

## Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables: ¡Descíframe o te devoro!

Marco Akerman<sup>1</sup>, Rosa María Pretell Aguiar<sup>2,3</sup>, Gabriela Murillo Sancho<sup>4</sup>, Sergio Meresman<sup>5</sup>, Susana Terry<sup>6</sup>

### Resumen

Hoy, cuando hacemos la edición final de este capítulo, estamos en el 27 de junio de 2020. El sitio web Worldometers.info en su conteo diario de los números de la pandemia COVID-19 calcula 9.951.001 casos en todo el mundo con 497.911 muertes. Se publicó recién en el periódico Folha de São Paulo una frase del periodista Sérgio Rodrigues que representa bien por lo que ha pasado el mundo: "El tiempo de la pandemia sabe cómo ser una esfinge". "Descíframe o te devoro" es la frase de desafío puesta por la Esfinge de Tebas a la entrada de la antigua ciudad-estado griega. La Esfinge devoraba ciudadanos que no podían responder al enigma que se presentaba: "¿Qué criatura tiene cuatro pies en la mañana, dos al mediodía y tres en la tarde?" La respuesta vino de Edipo: "¡Es el ser humano! Se arrastra como un bebé, camina sobre dos pies como adulto y usa un bastón en la vejez". Hoy nos enfrentamos a muchos enigmas contemporáneos. Una de ellas es, sin duda, cómo organizar las respuestas urbanas al mundo que se nos presentan ante la pandemia de COVID-19. Descifrar este enigma es la única forma de prevenir nuevas pandemias, exclusión social, opresión, injusticia, el crecimiento irracional de la economía y la población, el deterioro exacerbado de las condiciones de vida en las ciudades, especialmente en el sur global. Solo hay una respuesta a este enigma. No hay un banco congelado de "respuestas urbanas". Cada ciudad, con sus especificidades territoriales, en cada país, tiene su propio ADN que dará como resultado una multiplicidad de respuestas adaptadas a cada contexto bajo análisis. Este capítulo anuncia estas respuestas múltiples basadas en la reflexión de seis colegas latinoamericanos sobre sus experiencias con iniciativas de Municipios y Comunidades Saludables. Somos los autores de este capítulo, provenientes de varios países: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba y Perú con diferentes experiencias, pero todos imbuidos con el propósito de reflexionar sobre lo que se ha hecho en sus respectivos países, para anunciar perspectivas futuras en términos epistemológicos, políticos y estratégicos que colocan a las ciudades como "actores" centrales en la producción social de salud y bienestar. Como todos somos originalmente profesionales de la salud, nuestro punto de partida para el análisis será el sector de la salud y la iniciativa de "ciudades saludables", sin embargo, ampliaremos nuestras propuestas para el futuro más allá del sector de la salud y más allá del adjetivo saludable, en busca del "derecho universal a la ciudad" en tiempos de "derecho universal a la salud". Marco Akerman sostiene que las ciudades, a pesar de estar llenas de desafíos complejos, son privilegiadas por su capital humano y social, que contiene las capacidades y la inventiva para enfrentar estos desafíos. Sin embargo, advierte que continuar fragmentando las respuestas en múltiples adjetivos para calificar el nombre de la ciudad como "saludable", "educativo", "sostenible", "inteligente", "amigable para los niños", "amigable para los ancianos", "accesible", "seguro", etc., puede socavar las respuestas integradas, tan necesarias en este ámbito urbano de complejidad. Sugiere el "derecho a la ciudad" como un "valor común" que podría ser una plataforma para integrar recursos, acciones, talentos y personas. Sergio Meresman nos desafía epistemológica y políticamente al poner la interseccionalidad en su diván de psicoanálisis y, derivado de su trabajo de consultoría internacional, nos muestra cómo las ciudades pueden prepararse para incluir. Rosa Pretell y Anselmo Cancino, por sus experiencias en los Gerentes de la Red Latinoamericana de Promoción de la Salud, nos presentan los desafíos para articular las redes de Municipios, Comunidades y Ciudades Saludables en la Región de las Américas con otras redes de ciudades. Gabriela y Susana Terry nos traen un análisis de cómo las agendas urbanas se han desarrollado en sus países y qué perspectivas futuras vislumbran para las agendas de las ciudades en tiempos de la Agenda 2030 en sus países.

---

<sup>1</sup> Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Jefa de Proyectos y Diseño de Intervenciones de Programa Nacional Pensión 65. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - Perú.

<sup>3</sup> Ministerio de la Salud de Chile.

<sup>4</sup> Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica.

<sup>5</sup> Consultor Independiente en Promoción de la Salud y Discapacidad, Argentina/Uruguay.

<sup>6</sup> Ministerio de la Salud de Cuba.

## La ciudad como problema y solución

No son pocos los esfuerzos para vincular la cuestión urbana a la salud. De esa forma, pretendemos aquí, al tratar la iniciativa/estrategia/agenda de ciudades, considerarla como un amplio y complejo repertorio que favorece el análisis, la reflexión y la toma de decisiones. Indagamos sobre el sentido de esas acciones realizadas con el objetivo de constituirse como una agenda urbana innovadora y, de esa forma, organizarse para superar los innumerables desafíos sociales y políticos propiciando el contacto con nuevas y potenciales ideas transformadoras de revalorizar la vida de las ciudades y producir salud. En esa dirección, averiguamos si sus respuestas al enfrentamiento de la compleja realidad de las ciudades tienen de hecho un carácter de emancipación y transformación o si refuerzan abordajes de integración y conservación.

Tampoco son raros los estudios, escritos y reflexiones provenientes de distintas áreas del conocimiento sobre los problemas sociales manifestados en la ciudad, poniendo en evidencia temas nuevos y antiguos tales como la globalización, la urbanización, la segregación, la desigualdad, la exclusión y la pobreza. Igualmente, se ha formulado la idea de que las ciudades puedan repensarse para transformar la realidad socioespacial y hacer que sean un lugar mejor para vivir.

Pretendemos aquí no idealizar la ciudad y recorrer el camino reflexivo indicado por Ítalo Calvino al referirse a la ciudad de Marozia. Dice él: “veo dos ciudades: la de la rata y la de la golondrina; ambas cambian con el tiempo; pero su relación no cambia: la segunda es la que está a punto de librarse de la primera”<sup>7</sup>.

Por esto, cabrá preguntar: (1) ¿cuáles son los desafíos sociales, políticos y conceptuales que se plantean hoy día para las ciudades?; (2) ¿cuáles son las respuestas contemporáneas que se han formulado?; (3) la agenda por ciudades saludables, ¿responde a esos desafíos?

Para contribuir con el debate sobre las formas de actuación en las ciudades, consideramos de antemano que las ciudades son espacios de la política, por eso atravesados por disputas, conflictos y relaciones de poder, pero también dotados de simbología, de distintas identidades, de representaciones, de imaginarios y de subjetividades. De hecho, algunos de esos significados, identidades, imaginarios, resultan de las disputas y conflictos de poder.

Esa doble significación presenta innumerables desafíos y parece ser un horizonte fructífero para la producción social de la salud, tanto en la inclusión de diversos sujetos locales en el establecimiento de políticas públicas de mejora de las condiciones de vida y salud, como en la toma de decisiones compartidas y, por lo tanto, más legítimas.

Como producto de la sociedad, la ciudad no podría dejar de expresar la realidad social y económica en la que se insiere. Sin embargo, no se trata tan solo de considerarla reflejo de lo que sucede en la sociedad, como local de la producción industrial, del intercambio de mercancías, las ciudades son mucho más, son producidas y apropiadas bajo determinadas relaciones sociales. La ciudad es objeto y, también, agente activo de las

---

<sup>7</sup> Calvino, I. *As cidades invisíveis*. Traducción Diogo Mainardi. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. p. 140, 142.

relaciones sociales. Los espacios urbanos no se constituyen en meros escenarios para la sociedad, sino que son parte integrante de ella<sup>8</sup>.

Desde 1986, la iniciativa “Ciudades Saludables” está en vigor en todo el mundo, cuando fue lanzada por la OMS bajo el liderazgo de Ilona Kickbusch<sup>9</sup>.

Desde entonces, hubo mucho movimiento en Europa y en Canadá, algunas redes en América Latina y más recientemente reactivación del movimiento en China y en otras partes del mundo, después de la Conferencia Global de Promoción de la Salud en Shanghái en 2016, con el lanzamiento del Consenso en Ciudades Saludables durante el encuentro de alcaldes de todo el mundo<sup>10</sup>.

En 2008, la OPAS tomó la decisión de reflexionar sobre los límites y avances de las iniciativas en la Región de Municipios y Comunidades Saludables, terminología que adoptó para denominar el “Ciudades Saludables” de la OMS y realizó una Encuesta Panamericana para reposicionar la estrategia<sup>11</sup>.

El movimiento continúa vivo y, en febrero de 2018, la OMS Europea lanzó el “Copenhagen Consensus of Mayors on ‘Healthier and Happier Cities for All’; a vision for the future”.

¿En dónde se encaja esa Cumbre de Alcaldes en esa notable historia de las iniciativas de “ciudades saludables” en varias partes del mundo? A partir de esa Cumbre, ¿qué podemos anunciar que indique una reformulación de las bases y de las estrategias de cómo trabajamos con las ciudades?

El Consenso de Copenhague de los alcaldes conectó explícitamente las ciudades a la Agenda de las Naciones Unidas para 2030. La Agenda 2030 consiste en 17 Objetivos y 169 indicadores; todos ellos relevantes para la política y la acción local.

En el corazón de la Agenda 2030 está el compromiso con la sostenibilidad y la equidad por medio de un abordaje transformador para buscar sociedades incluyentes, sostenibles y resilientes.

El mensaje que vino con fuerza tanto del Consejo Regional de la OMS, del Director y de los líderes políticos en la Cumbre de Alcaldes, fue que las Naciones Unidas no conseguirán hacerlo sin el involucramiento de las ciudades.

Otro mensaje de la Cumbre fue que mientras que las ciudades ocupan tan solo el 2% del área del planeta, ellas representan el 70% de la economía global, el 60% del consumo de energía, el 70% de las emisiones de gases del efecto invernadero y el 70% del desperdicio global.

---

<sup>8</sup> Maricato, E. *Habitación e cidade*, 7ª edición, São Paulo: Atual Editora, 2010, p. 42.

<sup>9</sup> John Ashton; Adam Tiliouineb, Monika Kosinskac Editorial. *The World Health Organization European Healthy Cities Network 30 years on. Gac Sanit.* 2018;32(6):503–504.

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud. *Shanghai Consensus on Healthy Cities 2016 Health Promot Int.* 2017 32(4):603-605.

<sup>11</sup> Sergio Meresman, Marilyn Rice, Carlos Vizzotti, Romina Frassia, Pablo Vizzotti, y Marco Akerman *Contributions for repositioning a regional strategy for Healthy Municipalities, Cities and Communities (HM&C): results of a pan-American survey.* Journal of Urban Health. 87(5):740-54, 2010.

Las ciudades pueden ser una gran parte del problema, pero sin ellas no se conseguirá encontrar soluciones. El Consenso de Copenhague asumió el compromiso de que las ciudades formen parte de la solución.

### ¿Derecho a la ciudad?

¿Qué sugerencia daríamos para que las agendas tecno-políticas de las agencias de la ONU ayudaran a las ciudades a fortalecer el eje de la solución?

En primer lugar, que la ONU coordinara un programa articulado con sus agencias que evitara la fragmentación en múltiples adjetivos vinculados al sustantivo “ciudad”, en que cada agencia de la ONU aboga por su propia agenda específica: saludable, sostenible, feliz, educadora, inteligente, accesible, incluyente, pacífica, creativa, justa, segura, resiliente, productiva, amiga de los niños, amiga de los ancianos etc. Estas fragmentaciones reproducen dinámicas que segregan, descoordinadas y contrarias a la idea de desarrollo sostenible. De hecho, esa fragmentación desacredita los intentos de cada uno de esos enfoques, todos ellos basados en una retórica integradora y holística.

En segundo lugar, que se llegara a un consenso entre las agencias de una base valorativa común que anunciara un compromiso ético-político de la iniciativa.

Nuestra sugerencia es que el lema valorativo y político que sirviera de base a las agendas de ciudades sea: DERECHO A LA CIUDAD.

El derecho a la ciudad fue introducido como título de un libro por el filósofo francés Henry Lefebvre en 1968<sup>12</sup>. Su definición buscó subrayar la no exclusión de ninguna parte de la sociedad de las cualidades y beneficios de la vida urbana. El autor también criticó la realidad urbana interpretada solamente por cuestiones espaciales, considerándola reduccionista y simplificada, por considerar a los individuos, sujetos actuantes en el espacio social<sup>13</sup>.

Un número de movimientos populares, como el de los moradores de Abahlali baseMjondolo, en Sudáfrica, viviendo en condiciones precarias de vivienda; la Right to the City Alliance, en Estados Unidos; la Recht auf Stadt, una red de ocupantes, inquilinos y artistas en Hamburgo, y varios movimientos en Asia y América Latina incorporaron la idea del derecho a la ciudad para una gobernanza más democrática, en respuesta a la gentrificación y a los desplazamientos urbanos<sup>14</sup>.

Se entiende que la pregunta “qué tipo de ciudad se desea” no puede divorciarse del tipo de lazos y contribuciones sociales, relación de la población con la naturaleza y con los recursos, estilos de vida, tecnologías y valores estéticos.

---

<sup>12</sup> Lefebvre H. *O direito à cidade*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Centauro; 2011.

<sup>13</sup> Unger K. “Right to the city” in response to the Crisis: ‘Convergence’ or divergence of Urban Social Movements?” *Reclaiming Spaces*. [documento en Internet]. [citado el 12 abr 2017]. Disponible en: <http://www.reclaiming-spaces.org/crisis/archives/266>.

<sup>14</sup> Leavitt J, Samara TR, Brady M. *Right to the city: social movement and theory*. *Poverty and Race* 2009; 18(5):3-6.

David Harvey, geógrafo británico, avanza en este debate con una reflexión más conectiva entre ciudadanos, ciudades, valores y naturaleza. Para él, el derecho a la ciudad depende del ejercicio de un poder colectivo de moldear el proceso de urbanización, puesto que la libertad de construir y reconstruir la ciudad y a nosotros mismos ha sido uno de los más preciosos y descuidados derechos humanos<sup>15</sup>.

El derecho a la salud forma parte del conjunto de derechos sociales reconocidos y garantizados por algunos países, que tiene como inspiración el deber del estado en la financiación de las acciones de salud y la universalidad como derecho de ciudadanía.

El derecho a la salud se interconecta con el derecho a la ciudad en la medida en que, al garantizar espacios urbanos saludables para la población, también promueve la reducción de inequidades y la posible expansión del usufructo de los efectos positivos de la urbanización a grupos postergados y desfavorecidos. La interconexión entre el derecho a la ciudad y el derecho a la salud se hipotetiza como impulsor necesario para la promoción de la equidad<sup>16</sup>.

Andrade y Franceschini (2017)<sup>17</sup> profundizaron el análisis de la fragmentación de las agendas urbanas y realizaron un estudio documental de abordaje cualitativo de agendas urbanas propuestas por organismos internacionales: Ciudades Saludables, Ciudades Sostenibles, Ciudades Inteligentes y Ciudades Educadoras. Los resultados mostraron que hay empeño, en mayor o menor grado, por parte de las agendas analizadas, en asumir los mismos pilares para el desarrollo de sus estrategias: participación social, la intersectorialidad y el territorio como fundamentales en el enfrentamiento de las exclusiones e inequidades.

Si es de esa forma, ¿por qué adjetivos distintos “saludable”, “sostenible”, “educadora”, “inteligente” para el mismo sustantivo “ciudad”?

¿Eso no favorecería más intereses sectoriales y corporativos, en donde cada una de las agendas/adjetivos se identificaría con una agencia específica y su respectiva plantilla, departamentos de universidades, líneas de investigación, congresos disciplinarios, revistas científicas con los adjetivos en sus títulos?

Ese aforismo atribuido a Carlos Matus<sup>18</sup>: “La ciencia tiene asignaturas, la universidad tiene departamentos, el gobierno tiene sectores, ¿pero la realidad tiene problemas” no reflejaría esta fragmentación intencionada y no resolutive de los problemas concretos de una realidad determinada?”.

Es en ese sentido que propugnamos el Derecho a la Ciudad, sin adjetivos, como la agenda urbana Inter agencias, interinstitucional e intersectorial para enfrentar los desafíos de las ciudades en el siglo XXI.

---

<sup>15</sup> Harvey D. *O direito à cidade*. Lutas Sociais 2012; 29:73-89.

<sup>16</sup> Figueiredo, Glória Lúcia Alves, Martins, Carlos Henrique Gomes, Damasceno, Jaqueline Lopes, Castro, Gisélia Gonçalves de Mainegra, Amado Batista, & Akerman, Marco. (2017). *Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões?* *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 3821-3830.

<sup>17</sup> Andrade Elisabete Agrela de, Franceschini Maria Cristina Trousdell. *O direito à cidade e as agendas urbanas internacionais: uma análise documental*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22 (12): 3849-3858.

<sup>18</sup> Economista chileno que, a principios de la década de 1970, concibió la Metodología de la Planificación Estratégica Situacional (PES) para enfrentar los desafíos de la administración pública.

Lógicamente, cada ciudad puede y debe identificar su vocación y potencia social para la llamada de su iniciativa urbana, como estrategia de marketing social. Por ejemplo, en Brasil, la ciudad de Santos es conocida como un local con alta expectativa de vida y un refugio para los ancianos en la fase de la jubilación. En este sentido, la agenda de la ciudad de Santos podría contener en su marca el adjetivo “amiga del anciano”, pero con la conciencia plena de la sociedad de que su intuito es promover el Derecho de Santos a todos los rangos de edad, de raza, color, género, orientación sexual y portadores de deficiencias.

## **La ciudad y sus muros**

### **La intersectorialidad en el diván**

La intersectorialidad es una de esas cosas con las que todo el mundo dice estar de acuerdo, pero nadie hace.

Si coincidimos con este planteo, podemos inferir una primera línea de análisis: la intersectorialidad implica no solo una forma de retórica sino también de comportamiento y acción. El problema parece ser de coherencia entre lo primero y lo segundo.

Es importante reconocer los problemas. Solamente si lo hacemos podemos tener la posibilidad de pensarlos y quizás resolverlos o al menos moderarlos.

Los ejemplos de cosas que se proclaman unánimemente *provechosas*, y que no se practican son innúmeros: comer “sano”, ir al psicólogo, dormir ocho horas, evaluar programas. Representan casi siempre lo que los psicólogos llamamos “racionalizaciones” o “intelectualizaciones”: son mecanismos de defensa relativamente útiles gracias a los que se procura evitar la frustración a través de un razonamiento. La racionalización distorsiona la realidad para protegernos de ella, justificando así dificultades, temores o fracasos.

En el terreno de las políticas públicas y las estrategias de desarrollo, la intersectorialidad tiene un consenso casi absoluto como “ideal” y como concepto teórico: lo recomiendan unánimemente las agencias de cooperación internacional, *los papers* e investigaciones académicas y los líderes de opinión.

Como si el sentido común<sup>19</sup> no fuera suficiente a la hora de reconocer que es imposible abordar con recetas parciales las complejidades e intersecciones adonde habitan las diversas y dispersas realidades humanas. Como si no fuera evidente que lo social no está hecho de clavos a los que bastaría machacar con la ayuda exclusiva de un martillo.

Sin embargo, y a pesar de este unánime acuerdo teórico y político, son muy pocas las *prácticas* intersectoriales sostenidas. Son escasos los enfoques integrales u holísticos que se concretan en acuerdos, coordinaciones y enfoques colaborativos de largo plazo a la hora de presupuestar, planificar o implementar estrategias de desarrollo. Los principios que se proclaman quedan así en el terreno de las expresiones de deseo o peor aún, de una retórica vacía y engañosa.

---

<sup>19</sup> Expresado de manera maravillosa en la cita de Matus que introduce este libro: la realidad es problemática. O como dice un colega, “*Ser feliz es muy simple. Lo difícil es ser simple*”

Coexisten en el interior de este fenómeno aspectos fundamentales de las culturas institucionales (sectoriales), los tabúes políticos y las lógicas (o ilógicas) internas y dinámicas grupales e interpersonales que habitan el interior de esas prácticas y acerca de las cuales conviene no estar desprevenidos.

Quizás lo mismo que nos hace argumentar en favor de los beneficios de la intersectorialidad y levanta las manos a su favor en conferencias y reuniones técnicas, nos hace temer al mismo tiempo, la pérdida de ciertas conveniencias. Como si en algún lugar recóndito del ser de las personas o de las instituciones, sospecháramos que trabajar *intersectorialmente* nos acarreará perjuicios, incomodidades, tensiones, sinsabores. O como si hubiera un lado oculto (¿en las instituciones? ¿en nosotros?) que invirtiera el signo de su proclamado valor a un resultado práctico casi nulo.

### **Ana-lisis de lo sectorial**

En la apertura de la Conferencia Internacional de Promoción de Salud desarrollada en Yakarta en 1997 y que abordó como tema principal la *intersectorialidad*, uno de los conferencistas principales, líder tribal de una comunidad que aún habita en una isla del pacífico asiático, hizo referencia a un tabú ancestral de su cultura que prohíbe a los habitantes de la isla “pasar por arriba de las aguas”.

Este tabú, se impone aún hoy sobre todos los habitantes de la isla, excepto una privilegiada casta de poderosos que a través de su religión y su poder son capaces de conjurar el maleficio. El beneficio que estos pocos obtienen de su privilegio consiste en la posibilidad exclusiva de montarse en barcos para cruzar de una orilla a otra o en aviones para atravesar los vastos mares e ir más allá de los límites de su soberano, pero incomunicado imperio.

Durante la conferencia, este ejemplo fue ofrecido como metáfora de ciertas supersticiones y las consecuentes reglas y prohibiciones relacionadas con la posibilidad de salir de los confines de nuestra propia "isla" sectorial y tender puentes en dirección a otros territorios institucionales, disciplinarios o sociales.

Semejante “maleficio”, opera de manera más o menos explícita a partir de la propia formación de los profesionales de salud, se traslada casi naturalmente a sus prácticas cotidianas y funciona estructuralmente como un corset del que es difícil salir, que impide cuestionar y mucho más aún transformar los modos de planificar y gestionar recursos.

Esta "sectorialidad" que se reafirma permanentemente en la formación de los/as profesionales y se reproduce en la planificación y gestión de programas, implica también una fuerte estrategia de apropiaciones (libidinales, en la opinión de Deleuze y Guatari) de poder, territorios y recursos.

Es necesario ana-lizar (ana-lisis: descomposición) estos nodos de apropiación del conocimiento, de las prácticas y de los recursos pues representan formas de conquistar privilegios, instituir protagonismos y preservar jerarquías en la gestión y toma de decisiones que, por estar asociadas al éxito, suelen ser muy resistentes al cambio.

Una buena posición desde la cual cuestionar (nos) estos agenciamientos y analizar las matrices en las cuales nos encontramos situados, puede partir de la simple constatación de que “la gente no vive en los escritorios de los funcionarios”<sup>20</sup>.

El abordaje de temas fundamentales y complejos como salud, vivienda o convivencia no puede resolverse en los escritorios-isla de los Ministerios sectoriales pues sus factores determinantes están entrelazados y son interdependientes. Los conocimientos y herramientas de cada sector están cada vez más integradas y son menos “puras” por efecto de la globalización de la información y el conocimiento. No hay manera de resolver las cosas sino es comprendiendo estas intersecciones y actuando sobre los diferentes campos simultánea y transversalmente.

Una mirada crítica de lo intersectorial requiere analizar estas creencias e inercias que anidan en las políticas públicas y en sus instituciones, para identificar los puntos de ruptura y pensar a partir de ellos cómo es posible generar y sostener procesos de cambio.

### **La inclusión en el laberinto**

Las personas con discapacidad han logrado una mayor visibilidad en todo el mundo durante la pasada década, como efecto directo de la aprobación a fines de 2006 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). En América Latina y el Caribe la CDPD ha sido ya ratificada por 28 países generando una dinámica inédita de transformaciones y desafíos que implican a numerosos sectores: educación, salud, protección social, transporte, desarrollo urbano, empleo.

El establecimiento de derechos hasta hace poco no reconocidos, tiene como resultado inmediato una mayor presencia pública y social de esta temática, a la vez que deja expuesta la exclusión histórica de un grupo poblacional numeroso y significativo. La discapacidad sale progresivamente de la oscuridad en la que se encontraba a la vez que cobran voz historias de vida que hasta ayer permanecían en silencio.

La CDPD no debe verse solamente como la reivindicación particular de los derechos de un grupo históricamente discriminado y excluido. Se trata de un cambio que concierne a todos justamente porque implica oportunidades para mirar “a través de los bordes” (sectoriales, disciplinarios, etc.) las barreras que limitan el acceso a lo público y reproducen los determinantes de la inequidad.

La CDPD introduce una mirada que transforma el propio concepto de discapacidad, presentando un “modelo social” que enfoca no en las limitaciones funcionales que pueda tener un individuo (a veces, pero no siempre a causa de una deficiencia) sino en la dinámica de relacionamiento entre estas características funcionales y las barreras o apoyos que le presenta el entorno.

El modelo social de la discapacidad implica una ruptura histórica con los modelos fuertemente medicalizados y las prácticas “rehabilitadoras” que han sido hegemónicas a lo largo del tiempo. El desarrollo de propuestas “basadas en la comunidad” y enfoques como el de autonomía y “vida independiente”<sup>21</sup> permiten pensar la discapacidad más allá

---

<sup>20</sup> Manuel Peña, Curso de Promoción de Salud, OPS 2004.

<sup>21</sup> Ver Javier Romañach. Vida independiente, 2009.

del enfoque del déficit, permitiendo el desarrollo de servicios de salud y calidad de vida para toda la población altamente compatibles con el enfoque de promoción de la salud.

El establecimiento de derechos hasta hace poco no reconocidos, tiene como resultado inmediato una mayor presencia pública y social de esta temática, a la vez que deja expuesta la exclusión histórica de un grupo poblacional numeroso y significativo. La discapacidad sale progresivamente de la oscuridad en la que se encontraba a la vez que cobran voz historias de vida que hasta ayer permanecían en silencio. Las principales consecuencias de este nuevo marco conceptual incluyen:

- La discapacidad no es un déficit en la situación de salud de la persona sino una oportunidad de mejora en las condiciones del ambiente y en consecuencia una herramienta de transformación y desarrollo de entornos accesibles y políticas inclusivas.
- Es necesario deconstruir los prejuicios, tabúes y las miradas estigmatizantes y paternalistas sobre las personas con discapacidad que son la principal barrera de acceso a sus derechos.
- La participación de las personas con discapacidad, sus redes, organizaciones y “activos” comunitarios<sup>22</sup> es imprescindible en todo el ciclo de programación e implementación.
- El enfoque de “desarrollo inclusivo”<sup>23</sup> implica una oportunidad para traer a campo del desarrollo local y social la experiencia “transversal” de la inclusión y un enfoque de “diseño para todos” en los diferentes sectores.

En relación con el *derecho a la ciudad*, la población con discapacidad se encuentra entre los grupos más postergados y vulnerabilizados<sup>24</sup>. No solo por que a nivel global las personas con discapacidad se encuentran entre las más pobres, discriminadas y excluidas (OMS, 2011) sino porque las ciudades continúan produciendo y reproduciendo barreras de acceso al transporte, los espacios públicos, la comunicación, la recreación y la cultura. La exclusión se reproduce *en todas las políticas* a falta de un modelo integrado con lentes de desarrollo sustentable e inclusivo.

VARIABLES como el género o la ruralidad solo empeoran las cosas a partir de otras intersecciones. Un informe elaborado por expertos de Naciones Unidas (2013) confirmó que la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad es cuatro veces más grave que en la población general, especialmente cuando se encuentran en situaciones de aislamiento como es el caso de las mujeres institucionalizadas y las que viven en áreas rurales<sup>25</sup>. Un estudio realizado en Chile, Costa Rica y Uruguay (2016) identificó que el 70% de las mujeres con discapacidad sufre violencia de género, exclusión y

---

<sup>22</sup> Antony Morgan, Erio Ziglio Revitalising the evidence base for public health: an assets model, 2007. Ver <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10253823070140020701x>. Acceso en junio 2020.

<sup>23</sup> Bieler, R. B. Entrevista con Rosangela Berman Bieler, consultora do Banco Mundial. Revista Sentidos, p. 10-12, out./nov. 2004. Disponível em: <[www.sentidos.com.br](http://www.sentidos.com.br)>.

<sup>24</sup> Según datos de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, sólo el 3% de la población con discapacidad tiene acceso a servicios de rehabilitación, sólo el 25% de los niños y niñas con discapacidad tienen acceso a la educación, y sólo el 5% de ellos termina la escuela primaria (OMS-BM, 2011).

<sup>25</sup> Ver <http://www.mediabanco.com/2016/05/18/dan-conocer-estudio-exploratorio-violencia-genero-discapacidad-america-latina-caribe/>. Acceso em junio 2020.

discriminación.<sup>26</sup> Asimismo, señaló que las mujeres jóvenes con discapacidad son a menudo objeto de tratamientos médicos forzosos, decididos sin su consentimiento<sup>27</sup>.

En el caso de las adolescentes y mujeres jóvenes con discapacidad, esto hace que prácticas abusivas como las esterilizaciones forzadas y los abortos coercitivos se realicen de manera habitual, muchas veces promovidas por motivos de “conveniencia” de la familia o los profesionales de salud, aún sin el consentimiento de las propias mujeres involucradas. Muchas de estas prácticas tienen lugar en instituciones residenciales o en el contexto familiar y comunitario en las regiones más remotas y comunidades indígenas.

Hay un dato muy significativo acerca de la prevalencia de discapacidades y es que solo un porcentaje menor de ellas (alrededor del 6%), implican una limitación funcional severa. Por ejemplo, según la OMS (2011) por cada 8 personas que tienen discapacidad visual, hay solamente una que es ciega. Es decir que en la mayoría de los casos la discapacidad consiste en limitaciones funcionales relativamente moderadas, en las que el entorno constituye la principal barrera.

Esto es importante en términos de salud comunitaria pues nos permite ver una ventana de oportunidad y espacio valioso de política pública ya que muchas mejoras en términos de accesibilidad beneficiarían a toda la población o por lo menos a un número importante de nosotros.

Este enfoque que llamamos desarrollo inclusivo y se basa en el “diseño universal” de los espacios y programas, puede ser un eje transversal para pensar el desarrollo del “derecho a la ciudad”. Casi quince años después de la Declaración Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los desafíos que perduran son oportunidades para pensar estrategias de cambio más allá de los corsets profesionales, sectoriales e institucionales que reproducen un modelo agotado de desarrollo.

La posibilidad de que la ciudad sea inclusiva de las personas con discapacidad puede ser un buen indicador de su capacidad de incluir de manera universal, de contener y brindar acceso a cada uno/a y asegurar los derechos de todas las personas.

La CDPD no es solo una oportunidad para el acceso de uno de los grupos más excluidos sino de mejorar el acceso de toda la población y particularmente de otros grupos excluidos. A modo de ejemplos:

- Cuando mejoramos la infraestructura física en un centro comunitario y colocamos rampas, ampliamos los baños o mejoramos la calidad del espacio, estamos acrecentando las condiciones de seguridad y confort para todos. Y muy especialmente si miramos las necesidades a lo largo del curso de vida pues esas mejoras benefician el acceso de las mujeres gestantes, las familias y los adultos mayores.
- Cuando la comunicación incorpora formatos accesibles (como lenguaje simplificado, iconografías, lengua de señas o macro tipos) mejora el acceso a información de la población no escolarizada o migrante, que comprende mejor a través de imágenes o representaciones que a través de textos.

---

<sup>26</sup>Ver [http://www.sigachile.cl/wp-content/uploads/2016/05/Resumen-Ejecutivo-Estudio-Exploratorio-sobre-Violencia-contras-las-mujeres-con-discapacidad-2016\\_vf-1.pdf](http://www.sigachile.cl/wp-content/uploads/2016/05/Resumen-Ejecutivo-Estudio-Exploratorio-sobre-Violencia-contras-las-mujeres-con-discapacidad-2016_vf-1.pdf). Acceso en junio 2020.

<sup>27</sup> Ver <http://www.ohchr.org/SP/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>. Acceso en junio 2020.

- Cuando fomentamos el diagnóstico e inclusión temprana de una discapacidad infantil, integramos mejor las acciones de atención primaria con los servicios especializados de salud infantil.
- Cuando capacitamos a los profesionales y servidores públicos para brindar un trato acorde a las necesidades de la población con discapacidad, promovemos un trato amigable que beneficia a todas las personas.
- Cuando se hacen más participativos los espacios de planificación, gestión y toma de decisiones en un centro de salud o en un programa comunitario, mejora la respuesta a las necesidades de todos y particularmente de los grupos con más dificultades de acceso.

Esta perspectiva nos ayuda a romper los compartimentos, las barreras, y las islas de conocimiento fragmentado y de poder hegemónico que permanentemente se reorganizan al interior de los sistemas obstaculizando la posibilidad de abordar interrelaciones o actuar sobre los determinantes sociales de la salud y el bienestar.

Este artículo está escrito desde una perspectiva que ve estos desafíos como una posibilidad de confluencia entre el enfoque de desarrollo inclusivo y la procura histórica que ha llevado adelante el enfoque de promoción de salud desde la Carta de Ottawa para superar enfoques medicalizadores y “sectoriales” que fragmentan las políticas y reproducen las inequidades.

Se trata también de integrar los activos solidarios y expertos que están disponibles en las organizaciones y redes de personas con discapacidad para pensar y repensar modelos de participación. La consigna histórica del movimiento de personas con discapacidad “nada acerca de nosotros sin nosotros” debe ser puesta en una perspectiva universal: nada acerca de las personas sin (todas) las personas.

Compartimos otras referencias que nos apoyan en esas reflexiones sobre “la vida independiente”<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Berman Bieler, R. and Meresman, S. (2010). Cuatro Principios Fundamentales para la Inclusión de Personas con Discapacidad. Panamá: SICA-SISCA.  
 Meresman, S. (2004). De la salud pública a la Salud Comunitaria. *Revista de Salud Pública*, 2(3).  
 Meresman, S. (2013) Nada acerca de nos-otros sin nos-otros: reflexiones sobre inclusión y salud, Red Temática de Discapacidad, UDELAR.  
 OPS (2010). Curso de Promoción de Salud. Campus Virtual de Salud Pública [Online]. Available at: <http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=42> [Accessed: 10 May 2014].  
 WHO/World Bank (2011). World Report on Disability. Washington: WHO/World Bank.  
 WHO-UNFPA, Promoting Sexual and Reproductive Health of People with Disabilities, 2009  
 United Nations, Fact sheet on Persons with Disabilities, disponible en <http://www.un.org/disabilities/documents/toolaction/pwdfs.pdf> (2010).

## Reactivación de las Redes de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables en la Región de las Américas. Avances y Desafíos

Tal como señala el Documento Fundacional de la Red Latinoamericana y Caribeña de Gestores de Promoción de la Salud<sup>29</sup>, si bien, los países de la región han buscado alternativas para responder a las necesidades de protección social y salud de la población, a través de una amplia diversidad de políticas y programas sociales que han contribuido a incrementar la esperanza de vida, disminuir la mortalidad por desnutrición, la mortalidad materna y enfermedades infectocontagiosas, entre otras<sup>30</sup>; diversos estudios han evidenciado que estos programas y políticas públicas no logran disminuir brechas de desigualdades, en términos de calidad de vida y bienestar en grupos socioeconómicamente desfavorecidos, especialmente brechas socioculturales

Por lo anteriormente expuesto, en el año 2017 existieron las bases teóricas y políticas para considerar de gran relevancia para la conformación de la “Red Latinoamericana y Caribeña de Gestores de Promoción de la Salud (REDLACPROMSA) *“Hacia la salud en todas las políticas y la equidad en Salud”*”, la cual se compromete a generar conocimiento y acción en promoción de la salud, así como a difundir el derecho a la salud como un imperativo social en el logro de sociedades más justas, inclusivas y cohesionadas en los países que conforman la Red. Junto a ello, los países allí reunidos declaran que se reconoce el rol protagónico de la territorialidad y de los gobiernos locales como espacios e instancias claves para avanzar en la promoción de la salud, desde un enfoque de equidad y desarrollo humano sostenible.

En ese contexto, cabe mencionar que en los últimos años ha existido un ambiente favorable para reforzar los preceptos señalados anteriormente respecto de la importancia de los Municipios y el enfoque territorial. En efecto, la Declaración de Curitiba<sup>31</sup> aspira a generar un espíritu de compromiso local y global a la democracia, la equidad, la justicia y la garantía de los derechos sociales y de la salud para todos en un mundo inclusivo y sostenible. Dicha declaración articula recomendaciones de los participantes de la conferencia en relación con cómo podemos mejorar la vida de las personas fortaleciendo la promoción de la salud y la equidad donde vivimos y trabajamos en nuestras comunidades y países. La Declaración de Curitiba reconoce, dentro de sus planteamientos centrales, que el nivel local ejerce un gran potencial transformador, por lo que es

---

<sup>29</sup> La Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud se constituyó en Lima en diciembre pasado (2015), siendo los impulsores de esta iniciativa regional los ministerios de Salud de Perú y Chile con el respaldo técnico de OPS/OMS. Esta es una instancia de cooperación, intercambio, incidencia y ayuda recíproca, entre los gestores de Promoción de la salud de los países miembros. Es integrada por los Ministerios de Salud de Perú, Chile, Cuba, Paraguay, Colombia, Ecuador, México, Colombia e instituciones afines a la salud pública de Brasil, Venezuela y Argentina.

<sup>30</sup> Hablamos de programas como Chile Crece Contigo, Elige vivir Sano en Comunidad (Chile) Uruguay Crece Contigo, Primer Infancia Mejor (Brasil), Cuna Más (Perú), Qali Warma (Perú), Aprende Saludable (Perú), Centros de Promoción y Vigilancia Comunal para el cuidado integral de la mujer, niña y niño (Perú), Familias Saludables (Perú), Familias en Acción (Colombia), Municipios y comunidades saludables (Argentina), Sembrando Oportunidades (Paraguay), entre otros.

<sup>31</sup> Esta declaración representa la voz de los investigadores, profesionales, miembros de movimientos sociales, técnicos y políticos que participaron en la Vigésimo Segunda Conferencia Mundial de la UIPES de Promoción de la Salud, en Curitiba, Brasil, en mayo de 2016.

imprescindible movilizar y convocar a las autoridades locales para que incluyan la equidad en salud en sus agendas.

En ese marco la REDLACPROMSA ha jugado un papel importante en la Región para dar impulso a la reactivación de redes de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables en la Región de las Américas, asumiendo el rol de organizador o miembro de la comisión organizadores de diferentes eventos vinculados a municipios desde el año 2016 al 2019, como se detalla a continuación:

### **1. Pre-Foro Regional de Alcaldes “Camino a Shanghái” en Santiago de Chile. Julio 2016**

En el año 2016, desde la REDLACPROMSA en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud se hizo un llamado a los alcaldes que representaban a 12 países de la Región Las Américas, participantes en el Pre-Foro Regional de Alcaldes “Camino a Shanghái”, celebrado en Santiago de Chile el 25 y 26 de julio 2016, donde se elaboró y se firmó la Declaración de Santiago “Este es nuestro momento”, la cual tiene por objeto *“dar impulso político y legitimidad para fortalecer el movimiento de municipios saludables en la Región de las Américas, sobre la base de inversiones y logros pasados, y en mayor consonancia y armonización con la manera en que se abordará la salud, el desarrollo social y el desarrollo sostenible durante el siglo XXI. (8)”*. Se destaca que este compromiso político fue presentado por alcaldes de la Región en la 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Shanghái, China marcando un paso importante hacia el desarrollo de esta estrategia Regional sobre Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables en la Región de las Américas.

### **2. Evento de Municipios Saludables en Ecuador – Habitat III. Octubre 2016**

Con la finalidad de posicionar el tema de Municipios Saludables en el marco de la Tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Vivienda y Desarrollo Urbano Sostenible -Hábitat III, el Ministerio de Salud de Ecuador, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud, la OPS/OMS Ecuador y la Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud (REDLACPROMSA), organizaron el evento denominado: Municipios Saludables. El evento en mención se realizó el 20 de octubre 2016 a las 10 am, en la ciudad de Quito - Ecuador, en las instalaciones del salón José María Lequerica, de la Asamblea Nacional. Esta importante reunión logro la adherencia de 30 municipios al Movimiento de Municipios saludables en Ecuador para trabajar por el Buen Vivir.

### **3. Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Shanghái. Noviembre 2016**

En la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, realizado en Shanghái, del 24 al 28 de noviembre 2016. La declaración de Shanghái (9) fue el principal acuerdo, una declaración política, en la cual se realiza un llamamiento a la acción, *“a los líderes políticos de diferentes sectores y niveles de gobernanza, del sector privado y de la sociedad civil, a unirse a nosotros en nuestra determinación de promover la salud y el bienestar en todos los ODS. La promoción de la salud requiere una acción coordinada por todas las partes interesadas; es una responsabilidad compartida”*.

La Conferencia de Shanghái marcó el comienzo de una nueva era en la evolución de este movimiento mundial de "Ciudades Saludables" hacia una colaboración más estrecha técnica y políticamente. Se dará prioridad a la creación de vínculos bilaterales y multilaterales con redes de otras Regiones y países individuales. La cooperación entre redes en países que comparten la misma lengua en todas las Regiones también ha sido popular, como la que existe entre los países francófonos de Europa, América del Norte y África.

Por otro lado, en el Foro Internacional de Alcaldes, desarrollado en la Novena Conferencia, se logró un relevante Consenso orientado a renovar compromisos de los alcaldes y gobiernos nacionales para fortalecer el movimiento de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables, como pieza clave para el logro de los objetivos de Desarrollo Sostenible. El Consenso de Shanghái sobre Ciudades Saludables (10), corresponde a la declaración política de los más de 100 alcaldes de todo el mundo que participaron de la Conferencia del Foro internacional de alcaldes y expresa su compromiso con la Promoción de la Salud de cara al logro de los ODS 2030. En el marco de dicha instancia internacional se desarrolló también una reunión de Trabajo entre los alcaldes de las Américas que asistieron, en el cual uno de los principales acuerdos fue la constitución de la Comisión de Alcaldes de las Américas para impulsar el movimiento Municipios Saludables en la Región, cuyo directorio quedó conformado por alcaldes de diez países de la región.

#### **4. Organizadores del Encuentro de Valdivia en Santiago de Chile. Agosto 2017**

En la ciudad de Valdivia el 10 de agosto de 2017, se llevó a cabo el Encuentro de Valdivia, evento organizado por la REDLACPROMSA, la OPS Washington y la Asociación Chilena de Municipalidades, con la participación de alcaldes de las Américas para dar continuidad al reimpulso del movimiento en la región, la agenda para los años 2017 y 2018, y que permitió dar pie a la segunda sesión de la Comisión de Alcaldes de las Américas.

#### **5. I Encuentro de Alcaldes y Alcaldesas de Municipios Saludables de la Región de las Américas: Salud en todas las Políticas para implementar la Agenda 2030, en Acapulco-México. Abril 2018**

Los días 10 y 11 de abril de 2018, en la ciudad de Acapulco, México se desarrolló el Encuentro de Alcaldes de Municipios Saludables de la Región de las Américas: Salud en todas las Políticas para implementar la Agenda 2030.”, organizado por la Secretaría de Salud de México, la Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud (REDLACPROMSA), con la colaboración técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), contextualizado en los acuerdos tomados en la Declaración de Santiago de Chile, como producto del Pre foro de Alcaldes de Latinoamérica y El Caribe en julio de 2016, en la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Shanghái en noviembre del mismo año y en la Acta de Valdivia de la 2ª Sesión de la Comisión Latinoamericana y del Caribe de Alcaldes para Municipios y Ciudades Saludables en agosto de 2017.

En este Encuentro participamos 16 países de la Región Las Américas, representados a través de 30 Alcaldesas, Alcaldes, Intendentes, Presidentes Municipales y autoridades municipales de los países de México, Chile, Perú, Guatemala, Paraguay, Cuba, Brasil, Argentina, Honduras, Colombia, Guyana, Nicaragua, y 23 Gestores de Promoción de la Salud de Ministerios de Salud integrantes de la REDLACPROMSA y 12 de OPS/OMS, y Centros Colaboradores de los países de Chile, Perú, República Dominicana, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Guyana, Paraguay, Estados Unidos, El Salvador, Brasil y Honduras

En los días de trabajo se revisó y discutió respecto a la propuesta de Estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables, elaborada por REDLACPROMSA, OPS/OMS WDC y CEPEDOC, en el marco de una perspectiva de salud en todas las políticas y determinantes sociales de la salud para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y Salud en todas las políticas. Asimismo, se discutió la propuesta de Estatutos de la “Red de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de las Américas”, que sentará las bases para el funcionamiento y desarrollo del movimiento de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables.

El evento concluyó en la Declaración de Acapulco donde los Municipios participantes se comprometieron a impulsar, reactivar o fortalecer la Estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables a nivel de nuestros municipios, en el marco de una perspectiva de salud en todas las políticas y Determinantes sociales de la Salud, elaborando una línea de base del municipio a partir de diagnósticos participativos e intersectoriales con la finalidad de poder implementar la Estrategia Regional de MCCS. Asimismo, los Municipios que ya cuenten con Redes Subnacionales o Nacionales elaborarían un plan de seguimiento y monitoreo como parte del plan de acción de MCCS, que incluya el enfoque intersectorial y participativo; articulando estos procesos con las redes subnacionales y nacionales. Finalmente se comprometieron a trabajar en Red con otros municipios para compartir experiencias e iniciativas a nivel subnacional, nacional o internacional para fortalecer nuestras acciones locales y ser miembro en el futuro de la Red Internacional de la MCCS

De igual forma los Ministerios de Salud integrantes de la Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud se comprometieron a desarrollar un plan de gobernanza nacional para desarrollar y fortalecer la Estrategia de Promoción de la Salud y la Estrategia de MCCS, vinculados a los ODS, equidad, intersectorialidad, DDSS y Salud en todas las políticas

## **6. II Encuentro de Alcaldes y Alcaldesas de Municipios y Comunidades Saludables en la Región de las Américas. Cuba. Noviembre 2018**

El evento se desarrolló del 6 al 8 de noviembre del 2018 en Santiago de la provincia de Santiago de Cuba. En este segundo encuentro también se llevó a cabo la IV Asamblea General de la Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud (REDLACPROMSA).

El II Encuentro resultó un marco de reflexión sobre qué tenemos que rescatar, mantener, innovar; cómo tomar las mejores experiencias o las experiencias aisladas de manera que

conformen una agenda para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el sector de la salud; cómo incentivar y hacer insertar en la red a aquellos que se han quedado atrás; cómo involucrar mejor a las alcaldesas y los alcaldes en este movimiento.

Asimismo, se insistió en la renovación, la revitalización y el fortalecimiento del movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCCS) en las Américas y fue una oportunidad para incentivar en los espacios locales la adopción de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 y de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.

De igual forma, constituyó una reunión previa a la presentación de la Estrategia y el Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el Contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible por parte de la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en donde se discutió la propuesta de la Estrategia Regional de Promoción de Salud para la Región de las Américas y se adoptaron acuerdos para su desarrollo en los diferentes países.

### **7. III Encuentro de Alcaldes y Alcaldesas por Municipios Saludables de la Región de las Américas 2019 en Paipa - Colombia**

Se llevó a cabo los días 31 de octubre y 1 de noviembre del 2019 en Paipa, Colombia. En este III encuentro también se llevó a cabo la V Asamblea General de la Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud (REDLACPROMSA).

Se resalta que, en este III Encuentro, la OPS/OMS presentó la Estrategia y Plan de Acción sobre Promoción de la Salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030, con el objetivo de renovar la promoción de la salud a través de un movimiento social, político y técnico, abordando los determinantes de la salud, hacia una mejor salud y la reducción de las inequidades en salud, en el marco de la Agenda 2030.

El evento generó La Declaración de Paipa en donde suscribieron los alcaldes participantes de los países Argentina, Bolivia, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Uruguay señaló el compromiso seguir adelante con la construcción de la Red Regional de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de la región de las Américas, asegurar la incorporación de más gobiernos locales con la voluntad política de llevar adelante el Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables, para actuar sobre los determinantes sociales de la salud a través de salud en todas las políticas. Así mismo uno de los acuerdos fue el desarrollar y fortalecer las redes nacionales de municipios saludables en la Región de las Américas, así como fortalecer las capacidades locales a través de la capacitación e intercambio de experiencias exitosas de promoción de la salud; así como monitoreo y evaluación de las acciones para la generación de evidencia; contribuir en la construcción de los criterios regionales de municipios saludables, dentro del marco de la Estrategia y Plan de Acción sobre Promoción de la Salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030, para definir el proceso de certificación o acreditación de municipios saludables. Finalmente se acordó a lograr el compromiso desde los gobiernos centrales específicamente los Ministerios de Salud, la academia, organizaciones no

gubernamentales, REDLAPCPROMSA, OPS/OMS y otros actores nacionales e internacionales interesados.

## **La Reactivación de Municipios Saludables aun un desafío pendiente**

La reactivación y el fortalecimiento del movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (en adelante MCCA), constituye un importante desafío en promoción de la salud, salud urbana y MCCA a nivel regional y mundial.

Fortalecer las Redes de MCCA en la Región de las Américas, se sustenta en la necesidad de realizar una interconexión estratégica con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que instala la agenda 2030, posibles de concretar en objetivos y acciones aplicables a nivel local, subregional, nacional e internacional para consolidar el movimiento de MCCA.

Esta interconexión estratégica parte por reconocer al Municipio como un actor clave en las decisiones que determinan la creación de posibilidades para el desarrollo del potencial de salud de las personas, grupos y comunidades y a su vez, en la posibilidad de intervenir en las relaciones de poder vinculadas a la producción de inequidades sociales y económicas que faciliten el acceso a los servicios de salud, en la perspectiva de la salud como un derecho humano básico y salud universal. Para el ello, es importante establecer que:

- El municipio es el espacio donde la visión global de salud y desarrollo se puede fortalecer y poner en práctica. Es un territorio dentro del cual la interacción de los ciudadanos, organizaciones públicas, comunitarias y privadas y su entorno físico y político generan el potencial para mayores oportunidades de desarrollo social, económico, ambiental, cultural, y la mejora de indicadores específicos de salud.
- Los gobiernos locales representan la jurisdicción estatal que posee un vínculo más estrecho con la población y un conocimiento más acabado de las particularidades del territorio. En este sentido, el territorio local se configura como el espacio por excelencia para desarrollar la “localización” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, integrándolos a los ejes estratégicos de la política de gobierno local.
- Los 17 ODS (ver anexo X) y sus 169 metas conforman la nueva agenda global que regirá los programas de desarrollo durante los próximos quince años. La “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” establece un plan de acción para cumplir metas concretas en las tres dimensiones del desarrollo sostenible: la económica, la social y la ambiental.
- Cabe destacar la relevancia que cobran dos ODS fundamentales: el No 3 “*Salud y Bienestar: garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a todas las edades*” y el No 11 “*Ciudades y Comunidades Sostenibles: lograr que los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles*” (consultar Anexo No. 1 para más información).
- Algunas de las contribuciones de los municipios para el logro de los ODS incluyen:
  - POSICIONAR a los ODS en la agenda política de los gobiernos locales, y sensibilizar a la sociedad en conjunto;

- IMPULSAR mecanismos de participación y colaboración con los ODS desde los gobiernos locales y la ciudadanía;
- COORDINAR los procesos de adecuación e implementación de los ODS a través de su *localización* entre las distintas instancias gubernamentales.

<b>¿Qué pueden hacer asociaciones y redes de gobiernos locales y regionales?</b>	
Sensibilización sobre ODS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar campañas nacionales e internacionales para incrementar el compromiso de gobiernos locales y regionales con los ODS;</li> <li>• Nominar defensores en el ámbito de gobierno local y regional;</li> <li>• Dar apoyo a gobiernos locales y regionales en sus campañas de sensibilización.</li> </ul>
Incidencia política: inclusión de una perspectiva subnacional en las estrategias de los ODS nacionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canalizar las prioridades locales en la definición de estrategias nacionales y marcos institucionales;</li> <li>• Proporcionar una voz a los gobiernos locales y regionales en los diálogos nacionales, pidiendo un entorno propicio para la localización de los ODS;</li> <li>• Promover la voz y representación de los gobiernos locales en el ámbito internacional.</li> </ul>
Implementación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar a los gobiernos locales y regionales para que mejoren sus recursos humanos, técnicos y financieros;</li> <li>• Promover el intercambio de mejores prácticas entre sus miembros;</li> <li>• Promover la cooperación descentralizada y la cooperación al desarrollo eficaz;</li> <li>• Identificar los desafíos políticos que afectan a la localización de los ODS y hacer recomendaciones para la mejora;</li> <li>• Promover la aplicación efectiva y plena de los compromisos de descentralización;</li> <li>• Construir vínculos con los principales ministerios sectoriales y el gobierno local para colaborar en la localización.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia en base a la “Guía para la localización de los ODS: implementación y monitoreo subnacional”, Global *Taskforce* de Gobiernos Locales y Regionales, 2016.

## **Ciudades saludables en Costa Rica: evolución de la estrategia de la OMS/OPS en el país**

La estrategia de ciudades saludables impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de sus oficinas regionales a finales de la década de los 80, ha experimentado una serie de cambios en Costa Rica desde que se comenzó a desarrollar.

Siendo el Ministerio de Salud en un inicio el encargado con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de desarrollar un Plan Estratégico Nacional<sup>32</sup>, con el paso del tiempo ha adoptado una posición más como ente rector y orientador de los gobiernos locales que han puesto en marcha estrategias para convertir sus respectivos cantones en municipios saludables.

Es importante recordar que, para la Región de las Américas, la estrategia recibió el nombre de Municipios Saludables, y en 1992 finalmente la OPS presentó la estrategia como una forma de impulsar las políticas de Promoción de la Salud, de fortalecer los Sistemas Locales de Salud y de implementar la Salud Ambiental con un enfoque más integral<sup>33</sup>.

Por esta razón, el Ministerio de Salud de Costa Rica, en el 2006 presentó su Plan Estratégico Nacional de Cantones Ecológicos y Saludables 2005-2015, con el cual pretendía promover la coordinación, concertación y alianzas estratégicas entre los diferentes actores, tanto de los gobiernos locales como de las instituciones comprometidas en el tema, para el logro de los objetivos y metas orientados a mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población del país<sup>34</sup>.

Sin embargo, desde 1993 en el país se iniciaron esfuerzos por desarrollar la estrategia de Municipios Saludables y fue en 1996 cuando se logró establecer la Red de Cantones Ecológicos Saludables, donde 27 Municipalidades firmaron el compromiso de conformación de la red y también la Comisión Asesora de dicha Red, la cual estuvo integrada por el Ministerio de Salud, el Consejo de Seguridad Vial, el Ministerio de Educación Pública, Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, ACEPESA, Acueductos y Alcantarillados, Ministerio de Ambiente y Energía, Universidad de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Justicia, entre otros<sup>35</sup>.

Con el establecimiento de la Red, algunos de los cantones comprometidos empezaron a desarrollar diversas iniciativas para mejorar la calidad de vida de sus pobladores, por lo que destacaron entre las 27 municipalidades comprometidas, las Municipalidades de los cantones de Hojancha, Escazú, San Carlos, Orotina, Heredia, Upala y Desamparados, como cantones con ejemplos de buenas prácticas acerca de municipios saludables<sup>36</sup>.

Luego de algunos años de haberse elaborado el Plan Estratégico, fue archivado por el Ministerio de Salud sin haberse finalizado el tiempo que se había determinado para el

---

<sup>32</sup>Ministerio de Salud (2006). Plan Estratégico Nacional de Cantones Ecológicos y Saludables 2005-2015.

<sup>33</sup>Restrepo, H. (2004). Municipios Saludables: Lecciones aprendidas, desafíos. <https://parquedelavida.co/index.php/publicaciones/banco-de-conocimiento/item/126-municipios-saludables-lecciones-aprendidas-desafios-helena-e-restrepo-colombia>

<sup>34</sup> Ministerio de Salud, 2006, p.5.

<sup>35</sup> Ministerio de Salud, 2006, p.9.

<sup>36</sup> Ministerio de Salud, 2006, pp.20-25.

mismo; y es hasta el 2018 con la elaboración de la Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable basado en el Curso de Vida 2018-2022<sup>37</sup> que se retoma trabajar la estrategia, pero esta vez vinculada a la estrategia impulsada por la OMS/OPS desde el 2007 Ciudades Globales Amigables con los Mayores<sup>38</sup>.

Con esta Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable elaborada por el Ministerio de Salud, se empezó a visualizar los esfuerzos realizados por algunas Municipalidades por mejorar su infraestructura y servicios esenciales como los de salud o transporte público, por lo que de manera conjunta la OMS/OPS con el Ministerio de Salud empezaron a liderar un proceso para que las Municipalidades que habían iniciado mejoras pudieran formar parte de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la Organización Mundial de la Salud<sup>39</sup>.

Entre las Municipalidades que actualmente han recibido el título y forman parte de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores junto con más de 1000 ciudades en el mundo se encuentra, la Municipalidad de Cartago, El Guarco, Curridabat, Montes de Oca, Tibás, Mora, Heredia, Flores, Dota, Grecia, Zarcero y Belén<sup>40</sup>.

## ¿Y en Cuba?

### A título de introducción

La introducción que nos pone en contexto está muy bien pensada y abarca temas medulares que deben ser incorporado al documento que estamos diseñando con la mirada puesta en el futuro, pero con una visión más amplia, nos pone en una disyuntiva o mejor dicho a repensar lo hasta ahora hecho.

Desde la mirada de Cuba, pienso que también está en un proceso de modificación de cambios pensando más como nación donde cada palabra, cada acción de todos y todas contribuyen al desarrollo.

De ahí que no voy a partir de los antecedentes de Cuba como pionera de América Latina en el movimiento de Municipios y Ciudades Saludables, lanzado por la OMS, con la incorporación del Municipio Cienfuegos.

---

<sup>37</sup> Ministerio de Salud. (2018). Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable basado en el Curso de Vida 2018-2022. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planos-en-salud/estrategias/3864-estrategia-nacional-para-un-envejecimiento-saludable-2018-2020/file>.

<sup>38</sup> Organización Mundial de la Salud. (2007). Ciudades Globales Amigables con los Mayores: una guía. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305\\_spa.pdf;jsessionid=D35B5B97759FFE0A7F91DF78C18E2F56?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spa.pdf;jsessionid=D35B5B97759FFE0A7F91DF78C18E2F56?sequence=1).

<sup>39</sup> Ministerio de Salud. (2019). Doce municipios se comprometen a ser ciudades amigables con las personas mayores. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2019/1513-doce-municipios-se-comprometen-a-ser-ciudades-amigables-con-las-personas-mayores>.

<sup>40</sup> Ministerio de Salud, 2019.

Si tenemos en cuenta que la salud es una condición individual pero a la vez colectiva, nos hace pensar que para lograr salud y bienestar en nuestra población se hace necesario la participación del propio individuo, de la familia, de la comunidad y del escenario donde este vive, juega, estudia, trabaja, formando parte de los diferentes estamentos de la sociedad, la que está compuesta por diferentes actores claves por lo que es necesario que estos interactúen para influenciar positivo o negativamente en el bienestar<sup>41</sup>.

Cuba a pesar de ser un país pequeño con una población de 11 millones de habitantes, con un sistema de salud único, accesible, universal, sustentado en dos estrategias que se complementan y que para ser viables precisan de la participación de los diferentes sectores con un liderazgo compartido dependiendo de cuál sea el problema para afrontar, ha venido trabajando desde su propia concepción en la necesidad de involucrar a otros actores claves de la sociedad para mejorar la salud de la población. Lo que ha permitido hoy en el redimensionamiento y reconceptualización de cómo abordarlo se está tratando de cómo mejorar la intersectorialidad en nuestras ciudades<sup>42</sup>.

### **Algunas consideraciones sobre la intersectorialidad**

Posibilitando cambios en nuestros paradigmas, pero sobre la base de una verdadera Voluntad Política y Gobernanza. De ahí que es un requisito fundamental para que la intersectorialidad y la transectorialidad, procesos que se tienen que dar juntos para fuera y para dentro de los propios sectores y simultáneamente trabajar en la sensibilización de estos actores claves sin dejar atrás a ninguno. Lo que permitirá visibilizar la salud como producto social y no patrimonio de un sector, fomentando un análisis crítico y reflexivo sobre los valores, conductas, condiciones sociales y estilos de vida, así como el desarrollo humano; facilita la participación de todos los integrantes de la comunidad en la toma de decisiones, contribuye a promover relaciones socialmente igualitarias entre los géneros, alienta la construcción de ciudadanía y democracia; refuerza la solidaridad, el espíritu de comunidad y los derechos humanos.. Elementos que están implícitos y explícitos en la Agenda 2030.

En Cuba la intersectorialidad constituye un proceso político y social que abarca acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud con el fin de mitigar impacto en la salud individual y colectiva.

La presencia en Cuba de un sistema único de salud, centrado en un modelo económico centralizado ofrece oportunidades para el desarrollo de una acción intersectorial efectiva en la solución de los problemas que atentan contra el bienestar de cualquier grupo poblacional.

---

<sup>41</sup> Castell-Florit Serrate P. La Intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Editorial Ciéncias Médicas; 2007.

<sup>42</sup> Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad, una tecnología que despegas con fuerza. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [citado 11 Abr 2011];36(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es).

Cuba desde finales de la década del 80 e inicios de la década del noventa ha venido desarrollando un grupo de acciones lideradas por el sector salud, con el acompañamiento de la Comisión de Salud, Deportes y Medio Ambiente de la Asamblea Nacional y de la Organización Panamericana de la Salud, donde se privilegia el nivel local, contribuyendo a fortalecer la salud y el bienestar de la población, con un liderazgo real de los gobiernos locales y las comunidades, deviniendo en el movimiento de Municipios por la Salud, donde se aprovecha todos los escenarios donde vive, juega, estudia, trabaja y se desarrolla el ser humano.

Contribuyendo al fortalecimiento de las comunidades, escuelas, universidades, centros de trabajo, cooperativas agropecuarias, mercados, establecimientos penitenciarios, entre otros, que les permita conociendo su análisis de la situación de salud, establecer las prioridades y lograr la reducción de las vulnerabilidades, factores de riesgos y afrontar los determinantes sociales de la salud, mediante un plan de acción coherente, así como promover los factores protectores de los propios entornos, especialmente los más vulnerables y desarrollen procesos de mejora de la salud y bienestar, ponderados en la política económica y social del país que apuntan al desarrollo de más oportunidades y progreso que sean más seguras y sostenibles<sup>43</sup>.

## **Los Objetivos de Desarrollo Sostenibles**

Teniendo en cuenta que las Naciones Unidas promulgó los Objetivos de Desarrollo Sostenibles a partir de enero del 2016 para su cumplimiento en el 2030, donde se ponderan los Entornos Saludables, que conlleve a un esfuerzo global por mejorar la salud, la educación, el empleo, la vivienda, el ambiente, la alimentación y la nutrición, las condiciones de vida y el bienestar de individuos, familias, comunidades y población en general en los diversos escenarios. Cuba a pesar de que por más de cinco décadas ha estado limitada por el bloqueo económico impuesto, ha venido trabajando constantemente en la mejora del bienestar de la población con enfoque de promoción de salud y preventivo, por lo que entre sus desafíos actuales y futuros esta trabajar por un desarrollo sostenible en las esferas política económica y social, donde se involucre cada uno de los Objetivos planteados como signataria del magno organismo.

A casi tres décadas de Cuba incorporarse a la Red Regional de Municipios y Ciudades saludables y que los cubanos adoptamos el nombre de Municipios por la Salud, por considerar que es una estrategia dinámica, lográndose avances en los diferentes escenarios, convirtiéndose la Estrategia en el algoritmo técnico metodológico de la Promoción de Salud, por su contribución en la modificación favorable en los indicadores de salud, ahora el reto es contribuir a generalizar sus beneficios en el ámbito territorial con énfasis en las ciudades más populosas, con la participación y el compromiso de los diferentes sectores y actores comprometidos con el desarrollo humano local sostenible.

En Cuba un municipio empieza el proceso para ser saludable cuando sus líderes políticos, administrativos, organizaciones y ciudadanos se comprometen y dan inicio al proceso de mejora continua de las condiciones de salud y calidad de vida de todos sus habitantes, es el escenario donde se operacionalizan todas las acciones en pro de la salud y el bienestar

---

<sup>43</sup> Terry González, S. Metodología de los Municipios por la Salud en Cuba. Centro Nacional de P de Salud. 2014

de la población y tiene como principio la voluntariedad. Es un proceso donde se aúnan las voluntades políticas, técnica y comunitaria y el liderazgo es compartido<sup>44</sup>.

Si bien aunar estas voluntades ha mostrado su influencia en los resultados alcanzados, es necesario imbuirlos de nuevos aires, constituyendo un desafío presente y futuro, demostrado en que hoy subsisten problemas de salud que no hemos resueltos y otros que tenemos que enfrentar y que son desafíos como: el envejecimiento poblacional, la obesidad y el sedentarismo, el tabaquismo y entre otros que constituyen las principales causas de mortalidad y morbilidad por Enfermedades no Transmisibles. El enfoque de la promoción de la salud en Cuba, avanza, en la medida que permiten, las complejidades y amenazas a las que está enfrentado el sistema político, económico y social, en un país resiliente y de valores humanos demostrados a escala nacional e internacional.

De lo antes expuesto, me permito hacer un análisis de como Cuba enfrenta el envejecimiento poblacional, desde la estrategia de municipios y ciudades saludables.

Para el año 2030, aproximadamente el 30% de las cubanas y cubanos superará los 60 años. Las estadísticas del cierre del año 2018 daban cuenta que el 20,4 % de la población cubana tiene 60 años y más, de acuerdo con datos de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). Las proyecciones apuntan a que estas cifras continuarán aumentando y para el año 2030, aproximadamente el 30 % de las cubanas y cubanos superarán los 60 años<sup>45</sup>

El envejecimiento de estructura de edades de la población es el principal proceso demográfico que vive Cuba, en un contexto donde el único grupo de población que crecerá es el de 60 años y más, sobre todo de 75 años en adelante. Implica entonces que no es casual que unido a los desafíos de garantizar una atención de salud de calidad y con calidez, ajustada a las necesidades de este grupo, se imponga la necesidad de trabajar en cómo lograr que estas personas vivan un envejecimiento activo y saludable, en cualquier lugar de nuestra geografía, pero con un reto presente y futuro que es la vida de este grupo en nuestras ciudades donde persisten múltiples problemas que van desde lo cultural a lo arquitectónico pasando por un tamiz social que muchas veces agrede a este grupo poblacional que exhibe una tendencia francamente al ascenso<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> Terry Gonzalez, S. Metodología de los Municipios por la Salud en Cuba. Centro Nacional de P de Salud. 2014.

<sup>45</sup> Alonso Galbán P. Diagnóstico de fragilidad en adultos mayores de una comunidad urbana. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 3 Dic 2009];35(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es); Collazo M. Necesidades de atención en salud de la población de 60 años y más, desde las percepciones de directivos del sector salud. [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2008; Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. La Habana: MINSAP; 2005 [citado 20 Ago 2009]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0864-34662009000200016&caller=scielo.sld.cu&lang=pt>.

<sup>46</sup> Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015. La Habana: MINSAP; 2006; Alonso Galbán P. Diagnóstico de fragilidad en adultos mayores de una comunidad urbana. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 3 Dic 2009];35(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es); Collazo M. Necesidades de atención en salud de la población de 60 años y más, desde las percepciones de directivos del sector salud. [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2008; Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. La Habana: MINSAP; 2005 [citado 20 Ago 2009]. Disponible en:

## Entornos Saludables

Ante esto se requiere de un abordaje intersectorial y multidisciplinario de aquí que entre las acciones que se han venido diseñando e implementado de conjunto con los programas de salud son las políticas públicas saludables que se han redimensionado con la estrategia de Promoción de Salud, donde se trabaja desde los entornos saludables la contribución en la mejoría del bienestar y la vida de los adultos mayores.

Entre las principales acciones que se desarrolla en nuestras ciudades y comunidades, están:

- Dispensarización de este grupo poblacional
- Análisis de la situación de salud de cada comunidad liderados por el binomio del médico y enfermera de la familia
- Involucrados todos los sectores que están involucrados en la salud el bienestar y calidad de vida de este grupo poblacional tales como: Salud, Educación, Educación Superior, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Instituto de deporte educación física y recreación, Planificación Física, Vivienda, Comercio Interior, entre otros así como as organizaciones de masa del barrio, los que con el liderazgo técnico de salud se han venido desarrollando acciones inclusivas como son, formación de cuidadores para el cuidado de aquellas personas que viven solos y presentan algún grado de discapacidad, a todo lo largo y ancho del país , se han construido casa de los abuelos en los cuales estos permanecen desde las seis horas hasta que su familiar lo busca, en estas casas desarrollan actividad física sistemática , dirigida por un instructor de Educación física , actividades lúdicas como juegos de mesa, actividades culturales etc., con alimentación incluida, sin costo alguno, el sector de comercio interior abrió restaurantes que les oferta los tres tiempos de comida gratuitamente.
- La articulación del movimiento de Municipios y ciudades, entre otra de las actividades es lo que está realizando las Universidades Promotoras de Salud, con la creación de la Universidad del adulto mayor.
- Se ha venido trabajando a eliminar las barreras arquitectónicas en conjunto con Planificación Física, arquitectura y urbanismo en un grupo de acciones que son normativas tendentes a eliminar las barreras arquitectónicas, siendo abanderados los municipios que presentan los indicadores más elevados de adultos mayores dígame Municipios Plaza, 10 de octubre en La Habana, en todas las capitales provinciales del país pero aún resulta insuficiente.
- Si bien como parte de los proyectos de desarrollo local sostenible que han venido trabajando los gobiernos municipales con la finalidad de transformar nuestras ciudades más limpias , seguras y resilientes, aún quedan brechas, dada fundamentalmente en que aún no están involucrados los conciudadanos desde su concepción, lo que muchas veces da al traste con una buena idea y son de las lecciones a aprender de la Estrategia de Municipios y ciudades saludables se está trabajando en la reanimación de nuestras ciudades con un protagonismo real de los sectores y las comunidades.

## Cambios y desafíos

Hoy Cuba está asistiendo a un proceso profundo de cambios, liderado por la dirección del país, que va desde la aprobación de la nueva constitución, donde se realizó un proceso construido con toda la sociedad cubana, donde se erigen cambios medulares donde los decisores trabajan con y para el pueblo, cuestión esta que siempre ha sido una premisa pero hoy en un nuevo contexto que revoluciona y compromete a todos y todas, dígase incluso equitativo con perspectiva de género, respetando la cultura de cada territorio<sup>47</sup>.

Quiero dejar explícito que no todos los territorios trabajan con la celeridad que precisa este problema, cuestión esta preocupante si tenemos en cuenta que hoy resulta un serio problema el reemplazo poblacional, ratificando y cito o planteado por Marcela Pizzi Kirschbaum “Nuestras ciudades y viviendas no consideran en su diseño las necesidades propias del proceso de la edad. La accidentabilidad de las personas mayores dentro o fuera del hogar es un problema relevante que se refleja, principalmente, en caídas. Con una debida preparación y adecuación del entorno estas pueden ser previstas y evitadas”<sup>48</sup>.

Concluyo estas notas que si bien Cuba es de los pocos países en nuestro continente americano con un sistema de salud robusto, único, universal, accesible, equitativo, que ha trabajado desde antes del año 1986 ( Ottawa) donde se plantearon las cinco áreas de acción, y reoriento los servicios de salud y mantiene una continua transformación de los mismos, y hemos acogido y adoptado cada una de las iniciativas de las Naciones Unidas, y somos signatarios de la agenda 2030 y abanderados en brindar Salud y acceso universal para todos y todas en cualquier parte, aún tenemos debilidades que son más visibles en nuestras grandes ciudades.

---

<sup>47</sup> Envejecimiento, Políticas Públicas y Desarrollo en América Latina. Retos presentes y necesidades futuras. Experiencias de Países. El caso Cuba. Cuadernos de Estudio Población y Desarrollo. La Habana: Oficina Nacional de Estadística; 2010; Rodríguez A, Álvarez L, Quevedo Expósito K. Necesidades percibidas de atención de salud al adulto mayor desde una perspectiva de género. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 3 Dic 2010];25(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es); Miranda A, Hernández L, Rodríguez A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 3 Dic 2010];25(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es); Collazo M, Calero J, Rodríguez A. Necesidades, realidades y posibilidades del sistema de salud cubano para su enfrentamiento al envejecimiento poblacional. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [citado 3 Dic 2011];2(36). Disponible [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es); González E, Fernández J. Escenarios de la Población en Cuba para el periodo 2007-2035. Cuadernos de Estudio Población y Desarrollo. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas; 2008.

<sup>48</sup> Marcela Pizzi Kirschbaum, Envejecimiento y Ciudad, los desafíos del siglo XXI Profesora Titular del Instituto e Historia y Patrimonio (IHP) de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Chile y ex Decana.