

# Reflexiones sobre la intersectorialidad como estrategia para la salud. Conocimientos complejos para realidades complejas

*Rosa María Ramos Rodríguez\**

## RESUMEN

A pesar de los avances y logros en materia de salud obtenidos con diversas estrategias como la de Atención Primaria a la Salud y las iniciativas de acciones multisectoriales orientadas a resolver problemas puntuales, aún no se han alcanzado resultados más consistentes y significativos. Diversas razones han provocado esta situación, una de ellas, y tal vez la más importante es el hecho de que todavía son vigentes en la teoría y en la práctica, conceptos que tienden a parcializar y fragmentar el carácter complejo del proceso salud-enfermedad. Otra cuestión, que sin duda es producto del pensamiento simplificador con el que se pretende dar explicación al proceso salud-enfermedad, es la que se refiere a cómo se desarrolla la práctica médica y la respuesta social organizada para atender los problemas de salud de la población. En este ensayo se presentan una serie de reflexiones que tienen que ver con la respuesta institucional y estatal a los problemas de salud-enfermedad y su relación con la instrumentación de políticas y acciones intersectoriales.

**Palabras clave:** Salud-enfermedad, intersectorialidad, práctica médica.

## ABSTRACT

*Despite the advances in health achieved through diverse strategies such as primary health care and multi-sectorial initiatives oriented to resolve specific problems, no significant or solid results had been reached yet. There are different reasons for that. One of them is the prevailing theoretical and practical tendency to build up concepts that fragment and reduce the complex character of the health-disease process, the development of the health practice and the organised social response towards health problems. This essay is constructed from a series of reflections related with the governmental response to health problems and its relation with actions following intersectorial policies.*

**Key words:** Health-disease process, intersectorial approaches, medical practice.

## Introducción

La atención a los problemas de salud colectiva es la razón de ser de la formulación de políticas sanitarias. Ya desde 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud en Alma Ata, se reconoció la complejidad de los problemas de salud pública, así como la imperiosa necesidad de impulsar acciones con la participación de múltiples sectores (OMS, 1979).

Sin embargo, a pesar de los avances y logros obtenidos con la estrategia de atención primaria a la salud —considerada revolucionaria para la época— aún no se ha logrado consolidar como alternativa y alcanzar resultados más consistentes (Tarimo y Creese 1991), debido entre otras causas a que para abordar “la salud” el desarrollo de la práctica médica hegemónica actual responde a cierta orientación de los modelos teóricos explicativos, al nivel de desarrollo de la ciencia y a la ideología del modelo económico imperante.

En este ensayo, a partir de la experiencia adquirida en la conducción de la elaboración y seguimiento del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia de México,<sup>1,2</sup> se desarrollarán algunas reflexiones que tienen que ver con la conceptualización de la causalidad del proceso salud-enfermedad, y su relación con la instrumentación de políticas y acciones como respuesta institucional y estatal a los problemas de salud-enfermedad de las colectividades.

### El problema de la causalidad en el proceso salud-enfermedad

Un aspecto esencial para comprender y abordar el proceso salud-enfermedad, es el relativo a la lógica explicativa de su causalidad, cuestión que ha sido, y aún lo es, preocupación teórica y epistemológica de las distintas corrientes de pensamiento médico.

En primer instancia, se planteó un modelo unicausal, el cual establecía una relación directa de una causa con un efecto. Esta explicación se restringía exclusivamente al fenómeno biológico, asociado generalmente a un ente patógeno (Capra, 1982), reafirmando la concepción que tienen sobre

el cuerpo la mayoría de las sociedades occidentales, que admiten una distinción entre el cuerpo y la persona humana<sup>3</sup>. Sin duda, en su momento, este modelo representó un primer paso para el desarrollo de la ciencia médica, sin embargo, pretendiendo incidir en los problemas de enfermedad con este enfoque, no se observaban avances sustanciales en la explicación de los crecientes fenómenos de salud y, menos aún en la salud colectiva.

Con el desarrollo de las ciencias sociales; de instrumentos de medición (como la estadística); con la necesidad de abordar el problema de la enfermedad en las colectividades y la poca capacidad explicativa y de respuesta del modelo unicausal, éste va sufriendo diversas modificaciones hasta complementarse con el reconocimiento teórico de otros factores tanto de orden biológico como social en la generación de la enfermedad; este enfoque, conocido como modelo multicausal coadyuvó a dar el paso para atender teóricamente la salud colectiva. Especialmente, desde el ámbito de la Medicina Social se ha desarrollado una importante corriente teórica que reconoce como hecho social al proceso la salud-enfermedad<sup>4</sup>, sin embargo no es el pensamiento que impera en la práctica médica individual e institucional.

Así, si bien se reconocen avances y descubrimientos muy importantes en el campo médico, el camino elegido ha demostrado su ineficiencia pues aún existen serios problemas de salud colectiva a pesar de haberse pretendido intervenir; esta situación se presenta porque en principio no se reconoce al proceso salud-enfermedad como un fenómeno complejo, enten-

<sup>3</sup> Es un hecho que las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad, así las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del mismo, son constructos sociales que no escapan a la particular visión del mundo así como de una concepción de la persona que cada sociedad tiene. David Le Breton en su obra *Antropología del cuerpo y modernidad* (1995) discute ampliamente el tema. La definición moderna del cuerpo tiene sus orígenes en los comienzos del siglo XV, con la constitución del saber anatómico gestado en Italia y con la vulgarización que de la práctica de disección se hizo durante los siglos XVI y XVII europeos lo que propició un cambio de mentalidad orientada a darle autonomía al individuo y distinguir el cuerpo de la persona humana. “El cuerpo adquiere peso; disociado del hombre, se convierte en un objeto de estudio como realidad autónoma” (Le Breton, 1995: 47). En efecto, entre los siglos XVI y XVII “nace el hombre de la modernidad: un hombre separado de sí mismo (en este caso bajo los auspicios de una división ontológica entre el cuerpo y el hombre), de los otros (el *cogito* no es el *cogitamus*) y del cosmos (de ahora en más el cuerpo no se queja más que por sí mismo, desarraigado del resto del universo encuentra el fin en él mismo, deja de ser el eco del cosmos humanizado)” (Le Breton, 1995: 57), así pues, el saber biomédico, la medicina moderna nace de esta fractura ontológica.

<sup>4</sup> Fundamentalmente esta escuela de pensamiento se ha desarrollado gracias a las aportaciones realizadas por investigadores radicados en América Latina, véanse por ejemplo los trabajos de Breilh y colaboradores en Ecuador (1987, 1990), y de Laurell en México (1975, 1978, 1979, 1980)

<sup>1</sup> La autora fungió entre 1991 y 1995 como coordinadora del Secretariado Técnico de la Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia, México, programa elaborado para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia celebrada en las Naciones Unidas el 30 de septiembre de 1990.

<sup>2</sup> Para mayor información consultar Secretaría de Salud (1991) y Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia, Secretaría de Salud (1995).

diendo como tal al compuesto por múltiples elementos que mantienen entre sí una gran variedad de relaciones (acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares) que ocurren tanto sincrónica como diacrónicamente, y que constituyen nuestro mundo fenoménico (Morin, 1996, Vilar 1997).

Los modelos teóricos mencionados basan su concepción del proceso salud-enfermedad en una lógica formal en la cual predomina el pensamiento lineal, determinista, simplificador, disciplinario, que Morin reconoce como generador de una "inteligencia ciega" porque piensa que estos modos simplificadores del conocimiento mutilan, más de lo que expresan, aquellas realidades o fenómenos de los que intentan dar cuenta produciendo una *ceguera* (Morin 1996: 27) a la que Vilar le llama "vieja racionalidad" (Vilar 1997: 12-13).

En la construcción de estos modelos predominan claramente tres principios característicos del paradigma de la simplificación: *disyunción, reducción y abstracción*, mismos que operan mediante la selección de datos significativos y rechazo de los no significativos, distingue o desarticula los elementos, asocia e identifica, jerarquiza y centraliza en función de nociones maestras (Morin, 1996).

Para comprender el proceso salud-enfermedad habrá que considerar al ser humano en su complejidad fenoménica que articula tres sustratos: biológico, psicoafectivo y ecológico<sup>5</sup>, cuestión que nos parece fundamental en una visión que pretenda abordar integralmente la salud como expresión de desarrollo humano.

En este sentido, el ser humano genera cultura y establece múltiples relaciones sociales entre sí y con la naturaleza a través de su acción social (Cuéllar y Peña, 1985), que lo lleva a mantener una constante interacción dinámica y de transformación con la naturaleza. Si bien el ser humano modifica las condiciones de la naturaleza, al mismo tiempo las fuerzas naturales inciden sobre su biología, relaciones sociales, cultura y sobre su acción social, interacciones que varían a lo largo del tiempo y espacio en que ocurre, proceso que asume características particulares dependiendo del grado

de desarrollo y organización social de cada colectividad. Prigogine afirma que "no puede comprenderse un sistema complejo más que refiriéndose a su historia y transcurso" (citado en Vilar 1997: 22).

Durante el proceso de vida de cada ser humano existen distintas tensiones: entre los sustratos biológico, psicoafectivo y ecológico, y entre las interacciones que establece el individuo consigo mismo y con los integrantes, de una socio-biosfera (Lizarraga, 1999). En esta concepción, se podría decir que, estas tensiones son expresión de la vida del ser humano, en cierto modo, como se dijo en párrafos anteriores, se trata de un proceso en el que imperan relaciones, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares donde la salud y la enfermedad se constituyen en un proceso dinámico e insoluble; que se concreta en el cuerpo-persona de cada individuo. La visión lineal y determinista de los modelos explicativos del proceso salud enfermedad, debe ser sustituida por el principio de recursividad que menciona Morin<sup>6</sup>, el cual concibe permanentes interacciones cíclicas autoconstitutivas que se establecen entre el sujeto y su entorno, así como por una conciencia de la multidimensionalidad del proceso.

El modelo multicausal, que pretende ver un amplio espectro de la realidad, en aras de buscar determinantes de la enfermedad, en la práctica acaba por elegir un segmento de la misma, reduciéndola y dando peso desproporcionado a los aspectos o *factores* directamente relacionados con la enfermedad, que en la mayoría de los casos se centran en los factores biológicos. Además este modelo reconoce la existencia de múltiples factores, que son considerados como la *suma* de elementos que intervienen en el proceso salud-enfermedad. Por ello, en su visión parcializada, sólo da respuesta a los fenómenos observables y directos, pero no se plantea el conocimiento de su complejo devenir. Privilegia entonces el caso clínico, descomponiendo al individuo en fragmentos orgánicos (Capra, 1982) omitiendo los otros complementos constitutivos del ser humano (sustratos psicoafectivo y ecológico), y tiene por imposible distinguir las cualidades de las emergencias "sintomáticas" y clínicas derivadas de las múltiples y diversas interrelaciones que se establecen en la corporeidad de cada individuo (endogenia) y su exogenia<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Lizarraga hace las siguientes distinciones: "Sustrato biológico: el soma, su heredabilidad, flexibilidad y funcionalidad, tanto interna como con el entorno. Sustrato psicoafectivo: los procesos y las capacidades que transforman sensaciones en sentimientos, produciendo dinámicas y lógicas endo/exógenas de captación, asimilación, percepción, interpretación apropiación y utilización afectiva del entorno y Sustrato ecológico: el entorno en el que se desarrollan, mueven, expresan e interactúan los individuos-especie, tanto consigo como con el resto de los componentes de una sociobiosfera constantemente psico-culturalizada". (Lizarraga 1999: 81-82)

<sup>6</sup> Morin (1996: 106, 107) reconoce como un proceso recursivo "...aquél en el cual los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que los produce", en otras palabras "todo lo que es producido reentra sobre aquello que lo ha producido en un ciclo en sí mismo autoconstitutivo, autoproducido".

<sup>7</sup> Según Lizarraga (1999: 82) "El organismo como tal conforma una endogenia específica y plástica, y los componentes del entorno ecológico una exogenia"

lo que además, conducen a percepciones diferentes por cada una de las partes involucradas (sanador y paciente) (Carlson y Shield, 1989). Desde luego las relaciones sociales, la cultura, las representaciones sociales quedan fuera aun cuando se aborda el problema de la salud colectiva (Terris, 1987); se afirma que la salud-enfermedad únicamente compete al campo médico sanitario, aspectos que se acentúan más en la "era de la globalización" (Lamarche, 1995: 83).

De hecho, el ejercicio de la práctica médica hegemónica moderna se orienta casi exclusivamente, a la curación<sup>8</sup> —atiende la enfermedad—, lo que lleva a la instrumentación de medidas curativas por sobre las de protección, prevención y conservación de la salud, además de tener una fuerte tendencia hacia la especialización, es decir, a establecer una relación clínica pero ahora sólo con una parte del individuo, el órgano enfermo<sup>9</sup> (los ojos deben ser atendidos por el oftalmólogo, mientras que lo relacionado con el aparato digestivo lo atiende el gastroenterólogo), con lo cual se aleja cada vez más de una respuesta integral, humanista y social al proceso salud-enfermedad (Capra, 1982).

#### Respuesta social organizada al proceso salud-enfermedad

La respuesta institucional, acorde con la práctica médica que reconoce teóricamente la multicausalidad, también se ve distorsionada por el pensamiento simplificador de la vieja racionalidad que se traduce en el plano de las formas institucionales y organizativas con las cuales la sociedad enfrenta los problemas de salud. Morín dice "...un pensamiento mutilante, conduce, necesariamente, a acciones mutilantes" (1996: 34).

Si bien existe el reconocimiento de la necesidad de parcelar la realidad como un recurso metodológico para poder abordarla más eficaz y profundamente y como una forma de operacionalizar la división del trabajo, la sectorización acaba por crear su propia dinámica operativa desarticulada de la comprensión teórica más integral del fenómeno que intenta interpretar, terminando por reproducir y afirmar las fronteras administrativas, más que los nexos entre las mismas.

Las estructuras burocrático-administrativas terminan subordinando las acciones a su lógica operativa sectorial

<sup>8</sup> Véase Tetelboin (1997).

<sup>9</sup> Nuevamente, la concepción occidental moderna del cuerpo rige la práctica médica. "Al considerar, con frecuencia, al hombre como un epifenómeno de una alteración que sólo alcanza al cuerpo, una gran parte de la medicina contemporánea proclama su fidelidad a la división que anunciaba Vesalio (que el cuerpo sea visto, virtualmente distinto del hombre)...y se interesa por la enfermedad (por el cuerpo, por el órgano enfermo) más que por el enfermo en sí mismo. La historia personal del sujeto es desdeñable" (Le Breton: 58).

que responde a un objetivo previamente definido en sí mismo y no en función de su articulación con fenómenos más complejos de la realidad. A su vez, la rigidez de las estructuras burocráticas es la que predomina, impidiendo o dificultando en gran medida la posibilidad de construir un efectivo trabajo intersectorial más que multisectorial. En el mejor de los casos se logra sólo una sumatoria de acciones sectoriales que si a caso, conducen a logros parciales desarticulados unos de otros.

El punto de partida sectorial-administrativo termina por preceder y presidir la delimitación teórico-conceptual de un objeto de análisis y transformación. Y esto es más cierto cuanto más claramente queda delimitado el ámbito de responsabilidad sectorial. Así, para dar cuenta del estado de salud de la población, tradicionalmente se ha definido como único ámbito de responsabilidad sólo a las instituciones sanitarias y tímidamente se ha considerado la participación de otras instancias, por ejemplo, las encargadas del saneamiento básico y de educación; quedando fuera de la responsabilidad directa de las instituciones sanitarias un amplio espectro de acciones que son fundamentales en la esfera de lo preventivo y promocional para la salud.

Ello ha significado que se dé una respuesta parcial a problemas complejos y desde un solo sector, reproduciendo así la concepción eminentemente curativa y con una visión biologicista de la práctica médica hegemónica. Bajo esta concepción, las actividades de prevención o fomento a la salud tienden más a la solución de problemas de enfermedad y se les da poco peso a aquéllas que fomentan la salud.

En este sentido, diversos organismos internacionales como el Banco Mundial (1993), califican que el éxito o fracaso de algunos países en el combate a problemas de salud se debe al menor o mayor gasto social destinado a los programas de salud, a las estrategias de política sanitaria y a la estructura administrativa de los sectores de salud, entre los principales elementos, cuestionamientos que contienen también una visión finalmente parcial. De ahí se desprenden sus propuestas de abatir problemas (como diarreas, enfermedades respiratorias agudas, etc.) con acciones muy puntuales, respuestas que en el mediano y largo plazo no son permanentes y sustentables, entre otras razones, por lo que se necesita la participación de otros sectores, considerando las interrelaciones del complejo proceso.

La realidad ha demostrado que en determinadas circunstancias, la intervención sobre los aspectos que influyen en el medio físico y social tienen de hecho mucho mayor incidencia sobre las condiciones de salud y bienestar de la población en general, que las intervenciones puntuales en los condicionantes meramente biológicos (físico-químicos)

del problema. Esta necesidad ya fue claramente reconocida en la propia Declaración de Alma Ata, en la cual se acordó la estrategia de atención primaria a la salud (OMS, 1979) y en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo de la cual se derivó el documento conocido como Agenda 21 (United Nations División for Sustainable Development, 2000).

### La intersectorialidad como estrategia para la salud

La necesidad cada vez más apremiante de dar respuesta a los complejos problemas de salud enfermedad ha llevado a la formulación de políticas multisectoriales. Sin embargo, éstas reproducen el enfoque teórico-práctico multicausal, con las limitaciones que ya se han apuntado.

La manifiesta incompatibilidad entre necesidades y recursos puesta en evidencia por el carácter costoso, inequitativo e ineficiente de los modelos de atención vigentes, muestra claramente la urgencia de reorientar no sólo los sistemas de servicios de salud, también demuestra que el mejoramiento sustantivo y equitativo de las condiciones de salud sólo puede lograrse con el concurso combinado —en un esfuerzo coherente, armónico y proporcional— de muy diversos sectores tanto de la administración pública como de la propia sociedad, a partir de cuya acción o inacción se afecta positiva o negativamente las condiciones de salud de la población.

Lo anterior significa que la salud debe asumirse como objetivo social y como tal, debe contemplarse como uno de los ejes rectores para instrumentar las políticas económicas y sociales de los gobiernos encaminadas a un desarrollo sustentable que permita potenciar las capacidades de todo ser humano.

En consecuencia, se requiere de una forma distinta de formulación de estrategias para promover un verdadero trabajo intersectorial y no sólo trabajar parcialmente sobre la base de los sectores establecidos institucional y administrativamente. Se propone partir de la identificación de áreas-problemas surgidos de las necesidades de la realidad y no de problemas puntuales nacidos del interés sectorial preestablecido por una lógica burocrática-administrativa. Es decir, se trata de definir objetivos comunes que sean asumidos como problemas transectoriales compartiendo la acción y la responsabilidad, distintos sectores de la administración pública. En este sentido, la respuesta al proceso salud-enfermedad es un problema transectorial y como consecuencia, responsabilidad de diversos sectores y no sólo del Sector Salud.

En suma, para lograr una verdadera práctica intersectorial —considerando que en la actualidad, cada institución tiene sus propias particularidades y lógicas de acción— es necesario que en función de los problemas transectoriales definidos, se busque la congruencia entre los diversos niveles de la planeación y ejecución, es decir, en el diagnóstico, la definición de objetivos, las políticas y estrategias, así como en la asignación de recursos y mecanismos de evaluación de cada sector.

El reto es ambicioso pero no imposible, la reflexión se ha planteado e implica, en primera instancia, una transformación en la lógica del pensamiento lineal, por un pensamiento complejo que lleve a redefinir la práctica médica hegemónica y de los paradigmas que la orientan, así como un cambio en la lógica que preside y precede el funcionamiento de la estructura político-administrativa, cuestión que posibilitaría plantear no sólo una mejor respuesta institucional al proceso salud-enfermedad sino también al mejoramiento de la calidad de vida<sup>10</sup> del conjunto de la sociedad.

<sup>10</sup> La calidad de vida es la expresión del grado de concreción de los presupuestos básicos o tareas que una sociedad debe de cumplir. Consiste en la satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive. Donde satisfacción no sólo se refiere al acceso a los objetos materiales para satisfacer las necesidades, sino también a la participación social del sujeto en la creación de sus propias condiciones de vida. Donde la satisfacción de la necesidad no sólo tiene el sentido de cubrir carencias, sino que implica la potencialidad de la acción social en la búsqueda permanente de su cobertura y de otras afines o asociadas.

## Bibliografía

- Banco Mundial. (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993. *Banco Mundial*, Washington D. C.
- Breilh, J., E. Granda, A. Campaña y O. Betancourt. (1987). *Ciudad y muerte infantil. Investigación sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado: un método*. Quito. Ediciones CEAS.
- Breilh, J., A. Campaña, P. Costales, E. Granda, R. Páez y J. Yépez. (1990). *Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud*, Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Quito. Biblioteca de Ciencias Sociales. 28. Corporación Editorial Nacional.
- Capra, Fritjof. (1982). *El punto crucial. Ciencia sociedad y cultura naciente*, Buenos Aires. Editorial Estaciones.
- Carlson, R y B. Shield (eds.). (1989). *La nueva salud*. Barcelona. Editorial Kairós.
- Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia, Secretaría de Salud. (1995). *Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000, Secretaría de Salud*, México.
- Cuéllar, R. y F. Peña. (1985). *El cuerpo humano en el capitalismo*, México. Folios Ediciones.
- Lamarche, Paul A. (1995). Retos de los sistemas de salud en América del norte. En: Phyllis Freeman Octavio Gómez Dantés y Juio Frenk (eds.) *Los sistemas de salud ante la globalización. Retos y oportunidades para América del Norte*, Academia Nacional de Medicina, México e Instituto de Medicina, EUA, México: 83-93.
- Laurell, Asa Cristina. (1975). Medicina y capitalismo en México. En: *Cuadernos Políticos* 5.
- Laurell, Asa Cristina. (1978). El proceso de trabajo y salud. En: *Cuadernos Políticos* 17: 59-80.
- Laurell, Asa Cristina. (1979). *La salud-enfermedad como proceso social*, mimeo, Maestría en Medicina Social UAM-X, México.
- Laurell, Asa Cristina. (1980). La política de salud en los ochenta. En: *Cuadernos Políticos* 23: 89-97.
- Le Breton, David. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- Lizárraga, Xavier. (1999). De la antropología física y sus circuitos, *Estudios de Antropología Biológica*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, IX: 75-82.
- Morin, Edgar. (1996). *Introducción al pensamiento complejo*, Geodisa editorial, Barcelona.
- OMS/UNICEF. (1978). *International Conference of Primary Health Care, Alma Ata, URSS*, OMS, UNICEF.
- Secretaría de Salud (1991). *Programa Nacional de Acción. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia*, Secretaría de Salud, México.
- Tamiro, E. y A. Creese (eds) (1991). A mitad del camino hacia la salud para todos en el año 2000. Informes de diversos países, *Organización Mundial de la Salud*, Ginebra.
- Terris, Milton (1987). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México. Siglo XXI editores.
- Tetelboin, Carolina (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica, *Estudios de Antropología Biológica*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, México, VIII: 487-510.
- Vilar, Sergio (1997). *La nueva racionalidad. Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios*. Barcelona. Ed. Kairós,
- United Nations Division for Sustainable Development (2000). [www.un.org/esa/sustdev/agenda21sp](http://www.un.org/esa/sustdev/agenda21sp)