos sobre alimentos y publicidad, apoyar la lactancia materna y el alfabetismo nutricional, promover la incorporación de agua simple potable en los desayunos escolares, capacitar a los organismos de desarrollo integral de la familia a nivel estatal y local sobre alimentos escolares saludables, impulsar la actividad física, capacitar a profesionales de la salud sobre una alimentación correcta.
- Secretaría de Educación: impulsar la educación física en las escuelas y la igualdad de género en los deportes, promover, a través del currículo escolar, el consumo de agua simple potable y el alfabetismo nutricional, garantizar la instalación de bebederos en las escuelas, facilitar la disponibilidad de agua y bebidas de bajo contenido calórico en colaboración con la industria alimentaria, generar lineamientos para proveer alimentos escolares con menos contenido de azúcar, promover el Acuerdo de la Secretaría para el expendio de alimentos y bebidas con opciones más saludables en las escuelas.
- Secretaría de Trabajo y Previsión Social: promover la educación física y la alimentación sana en los centros de trabajo, vigilar el cumplimiento de la reglamentación sobre la disponibilidad de agua potable gratuita, abogar por la lactancia materna y revisar la legislación para protegerla a favor de las madres trabajadoras.
- Secretaría de Desarrollo Social: promover el uso de los espacios públicos para la realización de actividad física, promover la actividad física en los jóvenes en el marco del Programa Oportunidades e impulsar la accesibilidad y disponibilidad de leche semidescremada.
- Secretaría de Economía: crear sistemas de apoyo a las cadenas de distribución para mejorar el acceso a frutas, verduras, legumbres y cereales integrales; difundir a la industria información sobre mercados de productos saludables.
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación: promover alternativas al uso de la caña de azúcar, mejorar la oferta de productos descremados, atender problemas estructurales para apoyar las opciones alimentarias agrícolas, reforzar el acuerdo para promover el consumo de frutas y verduras.
- Secretaría de Hacienda: analizar instrumentos encaminados a promover el consumo de alimentos saludables.
- Comisión Nacional del Agua: promover el acceso al agua potable para las poblaciones vulnerables.

Otros organismos que participan en este acuerdo son: COFEPRIS, SNDIF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y CONADE. La iniciativa no tiene presupuesto propio, pero se financia mediante asignaciones presupuestarias de los organismos participantes, incluido el sector de la salud.

En el marco de esta iniciativa, se estableció el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (CONACRO). Este consejo es presidido por el Secretario de Salud y vice presidido por el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. Corresponde al Secretario de Salud designar a un coordinador, mientras que las principales instituciones participantes nombran a sus propios representantes ante el Consejo.

Se utiliza una variedad de mecanismos para promover la acción intersectorial. Por ejemplo, desde el 2010 se han organizado cinco talleres entre los sectores de educación y salud para definir la forma de ejecutar los lineamientos generales para el expendio y la distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas.

El acuerdo también ha dado lugar a cambios clave de políticas en sectores diferentes del de la salud. La Secretaría de Trabajo y Previsión Social ha adoptado la Ley de Ayuda Alimentaria para promover un régimen alimentario saludable para los trabajadores. El Secretario de Educación ha elaborado un plan de acción para el sistema escolar de educación básica para promover la actividad física, el alfabetismo alimentario y un régimen alimentario saludable; también ha emitido los lineamientos generales para el expendio y la distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas. El Secretario de Salud ha emitido lineamientos para fortalecer las políticas públicas sobre la lactancia materna. Además, se han concluido varios convenios a nivel estatal como consecuencia de esta iniciativa nacional.

Participación pública y mecanismos de participación

La sociedad civil organizada, las ONG, la comunidad académica y la industria de alimentos y bebidas participan activamente en los procesos relacionados con el acuerdo y en el Consejo.

Durante la fase de planificación del acuerdo se celebraron consultas públicas y se forjaron alianzas formales con distintas ONG.

Habida cuenta del papel fundamental que desempeña la industria de alimentos y bebidas en relación con los factores que afectan a la obesidad y al sobrepeso, el acuerdo puso especial énfasis en la colaboración público-privada. El sector de la industria de alimentos y bebidas, en razón de la importante función que cumple en la producción de alimentos, la publicidad y el acceso a sus productos, así como en la promoción de opciones más saludables, se ha comprometido a introducir algunos cambios en sus procesos y productos y a colaborar en actividades de promoción de la causa y sensibilización. Este convenio con la industria incluye la elaboración de nuevos productos y cambios en la composición de productos anteriores; la provisión de información clara a los consumidores; la adopción voluntaria de medidas de comercialización dirigidas a los niños ofreciendo opciones más saludables; y la promoción de la actividad física y de modos de vida saludables.

Los medios de comunicación también desempeñaron un papel importante al observar los nuevos reglamentos relacionados con la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, que se alinearon con los objetivos y las metas determinadas mediante el acuerdo.

El acuerdo nacional contra el sobrepeso y la obesidad presta particular atención a los aspectos relacionados con el género y la diversidad étnica. Apoyó la salud de la mujer con el establecimiento de directrices para fortalecer las políticas públicas sobre la lactancia materna a través de, por ejemplo, el apoyo a las madres trabajadoras que amamantan. También se prepararon materiales específicos para ayudar a mejorar la calidad de los alimentos entre las poblaciones indígenas.

Lecciones aprendidas

Se ha avanzado considerablemente en la disminución del contenido de sal, grasas, grasas trans, azúcar y edulcorantes calóricos en los alimentos procesados, así como en el aumento de la actividad física en escuelas y centros de trabajo.

El acuerdo nacional facilitó una plataforma para establecer una relación fructífera con la industria de alimentos y bebidas y condujo a los resultados siguientes:

- disminución gradual del contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas en los alimentos industrializados;
- eliminación de las grasas trans de origen industrial;
- reducción del tamaño de las porciones que se ofrecen a la venta en forma de alimentos procesados y en restaurantes;
- suscripción de compromisos internacionales para limitar la publicidad dirigida a los menores (Código PABI), y
- esfuerzo conjunto para suministrar mejor información a través de un etiquetado de productos que permita a los consumidores tomar mejores decisiones relacionadas con su salud y con la selección de alimentos.

El acuerdo nacional permitió poner en práctica importantes mecanismos y herramientas que fueron fundamentales para la negociación de logros importantes en materia de reglamentación, distribución, comercialización y publicidad de alimentos y bebidas. La participación del sector privado es central debido a la imperiosa necesidad de modificar los alimentos y bebidas mediante nuevos reglamentos o convenios voluntarios de no adoptarse ninguna regla nueva.

Esta experiencia destacó la importancia de las alianzas para promover y generar cambios en sectores diferentes al de la salud. Ejemplo de ello es la necesidad de que las escuelas y los centros de trabajo ofrezcan opciones más saludables a estudiantes y trabajadores. Es fundamental continuar con las investigaciones para identificar las causas y los factores clave, así como las soluciones posibles al problema de la obesidad y el sobrepeso.

Los datos señalan que las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, que se ven afectadas de manera desproporcionada por este reto de salud pública y que tienen un acceso limitado a los servicios médicos, han tenido las mayores mejoras en cuanto a la oferta y al acceso a alimentos, modos de vida e ingresos. Esto indica que las medidas tomadas en el marco de este acuerdo podrían disminuir sus probabilidades de contraer problemas de salud.

Factores que facilitaron la aplicación del acuerdo y desafíos afrontados

Algunos de los factores que facilitaron la formulación y ejecución de esta experiencia fueron la promoción de estas políticas al más alto nivel político, el reconocimiento de la importancia y el alcance del problema por parte de los principales interesados directos, la existencia de un análisis del impacto económico que definió más claramente las posibles consecuencias del problema, y la incorporación del enfoque de los determinantes sociales de la salud en el marco del acuerdo y en la planificación de las actividades.

Se afrontaron, sin embargo, importantes desafíos, a saber: un presupuesto insuficiente, incertidumbre acerca de la continuidad de las actividades en caso de producirse cambios políticos a nivel federal, marcos normativos y jurídicos deficientes, dificultades relacionadas con el desarrollo de campañas intersectoriales educativas y de concientización, la falta de mecanismos para mejorar la participación de la sociedad civil, la falta de un plan de evaluación para demostrar la repercusión y los resultados del esfuerzo intersectorial integrado de la iniciativa en su conjunto.

Evaluación y difusión de resultados

Aunque no se ha conducido ninguna evaluación formal de la iniciativa, algunos de sus componentes han sido evaluados y los resultados muestran lo siguiente:

- 80% de las empresas que anuncian sus productos en los medios de comunicación se ha unido al Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas Dirigida al Público Infantil (Código PABI). Como resultado, 41% de los anuncios de la industria actualmente promueve modos de vida saludables;
- los lineamientos generales para el expendio y la distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas han sido finalmente dados a conocer;
- 98% de las escuelas primarias y secundarias incluye actualmente la actividad física en sus programas de estudios;
- 78% de escuelas básicas de educación proporciona agua potable;
- la creación de un sitio web permite al gobierno publicar la lista de productos que cumplen con los criterios nutricionales establecidos. Actualmente hay casi 2.000 productos registrados;
- se han preparado materiales didácticos, como pautas para la actividad física, manuales para los padres sobre los almuerzos escolares (16 millones de ejemplares) y un manual de higiene para la preparación de alimentos en las escuelas (250.000 ejemplares).

Conclusiones del estudio de caso 5

Esta es la primera vez que se propone en México una política de salud pública para afrontar los desafíos del sobrepeso y la obesidad desde una perspectiva multifactorial, y se han adoptado mecanismos y emprendido actividades que van más allá del ámbito del sector sanitario. Esta experiencia muestra que un liderazgo fuerte y la adopción de las herramientas y los mecanismos de acción intersectorial han permitido tomar medidas clave para combatir una importante prioridad de salud pública y movilizar recursos hacia un objetivo común. La sostenibilidad de la iniciativa ha mejorado con el establecimiento de medidas a nivel no solo federal, sino también estadual y municipal, así como con la promulgación de normas y reglamentos clave para una variedad de sectores.

Bibliografía

Cordova-Villalobos, José Ángel. "El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria como una estrategia contra el sobrepeso y la obesidad." *Cirugía y Cirujanos* 78.2 (2010): 105-107.

World Health Organization (WHO). "Overweight/obesity, 2008". 2011.

Información adicional

Para más información acerca de esta iniciativa, que ha aparecido en informes periódicos sobre salud, exámenes de datos científicos, portal en la web, redes sociales y campañas especiales a través de medios de comunicación electrónicos, favor consultar: www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/acuerdo_nacional.html.

Conclusiones

A medida que la comunidad internacional se esfuerza por responder al creciente problema de las desigualdades sociales y en materia de salud, así como a otros objetivos internacionales de desarrollo, la necesidad de contar con una agenda para el desarrollo después del 2015 ha venido ganando prominencia. El debate sobre esta agenda se produce en un momento en que el desarrollo sostenible ocupa el primer plano en la política, mientras la salud gana un reconocimiento creciente como elemento decisivo y precondition para el desarrollo.

La definición del marco de esta agenda para el desarrollo después del 2015 pasa por un examen del pasado, una comprensión cabal de la situación y de los retos actuales y una visión para el futuro. Hoy por hoy, se tiene mayor conciencia de la necesidad de centrarse tanto en los medios como en los fines: la salud como derecho humano; la equidad en salud; la igualdad de oportunidades; convenios mundiales; sistemas de salud más fuertes y más resilientes; la innovación y la eficiencia como respuesta a las limitaciones financieras, y la atención a los determinantes sociales de la salud.

El enfoque de la salud en todas las políticas ofrece un marco integral y una respuesta práctica para abordar estos temas con un enfoque multisectorial y con una comprensión de los contextos normativos, económicos, culturales y políticos más amplios. También proporciona estrategias, herramientas y mecanismos para apoyar una acción más coordinada y mejorar las relaciones entre los sectores a fin de contribuir positivamente al logro de resultados sociales y de salud pública.

Países de todo el mundo han adoptado el enfoque de la salud en todas las políticas en diversos grados y han demostrado su potencial para crear cambios significativos en las políticas y las estructuras. Los estudios de caso presentados en este documento son ejemplos de mejores prácticas sobre la forma en que este enfoque puede contribuir al logro de las metas de salud, así como al de los objetivos de otros sectores, y mejorar la gobernanza de la salud.

La forma en que los países diseñen sus políticas y la calidad de la acción intersectorial establecida serán la clave para definir el futuro de las políticas mundiales y locales. A medida que nos acercamos hacia la definición de la agenda para el desarrollo después del 2015, el enfoque de la salud en todas las políticas adquiere más importancia que nunca.

Bibliografía

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2013). Desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe: seguimiento de la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo post-2015 y Río+20. Documento disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/50797/RIO_20-Rev2.pdf.

Leppo, K., Ollila, E. Health in All Policies: Seizing Opportunities, implementing policies. Ministerio de Asuntos Sociales y Salud, Finlandia: Helsinki 2013.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Alma-Ata. OMS: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS: Ginebra.

World Health Organization (WHO). (2013). Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action. Documento disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf.