

Equidad en salud a través de la acción intersectorial:

un análisis de estudios de casos en 18 países

Presentado a la Agencia de Salud Pública de Canadá



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada



World Health
Organization

© Su Majestad la Reina en Derecho de Canadá, representada por el Ministro de Salud, 2008
© Derechos de autor de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2008. Todos los derechos reservados.

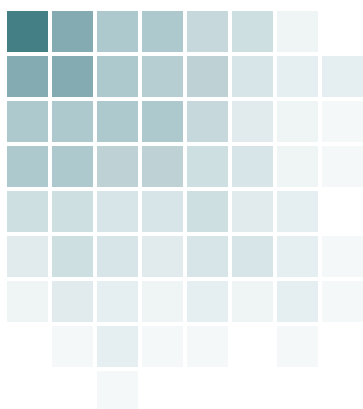
Cat. : HP5-67/2008SP
ISBN : 978-0-662-04084-2

Cat. : HP5-67/2008SP-PDF
978-0-662-04085-9

Equidad en salud a través de la acción intersectorial:

un análisis de estudios de casos en 18 países

Presentado a la Agencia de Salud Pública de Canadá



CONTRIBUCIONES

La presente síntesis de los estudios de casos, que es producto de una iniciativa de colaboración emprendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia de Salud Pública de Canadá (ASPC), fue contratada y financiada por la ASPC. Los estudios de casos, salvo el estudio de Canadá, fueron financiados por la OMS, con la excepción de los estudios realizados ad honorem por Nueva Zelanda, Noruega y el Reino Unido.

La redacción del informe se benefició con la orientación de un "comité editorial" creado para el proyecto, que estuvo integrado por Robert Geneau, Candance Smith, Mana Herel, Heather Fraser y Sharon Peake, de la Agencia de Salud Pública de Canadá, al igual que por Orielle Solar y Nicole Valentine, de la Organización Mundial de la Salud. El comité editorial se reunió varias veces con el equipo de redacción principal para ofrecer sus comentarios sobre el contenido y la estructura del informe. Asimismo, varios autores de los estudios de casos aportaron comentarios útiles.

Equipos del proyecto:

ASPC:

Sharon Peake (coordinadora: julio 2007-abril 2008)
Gerry Gallagher (coordinador: noviembre 2006-junio 2007)
Robert Geneau
Candice Smith
Mana Herel
Heather Fraser

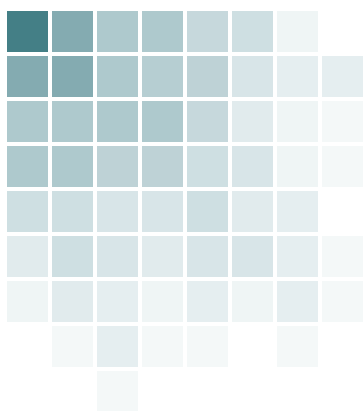
OMS:

Nicole Valentine (coordinadora)
Orielle Solar
Lexi Bambas

Escrito por:

Victoria Barr, MHS
Steve Pedersen, MPH
Mike Pennock, MASc
Irv Rootman, PhD

Asociación de Salud Pública de Columbia Británica



RESUMEN

La visión de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, creada por la Organización Mundial de la Salud con un mandato de tres años (2005-2008), es “un mundo en el que todas las personas tengan la libertad de vivir vidas valiosas”. La complejidad de los factores sociales, políticos, económicos y ambientales que inciden sobre la salud y las desigualdades en materia de salud, aunada al hecho de que la mayoría de esos determinantes está fuera de la jurisdicción exclusiva del sector de salud, obliga a este último a actuar en colaboración con otros sectores gubernamentales y sociales para responder con eficacia a esos factores que repercuten sobre la salud y el bienestar de la población. El reconocimiento de las dimensiones intersectoriales de los determinantes de la salud ha estimulado que se emprendan iniciativas internacionales para estudiar de manera sistemática la manera en que la intervención de diversos sectores puede influir positivamente sobre la salud y la equidad en salud.

La Organización de la Salud Mundial (OMS) y la Agencia de Salud Pública de Canadá (ASPC) han apoyado la expansión de esa labor de cooperación, encargando conjuntamente la elaboración de una serie de 18 estudios de casos en países de altos, medianos y bajos ingresos. Los estudios de casos describen diversas experiencias de intervención intersectorial que lograron resultados positivos para la salud y la equidad en salud. El presente estudio – que forma parte de una iniciativa de varias fases emprendida por la ASPC y la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud – presenta un análisis de los principales conocimientos adquiridos a partir de esos 18 estudios de casos.

Los estudios de casos analizados aquí representan una amplia gama de iniciativas, desde programas relativamente pequeños que aplicaron un enfoque de desarrollo comunitario a un grupo marginal en una ciudad hasta iniciativas amplias y concentradas en políticas emanadas de gobiernos nacionales. Es importante tener en cuenta el contexto sociopolítico, económico y cultural de cada uno de los estudios de casos examinados para comprender el marco en el cual se inscribió la intervención intersectorial iniciada y ejecutada. La multitud de enfoques adoptados es un reflejo de los diversos contextos en los cuales surgieron las iniciativas, de las prioridades específicas a las que respondieron y de los recursos que se pusieron a su disposición. El análisis de estos estudios de casos sugiere una variedad de temas centrales, observaciones y enseñanzas en materia de acción intersectorial para lograr la salud y la equidad en salud.

- **Los objetivos de la acción sanitaria intersectorial difieren entre sí.** No todos los estudios de casos definieron la cuestión como un problema de inequidades en salud entre grupos demográficos. En efecto, algunos definieron su objetivo como el mejoramiento de la salud de un determinado grupo o segmento demográfico desfavorecido. En algunos casos, el objetivo no necesariamente fue mejorar la salud en sí misma, sino más bien lograr una repercusión directa sobre uno o más determinantes de la salud. La manera en que se enmarcó la cuestión repercutió sobre las estrategias implementadas, los aliados invitados a la mesa de deliberación y las maneras en que se definieron los resultados obtenidos. Enmarcar cuestiones de salud complejas en términos generales (y, en algunos casos, como indicadores sociales en vez de como indicadores de salud) permite a los individuos de todos los sectores definir con más facilidad sus respectivas funciones y participar en la formulación de soluciones.
- **La acción intersectorial reviste un aspecto diferente según el nivel de toma de decisiones.** Se planearon e implementaron iniciativas a nivel nacional, regional y municipal o local. La complejidad de la estructura gubernamental tiende a repercutir sobre el grado de respuesta. Adoptar enfoques nacionales aplicados “a todo el gobierno” parece ser más sencillo en las estructuras gubernamentales donde la división de las responsabilidades relativas a la salud o a los principales determinantes de la salud es relativamente lineal. Sin embargo, en entornos más complejos de formulación de políticas, donde esas responsabilidades son compartidas o más difusas, las regulaciones que tienen repercusión sobre los determinantes de la salud pueden ser contradictorias de un ministerio a otro, o bien estar dirigidas a diferentes entidades territoriales, dificultando aun más la implementación de una intervención intersectorial en el plano nacional.

Los enfoques aplicados a todo el gobierno y originados a nivel nacional pueden tener una limitada capacidad de influir sobre los determinantes sociales de la salud cuando ese tipo de iniciativas no va acompañado de proyectos integrales que parten desde las bases a nivel municipal o local. Esa labor a nivel municipal o local, que con frecuencia facilita la participación activa de la población en la planificación comunitaria y en el desarrollo de programas, es vital para solucionar las inequidades en salud. Idealmente, esas iniciativas van acompañadas de un mecanismo de financiamiento y

de una estructura de rendición de cuentas que permiten a la iniciativa expandirse y modificarse según las necesidades fluctuantes de la comunidad.

En los 18 estudios de casos aquí examinados, se facilitó una genuina cooperación para la planificación, implementación y evaluación cuando tuvo lugar a varios niveles de gobierno simultáneamente, especialmente cuando la labor de cada uno de esos niveles fue integrada mediante políticas o legislación.

● **Una promoción sólida de la acción intersectorial es vital.**

Un elemento vital para lograr una acción intersectorial eficaz con participantes dedicados y comprometidos es el reconocimiento compartido de que la acción intersectorial es una vía adecuada para solucionar un problema específico que puede o no estar identificado como un problema de inequidad en salud. En todos los casos de estudio, quedó claro que era absolutamente imprescindible justificar la adopción de un enfoque intersectorial para poder dar inicio a las actividades. Varias partes que estaban iniciando o dirigiendo la acción intersectorial sustentaron la pertinencia de una acción intersectorial mediante las actividades siguientes:

- Capitalizando la inquietud pública por la salud y el bienestar de un grupo desfavorecido.
- Utilizando paladines políticos que preconizaran la acción intersectorial.
- Enmarcando la cuestión de manera que concierna a todos los sectores.
- Capitalizando el liderazgo internacional.
- Creando una plataforma de investigadores.
- Capitalizando las inquietudes sobre la necesidad de utilizar con más eficiencia los recursos escasos.
- Reconociendo las limitaciones de los enfoques anteriores, especialmente en aquellos casos en que los sectores actuaron de manera aislada.
- Sacando partida a las transiciones políticas para reevaluar las funciones y comenzar a trabajar mejor conjuntamente.
- Creando consenso a través de reuniones compartidas, tales como conferencias o reuniones comunitarias.

Se logró la participación de representantes de una amplia gama de sectores mediante la implantación de un proceso de toma de decisiones conjunta y con la asignación de financiamiento específico para la labor intersectorial. En algunos casos, los sectores recibieron el mandato de trabajar conjuntamente en virtud de leyes adoptadas por el país o el estado.

- **Establecer confianza es crucial para desarrollar y mantener la acción intersectorial.** Aunque en muchos países establecer y alimentar una relación de confianza entre todas las partes fue una tarea difícil y morosa, ello permitió sentar una base sólida para lograr relaciones de trabajo eficaces. Esas relaciones pueden contribuir a comprender el aporte de cada mandato individual dentro del contexto de la labor intersectorial, lo cual permite identificar los servicios que hacen falta o que están duplicados dentro del sistema. Para establecer esas importantes relaciones, algunos iniciadores de acciones intersectoriales descubrieron que era fundamental tanto especificar el tipo de colaboración que se esperaba de los socios participantes en la iniciativa como definir las formas que iba a adoptar dicha colaboración. Una vez establecido el proceso de creación de alianzas, algunos consideraron útil redactar acuerdos formales y memorandos de entendimiento entre los socios participantes.

- **Los modelos y estructuras para organizar la acción intersectorial son muy variados.** Debido a la complejidad de las funciones y responsabilidades gubernamentales y al tradicional aislamiento en que operan los ministerios o secretarías de gobierno, todos los casos que describen enfoques aplicados “a todo el gobierno” elaboraron un modelo formal para guiar su labor intersectorial. Esos modelos permitieron demostrar claramente que la intervención para reducir las inequidades no puede ser implementada por un solo sector que actúa de manera aislada. Los casos en que las iniciativas tenían lugar estrictamente a nivel municipal o regional, tendían a tener una estructura “orgánica” más flexible para la acción intersectorial que podía responder con agilidad a las necesidades y preferencias de la comunidad.

Los actores de los estudios de casos analizados aquí eligieron una amplia variedad de vías concretas para organizar su trabajo. Una estructura común fue una en la cual se formaron comités interministeriales. En ciertos casos, los países instauraron un sistema elaborado de comités y otras estructuras para solidificar la acción intersectorial. Aunque ello contribuyó a dar credibilidad al problema de salud en cuestión y a adoptar un enfoque cooperativo para solucionar las inequidades en salud, ese enfoque tenía potencial de crear confusión y agregar burocracia innecesaria. Aunque parece que, tanto a nivel municipal como nacional, es necesario reunir a representantes de diversos sectores para examinar las cuestiones y establecer objetivos comunes, ello no parece bastar para impulsar con eficacia la acción intersectorial.

● **Supervisar los procesos y resultados de la labor intersectorial es problemático.** La relativa escasez de evaluaciones sistemáticas de la acción intersectorial reflejó una falta de herramientas y métodos de medición normalizados. Al mismo tiempo, casi todos los estudios de casos notificaron ciertos resultados positivos que se pensó que pueden ser atribuidos a la colaboración intersectorial. Es prematuro sacar conclusiones sobre la eficacia general de la acción intersectorial para la salud y la equidad en salud a partir de la investigación presentada en el presente documento, ya que varias de las iniciativas fueron implementadas en fecha relativamente reciente y no ha habido suficiente tiempo para que los efectos se acumulen y sean evaluados

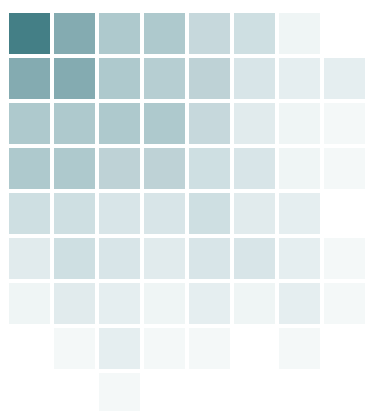
● **Es necesario que la función del sector de salud sea flexible.**

- El grado hasta el cual el sector de salud puede (o debe) asumir la dirección en la planificación e implementación de la labor intersectorial para la equidad en salud depende en gran parte de la cuestión que esté siendo abordada. Los tres escenarios siguientes fueron evidentes en los estudios de casos analizados
- Cuando se trata de cuestiones en las cuales el sector de salud tiene el máximo nivel de conocimientos, experiencia y control sobre las estrategias para mejorar la equidad en salud, es razonable que el sector de salud asuma el liderazgo. Tal es el caso en las iniciativas que se enfocan en mejorar el acceso al sistema de servicios de salud o a otros programas específicamente centrados en la prevención, como por ejemplo aquéllos relacionados con la atención primaria de la salud.
 - Cuando la iniciativa está concentrada en cuestiones en las cuales el sector de salud tiene conocimientos sobre medidas eficaces para mejorar la equidad en salud, pero no tiene control del escenario o carece de medios para implementar las medidas, el sector de salud puede asumir el liderazgo en la promoción de estrategias pero asegurando una estrecha cooperación con otros sectores y haciendo que participen adoptando la iniciativa como suya.
 - Cuando la iniciativa está intentando solucionar directamente determinantes sociales fundamentales de la salud (por ejemplo, educación, pobreza) que van más allá de aquéllos directamente vinculados con el sistema de salud, la función principal del sector de salud debe ser actuar como socio de políticas en el desarrollo e implementación de la iniciativa. En estas circunstancias, el sector de salud por sí solo ni controla los medios para implementar estrategias ni tiene el mayor grado de conocimientos sobre cómo deberían enmarcarse las actividades.

La visión de salud del sector sanitario también afecta el grado de la función que puede desempeñar en estos escenarios. Por lo general, cuando la visión del sector de salud fue controlar una enfermedad o modificar un comportamiento individual riesgoso, no estuvo en medida de ofrecer mucho liderazgo en la acción intersectorial sobre los determinantes de la salud.

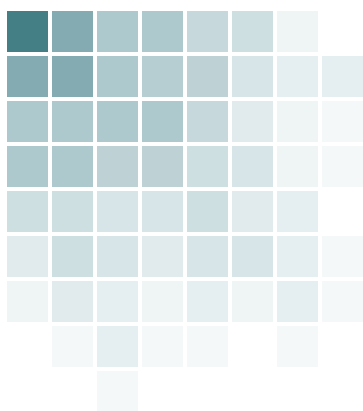
CONCLUSIÓN

Las inequidades en salud surgen y se mantienen debido a una compleja serie de factores. La amplitud de los estudios de casos realizados en numerosos países, culturas y niveles de desarrollo demuestra la importancia que acuerdan a la acción intersectorial muchos proveedores del sector de salud y los mismos grupos demográficos afectados. Desde los barrios de conventillos en la India y los remotos pueblos de Brasil e Irán hasta las capitales de Noruega, Canadá, Inglaterra y Australia, los gobiernos de todos los niveles están trabajando en la expansión de la acción intersectorial para la salud y la equidad en salud. Dada la estructura administrativa frecuentemente más complicada que se requiere para apoyar la acción intersectorial y los recursos que probablemente serán necesarios, es vital que los países evalúen cuidadosamente (y reevalúen continuamente) sus iniciativas. Estos 18 estudios de casos han contribuido a proporcionar algunas pistas para orientar esos esfuerzos.



ÍNDICE

| | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Introducción | 1 |
| | 1.1 Principales definiciones utilizadas en el presente análisis | 2 |
| 2 | Metodología | 3 |
| | 2.1 Limitaciones del presente análisis | 3 |
| 3 | Principales categorías generales de acción intersectorial para la salud e importancia del contexto | 4 |
| | 3.1 Formulación de la cuestión y objetivos principales de la acción intersectorial | 4 |
| | 3.2 La acción intersectorial a diferentes niveles de toma de decisiones | 6 |
| | 3.2.1 Iniciativas regionales y(o) provinciales y nacionales | 6 |
| | 3.2.2 Iniciativas a nivel municipal o local | 7 |
| | 3.2.3 Iniciativas orientadas a solucionar una crisis | 8 |
| | 3.2.4 Trabajo en todos los sectores y entre sectores | 8 |
| 4 | Principales mecanismos y herramientas para apoyar la acción intersectorial para la salud y la equidad en salud | 9 |
| | 4.1 Apoyo a la causa de la labor intersectorial | 9 |
| | 4.2 Atraer la participación de otros sectores | 11 |
| | 4.3 Función de la sociedad civil, organismos multilaterales y participación pública | 11 |
| | 4.4 Sacar partida al trabajo conjunto: desarrollo de alianzas eficaces | 12 |
| | 4.5 Modelos y marcos utilizados para organizar la labor intersectorial | 13 |
| | 4.6 Estructuras para organizar la planificación e implementación | 14 |
| | 4.7 Supervisión del proceso y de los resultados de la labor intersectorial | 15 |
| | 4.8 Asegurar la viabilidad de las iniciativas intersectoriales | 15 |
| 5 | Función del sector de la salud | 17 |
| 6 | Prácticas innovadoras | 20 |
| 7 | Deliberación: resumen de los principales resultados y de las preguntas pendientes | 22 |
| | 7.1 Preguntas pendientes | 23 |
| 8 | Conclusión | 25 |
| 9 | Bibliografía | 26 |
| 10 | Anexo A: Instrucciones elaboradas por la OMS para la realización de estudios de casos por país en materia de acción intersectorial para la salud | 27 |
| 11 | Anexo B: Breves síntesis de los estudios de casos | 33 |
| 12 | Anexo C: Plantilla utilizada para el análisis de los estudios de casos | 40 |
| 13 | Anexo D: Modelos utilizados por Nueva Zelandia y Noruega como marcos de trabajo para la acción intersectorial para reducir inequidad en salud | 41 |



I INTRODUCCIÓN

La visión de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, creada por la Organización Mundial de la Salud con un mandato de tres años (2005-2008), es de “un mundo en el que todas las personas tengan la libertad de vivir vidas valiosas” (OMS, 2007). Implícitas en la realización de esta visión son las mejoras en una amplia gama de determinantes de la salud y de equidad en salud, tales como el control sobre la toma de decisiones y la participación social, a través de múltiples estrategias. Las complejidades de los factores sociales, políticos, económicos y ambientales que influyen sobre la salud y las inequidades en salud, junto al hecho de que la mayoría de esos determinantes están fuera de la jurisdicción exclusiva del sector de salud requieren una labor conjunta de los sectores del gobierno y la sociedad. El reconocimiento de las dimensiones intersectoriales de los determinantes de la salud ha estimulado que se emprendan iniciativas internacionales para estudiar sistemáticamente cómo la intervención de diversos sectores puede influir positivamente sobre la salud y la equidad en salud. La experiencia internacional en iniciar, mantener y evaluar el impacto de las iniciativas intersectoriales para la salud en una variedad de contextos de toma de decisiones ha proporcionado excelentes oportunidades de aprendizaje práctico.

La Secretaría de la Comisión de la OMS y la Agencia de Salud Pública de Canadá (ASPC) ha apoyado esos esfuerzos participando en una iniciativa de varias fases para aprender más sobre la utilización de la acción intersectorial para la salud y la equidad en salud según se implementa internacionalmente. Una de las primeras fases de esta labor fue un análisis de obras especializadas sobre la acción intersectorial, las políticas públicas y la salud, que se publicó bajo el título “*Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health*” (ASPC, 2007). Ese análisis evaluó lo que se sabía hasta ese momento sobre la acción intersectorial, qué conocimientos necesitaban ser desarrollados y los posibles marcos para impulsar esas investigaciones. El análisis de obras especializadas destacó una serie de conocimientos derivados de la investigación y de experiencias en el terreno previamente documentadas en más de 15 países, reflejando el efecto que tenía el contexto más general sobre las cuestiones relacionadas con la acción intersectorial (y los enfoques adoptados para esta última), la amplia gama de problemas de salud que podían ser abordados con la acción intersectorial, la intensiva utilización de recursos que requiere la acción intersectorial para ser efectiva y la creciente dificultad de emprender una acción intersectorial en entornos más complejos.

Como otra parte de esta iniciativa conjunta, la OMS y la ASPC comisionaron juntas una serie de 18 estudios de casos en países de altos, medianos y bajos ingresos y enmarcados en una variedad de contextos sociales y políticos. Los estudios de casos describen las diversas experiencias acumuladas por esos países en la utilización de la acción intersectorial para la salud y la equidad en salud, e identifican una amplia variedad de mecanismos y modelos que han sido utilizados para desarrollar iniciativas integradas en intersectoriales para la salud. Fueron elaborados aplicando un juego común de preguntas, que están agrupadas por temas tales como el contexto de acción, los enfoques adoptados y el impacto sobre las desigualdades en salud. El anexo A contiene el ámbito de aplicación completo para el desarrollo de los estudios de casos sobre la acción intersectorial. Los estudios de casos, redactados en 2007, se presentan en estilo narrativo para destacar de qué manera ha sido emprendida la acción intersectorial en esos países. El Anexo B contiene breves síntesis de los 18 estudios de casos. El texto íntegro de todos los estudios de casos se encuentra disponible en: http://www.who.int/social_determinants/country_action/en/index.html

Una vez concluidos los estudios de casos, se celebró una reunión internacional en conjunción con la Conferencia Mundial de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES) que tuvo lugar en junio de 2007 en Vancouver, Colombia Británica, Canadá. Este encuentro se organizó para que los países que presentaron los estudios de casos pudieran dialogar y compartir sus experiencias, examinar las implicaciones de estas últimas para las iniciativas futuras y deliberar sobre los próximos pasos a seguir. Se elaboró un informe (ASPC y OMS, 2007) que resume ese diálogo sobre acción intersectorial.

Este informe presenta un análisis de los principales conocimientos obtenidos de esos 18 estudios de casos. Específicamente, el objetivo del presente informe es identificar las características y temas comunes de la acción intersectorial que son útiles para lograr la salud y a la equidad en salud en jurisdicciones con diferentes niveles de recursos y marcos administrativos. Los mecanismos, procesos y herramientas utilizados para apoyar la acción intersectorial se resumen brevemente aquí. El presente análisis se concentra en la transferencia de los conocimientos adquiridos y las observaciones perspicaces en vez de intentar generalizar a partir de los estudios de casos.

Se espera que este informe sirva para orientar las actividades futuras para implementar enfoques intersectoriales dirigidos a reducir las inequidades en salud. Aunque se puede aprender mucho de las iniciativas de los 18 estudios de casos descritos aquí, cada jurisdicción deberá adaptar esos conocimientos adquiridos a su propio contexto.

1.1 PRINCIPALES DEFINICIONES UTILIZADAS EN EL PRESENTE ANÁLISIS

Las definiciones a continuación de términos clave utilizados a lo largo del presente documento se basan en los trabajos de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Equidad es la ausencia de diferencias que pueden evitarse o remediarse entre poblaciones o grupos definidos en términos sociales, económicos, demográficos o geográficos. Las inequidades en salud implican por lo tanto más que una simple inequidad, ya sea en términos de determinantes o de resultados de salud, o de acceso a los recursos necesarios para mejorar y mantener la salud. Las inequidades en salud también ponen de manifiesto el fracaso de no haber logrado evitar o superar una inequidad en salud que atenta contra las normas de los derechos humanos u otros principios de la justicia.

Acción intersectorial

A lo largo de la planificación y ejecución de este proyecto, incluyendo el diálogo de expertos realizado en Vancouver, se deliberó largamente sobre una “definición formal” de la acción intersectorial. Los estudios de casos que fueron encargados y analizados para esta labor incluyen una amplia variedad de enfoques adoptados por varios sectores, que trabajaron conjuntamente de manera explícita o bien sincronísticamente (es decir, con cada sector trabajando en los determinantes de la salud pero no necesariamente interviniendo en colaboración con otros sectores). No se analizó la definición de acción intersectorial adoptada por los estudios de casos y en el presente análisis se pueden encontrar ejemplos de toda la gama de actividades que pueden ser consideradas intersectoriales. En otras palabras, los estudios de casos no fueron seleccionados en función de su conformidad con la definición tradicional de acción intersectorial, a saber actividades realizadas con un objetivo común. Los estudios de casos fueron distinguidos como intersectoriales más bien por la existencia o índole de sus iniciativas colaborativas o sincronísticas.

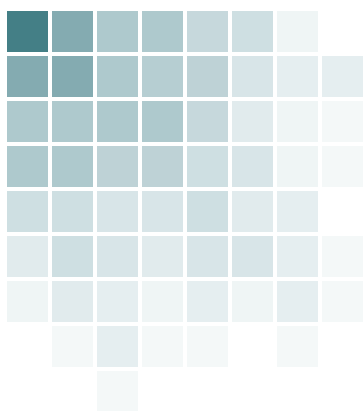
Hacia un extremo del espectro se pueden encontrar ejemplos de iniciativas en las que participan varias jurisdicciones que comparten información o coordinan actividades, a veces incluso a través de comités de representantes u otros mecanismos, pero que en

gran medida permanecen operativos al interior de su respetivo sector. Un ejemplo ilustrativo de lo anterior es la experiencia de mejoramiento de la salud descrita en el estudio de caso de Sri Lanka, donde cada sector simultáneamente trabajó en mejorar una serie de condiciones que afectaban las inequidades en salud operando de manera independiente en vez de actuar como un órgano colectivo coordinado. Los autores del estudio de caso de Sri Lanka reconocen, sin embargo, las dificultades que causó la ausencia de un “programa de acción intersectorial” deliberadamente coordinado que apuntara al logro de un resultado común. De haber existido más coordinación de objetivos comunes, afirmaron, se hubiera logrado una mejora más notable en términos de los resultados de salud.

Hacia el otro extremo del mismo espectro, otras iniciativas pueden caracterizarse por actividades colaborativas a las cuales cada sector aporta una cantidad importante de recursos y de conocimientos especializados para el logro de un resultado compartido. Por ejemplo, Cotacachi, un distrito en Ecuador, estableció un Consejo Intersectorial de Salud (CIS) para coordinar y dirigir la labor colectiva de una amplia gama de sectores (a saber, salud, educación, medio ambiente, trabajo, salubridad ambiental y organizaciones comunitarias, entre otros). El CIS sirve como foro de diálogo y negociación para la formulación de políticas públicas regionales. Se elaboran planes de trabajo anuales y los miembros, que representan a todos los sectores, contribuyen recursos financieros, humanos, materiales y demás. El objetivo común es mejorar la salud y el bienestar al interior de esa región.

Por lo tanto, basándonos en éstas y otras observaciones del análisis de los estudios de casos, por “acción intersectorial para la salud” entendemos aquellas actividades realizadas por los sectores externos al sector de la salud – posiblemente, aunque no necesariamente, en colaboración con el sector de la salud – para lograr resultados de salud o de equidad en salud o bien sobre los determinantes de la salud o la equidad en salud.

Este análisis y las definiciones antedichas no presuponen que la acción intersectorial para la salud sea superior a la acción para la salud emprendida por un solo sector. La cuestión de cuál enfoque es el más adecuado para determinada circunstancia no es simple. Un factor crucial a examinar es el grado de control o influencia sobre un objetivo o resultado previsto. Si un solo sector ejerce un control completo o casi completo sobre una cuestión, la acción mono-sectorial puede ser la adecuada. Cuando varios sectores comparten el control sobre una cuestión, o cuando un sector desee influir sobre un objetivo sobre el cual tiene menos control, la acción intersectorial puede ser la más apropiada. Otros factores determinantes son la experiencia previa en hacer trabajar conjuntamente a diversos sectores y otros apoyos contextuales examinados en el presente análisis. Sin embargo, cuando se considera que la acción intersectorial será la más adecuada y el contexto lo permite, el siguiente análisis puede ser útil para guiar esa labor.



2 METODOLOGÍA

El análisis de los 18 casos de estudios siguieron un enfoque cualitativo utilizando el análisis de contenido. Los temas principales presentes en cada uno de los estudios de casos fueron identificados y organizados en grupos. Una serie de preguntas guió el análisis y la identificación de los temas. Esas preguntas, muchas de las cuales fueron identificadas a lo largo de las fases previas de esta iniciativa, fueron:

- a) Cuáles son algunas de las maneras en que los contextos sociopolíticos, económicos y de toma de decisiones de cada país han afectado la manera en que las iniciativas intersectoriales fueron conceptualizadas, planificadas, implementadas y evaluadas?
- b) Qué tipos de modelos o marcos existen para organizar la acción intersectorial y qué elementos contextuales facilitan la emergencia de diferentes modelos?
- c) Qué ejemplos de maquinaria, procesos y herramientas han sido eficaces para implementar la acción intersectorial en los estudios de casos?
- d) Cómo se creó la demanda de una acción intersectorial en los estudios de casos?
- e) Cómo se motivó a otros sectores a adoptar la noción de determinantes sociales y a intervenir al respecto?
- f)Cuál ha sido la función más útil para el sector de salud?
- g) Qué ventajas o desventajas ha demostrado tener la definición de objetivos para la acción intersectorial de éxito?
- h) Qué características importantes debe tener la acción intersectorial para ser sostenible y amplificarse?
- i) Qué prácticas especialmente innovadoras utilizaron los países para vencer los obstáculos que frenaban la acción intersectorial dirigida a la salud?
- j) Qué preguntas quedan pendientes todavía? ¿Qué labor adicional se necesita realizar para comprender mejor los factores y procesos que apoyan la acción intersectorial de manera óptima?

Para facilitar el análisis, las preguntas de investigación precisadas fueron incluidas en una plantilla (véase el Anexo C). Los miembros del equipo de investigación utilizaron la plantilla para guiar su reflexión y análisis de cada uno de los 18 estudios de casos. El equipo sostuvo luego una serie de reuniones para agrupar los temas comunes.

Se ruega tomar nota de que el análisis se concentró en extraer conocimientos clave de los estudios de casos y no así en elaborar una lista de "mejores prácticas". Se reconoció desde el principio

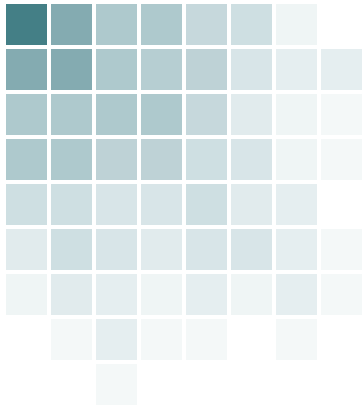
que no iba a ser posible describir un modelo universal para la acción intersectorial en el campo de la salud debido a que los contextos sociales, económicos y políticos de esta labor varían considerablemente. Esos contextos funcionaron como "ópticas" para este análisis. Asimismo, se reconoció que, a pesar de los diversos grados de éxito notificados para diversas iniciativas intersectoriales, es posible identificar los conocimientos que fueron adquiridos a partir de todos los estudios de casos.

Al analizar los estudios de casos, el equipo de investigación tuvo cuidado en observar no sólo lo que se decía sino también lo que no se decía de manera explícita. Por ejemplo, aunque el término "equidad en salud" con frecuencia no se definía de manera abierta, las maneras en que la iniciativa intersectorial del país en cuestión era enfocada e implementada decía mucho sobre la manera en que los autores del estudio del caso conceptualizaban "la salud" y "la equidad en salud".

2.1 LIMITACIONES DEL PRESENTE ANÁLISIS

El análisis de los 18 estudios de casos tuvieron limitaciones importantes. La más importante de esas limitaciones fue que la mayoría de los estudios de casos fueron redactados desde una sola perspectiva en la mayoría de los casos, desde la perspectiva de un representante del sector de salud. El tono de los estudios de casos era con frecuencia positivo (en vez de crítico) y no tuvimos oportunidad de conocer las opiniones contrarias que hayan podido existir. Hubiera sido interesante hablar con otros miembros de los comités intersectoriales para obtener su opinión sobre las iniciativas en las que participaron. Además, cada estudio de caso fue por supuesto redactado por un autor diferente y por lo tanto todas las entrevistas fueron conducidas por diferentes investigadores. Por lo tanto no hubo uniformidad en la manera en que fueron formuladas las preguntas y, aunque el ámbito de aplicación se había definido para guiar la presentación de la información, al final hubo cierta varianza en la manera en que fue presentada la información.

El presente análisis utilizó los 18 estudios de casos principalmente para sacar conclusiones. Durante este análisis, las fuentes primarias no fueron consultadas rutinariamente.



3 PRINCIPALES CATEGORÍAS GENERALES DE ACCIÓN INTERSECTORIAL PARA LA SALUD E IMPORTANCIA DEL CONTEXTO

El modelo de Kingdon para la formulación de políticas (Kingdon, 1995) destaca la importancia del contexto para la creación de oportunidades. Según Kingdon, “corrientes” de problemas, políticas (soluciones) y políticas (contexto) existen unas al lado de otras. Cuando convergen, se abren “oportunidades” para la elaboración de nuevas políticas o estrategias. Así sucede en el caso del desarrollo e implementación de la acción intersectorial para la salud en los estudios de casos aquí analizados.

Los estudios de casos analizados describen una amplia gama de iniciativas a nivel municipal, regional, provincial o nacional y en una diversidad de contextos políticos, sociales y económicos. Es importante tener en cuenta el contexto de cada caso examinado para comprender el marco en el cual se inscribieron las intervenciones intersectoriales iniciadas y ejecutadas. El éxito de las diversas herramientas y(o) metodologías descritas en los estudios de casos depende en gran medida de ese contexto: un contexto específico puede facilitar una importante intervención de políticas que, en un contexto diferente o en otro momento, no tendría éxito. Por ejemplo, después de lograr su independencia, Sri Lanka pasó por una etapa de transición nacional que abrió una oportunidad para la acción simultánea de varios sectores. De manera similar, en Chile la transición de la dictadura de Pinochet a un gobierno democrático abrió una oportunidad temporal para la acción dirigida a mejorar la salud y la sociedad.

Los estudios de casos demuestran que no existe un solo conjunto de características contextuales que son absolutamente necesarias para apoyar la acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud, aunque ciertas características parecen facilitar el desarrollo e implementación de estrategias. Los estudios de casos demuestran que la ausencia de ciertos factores (tales como un compromiso nacional de reducir las inequidades en salud, por ejemplo) puede ser compensada por una aplicación más vigorosa de otros niveles (por ejemplo, una sólida participación pública en la acción intersectorial a nivel municipal).

Los tipos de iniciativas descritas en los estudios de casos se agrupan naturalmente en dos categorías. En la primera categoría se describe la manera en que las iniciativas enmarcaron la cuestión de salud o social. No todos los estudios de casos definieron la cuestión como un problema de inequidades en salud entre grupos demográficos. En efecto, algunos definieron su objetivo como el mejoramiento de la salud de un determinado grupo o segmento demográfico desfavorecido. En algunos casos, el objetivo no necesariamente fue

mejorar la salud en sí misma, sino más bien lograr una repercusión directa sobre uno o más determinantes de la salud. La segunda categoría está relacionada con el nivel de acción descrito en los estudios de casos. Las iniciativas se planearon e implementaron a nivel nacional, regional y(o) municipal o local.

Los principales objetivos de la acción intersectorial y del nivel en el cual fueron implementadas sirven como hilos conductores durante el resto del presente análisis. Cada una de esas categorías se describe a continuación. Se ruega tomar nota, sin embargo, de que es difícil clasificar perfectamente en categorías todos los estudios de casos; es posible que, con el paso del tiempo, la iniciativa cambie y también es posible que se modifique el nivel de acción intersectorial como parte de la iniciativa. Más adelante se proporcionan los ejemplos que corresponden.

3.1 FORMULACIÓN DE LA CUESTIÓN Y OBJETIVOS PRINCIPALES DE LA ACCIÓN INTERSECTORIAL

La manera en que se identificaron los objetivos principales en los estudios de casos determinó cuáles fueron las cuestiones abordadas, los términos empleados para describir la iniciativa y las políticas o enfoques programáticos que se utilizaron.

En general, los objetivos globales de los casos de estudios se dividen en tres grupos:

- **Acción intersectorial para mejorar la equidad en salud:** Varias iniciativas se concentran explícitamente en reducir la brecha que existe entre grupos específicos en términos de estado de salud. La inequidad en este contexto incluye brechas entre grupos por ingreso o por clase social, o bien entre segmentos demográficos dominantes y marginalizados. Las iniciativas en este grupo utilizan programas dirigidos a un segmento demográfico de interés o bien utilizan una combinación de enfoques puntuales y de enfoques universales. Ejemplos de estudios de casos que adoptan este enfoque son:
 - Empoderamiento de trabajadoras del sexo en la India para reducir el VIH.
 - Mejor educación y capacitación para jóvenes indígenas en Australia.

- Proyectos de vivienda y de combate a la pobreza en Inglaterra.
- Unidades de atención médica integral para la salud de adolescentes en El Salvador.
- Servicios mejorados de salud mental y tratamiento de adicciones para jóvenes indígenas en Australia.
- Acuerdos municipales en Inglaterra.
- Enfoque de múltiples niveles adoptado por Bélgica para reducir las disparidades de esperanza de vida.
- Estrategia de tres años desarrollada por la Unión Europea para fortalecer las estrategias e intervenciones para reducir las inequidades en salud.
- El enfoque aplicado a todo el gobierno” que adoptó Nueva Zelandia para reducir las inequidades en salud, destacando la utilización de un índice de privación.
- La elaboración de una estrategia nacional para solucionar la gradiente en salud en Noruega.

● **Acción intersectorial para mejorar la salud de la población:**

Estas son iniciativas que identifican explícitamente la mejora de los resultados de salud en la población como el objetivo principal. Una reducción de la brecha en la equidad puede o no ocurrir como resultado de estas iniciativas, pero la misma no era el punto de mira principal. En algunos casos, esas intervenciones estaban concentradas geográficamente – por ejemplo, en áreas rurales remotas – pero el punto de mira estaba en la población al interior de esas áreas y no así en determinados grupos marginalizados. Algunos ejemplos extraídos de los estudios de casos son:

- Desarrollo de infraestructura (agua potable, alcantarillado) en Irán.
- Establecimiento de clínicas de atención médica con amplio apoyo de participación ciudadana en Cuba y Brasil.
- Reforma de la atención primaria de la salud en Malasia.

● **Acción intersectorial para solucionar un determinante de la salud clave:** Un pequeño número de estudios de casos describen iniciativas que no están explícitamente dirigidas a mejorar los resultados de salud. Esas iniciativas están más bien dirigidas a mejorar un determinante de la salud. Aunque las mejoras de salud se pueden considerar como uno de los posibles beneficios de este tipo de iniciativas, los beneficios para la salud no están identificados en los casos de estudios como objetivos principales. Algunos ejemplos extraídos de los estudios de casos son:

- Programas de combate a la pobreza a través de planes económicos en Malasia.
- Desarrollo de infraestructura (agua potable, alcantarillado) en Irán.
- La Iniciativa de Lucha contra la Violencia Familiar en Canadá.
- La Iniciativa de Colaboración en Acción Comunitaria

adscrita a la Iniciativa Nacional para las Personas sin Hogar en Canadá.

- Las iniciativas de bienestar social enfocadas en la inclusión y la pobreza en Chile.
- Las iniciativas intersectoriales para mejorar las condiciones de vida en Colombia.
- El desarrollo de un modelo inclusivo y transparente de desarrollo local y democracia participativa en Ecuador.
- En Marruecos, la transición a un modelo de gobernabilidad y asociación que parte más desde los niveles de gobierno más bajos.
- En Uganda, el marco intersectorial de comités y subcomités distritales adoptado para descentralizar la toma de decisiones hasta el nivel local a fin de asistir a los necesitados.
- En Sri Lanka, la amplia gama de programas de asistencia social dirigidos a la salud, educación, mejora de las condiciones de vida y mitigación de la pobreza.

En algunos casos de estudios, la iniciativa intersectorial está enfocada en la reestructuración del sistema de salud. Estas iniciativas por lo general se concentran en la atención primaria o preventiva de la salud, ya sea expandiendo la naturaleza multidisciplinaria de los servicios o bien expandiendo la función de la participación pública en el establecimiento de prioridades y la implementación de medidas. En Malasia, por ejemplo, el desarrollo del sistema de atención primaria de la salud incluye un sólido sistema de participación local en la determinación de las prioridades de atención primaria de la salud y la elaboración de medidas preventivas. En Brasil, los foros públicos – que incorporan una variedad de intereses, enfoques de salud y enfermedad, al igual que alternativas para la formulación de políticas – representan un notable avance hacia la adquisición del derecho constitucional a la salud.

La utilización de un modelo común que examina los problemas sanitarios y sociales desde la óptica de los determinantes de la salud ha sido útil en ciertos estudios de casos para formular el problema e impulsar la labor intersectorial. Ese tipo de formulación puede simplificar problemáticas complejas, facilitando que los individuos de todos los sectores las comprendan mejor y encuentren su lugar en la búsqueda de soluciones para problemas complejos. En algunos estudios de casos, la equidad en salud fue presentada como un “indicador social” concentrado menos en los resultados de salud y más en el progreso social y en la eficacia de las políticas socioeconómicas. Otros sectores fuera de la salud pueden entonces percibir su contribución como un aporte que mejora el impacto de sus propias políticas. Por ejemplo, uno de los mayores éxitos de la Iniciativa de Lucha contra la Violencia Familiar en Canadá ha sido la amplia manera en la cual ha sido definida la cuestión central, lo cual ha permitido que una amplia gama de sectores participe en la iniciativa y se instaure una asignación de financiamiento anual compartido para apoyar la coordinación de las actividades intersectoriales.

En los casos en que las cuestiones de salud fueron definidas o formuladas de manera más específica (por ejemplo, en términos de acceso a los servicios de salud), los socios invitados a la iniciativa intersectorial fueron de un rango más limitado. En algunos casos, como por ejemplo en Malasia, las iniciativas fuertemente concentradas en la atención primaria de la salud a nivel local estuvieron acompañadas de estrategias nacionales más amplias para responder a cuestiones de índole socioeconómica y ambiental.

3.2 LA ACCIÓN INTERSECTORIAL A DIFERENTES NIVELES DE TOMA DE DECISIONES

Las iniciativas descritas en los estudios de casos analizados también pueden ser clasificadas en función del nivel en el cual se concentró la acción. Se planearon e implementaron iniciativas a nivel nacional, regional y municipal o local. Dos estudios de casos (Uganda y Colombia) describieron iniciativas especiales en las cuales la capacidad de realizar una labor intersectorial se vio limitada por una crisis (a saber, violencia y guerra civil). Las iniciativas de cada uno de esos tipos se describe en el presente análisis.

3.2.1 Iniciativas regionales y(o) provinciales y nacionales

La complejidad de la estructura gubernamental es un problema contextual fundamental que ha determinado el tipo de respuesta. Esa complejidad se define en términos del número de niveles de gobierno existentes y en la distribución de las responsabilidades jurisdiccionales entre esos niveles. La adopción de enfoques nacionales aplicados "a todo el gobierno" parece ser más sencillo en las estructuras gubernamentales donde la división de las responsabilidades relativas a la salud o a los principales determinantes de la salud es relativamente lineal. En al menos uno de los casos (Inglaterra) se lograron avances notables en cuestiones de alcance nacional tales como vivienda y reforma fiscal.

Sin embargo, en entornos más complejos de formulación de políticas, donde la responsabilidad por la salud o los principales determinantes de la salud es más difusa, las regulaciones que tienen repercusión sobre los determinantes de la salud pueden ser contradictorias, o bien estar dirigidas a diferentes entidades territoriales, dificultando aun más la implementación de una intervención intersectorial en el plano nacional. En Canadá y Bélgica, por ejemplo, los diversos niveles de gobierno asumen responsabilidades diferentes en lo que respecta a la salud y a determinantes sociales tales como educación, mano de obra y suplementos al ingreso. En Canadá, la división de responsabilidades entre las jurisdicciones provinciales y municipales difiere incluso de una provincia a otra. En estas circunstancias, organizar iniciativas nacionales patrocinadas por el gobierno puede ser difícil. Una de

las principales barreras para la implementación en Bélgica de un marco global de políticas integrales está en que la responsabilidad sobre varios determinantes sociales de la salud está repartida entre los niveles local, regional y nacional. Los servicios de salud pública, tales como la prevención y la promoción de la salud, son responsabilidad del gobierno regional, mientras que los gobiernos nacionales son responsables de los servicios de salud concentrados en el tratamiento. No ha habido un amplio debate público en el parlamento de Bélgica sobre las inequidades en salud y las iniciativas intersectoriales creadas para reducir las inequidades se han concentrado principalmente a nivel regional y local.

En varios casos, un compromiso mejorado a nivel nacional para abordar los determinantes sociales fue resultado del cambio político que trajo consigo la instauración de un nuevo gobierno dotado de un programa más amplio o renovado de justicia social. Por ejemplo, en Chile la elección de un gobierno democrático para reemplazar la dictadura militar de Pinochet condujo a una serie de cuatro programas sociales sucesivos cuyos ambiciosos objetivos de bienestar social requirieron una acción conjunta de todos los sectores de gobierno y de todas las redes nacionales, regionales y municipales o locales de intervención social. En Marruecos, la instauración de un nuevo rey y de un sistema de independencia y alternancia en el poder han contribuido a facilitar un proceso económico que ha buscado responder mejor a los problemas sociales. En Inglaterra, un flamante gobierno laborista se comprometió a ejecutar un programa que amplió la justicia social, respondió al problema de la pobreza y abordó la inequidades en salud, incluyendo nuevas vías para trabajar conjuntamente al interior de todo el gobierno. Vale la pena examinar con más detalle la función de la opinión pública sobre la ampliación del compromiso de intervenir sobre los determinantes sociales.

Hay razón para conjeturar que los enfoques aplicados "a todo el gobierno" y originados a nivel nacional pueden tener una limitada capacidad de influir sobre algunos de los principales determinantes sociales de la salud cuando ese tipo de iniciativas no va acompañado de proyectos integrales "que parten desde las bases" a nivel municipal o local. En Inglaterra, por ejemplo, la fuerte integración horizontal a nivel nacional estuvo acompañado de una integración vertical más débil y una acción intersectorial incongruente a nivel local. Eso pareció limitar el impacto de la estrategia general. Incluso en Cuba, que tenía un compromiso de acción intersectorial contraído desde hace tiempo, las aplicaciones locales tuvieron diversos grados de éxito. Esos dos casos sugieren que una consulta y(o) participación insuficientes, o bien una total falta de apoyo por parte de profesionales locales y miembros de la comunidad en la elaboración de la acción intersectorial puede limitar la eficacia de esa acción, inclusive cuando hay un sólido apoyo nacional. Noruega parece estar llevando a cabo una intervención concertada para incluir programas locales, pero es demasiado pronto para juzgar los resultados de esa iniciativa.

La desconexión entre el nivel nacional y el nivel municipal o local puede ser atribuido en parte a sus respectivas ópticas y a la dificultad inherente de crear foros de calidad en los cuales los participantes de cada nivel de gobierno pueden examinar y comprender el contexto de los demás niveles. Por ejemplo, es posible que una estrategia nacional para abordar la inequidad no se adapte bien a la manera de pensar local o comunitaria. La capacidad de una estrategia o política nacional relativa a inequidades en salud para lograr sus objetivos puede depender en gran parte del grado en que las cuestiones y experiencias locales hayan servido para motivar o informar la formulación de la estrategia. Un enfoque vertical para la acción intersectorial corre el riesgo de convertirse o seguir siendo un enfoque de acción intersectorial sólo aplicado a un alto nivel de gobierno. Además, cuando los enfoques aplicados a todo el gobierno todavía no han arraigado a nivel local, pueden quedar vulnerables a cambios en el gobierno.

En algunos países donde la sociedad ha valorado tradicionalmente la equidad, los enfoques aplicados a todo nivel de gobierno para reducir las inequidades en salud a través de la labor intersectorial están descritos en los estudios de casos. En Noruega, Inglaterra, Cuba y Nueva Zelanda, se está implementando un enfoque “aplicado a todo el gobierno”, en el cual los ministerios gubernamentales a los más altos niveles han recibido la instrucción de trabajar conjuntamente para mejorar la salud de la población.

3.2.2 Iniciativas a nivel municipal o local

Ciertos estudios de casos describen iniciativas a nivel municipal o local que han funcionado para mejorar la salud de grupos marginalizados o vecindarios geográficamente delimitados. En algunas de esas iniciativas, los equipos intersectoriales trabajaron directamente con los grupos marginalizados utilizando un enfoque de desarrollo comunitario. En India, por ejemplo, se notificó que la salud y bienestar de un grupo de trabajadoras del sexo había mejorado a raíz de un proceso de empoderamiento. En otros estudios de casos, agrupaciones locales de la comunidad prestaron su apoyo para realizar un proceso de evaluación de la comunidad, en el cual individuos de la localidad, autoridades municipales, investigadores y formuladores de políticas se reunieron para establecer objetivos y elaborar planes de acción para reducir las inequidades en esa área. Por ejemplo, en Ecuador el gobierno municipal de la región de Cotacachi organizó una gran asamblea (en la cual participaron 700 personas) para identificar los lineamientos principales para planificar y desarrollar la región, iniciando con ello un proceso intersectorial. Ese proceso ha sido vinculado con el mejoramiento de los resultados de salud obtenidos para los residentes en esa región, tales como la ausencia de mortalidad materna o infantil a lo largo de un periodo de tres años y la erradicación del analfabetismo.

En todas esas iniciativas, se facilitó una activa participación de la población y con frecuencia se invitó a la comunidad local a participar en la definición de los problemas y la elaboración de estrategias

para solucionar las inequidades en esa área. La función del gobierno municipal es crucial para esas iniciativas. El gobierno municipal o local es con frecuencia el que emite la invitación inicial para comenzar la adopción de un enfoque intersectorial, tomando los primeros pasos para atraer a las personas a la mesa de discusión y brindando un marco institucional y otro tipo de apoyos para que la acción intersectorial tenga lugar a nivel de la comunidad.

En los casos en que no hubo un sólido apoyo nacional para atender los determinantes sociales con el objetivo de eliminar las inequidades en salud, a nivel comunitario se pudieron organizar de todas maneras iniciativas eficaces, especialmente cuando se contaba con un fuerte apoyo local y la voluntad de empoderar a la comunidad. Por lo general, las iniciativas locales o comunitarias abordan cuestiones específicas o grupos determinados (por ejemplo, la inhalación de solventes entre jóvenes indígenas en Australia, el empoderamiento de niñas adolescentes en El Salvador). En esos casos, la falta de una estrategia nacional de amplia base no ha necesariamente impedido la implementación de estrategias locales o comunitarias.

Esa labor a nivel local parece ser vital para intervenir con eficacia en la reducción de las inequidades en salud. Como se indicó en el informe de Bélgica, como la acción intersectorial para la salud es un proceso de múltiples niveles, es necesaria la descentralización para incorporar el contexto local adecuadamente en las estrategias. Es más, la descentralización aumenta la apropiación de la iniciativa por parte de la comunidad local (apartado 9). Aunque no todos, la mayoría de los estudios de casos que se concentraron en iniciativas a nivel local incorporaron un enfoque de desarrollo comunitario, en el cual los miembros de la comunidad local estuvieron invitados a “apropiarse” de la planificación y la implementación de las estrategias elegidas. La propugnación de intereses – en la cual las comunidades locales intentan ejercer influencia sobre las políticas a nivel regional y(o) provincial o nacional – es una parte importante de algunos de los trabajos descritos en los estudios de casos. Esa labor de propugnación de intereses, en la cual las bases de la comunidad impulsan la causa ante los niveles superiores de gobierno, representa una práctica promisoría. Con frecuencia las iniciativas a múltiples niveles para reducir las inequidades en salud son representadas de manera que destaca cómo la labor en el plano nacional puede influir y apoyar la labor a nivel local, pero como ilustra el estudio de caso en la India, la influencia puede (y debería) ser ejercida en la otra dirección también. Una labor sólida a nivel municipal o local tiene potencial para influir en el desarrollo de la labor intersectorial a niveles superiores.

Los enfoques que parten desde las bases hacia arriba utilizados en algunos estudios de casos demuestran que pueden ser muy exitosos, pero también que exigen una gran cantidad de tiempo y energía. Idealmente, esas iniciativas van acompañadas de un mecanismo de financiamiento y de una estructura de rendición de cuentas que permiten a la iniciativa expandirse y modificarse según las necesidades fluctuantes de la comunidad. Como se afirma en

el caso de estudio de Ecuador; “la organización y participación de la ciudadanía no surgen espontáneamente. Es necesario apoyarlas y guiarlas con mecanismos que brinden apoyo logístico, técnico y financiero además de un fortalecimiento continuo. Asimismo, es necesario vincularlas con el verdadero poder de toma de decisiones: el gobierno local” (pág. 64)

Las estrategias intersectoriales que requieren una implementación local dependen en gran medida de la participación eficaz de la población y de un empoderamiento del consumidor. Aunque se utilizaron diversas modalidades de participación pública y de empoderamiento del consumidor, todas ellas requirieron una disponibilidad para compartir el poder con otros ministerios de gobierno, con la sociedad civil, las empresas y los ciudadanos. Los miembros del público tienden a aportar una perspectiva de las cuestiones no aislada, que apoya las alternativas intersectoriales y que pone en entredicho los enfoques intuitivamente más aislados que son más característicos entre los gobiernos.

3.2.3 Iniciativas orientadas a solucionar una crisis

En algunos estudios de casos examinados en el presente análisis, la violencia y la guerra han causado interrupciones en las estructuras establecidas para facilitar la acción intersectorial y a veces los recursos asignados a esa acción han sido reasignados a otras prioridades. El transporte, la dificultad de acceso a la salud básica, los servicios ambientales, los servicios de asistencia social y las condiciones de trabajo de los miembros del equipo intersectorial representan desafíos de envergadura. El seguimiento de la salud y de otros indicadores también es difícil, haciendo prácticamente imposible determinar si la acción intersectorial implementada es eficaz. Sin embargo, las situaciones de emergencia causadas por la inestabilidad también pueden servir como oportunidades para llamar la atención sobre la suerte de segmentos demográficos desfavorecidos y obtener apoyo para tomar medidas concretas, como se indica en el estudio de caso de Colombia:

[traducción libre] las emergencias son un claro llamado de intervención y reconstrucción, pero en los contextos donde la autoridad del gobierno está debilitada, también son oportunidades para lograr mayor control y autonomía en iniciativas que, probablemente, no sería posible llevar adelante de haber una presencia gubernamental más fuerte (pág. 29).

En estos contextos, el visible liderazgo de organismos internacionales multilaterales y sin fines de lucro aporta un apoyo muy necesario a través de financiamiento y coordinación de actividades.

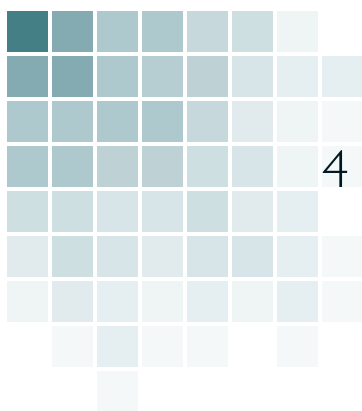
3.2.4 Trabajo en todos los sectores y entre sectores

En los 18 estudios de casos aquí examinados, se facilitó la acción intersectorial y una genuina cooperación para la planificación, implementación y evaluación cuando tuvo lugar a varios niveles de gobierno simultáneamente, especialmente cuando la labor de cada uno de esos niveles fue integrada mediante políticas o legislación. Esta conclusión es congruente con el análisis de obras especializadas realizada en 2007 (ASPC, 2007), que afirma lo siguiente:

“... la acción intersectorial tiene una solidez máxima y los mejores resultados cuando la colaboración es tanto vertical como horizontal ... la combinación de esos elementos resulta en un resultado sólido y durable, y crea un escudo de protección contra la inacción, la pérdida de interés o la desintegración. Al mismo tiempo, debido a la amplia gama de intereses participantes, es posible que se requieran esfuerzos y negociaciones adicionales para lograr una comprensión compartida de objetivos, enfoques, funciones respectivas y rendición de cuentas sobre los resultados” (pág. 7).

Por ejemplo, en Colombia el Plan de Acción Intersectorial de la Estrategia de Entornos Saludables es una política pública nacional diseñada específicamente para mejorar las condiciones de vida de los segmentos demográficos más vulnerables del país. La política establece un marco para implementar la acción intersectorial a nivel regional y municipal.

En algunos casos (como por ejemplo en Cuba), la acción intersectorial se describe como la manera usual en que “funciona” el gobierno. En otros casos, se ha convertido en sello distintivo de un nuevo enfoque de gobierno. En Australia, por ejemplo, un compromiso de amplia base en favor de la acción intersectorial apoya una iniciativa basada en determinantes de la salud para solucionar el problema de la inhalación de solventes entre jóvenes indígenas, a pesar de la falta de anuncio de un compromiso nacional para resolver las inequidades en salud. En este caso, el apoyo público y político para abordar este problema fue movilizad con una defensa sólida y uniforme de la causa, incluyendo una marcada atención por parte de los medios de comunicación.



4

PRINCIPALES MECANISMOS Y HERRAMIENTAS PARA APOYAR LA ACCIÓN INTERSECTORIAL PARA LA SALUD Y LA EQUIDAD EN SALUD

A continuación se describe lo aprendido sobre los modelos, estructuras y mecanismos concretos que fueron utilizados para planear, implementar y supervisar las iniciativas intersectoriales que se describen en los estudios de casos. De nuevo, se dieron ejemplos concretos cuando correspondía.

4.1 APOYO A LA CAUSA DE LA LABOR INTERSECTORIAL

Un elemento vital para lograr una acción intersectorial eficaz con participantes dedicados y comprometidos es el reconocimiento compartido de que la acción intersectorial es una vía adecuada para solucionar un problema específico que puede o no estar identificado como un problema de inequidad en salud. En todos los casos de estudio, quedó claro que era absolutamente imprescindible justificar la adopción de un enfoque intersectorial para poder dar inicio a las actividades.

En muchos casos tomó años desarrollar esta lógica. A continuación se presentan importantes componentes para abogar en favor de la acción intersectorial para mejorar la equidad en salud.

- **Aprovechar la inquietud pública por la salud y el bienestar de un grupo desfavorecido.** Muchos estudios de casos mencionaron la necesidad de crear expectativas públicas de equidad y justicia social. Utilizando nuevas investigaciones, datos presentados de manera uniforme destacando las inequidades y una utilización especialmente hábil de los medios de comunicación, se informó al público que un segmento demográfico en el país o región en cuestión estaba sufriendo de manera desproporcionada. Ese aumento de preocupación en la opinión pública condujo a una emergencia de cuestiones de equidad en salud y a la necesidad de incluir una acción intersectorial en la agenda política.

En Bélgica, la demanda de acción fue estimulada publicando en los medios de comunicación datos que mostraban grandes diferencias socioeconómicas en esperanza de vida saludable. En Noruega, una serie de libros blancos y otras publicaciones aparecidas en el transcurso de cierto periodo señalaron la inacción y la necesidad de intervenir para solucionar las

inequidades en salud, culminando en un nuevo gobierno de coalición que instauró una junta directiva para atender esas inequidades.

- **Utilización de paladines políticos para propugnar la acción intersectorial.** En muchos casos, altos funcionarios de gobierno y políticos actuaron como paladines de la causa, propugnando un enfoque que implicara a todos los niveles de gobierno y un enfoque intersectorial a nivel de la comunidad. Por ejemplo, la Iniciativa Nacional para las Personas sin Hogar en Canadá fue dirigida por un Ministro de Estado convencido de que el problema de las personas sin hogar requería la participación de todos los niveles y ministerios de gobierno y de la sociedad civil. La cuestión de viviendas de buena calidad para comunidades desfavorecidas y su propugnación por parte del Presidente de la Corporación de Vivienda de Nueva Zelandia fue también un importante propulsor en el caso de ese país.
- **Formulación del problema.** En algunos estudios de casos se observa que la justificación de un enfoque intersectorial para la salud era de eficacia máxima cuando el problema se había formulado de tal manera que los sectores fuera del ámbito de la salud pudieran comprenderlo e identificarse con el mismo (es decir, de manera que cada sector pudiera ver la función concreta que podía desempeñar). Como se mencionó anteriormente (en el apartado 3.1), formular el problema o cuestión destacando sus aspectos sociales, económicos y culturales a menudo es de enorme utilidad. Asimismo, la acción intersectorial como vía para reducir efectivamente las inequidades en salud se presenta como “el modo actualmente imperante de proceder” en varios de los estudios de casos, citando los éxitos de otros países o regiones como ejemplos de prácticas efectivas y eficientes.
- **Recurrir al liderazgo internacional.** El patrocinio de entidades de renombre internacional fue útil en ciertos estudios de casos en los cuales no había un compromiso de alto nivel por parte del gobierno nacional. Tanto en India como en El Salvador, la apatía generalizada frente a los problemas de salud entre los trabajadoras del sexo (en la India) y las adolescentes (en El Salvador) no impidió el desarrollo de sólidas iniciativas intersectoriales locales. En ambos casos, por su activo patrocinio la OMS, las Naciones Unidas y la Organización

Panamericana de la Salud (OPS) fueron citadas como contribuyentes decisivos al éxito de la iniciativa. El patrocinio internacional atrajo atención sobre el problema al interior del país y alimentó el deseo de actuar de manera adecuada en la arena internacional en un gobierno nacional que previamente se había mostrado ambivalente. El patrocinio internacional de la OMS también fue visto como un factor contextual de apoyo en el caso de estudio de Noruega, donde existen largos antecedentes de apoyo a la justicia social.

En otros casos, los acuerdos internacionales desempeñaron una función crucial para facilitar una función para el gobierno nacional en la acción intersectorial. Por ejemplo, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer organizada por las Naciones Unidas en Beijing en 1995, las naciones elaboraron una ambiciosa plataforma de acción para lograr una mayor equidad de género. Los países que firmaron el Acuerdo de Beijing se comprometieron a instaurar una integración efectiva de una perspectiva de género en la elaboración de sus políticas y en su toma de decisiones. En respuesta al Acuerdo de Beijing, el gobierno de Canadá elaboró un plan nacional para la equidad de género, que incluyó la utilización de un análisis de género en todos los ministerios y entidades del gobierno federal.

- **Crear una plataforma de investigadores.** En algunos casos, los líderes tanto dentro como fuera del gobierno trabajaron en la creación de una plataforma o foro donde los investigadores pudieran presentar datos convincentes sobre la necesidad de solucionar las inequidades de salud y sobre el éxito potencial de un enfoque intersectorial. Por ejemplo, en Noruega, el escenario siguiente contribuyó a justificar eficazmente el caso:

“[c]uando en 2002 se invitó a investigadores a participar en una reunión para asesorar al gobierno sobre la acción a seguir para solucionar las inequidades en salud, los investigadores se mostraron algo reacios a dar consejos claros. Pidieron más investigación y pruebas. Cuando en 2003 se estableció el grupo interdisciplinario, la Junta Directiva de Salud y Asuntos Sociales experimentó un rápido cambio en el diálogo con los investigadores. Con la presencia de los investigadores, este foro de comunicación los convirtió en una voz importante en el proceso de formulación de políticas”. (pág. 14).

La experiencia de Noruega parece indicar que la participación de los investigadores es de máxima productividad cuando tiene lugar en órganos interdisciplinarios de toma de decisiones y no así en una sola sesión de asesoría.

- **Aprovechar las inquietudes sobre la necesidad de utilizar recursos limitados de manera más eficiente.** La inestabilidad económica y el mayor énfasis en la responsabilidad fiscal han sido utilizados en algunos países para reexaminar la utilización de los recursos existentes, sacando a relucir la naturaleza aislada de la labor gubernamental actual y justificando la necesidad de elaborar marcos para que esa labor se realice con la participación de todos los ministerios y sectores. En algunos países, esa inestabilidad estuvo vinculada con una crisis, por ejemplo con una guerra civil u otro episodio de violencia.
- **Reconocer las limitaciones de los enfoques previos.** Reconocer los defectos o fracasos de los enfoques actuales también puede contribuir a crear una demanda de enfoques intersectoriales. Tres iniciativas descritas en el estudio de caso canadiense son excelentes ejemplos. La iniciativa *Healthy Child Manitoba* surgió del reconocimiento de que los modelos existentes de prestación de servicios de salud en la provincia de Manitoba no estaban respondiendo a las necesidades de los niños, en gran medida porque estaban concentrados en una sola enfermedad o problema y no tenían adecuadamente en cuenta la multitud de influencias que pesan sobre el bienestar del niño. De manera similar, el foro sobre la integración de los servicios sociales (*Human Services Integration Forum*) creado en la provincia de Saskatchewan surgió de la necesidad de reexaminar la asignación de recursos y de responder al aumento previsto en la demanda impulsada por los cambios demográficos, las expectativas fluctuantes de la población que esperaba una participación en la planificación y en el suministro de servicios, al igual que colaboraciones intersectoriales previas realizadas en esa provincia. Por último, el Acuerdo de Vancouver también tiene sus raíces en una creciente sensación de resultados limitados que creó una presión pública de política por que se adoptara un nuevo enfoque.

De manera similar en Chile, la base de la acción intersectorial fue el reconocimiento de que las iniciativas de diversos sectores no estaban llegando a las familias y comunidades, con poca repercusión sobre los objetivos de equidad social. Se determinó que un enfoque intersectorial era necesario para coordinar y organizar una provisión adecuada, oportuna y pertinente de prestaciones, bienes y servicios a las familias con menos recursos socioeconómicos y plagadas de problemas multidimensionales.

- **Sacar ventaja a las transiciones políticas.** En algunos países, los propugnadores de un enfoque intersectorial aprovecharon la reestructuración o cambio de gobierno para alentar a los representantes de diversos sectores a que reevaluaran sus funciones y empezaran a trabajar mejor juntos. De una etapa de confusión nació un mayor énfasis en la formación de nuevas alianzas. En Sri Lanka por ejemplo, una multitud de iniciativas simultáneas empezó con el nuevo gobierno y sociedad que surgieron después de su independencia. En Marruecos, un nuevo monarca y un sistema de alternancia del poder iniciaron una era de mayor capacidad de respuesta a las cuestiones sociales, adoptando un modelo de gobernabilidad de amplias bases sociales que desembocó en una acción intersectorial para promover la equidad en salud y el desarrollo local integrado. Un nuevo gobierno en Ecuador, con una plataforma de democracia participativa (basada en principios indígenas) organizó una asamblea ciudadana para establecer las prioridades de desarrollo, tales como el establecimiento de un consejo intersectorial de salud y la institucionalización del proceso participativo.
- **Forjar consenso a través de reuniones compartidas.** El consenso sobre la necesidad de intervenir para solucionar un problema puede brotar de conferencias, plataformas y otras reuniones similares. En Irán, una serie de conferencias en el marco de *Healthy Village* contribuyeron a esclarecer y cristalizar la necesidad de una colaboración intersectorial como enfoque óptimo para la estrategia y prioridades gubernamentales.

4.2 ATRAER LA PARTICIPACIÓN DE OTROS SECTORES

Aunque está claro que la participación de una amplia variedad de sectores es fundamental para solucionar con eficacia las inequidades en salud, facilitar la participación de grupos de personas y organismos que no han trabajado juntos antes puede ser un reto. Establecer un proceso en el cual el poder y la toma de decisiones son genuinamente compartidos entre una serie de sectores y organismos es un factor clave para atraer y mantener la participación de una amplia gama de participantes. Por ejemplo, en Canadá la acción intersectorial fue facilitada en el proceso del Acuerdo de Autogobierno Aborígen a través de: (1) La índole del proceso de negociación, que se realizó en los tres niveles de gobierno (federal, provincial y aborígen); (2) La índole y ámbito de las cuestiones negociadas, que abarcaban a varios ministerios gubernamentales; y (3) Una necesidad de resolver de manera colectiva y definitiva problemas aborígenes para mitigar la probabilidad de consecuencias económicas y políticas negativas.

En otros casos, los sectores recibieron del gobierno el mandato de trabajar conjuntamente en virtud de leyes adoptadas por el país o estado. En Inglaterra, el Tesoro supervisa la acción intersectorial a través de su enfoque, que se aplica de manera obligatoria al conjunto del gobierno. En la provincia canadiense de Quebec, la ley de salud pública obliga a todos los ministerios y entidades a consultar al Ministerio de Salud y Servicios Sociales cuando están formulando leyes o reglamentos que podrían repercutir sobre la salud, lo cual se facilita a través de un proceso intergubernamental de evaluación de impactos sobre la salud.

En Ecuador, el gobierno del distrito de Cotacachi logró trabajar en estrecha colaboración con varios socios comunitarios a través de la provisión de financiamiento específico asignado en cada región para apoyar la labor intersectorial. Los autores del estudio de caso ecuatoriano destacaron la necesidad de apoyar y guiar a los representantes de todos los sectores (incluyendo a los miembros de la comunidad), proporcionándoles apoyo logístico, técnico y financiero, al igual que un fortalecimiento permanente y una vinculación con el verdadero poder de toma de decisiones: el gobierno municipal. En el estudio de caso iraní, esos apoyos incluyeron una capacitación sobre cómo se lleva a cabo la acción intersectorial. Los autores de ese informe descubrieron que esa capacitación aumentó la adaptación y especialización de los socios participantes en la iniciativa.

Es interesante observar que en el estudio de caso de la India, un sector (la policía local) participó sólo de manera limitada en el proceso, dada su difícil relación con los principales participantes del iniciativa (trabajadoras del sexo y las organizaciones que las respaldaban). La policía local no apoyó la iniciativa de manera productiva pero aceptó no oponerse a las actividades de la misma y disminuir su acoso de las trabajadoras del sexo. La experiencia de la India sugiere que los oponentes que no pueden ser convencidos de unirse a colaborar en la iniciativa por lo menos pueden ser persuadidos de permanecer neutrales.

4.3 FUNCIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL, ORGANISMOS MULTILATERALES Y PARTICIPACIÓN PÚBLICA

Los organismos no gubernamentales (ONG) desempeñaron una función importante en el apoyo a la acción intersectorial descrita en los estudios de casos. Como se indicó anteriormente, el apoyo de organismos internacionales tales como la OMS sirvió a varias iniciativas para llamar la atención sobre las inequidades en salud, proporcionar el financiamiento necesario y ofrecer un intercambio de asesoría especializada para la planificación y el desarrollo de

estrategias concretas. En los países de bajos ingresos o que pasaban por una crisis, como el estudio de caso de Uganda, las ONG aportaron cotidianamente liderazgo e influencia.

La función de la opinión pública en la determinación de la índole de la acción intersectorial para la salud y la equidad en salud es, como era de esperarse, un tema común de las iniciativas locales concentradas en mejorar la salud entre las poblaciones desfavorecidas. Sin embargo, la participación de la sociedad civil también se facilitó en algunas iniciativas que abordaron cuestiones de salud e inequidades de salud de mayor jerarquía a nivel nacional, regional y municipal o local. Los estudios de casos de Ecuador y Brasil son los mejores ejemplos de ese enfoque.

En 1996, el gobierno municipal de la región de Cotacachi, en Ecuador, invitó a cientos de ciudadanos a participar en una asamblea con el objetivo de identificar los lineamientos principales de desarrollo regional en conjunción con la sociedad civil. Una de las principales decisiones que se tomaron en esa asamblea fue establecer el Consejo Intersectorial de Salud (CIS), entre cuyos objetivos está la formulación de políticas de salud de amplia base y la facilitación de la participación pública en la salud y la planificación social. El alcalde local es presidente del CIS. Otros miembros son representantes de ONG locales y de otros sectores, tales como la empresa privada, la educación y la gestión ambiental. La capacidad de la estructura y funciones del CIS en Cotacachi para facilitar la participación en la planificación intersectorial para la salud es mencionada como un éxito clave en el estudio de caso ecuatoriano. Como observan los autores del caso de estudio, “la participación ciudadana en el CIS ha tenido una notable repercusión que no se limita al sector de la salud. Alienta y moviliza a otros sectores para crear conjuntamente mejores condiciones de vida y de salud” (pág. 62).

En Brasil, la participación pública en la planificación del sistema de servicios de salud está formalmente reconocida en la Constitución del país. La participación ciudadana es facilitada a través de conferencias y consejos municipales, estatales y nacionales. El énfasis en la participación pública en la planificación, implementación y supervisión de los programas de salud se describe en el estudio de caso brasileño como “una fuente de orgullo nacional” (pág. 16), impulsado por una serie de valores que concibe “la participación ... como un principio, el ejercicio de un derecho a través del cual la sociedad decide su futuro”.

Sin embargo, los organizadores de otras iniciativas descritas en los estudios de casos encontraron dificultades para facilitar la participación pública en la planificación y la implementación de la acción intersectorial. Por ejemplo, los autores del estudio de caso de Sri Lanka identificaron la falta de enfoques basados en la comunidad y participatorios como un obstáculo central para elaborar un modelo de trabajo más colaborativo en el cual los representantes de cada sector pudieran trabajar juntos para lograr un objetivo común. El estudio de caso incluyó el comentario siguiente:

“...no se prestó atención suficiente a los enfoques basados en la comunidad y participatorios. Los programas lineales que fueron verticales trabajaron cada cual en su territorio para lograr sus objetivos. Se vieron obligados a coordinar su labor a nivel de la comunidad y a abordar los problemas que cortaban transversalmente a sus sectores. Este tipo de cooperación hubiera emergido y se hubiera institucionalizado si se hubieran aprovechado las oportunidades para la participación de la comunidad” (pág. 26).

4.4 SACAR PARTIDA AL TRABAJO CONJUNTO: DESARROLLO DE ALIANZAS EFICACES

Un tema muy claro en los estudios de casos fue la importancia de alimentar la confianza, un elemento clave para desarrollar y mantener una acción intersectorial eficaz. Aunque en muchos países establecer y alimentar una relación de confianza entre todas las partes fue una tarea difícil y morosa en varias de las iniciativas, ello permitió sentar una base sólida para lograr relaciones de trabajo eficaces. Esas relaciones pueden contribuir a comprender el aporte de cada mandato individual dentro del contexto de la labor intersectorial, lo cual permite identificar los servicios que faltan o que están duplicados dentro del sistema.

Los estudios de casos describen una serie de obstáculos para desarrollar y mantener relaciones sólidas entre las partes aliadas. Entre esos desafíos estuvieron los siguientes:

- Un gran número de mandatos diferentes a la mesa.
- Alto índice de rotación de personal, lo cual puede retardar el proceso de desarrollo de alianzas. Las relaciones interpersonales pueden ser fundamentales para establecer vínculos interinstitucionales más generales.
- Las diferencias de cultura corporativa entre las diversas partes aliadas puede dificultar la comunicación y el consenso sobre objetivos comunes. Cada sector u organización participante en la iniciativa puede tener filosofías, enfoques, modelos de trabajo y terminología propios. El hecho de que cada parte aliada tenga un sistema de información diferente también puede impedir la comunicación y el intercambio de datos.
- Superar un antecedente de malas relaciones de trabajo puede tomar mucho tiempo. Ese desafío fue más pronunciado cuando las iniciativas abordaban

la condición de salud de los pueblos indígenas que han sido desplazados de las tierras de sus ancestros y discriminados a raíz del colonialismo. Las iniciativas descritas en los estudios de casos de Canadá, Australia, Colombia y Nueva Zelandia son excelentes ejemplos de iniciativas dirigidas a mejorar la salud de los pueblos indígenas.

- Los reglamentos burocráticos pueden frenar el intercambio de poder entre los sectores. En Irán, por ejemplo, el avance en el establecimiento de vínculos ha sido lento, en parte debido al ritmo deliberado de toma de decisiones al interior de la burocracia.

Para vencer estos obstáculos y forjar esas importantes relaciones, muchos estudios de casos observaron que es fundamental tanto especificar el tipo de colaboración que se espera de los aliados participantes en la iniciativa como definir las formas que va a adoptar dicha colaboración. Una vez establecido el proceso de creación de la alianza, algunos estudios de casos describen un proceso en el cual encontraron útil redactar acuerdos formales y memorandos de entendimiento entre los socios participantes. En Inglaterra y Australia, socios locales firmaron acuerdos que especificaron las contribuciones que cada uno de los socios iba a aportar a la acción colaborativa. En una iniciativa descrita en el estudio de caso canadiense, donde la complejidad vertical del gobierno era un reto, el gobierno federal y los gobiernos provinciales y municipales negociaron y firmaron el Acuerdo de Vancouver, que especificó la contribución que cada nivel de gobierno iba a aportar a la iniciativa.

El personal y los voluntarios que participaron en el inicio y mantenimiento de la acción intersectorial descrita en los estudios de casos comunicaron su necesidad de recibir orientación y apoyo de las instituciones centrales o de otros órganos coordinadores del proyecto. Ese apoyo revistió diversas modalidades, tales como:

- Manuales para mejorar la comprensión de la acción intersectorial y las capacidades técnicas que requiere.
- Oportunidades de capacitación para responder a las necesidades de aprendizaje de todas las partes aliadas de la iniciativa.
- Protocolos de práctica que describen cómo responder a cuestiones complejas desde un enfoque intersectorial.
- Conferencistas y asesores de otras jurisdicciones que fueron invitados para compartir sus experiencias en materia de acción intersectorial.

En Irán, por ejemplo, el programa *Ciudades Saludables*, Pueblos Saludables incluye un sistema integral de talleres en los cuales equipos municipales y personal de programas gubernamentales recibieron capacitación sobre desarrollo comunitario y acción intersectorial.

4.5 MODELOS Y MARCOS UTILIZADOS PARA ORGANIZAR LA LABOR INTERSECTORIAL

Debido a la complejidad de las funciones y responsabilidades gubernamentales y al tradicional aislamiento en que operan los ministerios o secretarías de gobierno, todos los países que implementaron enfoques aplicados "a todo el gobierno" elaboraron un modelo formal para guiar su labor intersectorial. Por ejemplo, Nueva Zelandia utiliza un marco teórico que alienta a los planificadores a examinar la acción a cuatro niveles diferentes (estructural, vías intermedias, servicios de salud y discapacidad, e impacto) de los cuales emanan las inequidades. Noruega utiliza una tabla de intervención que identifica los puntos de entrada al sistema de salud para las estrategias exhaustivas dirigidas a reducir las inequidades sociales de salud. Ambos modelos están disponibles en el Anexo D.

Esos modelos pueden ser útiles debido a que:

- Guían el proceso de elaboración de políticas hacia una dirección estratégica.
- Sirven como punto inicial de la acción orientada a la salud y otros sectores, que pueden no haber considerado antes que las inequidades en salud eran algo de podían (o debían) solucionar.
- Proporcionan al gobierno una comprensión más clara de una cuestión muy compleja de maneras más integrales.

Esos modelos ayudaron a los países que habían adoptado enfoques aplicados "a todo el gobierno" a demostrar claramente que la intervención dirigida a reducir las inequidades no puede ser implementada por un solo sector que actúa de manera aislada.

Los casos en que las iniciativas tenían lugar estrictamente a nivel municipal o regional, tendían a tener una estructura "orgánica" más flexible para la acción intersectorial que podía responder con agilidad a las necesidades y preferencias de la comunidad. El proceso de Bélgica es un excelente ejemplo. Dado el enfoque fragmentado de la acción intersectorial en el estudio de caso belga, se reconoció que implantar un marco de políticas integrales y fáciles de seguir sería muy difícil. La acción intersectorial para las inequidades en salud empezó en Bélgica a nivel municipal y regional, cuando el personal que trabajaba en diferentes sectores simultáneamente empezó a establecer la necesidad de reducir las inequidades en salud y empezó a planificar iniciativas para aumentar la equidad. Por ejemplo, el sector de salud empezó a construir centros de salud comunitarios en áreas empobrecidas, el sector de investigadores empezó estudiar las relaciones entre pobreza y salud, los grupos comunitarios locales empezaron a exigir apoyo para los pobres y las minorías étnicas,

y los políticos tanto de nivel nacional como local empezaron a financiar proyectos para mejorar las viviendas y condiciones de vida en ciertas vecindades. El resultado fue "no un enfoque claramente establecido en término de pasos a seguir, sino más bien un enfoque pragmático de avances diarios que inspiró el desarrollo, con frecuencia empezando a nivel local" (pág. 6).



4.6 ESTRUCTURAS PARA ORGANIZAR LA PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

Más allá de modelos y marcos más teóricos, los estudios de casos presentan una amplia variedad de maneras concretas de organizar la labor intersectorial, basándose en parte en la manera en que las estructuras gubernamentales están organizadas y en cómo se formulan las cuestiones de salud y de equidad en salud. Una estructura común es una en la cual se formaron comités interministeriales. Algunos estudios de casos describen una alternancia de poder entre esos comités, que se logró flotando el puesto de la presidencia. En unos cuantos casos, los países instauraron un sistema elaborado de comités y otras estructuras para solidificar la acción intersectorial. Desarrollar una estructura compleja para apoyar la acción intersectorial puede contribuir a dar credibilidad al problema de salud en cuestión y a adoptar un enfoque cooperativo para solucionar las inequidades en salud, aunque ese enfoque también tiene potencial de crear confusión y agregar burocracia innecesaria.

Para evitar esa complejidad innecesaria, el gobierno de Noruega explícitamente decidió no crear un conjunto separado de comités intersectoriales para su Estrategia Nacional para Reducir las Inequidades Sociales en Salud. Esa decisión se tomó también para mejorar la sustentabilidad a largo plazo. El gobierno noruego decidió más bien basar el proceso de políticas sobre las estructuras gubernamentales existentes. La Estrategia (iniciada en febrero de 2007) está prevista para ser implementada a través de una reorientación de las iniciativas y asignaciones presupuestarias existentes en el presupuesto nacional, en vez de a través de un plan de acción separado con asignaciones presupuestarias especiales. Como se describe en el informe de Noruega, "una reserva exacta para financiar una intervención dirigida a reducir las inequidades sociales en salud hubiera socavado la comprensión de que era necesario reorientar las políticas existentes" (págs. 16-17).

Aunque parece que, tanto a nivel municipal como nacional, es útil convocar a representantes de diversos sectores para examinar las cuestiones y establecer objetivos comunes, ello no parece bastar para impulsar con eficacia la acción intersectorial. La función de los comités intersectoriales fue variada: algunos se limitaron a una función de asesoría mientras que otros estaban facultados para establecer políticas. Por ejemplo en Ecuador, la asamblea estaba facultada para aprobar o rechazar cargas tributarias. Independientemente de la función de los comités intersectoriales, el análisis de los estudios de casos sugiere que es importante que una amplia gama de participantes de todos los sectores sea invitada al proceso. A nivel local, la participación activa de los líderes del gobierno municipal parece ser especialmente importante, según observan los autores del estudio de caso de la India:

"[!]La importancia de trabajar con el gobierno municipal también es también una elección crucial que aprendimos. Trabajar con el gobierno local defendiendo las necesidades y derechos de las trabajadoras del sexo y llamando la atención de los políticos locales sobre las cuestiones de la comunidad fue prácticamente una tarea diaria, no un esfuerzo que se realizó solamente en tiempos de crisis o en circunstancias especiales. Este frecuente contacto fue útil para crear una sensación de alianza entre las estructuras políticas locales y la comunidad, al igual que para crear un mayor sentimiento de confianza en el proceso. Las energías utilizadas en un contacto casi diario con las estructuras políticas locales son una clara lección para la acción comunitaria en otros proyectos" (pág. 32).

Fuera de las reuniones de comités, muchos estudios de casos describieron la creación de oportunidades para que los diversos interesados pudieran reunirse e intercambiar ideas. Las conferencias y foros comunitarios son dos tipos de reuniones que se utilizaron en Bélgica, Marruecos, Ecuador y Brasil para ayudar a la elaboración de una visión compartida entre los diversos socios, incluyendo a los miembros de la comunidad.

4.7 SUPERVISIÓN DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS DE LA LABOR INTERSECTORIAL

La medición del proceso y de los resultados de las iniciativas intersectoriales fue un reto para muchos de los 18 estudios de casos. Muy pocos de los estudios de casos presentaron resultados sistemáticos, aunque varios de ellos pudieron mencionar mejoras que correspondieron al momento en que se implementó el programa. Con frecuencia, los estudios de casos informaron sobre los resultados de su labor intersectorial, tales como el número y tipos de nuevas políticas y programas elaborados para solucionar las inequidades en salud, el aumento de la toma de conciencia sobre la salud y las necesidades sociales de determinado segmento demográfico y la mayor participación de los miembros de la comunidad en la toma de decisiones. Es prematuro sacar conclusiones sobre la eficacia general de la acción intersectorial para la salud y la equidad en salud debido a que varias de las iniciativas fueron implementadas en fecha relativamente reciente y no ha habido suficiente tiempo para que los efectos se acumulen.

Varios estudios de casos pudieron documentar mejoras en determinantes sociales tales como niveles de pobreza y mejoras en la condición de salud de la población. Con frecuencia fueron intervenciones a nivel nacional en las cuales ya se realizaban mediciones objetivas de manera continua. En estos programas nacionales, fue difícil atribuir esas mejoras a las actividades intersectoriales descritas, debido a que los efectos eran continuación de tendencias a más largo plazo en poblaciones nacionales.

En muchos estudios de casos locales, donde los cambios pueden ser atribuidos más directamente a efectos del programa intersectorial, se carece de datos suficientes para llegar a conclusiones sistemáticas. En Australia y India por ejemplo, las descripciones anecdóticas de los resultados son muy positivas pero una falta de medidas de comparación impide una evaluación sistemática de los efectos de esas iniciativas.

En algunos estudios de casos, tales como aquéllos en Irán y Chile, se describen las evaluaciones sistemáticas de las actividades intersectoriales pero, al mismo tiempo, se destaca la necesidad de contar con mejores herramientas e instrumentos para hacer un seguimiento de la colaboración intersectorial y de sus efectos. El estudio de caso de Irán presenta una evaluación exhaustiva de sus iniciativas intersectoriales, que incluye un análisis de documentos, estudios de los procesos y listas de verificación, entrevistas con informantes clave, grupos de debate, datos secundarios y una encuesta sobre el capital social realizada con hogares. En ciertos

casos, como en el ejemplo de Irán y Chile, donde se utiliza un proceso más integral y mediciones de resultados basados en la comunidad, los resultados son por lo general positivos, aunque no es posible generalizar todos los estudios de casos.

En la mayoría de los casos, especialmente en los estudios de casos donde la cuestión abordada por la iniciativa giró en torno a la salud y a la equidad en salud, el sector de la salud con frecuencia desempeña una función importante en la supervisión y evaluación de las iniciativas intersectoriales, aportando conocimientos técnicos fundamentales en materia de recopilación y análisis de datos. Por ejemplo, el gobierno de Nueva Zelanda puede concentrarse en reducir inequidades en salud explícitas en parte gracias a la robustez de sus sistemas de información sobre la salud, que le proporcionan datos que utiliza tanto para formular la justificación de una intervención intersectorial como para solucionar inequidades y que luego le permiten supervisar el éxito de la medida en cuestión a lo largo del tiempo (por ejemplo, en relación a un mejoramiento de la vivienda, los casos de enfermedades respiratorias que requirieron hospitalización fueron un indicador útil).

El establecimiento de metas con objetivos claramente definidos que deben ser alcanzados en fechas específicas no es algo común en los estudios de casos aquí analizados. Inglaterra ha establecido una meta nacional en materia de inequidades en salud, a saber esperanza de vida y mortalidad infantil, con su ministerio de Salud como principal responsable de alcanzar esa meta. El caso de estudio inglés informó que “una fuerte concentración en la meta de inequidades en salud, respaldada por una estrategia nacional para las inequidades en salud apoyada por el Tesoro fue una vía sólida para atraer aliados y promover la colaboración intersectorial” (pág. 2). Debido a que tan pocos de los estudios de casos han utilizado la implantación de metas y a que hasta la fecha sus experiencias hayan sido variadas, es difícil decir si fijar metas es un ejercicio práctico para la planificación, implementación y evaluación de la labor intersectorial. Resolver esta cuestión es un próximo paso importante para el continuo desarrollo de la acción intersectorial por la equidad en salud.

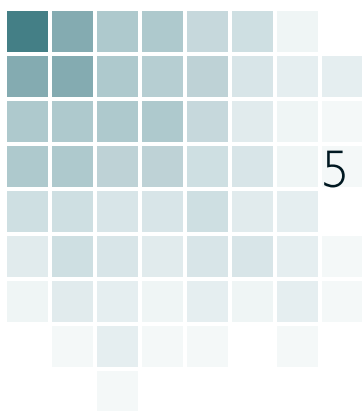
4.8 ASEGURAR LA VIABILIDAD DE LAS INICIATIVAS INTERSECTORIALES

Como también se determinó ya en el análisis de obras especializadas (“*Crossing Sectors*”, ASPC, 2007), la labor intersectorial tiende a costar más y a tomar más tiempo que otros enfoques, razón por la cual es esencial que todas las partes aliadas en el proceso asuman un compromiso a largo plazo. Sin embargo, mantener la

viabilidad de las iniciativas intersectoriales ha sido un reto descrito en muchos estudios de casos, debido a cambios en el gobierno, situaciones de emergencia o crisis de salud pública que desvían la atención hacia otros asuntos y(o) la rotación del personal. En muchos casos, las iniciativas todavía son relativamente nuevas y por ello su viabilidad a largo plazo todavía no ha sido puesta a prueba. Los estudios de casos que mencionan explícitamente estrategias para asegurar la viabilidad de las iniciativas intersectoriales – y son pocos los que lo hacen – citan la instauración de confianza y apertura en las relaciones y comunicaciones de trabajo, al igual que el establecimiento de políticas y prácticas para reducir al mínimo la rotación de personal, a fin de mantener esas relaciones personales que son tan vitales para el éxito y la fluidez de la labor intersectorial. Es posible plantear algunas conclusiones generales basadas en las experiencias de países, tales como Cuba, que tienen extensos precedentes de compromiso con la acción intersectorial. Las experiencias de iniciativas específicas – tales como el proyecto para trabajadoras del sexo en la India, que había sido elaborado en el transcurso de un período de tiempo más largo – también arrojaron luz sobre importantes factores para la viabilidad.

Entre lo aprendido para desarrollar la viabilidad o sustentabilidad está lo siguiente:

- El desarrollo de estructuras intersectoriales permanentes al interior del gobierno en vez de iniciativas a corto plazo basadas en proyectos. Éste es un enfoque implícito de “aplicación al conjunto del gobierno” que establece una colaboración intersectorial como enfoque corriente del gobierno. La creación de programas de financiamiento de la acción intersectorial, aunque rara en los estudios de casos, es considerada una importante herramienta para asegurar la viabilidad a través de la creación de incentivos presupuestarios.
- La creación de programas de financiamiento intersectorial para un organismo no gubernamental dirigido por ciudadanos fue un importante factor para la creación de una respuesta permanente para las necesidades de trabajadores del sexo en Kolkata del norte, en la India.
- Otras sugerencias relativas a la viabilidad incluyeron la implementación de programas de capacitación para que los funcionarios públicos se familiarizaran más con el enfoque intersectorial (como se mostró en el estudio de caso de Irán) y la creación regular de foros ciudadanos para mantener la presión y el apoyo en favor de la acción intersectorial (como se observó en los estudios de casos de Brasil y Bélgica). En Cuba, los comités de salud comunitaria permanentes operan a nivel local y, en Irán, los consejos de amplia base popular son los principales colaboradores a nivel local.



5 FUNCIÓN DEL SECTOR DE LA SALUD

Mediante la creación de servicios y programas que respondan a las necesidades de las poblaciones socialmente desaventajadas y marginadas, los sistemas de salud tienen un notable potencial para influir sobre la equidad en salud. Más allá del suministro de servicios, sin embargo, el sector de la salud también tiene capacidad para ejercer un poderoso impacto sobre los contextos sociopolíticos más amplios, según determinó el reciente estudio *Challenging Inequity Through Health Systems* (Gilson et al, 2007). Ese informe indicó que los sistemas de salud pueden influir sobre la equidad en salud a través de la generación de:

“... una sensación de vida segura, de bienestar, de cohesión social y de expectativa confiada en que se recibirá apoyo médico en tiempos de enfermedad; y esos sistemas de salud pueden ser importantes para crear apoyo social y político para aquellos gobiernos que promueven la equidad en salud” (párrafo viii).

Sin embargo, el informe también reconoció el potencial que tienen los sistemas de salud de perpetuar la injusticia y la estratificación social. Una de las principales vías en que el sector de la salud puede apoyar la equidad en salud, según describen Gilson et al, es asumiendo el liderazgo para desarrollar procesos y mecanismos que pueden ejercer influencia para la acción intersectorial.

En muchos de los ejemplos de acción intersectorial descritos en los estudios de casos, el sector de la salud asumió una función rectora en la coordinación del trabajo. Así fue especialmente en los estudios de casos que identificaron su principal objetivo como el mejoramiento de la salud o la reducción de las inequidades en salud. En algunos casos, la función de liderazgo del sector de la salud estuvo justificada por el hecho de que ese sector puede proporcionar criterios teóricos y marcos (por ejemplo, la utilización de modelo de salud poblacional en Canadá) que destacan las complejas influencias que pesan sobre la salud y las inequidades en salud.

De manera opuesta, el estudio de caso chileno describe cuatro programas intersectoriales separados y en ninguno de esos programas fue el sector de la salud el iniciador; y sólo en uno de ellos asumió una función rectora importante. En ese único programa – una iniciativa llamada *Chile Crece Contigo*, concentrada

en el desarrollo infantil temprano – el sector de la salud asumió la dirección por su papel central en el modelo de protección social en relación con el bienestar de las familias y la niñez. Asimismo, en el programa *Chile Crece Contigo*, los miembros del sistema de salud coordinan, apoyan y supervisan la labor de los centros de atención de salud primaria, que sirven como primer punto de entrada al sistema de salud para las mujeres embarazadas y los niños. En este programa específico, el sector de salud mantuvo una función rectora en parte debido a que los organizadores del programa tenían como uno de sus principales objetivos el mejoramiento de la salud.

Ciertos aspectos de la cultura del sector de la salud, sin embargo, pueden obstaculizar la creación y el mantenimiento de los tipos de relaciones de colaboración que se necesitan para realizar una labor intersectorial eficaz. El modelo médico de salud, en el cual se basa parcialmente el sector de la salud, puede ser competitivo y descriptivo. El efecto de esta influencia puede conducir a la impresión de que el sector de la salud está apoderándose del proceso, trabajando fuera de su mandato y estableciendo una posición de predominio al interior del sector público. Como observa el estudio de caso noruego:

“[e]l sector de la salud a veces debe mejorar su función como miembro de un equipo en el cual participan otros sectores para la formulación de políticas ... el sector de la salud debería integrar objetivos de salud en las políticas de equidad en otros sectores a través de una diplomacia en favor de la salud, [en vez de] imponer [sus] propios objetivos de salud a otros sectores” (págs. 15-16).

En Canadá, por ejemplo, la legislación de salud pública de Quebec exige que todos los ministerios y entidades gubernamentales consulten al Ministerio de Salud y Servicios Sociales cuando estén formulando políticas que podrían repercutir sobre la salud. Uno de los principales retos para implementar esa legislación ha sido el resentimiento que se ha creado en los ministerios de gobierno fuera del ámbito de la salud.

Asimismo, la función rectora del sector de la salud puede a veces ocasionar que las cuestiones sean definidas de manera muy específica y sin reconocer adecuadamente los contextos más generales de índole social, económica e histórica del problema

en cuestión. Así sucedió con el estudio de caso australiano, que se concentra en un comportamiento específico relacionado con la salud (inhalación de solventes) entre las poblaciones indígenas. Aunque la iniciativa australiana obtuvo cierta reducción en los índices de inhalación de solventes en las comunidades donde se implantaron los programas, el estudio de caso se concentra sobre todo en el comportamiento en sí y no en las cuestiones históricas y culturales más generales que continúan ejerciendo una influencia sobre la salud de los pueblos aborígenes.

El punto hasta el cual el sector de salud puede (o debe) asumir la dirección en la planificación e implementación de la labor intersectorial para la equidad en salud depende en gran parte de la cuestión que esté siendo abordada. Los tres escenarios siguientes fueron evidentes en los estudios de casos analizados:

- Cuando se trata de cuestiones en las cuales el sector de salud tiene el máximo nivel de conocimientos, experiencia y control sobre las estrategias para mejorar la equidad en salud, es razonable que el sector de salud asuma el liderazgo. Tal es el caso en las iniciativas que se enfocan en mejorar el acceso al sistema de servicios de salud o a otros programas específicamente centrados en la prevención, como por ejemplo aquéllos relacionados con la atención primaria de la salud. En Malasia, por ejemplo, los proveedores locales de servicios de atención médica dirigieron un proceso de establecimiento de prioridades en el cual participaron miembros de la comunidad con una base más amplia. Los proveedores locales enviaron sus recomendaciones al servicio nacional de salud.
- Cuando la iniciativa se concentra en cuestiones en las que el sector de la salud conoce medidas efectivas para mejorar la equidad en salud pero no controla el foro o los medios para implementar las medidas (por ejemplo, programas para promover la salud en las escuelas), el sector de la salud puede asumir un papel rector en la promoción de estrategias pero asegurando una estrecha colaboración con los demás sectores y que estos últimos adopten la iniciativa como propia. En Cuba, la expansión del mandato de los centros de atención primaria de la salud a las clínicas con una sólida función de prevención y la promoción de la salud es facilitada por comités de salud locales. Esos comités son de índole intersectorial e incluyen a miembros del sector de la salud como participantes.
- Cuando la iniciativa está intentando solucionar directamente determinantes sociales de la salud (por ejemplo, educación, pobreza) que van más allá de aquéllos directamente vinculados con el sistema de salud, es posible que el sector de salud no dirija la labor

intersectorial sino que actúe como socio de políticas en el desarrollo e implementación de la iniciativa. En estas circunstancias, el sector de salud por sí solo ni controla los medios para implementar estrategias ni tiene el mayor grado de conocimientos sobre cómo deberían enmarcarse las actividades. En el ejemplo de Malasia, una estrategia nacional de amplia base para abordar los determinantes sociales y ambientales fue dirigida por los sectores pertinentes, a saber desarrollo económico, educación y vivienda. En el ejemplo de Noruega, el enfoque aplicado "a todo el gobierno" se adoptó para promover la aplicación de una óptica intersectorial para la equidad en salud a todo el proceso presupuestario gubernamental.

Al interior del sector de la salud, es útil para las iniciativas intersectoriales incluir capacitación y oportunidades de enseñanza para que el personal pueda aprender a trabajar mejor con representantes de una amplia variedad de otros sectores. Inclusive en Cuba, un país con extensos antecedentes de compromiso con la acción intersectorial, la necesidad de mejor capacitación para los profesionales y administradores de la salud fue identificada en el estudio de caso como un elemento importante.

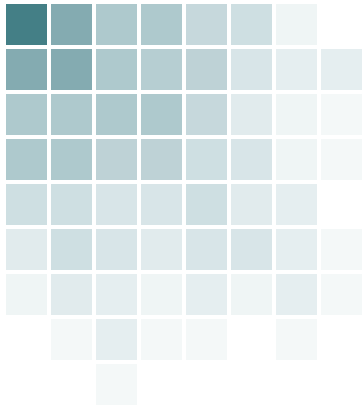
Un creciente volumen de investigaciones y pruebas anecdóticas sugiere que el desarrollo de sólidos sistemas de atención primaria de la salud que integran servicios y enfatizan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades pueden contribuir a lograr la equidad en salud a nivel local (Gilson et al, 2007). Más allá de hacer más accesibles los servicios de salud para los grupos socialmente desfavorecidos en la comunidad, las pruebas presentadas en algunos estudios de casos demuestran que un sólido sistema de atención primaria de la salud puede actuar como palanca para el desarrollo de iniciativas intersectoriales más amplias a nivel comunitario. En Bélgica, por ejemplo, los procesos de planificación comunitaria se desarrollan a través de centros de salud comunitarios. En esa planificación participan miembros de la comunidad local y otros interesados para recopilar información sobre la salud y la calidad de vida del vecindario en cuestión, realizando un "diagnóstico de la comunidad" que describe los problemas y detalla los pasos a seguir para solucionar esos problemas y dar seguimiento a los resultados.

A pesar del papel que haya podido desempeñar en las primeras etapas de la organización de la acción intersectorial para la salud, el sector de la salud debe continuamente reevaluar su función y alterarla según sea necesario. Como indica el análisis de obras especializadas "*Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health*":

“[I]a función del sector de la salud ha cesado de ser lineal. Hoy debe ser capaz de cambiar de postura y adaptarse. Tiene que saber cuándo dirigir, cuándo seguir y qué tipo de aporte debe buscar. Asimismo, debe tener cuidado de asegurar que los aspectos de salud en expedientes complejos dirigidos por otros sectores sean identificados y solucionados. Debe ser sensible al momento de la intervención, capaz de distinguir entre los beneficios a corto, mediano y largo plazo, al igual que estar preparado para tomar decisiones sobre los puntos de entrada al sistema de salud y las estrategias que correspondan” (Agencia de Salud Pública de Canadá, 2007, pág. 33).

El estudio de caso de la India presenta un excelente ejemplo de la función que puede asumir el sector de la salud para el cambio a largo plazo. En ese estudio de caso, el Proyecto de Intervención de Sonagachi contra el VIH/SIDA fue iniciado originalmente por el sector de la salud y con el apoyo de la OMS a través de su Programa Mundial contra el SIDA. Su objetivo inicial fue definido de manera restringida y en términos estrictamente de salud: disminuir los niveles de enfermedades sexualmente transmisibles y aumentar la utilización de preservativos entre el grupo marginalizado y vulnerable de trabajadoras del sexo en el área de Sonagachi. A medida que los líderes del proyecto dialogaron directamente con las trabajadoras del sexo, llegaron rápidamente a la conclusión de que se requería adoptar un enfoque mucho más amplio sobre la salud de esas trabajadoras del sexo, en el cual se pusiera un énfasis en el empoderamiento y la calidad de vida en vez de limitarse a los comportamientos estrictamente relacionados con la salud. El liderazgo de la iniciativa se fue transfiriendo gradualmente a las mismas trabajadoras del sexo y a los organismos que las respaldaban. Aunque inicialmente el sector de la salud había desempeñado un papel importante en la iniciativa intersectorial de la India, los representantes del sector de la salud que habían iniciado el proyecto reconocieron la necesidad de distanciarse un poco de la situación y de redefinir el proyecto como lo indicaban sus principales interesados. Cuando el poder fue devuelto a las trabajadoras del sexo, estas últimas destacaron la importancia de intervenir en áreas no relacionadas con la atención a la salud, tales como alfabetización, protección ocupacional y seguridad financiera. Como se indicó en el estudio de caso, este enfoque ampliado parece estar vinculado con importantes resultados de salud, tales como índices más bajos de enfermedades sexualmente transmitidas y de VIH en comparación con otras comunidades.

El apartado continuación describe algunas vías innovadoras que se utilizaron para vencer obstáculos en la planificación implementación de la acción intersectorial según se describen en los estudios de casos. Aunque estas actividades no están generalizadas en los estudios de casos analizados, son dignas de atención y pueden requerir un estudio seguimiento adicionales.



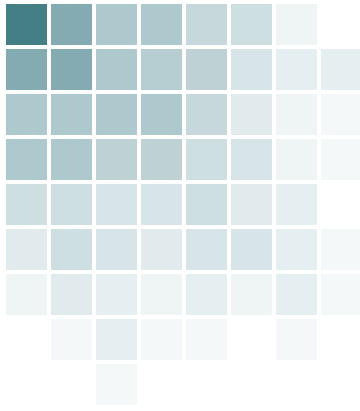
6 PRÁCTICAS INNOVADORAS

- **Nueva Zelanda: vigilancia y notificación de las inequidades.-** Aunque muchos estudios de casos mencionan una vigilancia y notificación de las inequidades en salud, Nueva Zelanda ha realizado una labor particularmente buena al respecto, haciendo un seguimiento tenaz de las inequidades y notificando sobre las mismas de una manera óptima que facilita la intervención. El índice de privación de Nueva Zelanda evalúa datos del censo aplicando una escala de nueve puntos que abarca el ingreso, el empleo, el acceso a las comunicaciones y al transporte, la educación y la propiedad de bienes raíces para asignar un "puntaje de privación" a pequeñas unidades geográficas repartidas por todo el país. La utilización de ese índice ha impulsado el interés intersectorial en las inequidades, ha facilitado el debate en los círculos académicos y de formulación de políticas sobre las causas raíces de las inequidades y ha proporcionado a las instituciones de asistencia social pruebas concretas sobre las cuales pueden planificar programas y políticas para eliminar las inequidades en salud en su región.
- **India: utilización de enfoques participativos para mejorar las condiciones de vida de un grupo marginalizado.-** El Proyecto Sonagachi empezó principalmente como una iniciativa de educación para la salud dirigido a trabajadoras del sexo en la ciudad hindú de Kolkata. Desde entonces, el proyecto se ha transformado hasta convertirse en una iniciativa enfocada en el empoderamiento de trabajadoras del sexo que se esfuerzan por modificar el contexto social en el cual viven y trabajan. Con el transcurso del tiempo, se efectuó una devolución completa del proyecto a la ciudadanía (las trabajadoras del sexo y las organizaciones que las respaldan), con permanente apoyo financiero y asesoría proporcionados por socios del sector. Utilizando métodos participativos, el proyecto ayudó a las trabajadoras del sexo a fundar y registrar su propia organización, el Comité Durbar Mahila Samanwaya (DMSC o Durbar) y su propia cooperativa financiera. Actualmente, Durbar tiene como afiliadas activas a más de 2.000 trabajadoras del sexo y una base de apoyo informal de más de 65.000. La organización es ahora capaz de autofinanciar muchas de sus actividades. El modelo de planificación del Proyecto Sonagachi está basado en altos valores. La receptividad, la equidad y el empoderamiento han permeado la toma de decisiones del proyecto desde el inicio.
- **Bélgica y Brasil: establecimiento de prioridades transectoriales mediante conferencias comunitarias para el consenso, con la participación de proveedores de servicios y ciudadanos.-** Tanto a nivel municipal como de vecindario, convocar sistemáticamente a representantes de diversos sectores y miembros de la comunidad ha estimulado la cooperación entre los sectores profesionales (que en el pasado habían estado trabajando solos) y los residentes. Por ejemplo, en algunos vecindarios de la ciudad belga de Ghent se creó una plataforma que sirvió como foro donde participaron entre 40 y 50 personas de una gama de sectores (bienestar social, salud, trabajadores ambulantes, policía, servicios escolares, etc.) para identificar y solucionar mejor problemas tales como pobreza, peligros causados por el tráfico en las vías públicas y viviendas inadecuadas. Esas plataformas han venido funcionando desde hace más de dos décadas. Reciben financiamiento del gobierno municipal.

Brasil tiene 4.390 consejos municipales de salud, 27 consejos estatales de salud y un Consejo Nacional de Salud. Esos consejos fueron creados en virtud de legislación que está dirigida, en parte, a asegurar la participación pública en el proceso de planificación del sector de la salud. La composición de los consejos es 50% ciudadanos, 25% profesionales de la salud y 25% administradores (tanto del sector público como privado). Asimismo, se organizaron una serie de conferencias nacionales sobre la salud con el fin de influir sobre la política brasilera en materia de atención a la salud.
- **Irán: programas de capacitación para el personal de servicio sobre prácticas de planificación y acción intersectorial.-** Una proporción significativa de los recursos de las Iniciativas Basadas en la Comunidad (IBC) ha sido utilizada en capacitación y creación de capacidades. Desde 2001, la Secretaría de IBC ha organizado aproximadamente 50 talleres que atrajeron más de 1.500 participantes en 25 distritos de todo el país. Los participantes tomaron parte en talleres dirigidos a aumentar sus conocimientos técnicos en materia de desarrollo comunitario y colaboración intersectorial. Entre los participantes de los talleres estuvieron miembros de equipos intersectoriales distritales y también miembros de la comunidad. En algunos casos, los participantes recibieron apoyo para que compartan sus nuevos conocimientos capacitando a otros en talleres subsecuentes.

● **Chile: mecanismos de evaluación y supervisión.-**

Mecanismos que aplican medidas tanto cuantitativas como cualitativas fueron instaurados en Chile, utilizando una amplia variedad de indicadores de "éxito". Por ejemplo, el objetivo de una de las iniciativas descritas en el estudio de casos, denominada *Chile Solidario*, fue llegar hasta las familias en extrema pobreza y vincularlas con la red de servicios sociales. El programa pasó por un extenso proceso de evaluación que analizó el diseño y aplicación de los mecanismos e instrumentos, la eficacia del modelo de gestión utilizado y el impacto general que tuvo el programa sobre las capacidades de las familias y las condiciones de asistencia social. Cada una de las cuatro iniciativas descritas en el estudio de caso de Chile pasó por un riguroso proceso de evaluación con el fin de comprender y medir los procesos y resultados de la acción intersectorial.



7 DELIBERACIÓN: RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS Y DE LAS PREGUNTAS PENDIENTES

El análisis de los 18 estudios de casos presentados aquí es un esfuerzo más por comprender de qué maneras se han realizado acciones intersectoriales para la salud y para la equidad en salud en todo el mundo. Los conocimientos adquiridos aquí descritos agregan un componente más práctico al excelente análisis de obras especializadas sobre la acción intersectorial, las políticas públicas y la salud, publicado bajo el título *“Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health”* (ASPC, 2007) y que constituyó una primera fase de esta iniciativa conjunta de la ASPC y la OMS. Ese análisis abordó las cuestiones siguientes:

- Los tipos de problemas que son abordados mediante la acción intersectorial.
- Las condiciones que dan forma a la colaboración horizontal e interjurisdiccional.
- Las herramientas, mecanismos y enfoques que apoyan la acción intersectorial.
- Las funciones que desempeñan el sector de la salud y otros actores.

Aunque algunas de las preguntas planteadas al final del análisis de obras especializadas *“Crossing Sectors”* (ASPC, 2007) todavía no han recibido una respuesta definitiva (véase más adelante el apartado 7.1, *Preguntas pendientes*), el análisis de estos 18 estudios de casos nos han permitido conocer más sobre la manera en que se ha creado el impulso para la acción intersectorial dirigida a la salud, al igual que sobre los retos que surgieron de las variadas maneras en que la acción intersectorial fue estructurada y organizada. Asimismo, los estudios de casos han empezado a arrojar más luz sobre la función más útil que desempeña el sector de la salud, especialmente cuando esa función se adapta a la manera en que la salud y las cuestiones sociales son formuladas.

El presente análisis coincide con una de las principales conclusiones del análisis de obras especializadas en que el contexto sociocultural, político y económico general de la toma de decisiones tiene un impacto notable sobre la manera en que se formulan los problemas a resolver y sobre la manera en que se aplican enfoques intersectoriales para solucionarlos. Los estudios de casos analizados presentan una amplia variedad de enfoques de acción intersectorial para mejorar la salud y reducir las inequidades en salud. De manera congruente con los resultados del análisis de obras especializadas, esos enfoques han dependido, claro está, de la índole de la cuestión de salud abordada y del contexto social, económico y político

en el que se realizó el trabajo. Está claro que no hay un “modelo universal” para todos los casos y que los modelos cambian con el paso del tiempo, tanto debido a la evolución de las cuestiones que están intentando solucionar como a la ramificación y modificación de las alianzas de cooperación intersectoriales. Aunque aprendimos más sobre la implementación concreta de la acción intersectorial en todo el planeta, las pruebas todavía son insuficientes para sacar conclusiones categóricas sobre cuál es el modelo óptimo cada una situación dada. A pesar de ello, se sugieren algunas conclusiones generales que se presentan a continuación.

Para que la acción intersectorial tenga éxito, es necesario compartir el poder. Es útil crear nuevas entidades, comités u otros órganos para formular e institucionalizar ese poder compartido. Una vez que se adquirió el compromiso de dar solución a determinantes sociales, el desarrollo de estrategias intersectoriales se dio con más facilidad en los contextos gubernamentales donde era tradición que diversos sectores trabajaran en cooperación. En algunos países, la enorme complejidad del aparato gubernamental dificultó la elaboración de estrategias exitosas. Dos de los mejores ejemplos de este problema fueron Canadá y Bélgica. En ambos países, las estrategias generales tendieron a ser más bien un mosaico de estrategias con importantes variaciones regionales. El estudio de caso belga reconoce que su complejo contexto de políticas públicas a nivel nacional fue una barrera para lograr una planificación más global a un nivel más alto de gobierno. La provincia canadiense de Quebec es una de las únicas dos provincias en las cuales los servicios de salud y de servicios sociales se encuentran al interior del mismo ministerio de gobierno. Esta integración a nivel estructural ha contribuido a facilitar el desarrollo de la Ley de salud pública de Quebec.

Los enfoques intersectoriales pueden ser iniciados desde la cúspide del gobierno hacia abajo (como se observa en los enfoques “aplicados a todo el gobierno”) o desde las bases hacia arriba. Es difícil decir en este punto si los enfoques amplios y aplicados a todo el gobierno a nivel nacional serán eficaces para reducir las inequidades en salud. Sin embargo, hay razón para conjeturar que los enfoques aplicados a todo el gobierno y originados a nivel nacional tienen una limitada capacidad de influencia sobre algunos de los principales determinantes sociales de la salud cuando ese tipo de iniciativas no va acompañado de proyectos integrales “que parten desde las bases” a nivel municipal o local. Las iniciativas locales de menor escala en las cuales los miembros de la comunidad

comparten el control sobre el proceso o tienen otras vías para participar genuinamente en ese proceso son las que presentan mayor potencial de éxito.

Los objetivos de las iniciativas descritas en los estudios de casos fueron diversos. La manera en que esos objetivos fueron formulados tuvo una repercusión notable sobre los aliados participantes en la iniciativa y sobre los tipos de estrategias planificadas. Muchos estudios de casos no se enfocaron explícitamente en reducir las inequidades en salud como objetivo. Lo más frecuente fue el objetivo de mejorar la condición de salud de un grupo o área geográfica marginalizados, con el presupuesto implícito de que las inequidades en salud se reducirían como un resultado. Responder a las necesidades de salud de grupos desfavorecidos y marginalizados se prestó para una intervención intersectorial porque se reconoció con más facilidad la importancia de dar solución a los determinantes sociales de salud de esos grupos. Los grupos desfavorecidos pudieron articular sus necesidades en términos intersectoriales y con frecuencia una serie de sectores se mostraron dispuestos a trabajar con ellos. Las poblaciones en lugares remotos también resultaron aptas para la intervención intersectorial porque las economías de escala obtenidas con una acción intersectorial eficaz no son posibles con sectores que trabajan aisladamente.

En los estudios de casos analizados aquí, los países eligieron una amplia variedad de modelos para organizar su trabajo. Los modelos elegidos reflejaron la amplia diversidad de definiciones del término "acción intersectorial" que existe entre los países. El modelo más corrientemente adoptado en los estudios de casos fue aquél en el cual múltiples sectores acuerdan participar conjuntamente en la planificación y toma de decisiones, incluyendo la determinación de prioridades para el logro de objetivos comunes o interrelacionados, tras lo cual cada sector procedía a asignar los recursos necesarios. Este marco general estuvo seguido de iniciativas descritas en los estudios de caso de Inglaterra, Australia y Canadá. Este modelo a veces incluyó el requisito de que los proveedores de servicios locales aceptaran la tarea de coordinar el suministro de servicios según objetivos comunes basados en acuerdos escritos. La importancia de los acuerdos escritos y los memorandos de entendimiento entre los socios comunitarios tuvo un éxito disparejo.

Otro modelo común fue establecer un grupo o foro multisectorial basado en la comunidad para que asesorara sobre las prioridades de salud locales. Las recomendaciones de esos grupos fueron luego examinadas por los encargados de planificación de salud en el contexto de prioridades aplicables a todo el sistema y de asignaciones de financiamiento (ejemplo: Brasil, Cuba e Irán). La participación pública, el empoderamiento de grupos marginalizados a nivel local y una alianza importante de organismos no gubernamentales son sólidos propulsores, posiblemente por la menor probabilidad de que estos grupos propongan una perspectiva sectorial para el problema. Por lo anterior, su participación facilita la colaboración intersectorial.

Menos frecuentes fueron los estudios de casos que describieron una intervención que implicó la creación de un fondo de financiamiento intersectorial con el cual se apoyó la acción sobre determinantes sociales a través de un tercer órgano. Tal fue el caso en los estudios de casos de India y El Salvador. La creación de un fondo de financiamiento intersectorial fue un caso relativamente raro y, en consecuencia, sus repercusiones no pueden ser evaluadas. La falta de mecanismos de financiamiento intersectorial fue citada como obstáculo en muchos de los casos, sin embargo, basándose en el supuesto de que puede servir como importante incentivo para facilitar la acción intersectorial.

En los estudios de casos analizados, hubo una relativa ausencia de evaluaciones sistemáticas de la acción intersectorial. Al mismo tiempo, casi todos los estudios de casos notificaron resultados positivos que se pensó que pueden ser atribuidos a la colaboración intersectorial.



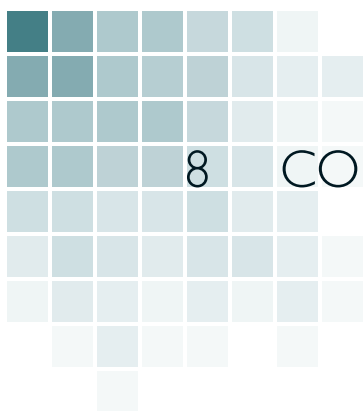
7.1 PREGUNTAS PENDIENTES

El análisis de los estudios de casos arroja luz sobre unas cuantas preguntas o cuestiones clave que requieren investigación y análisis adicionales. Entre esas preguntas pendientes están las siguientes:

- ¿Cuáles son las mejores vías para lograr una integración relativamente ininterrumpida de enfoques intersectoriales para solucionar las inequidades en salud desde un nivel nacional hasta un nivel regional y municipal? Todavía no está claro de qué manera se podrían implementar – de manera simultánea en los tres niveles de gobierno – los mensajes, políticas y programas (y, de hecho, si ello es necesario).
- ¿Qué impacto tiene la acción intersectorial sobre la equidad en salud cuando el objetivo original ha sido formulado como una reducción de la inequidad en salud frente a otro objetivo que no menciona explícitamente a la salud? Como hemos visto, no es necesario formular la cuestión como un problema de salud para lograr un impacto sobre la salud y la equidad en salud. Todavía no está claro, sin embargo, cómo formular los objetivos de manera óptima para asegurar la formación amplia y profunda de las alianzas que son necesarias para implantar una acción intersectorial eficaz.
- ¿Cómo se puede definir y evaluar el éxito de la acción intersectorial dirigida a la equidad en salud? Todos los casos indicaron que tuvieron dificultad en evaluar sus iniciativas de manera que reflejara el amplio alcance de su labor. Nuevamente, aunque no existe un enfoque universal para supervisar la labor intersectorial, sería útil proporcionar más orientación a los países sobre los enfoques que se puede intentar aplicar.

- ¿Cómo puede el sector de la salud ampliar su capacidad para colaborar efectivamente en la labor intersectorial? El sector de la salud necesita apoyo para comprender tanto su potencial como sus limitaciones en el trabajo que se realiza para eliminar las inequidades en salud. A nivel de políticas, el personal del sector de la salud necesita ayuda para transformar en intervenciones la investigación realizada sobre las inequidades en salud. A nivel de la comunidad, el personal del sector de la salud requiere apoyo para saber cómo trabajar de manera óptima con los demás sectores y para facilitar la participación de la comunidad, entre otras cosas.
- Desde los enfoques de los demás sectores ¿cuál es la mejor vía para atraer su participación en el proceso? Debido a que la mayoría de los estudios de casos estaban redactados desde el enfoque del sector de la salud, entrevistar a otros socios participantes en esas iniciativas ayudaría para comprender mejor cuáles son las vías óptimas para establecer y mantener su participación. Esas entrevistas también proporcionarían otra vía para examinar las estrategias y resultados de la iniciativa misma, que podrían o no diferir de los que fueron presentados en el estudio de caso.
- ¿Hay alguna ventaja en fijar metas que establecen un objetivo – determinado en función del tiempo – para los resultados del trabajo intersectorial? Cuando establecer objetivos claros y mensurables parece ser importante para forjar y mantener alianzas de cooperación, no se puede deducir claramente de los estudios de casos si establecer metas es una práctica útil.
- ¿Qué componentes de acción intersectorial para la salud y la equidad en salud son importantes para asegurar la viabilidad de este enfoque? Dado el largo tiempo que toma influir sobre determinantes de la salud complejos, la viabilidad a largo plazo de los enfoques intersectoriales es vital.

Las preguntas presentadas arriba se hacen eco de algunas de las preguntas pendientes mencionadas en el análisis de obras especializadas sobre la acción intersectorial, las políticas públicas y la salud, que se publicó bajo el título "*Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health*" (ASPC, 2007). Dicho análisis detectó también la necesidad de saber más sobre la amplia gama de funciones desempeñadas por ciertos sectores externos al ámbito de la salud, tales como los medios de comunicación, los sectores económicos y el público en general. Asimismo, el análisis de obras especializadas identificó cuestiones de viabilidad y la necesidad de conocer la verdad detrás de esos argumentos que han sido tan persuasivos para abogar en favor de la acción intersectorial.

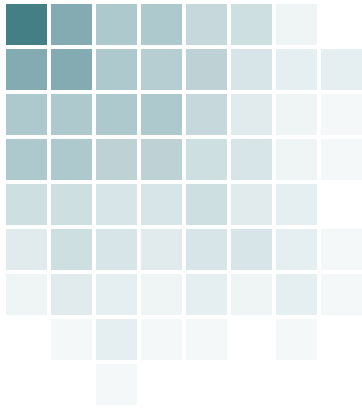


8 CONCLUSIÓN

Las inequidades en salud surgen y se mantienen debido a una compleja serie de factores que sólo empezamos a entender: La amplitud de los 18 estudios de casos, realizados en una variedad de países, culturas y niveles de desarrollo, demuestra la importancia que se acuerda a la acción intersectorial. Desde los barrios de conventillos en la India y los remotos pueblos de Brasil e Irán hasta las capitales de Noruega, Canadá, Inglaterra y Australia, los gobiernos de todos los niveles están lidiando con el desarrollo de la acción intersectorial dirigida a la salud.

A lo largo de los estudios de casos, una influencia importante para el éxito de la acción intersectorial fueron los factores sociales, económicos y culturales imperantes en el país o región en cuestión, que proporcionaron un contexto para la labor realizada. La diversidad de los contextos en estos 18 países aseguró que cada país abordara la equidad en salud de manera diferente. Aunque la existencia de un contexto favorable para planificar e implementar políticas y programas fue útil, las iniciativas para solucionar las inequidades en salud a través de una acción intersectorial tuvo cierto grado de éxito inclusive en entornos inestables y menos inclinados a apoyar esta clase de labor: Aunque los factores contextuales a menudo actúan como obstáculos, también pueden estimular el surgimiento de nuevas e innovadoras oportunidades.

Estos 18 estudios de casos han contribuido a dar algunas pistas sobre la mejor manera de abordar la tarea de planificar la acción intersectorial, aunque todavía quedan pendientes de respuesta muchas interrogantes importantes. Aunque la necesidad de la acción intersectorial no es nueva, continuar intercambiando experiencias será vital para mejorar la amplitud y profundidad de nuestro conocimiento en materia de enfoques intersectoriales.



9 BIBLIOGRAFÍA

Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., y Francis, V. (Junio de 2007). *Challenging Inequity Through Health Systems. Final Report, Knowledge Network on Health Systems*. Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en línea (en inglés) en: http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/

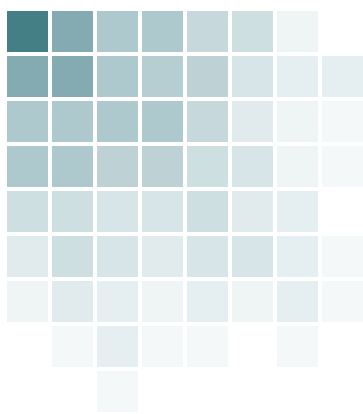
Kingdon, J. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policy*. Nueva York: Ed. Harper Collins.

Agencia de Salud Pública de Canadá (2007) *Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health*. Elaborado por la Agencia de Salud Pública de Canadá, en cooperación con la Red de Conocimientos sobre Sistemas de Salud de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud y con la red regional de equidad en salud en África Oriental y del Sur (*Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa*, o EQUINET por su sigla en inglés). Disponible en línea (en inglés) en: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html.

Agencia de Salud Pública de Canadá y Organización Mundial de la Salud (2007). **Crossing Sectors: Dialogue on Intersectoral Action**. Vancouver; Canadá, encuentro celebrado el 10 al 11 de junio de 2007. Informe sobre el diálogo. Disponible en línea (en inglés) en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/meetings/2007/geneva/final_dialogue_report.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2007). *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes*. Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud - Informe provisional. Disponible en línea (en inglés) en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_eng.pdf.

Organización Mundial de la Salud (1997). *Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century*. Informe ante la Conferencia Internacional celebrada del 20 al 23 de abril de 1997 en Halifax, Provincia de Nueva Escocia, Canadá.



ANEXO A: INSTRUCCIONES ELABORADAS POR LA OMS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE CASOS POR PAÍS EN MATERIA DE ACCIÓN INTERSECTORIAL PARA LA SALUD

I INTRODUCCIÓN

El vínculo entre determinantes sociales de la salud y acción intersectorial deriva de trabajos previos realizados por la Conferencia de Alma Ata, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud y las Cartas de Bangkok. En fecha reciente, la acción intersectorial ha sido destacada como una estrategia clave en el marco conceptual¹ de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. La Secretaría de la Comisión establece la necesidad de: identificar ejemplos exitosos de acción intersectorial dirigida a mejorar la salud y la equidad en salud en jurisdicciones con diferentes niveles de recursos y capacidad administrativa; y describir en detalle los mecanismos políticos y administrativos que facilitaron que programas intersectoriales eficaces pudieran funcionar de manera sostenible.

Para el presente estudio, la acción intersectorial para la salud se define de la siguiente manera:

“una relación reconocida entre una o varias partes de diversos sectores para intervenir en cuestiones dirigidas a mejorar la salud y la equidad en salud”

Los estudios de casos de acción intersectorial deberán examinar las experiencias acumuladas por los países en la implementación de acciones intersectoriales que forman parte de un conjunto de estrategias para mejorar la equidad en salud. Para facilitar la descripción y análisis de las experiencias de acción intersectorial, se elaboraron una serie de preguntas basadas en el aprendizaje acumulado hasta la fecha por la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud y una reciente síntesis de experiencias de acción intersectorial, documentadas en países y regiones, realizada por la Agencia de Salud Pública de Canadá y la Red de Conocimientos sobre Sistemas de Salud² para informar sobre la labor realizada por la Comisión.

Estos estudios de casos fueron diseñados para examinar cuestiones relacionadas con la acción intersectorial: el contexto de la acción, los enfoques adoptados y su impacto sobre la salud y sobre la equidad en salud. Se prevé que cada estudio de caso de políticas tendrá una longitud de aproximadamente 25 páginas.

El estudio de caso deberá ser redactado en estilo narrativo, dando cuenta de lo que sucedió. De especial utilidad son las descripciones específicas detalladas de aquellos “momentos que crearon oportunidades” porque impulsaron la iniciativa. Por ejemplo: cuando con un tema de conversación o público específico se obtuvo una respuesta entusiasta, o cuando los acontecimientos abrieron nuevas oportunidades. Aunque los estudios de casos deben estar respaldados por pruebas, no se trata de presentar “argumentos” para “persuadir”, sino de describir la metodología y el proceso, al igual que la descripción o “guión” de lo ocurrido.

II OBJETIVO DEL TRABAJO PROPUESTO

El objetivo del trabajo es identificar mecanismos y modelos específicos que se utilizan para implantar y elaborar políticas integradas de salud – especialmente para acciones intersectoriales dirigidas a la salud – en una variedad de contextos nacionales y con el fin de evaluar el grado de eficacia de dichos mecanismos y modelos para contribuir a la salud y a la equidad en salud en los diversos contextos nacionales.

1 Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2006. *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health: Discussion paper for the Commission on SDH*. Versión preliminar (diciembre de 2006).

2 Agencia de Salud Pública de Canadá y Red de Conocimientos sobre Sistemas de Salud. *Intersectoral Action for Health: A synthesis of country and regional experiences*. Versión preliminar (31 de enero de 2007)



III PRINCIPALES CUESTIONES DE ESTUDIO

El objetivo del presente proyecto es avanzar en las cuestiones generales descritas a continuación, a través de la realización de estudios de casos individuales que abordarán una serie de contextos nacionales, temas y enfoques de acción intersectorial:

- ¿Cuáles son algunos de los mecanismos específicos que se aplican a políticas y programas para impulsar la acción intersectorial dirigida a mejorar la salud y la equidad en salud?
- En esos diversos modelos, ¿qué función o funciones suele asumir el sistema o sector de salud?
- ¿Cuáles son los elementos estructurales comunes de los diversos modelos aplicados?
- ¿Cuáles son los puntos fuertes, los puntos débiles, los peligros (obstáculos para implementar y mantener la iniciativa) y las oportunidades (factores facilitadores) de los diversos modelos?



IV ESTRUCTURA DETALLADA DE ACCIÓN INTERSECTORIAL PARA ESTUDIOS DE CASOS DE SALUD

INFORMACIÓN SOBRE EL TÍTULO Y EL AUTOR

- A. Título del estudio de caso
- B. Nombres de los autores, títulos, afiliación institucional, números de teléfono y de fax, dirección postal y dirección de correo electrónico

RESUMEN (500 palabras)

TEMA Y(O) ÁMBITO DE APLICACIÓN

Breve descripción del tema y óptica del estudio de caso, incluyendo el periodo de tiempo que cubre el estudio de caso.

METODOLOGÍA

- Estructura general del estudio o evaluación
- Instrumentos y fuentes de información
- Descripción detallada de la metodología utilizada para la recopilación de información

RESULTADOS

A) CONTEXTO

A.1. ¿Cuáles fueron los factores contextuales en juego?

- a. Proporcionar **información** básica sobre el país, región y(o) comunidad en cuestión.
- b. Identificar las **principales características del contexto de políticas** (véase: Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005, págs. 18 a 19), incluyendo cada uno de los elementos indicados a continuación.
 - Tipo de liderazgo político en niveles clave de gobierno.
 - Sistemas y procesos políticos (por ejemplo, estructura y procesos gubernamentales).
 - Política macroeconómica.
 - Políticas con incidencia en el sector laboral y la distribución de tierras y viviendas.
 - Políticas en materia de educación, bienestar social, atención médica, agua y salubridad.
 - Valor social atribuido a la salud.
 - Iniciativas previas que se enfocaron en determinantes sociales de la salud, trabajo intersectorial y (o) proyectos para reducir las inequidades en salud; impacto de la mundialización en el país.
 - ¿Cuáles de esos factores fueron los más importantes, o cómo repercutieron sobre los trabajos y de qué manera?

A.2. ¿Cuál fue la índole del problema de política pública que la acción intersectorial buscó solucionar? ¿Cómo se formuló el problema y qué trayecto siguió esta deliberación? Por ejemplo, la deliberación giró en torno al tema de:

- Equidad en salud
- Educación
- Medio ambiente
- Transporte
- Desarrollo económico
- Desarrollo comunitario
- Enfermedades
- Factores de riesgo
- Seguridad pública
- Exclusión de pueblos indígenas o género
- Poblaciones específicas tales como niños, jóvenes, personas de la tercera edad

A.3. ¿Cuáles fueron los **orígenes de la política o programa**?

- a. Describir los elementos que impulsaron la intervención, por ejemplo:
 - Grupos de presión y presión política
 - Condiciones económicas
 - Información negativa o nueva información (por ejemplo, datos de informes de comisiones o grupos de trabajo)
 - Fuerza de determinada tradición política o cambio en las relaciones de poder (por ejemplo, cambio de gobierno)
 - Modificaciones en políticas, acuerdos o instituciones regionales o internacionales
 - Otros
- b. Utilización concreta y divulgación de datos o información sobre equidad o determinantes sociales (por ejemplo, cuáles fueron la fuente y contenido de la prueba, cómo fueron presentados; cómo fueron diseminados: amplia divulgación pública a través de los medios de comunicación, divulgación dirigida a públicos seleccionados o a intermediarios de influencias, entre otros).
- c. ¿En qué concentró el debate público? ¿Cuáles fueron los catalizadores del debate público? ¿Cómo respondieron al debate público el gobierno, las ONG, las empresas y las comunidades? ¿Cuáles fueron los puntos de conflicto y las oportunidades que se vieron en ese debate?
- d. ¿Qué proceso se adoptó para la formulación o modificación de políticas? ¿Qué pruebas de base se utilizaron? ¿Cómo se anunció la política? ¿Se anunció en algún momento predeterminado?
- e. La política seleccionada ¿respondió a una clara necesidad social o serie de prioridades ampliamente aceptadas? Por favor incluya sus comentarios.

A.4. ¿Cuáles **objetivos de políticas o programas** fueron establecidos? Hubo alguna meta **explícita** o **implícita** de reducir las inequidades en salud? Favor de proporcionar pruebas que apoyen su evaluación.

B) ENFOQUES

- B.1.** ¿Cuál fue la **índole de la acción intersectorial**, programa o política (favor de tomar nota de que esta pregunta está centrada en la respuesta al problema identificado en la pregunta A2)? Por ejemplo:
 - Basada en un lugar o contexto; concentrada en un lugar o comunidad geográfica específica, como por ejemplo escuelas y lugares de trabajo.
 - Enfocada en una población, enfermedad o factor de riesgo
 - Incremental (enfoque por etapas o fases)
 - Marco de políticas general
 - Otros

¿Qué otras estrategias y(o) enfoques se incluyeron en el abanico de políticas para solucionar el problema en cuestión?
- B.2.** ¿Cuál de las siguientes descripciones corresponden a los puntos de entrada de las políticas (favor de describir)?
 - Dirigidos a reducir la estratificación social o a mitigar los efectos de la estratificación.
 - Dirigidos a reducir la exposición de las personas desaventajadas a factores nocivos para la salud.
 - Dirigidos a reducir las vulnerabilidades de los grupos desfavorecidos.
 - Dirigidos a reducir las consecuencias desiguales de la enfermedad en términos sociales, económicos y de salud.
- B.3.** ¿Cuáles **mecanismos y herramientas** se utilizaron para apoyar la acción intersectorial?
 - a. Describa las **relaciones horizontales** (por ejemplo, cuáles sectores participaron a nivel nacional y local, público y privado), cuáles otros sectores públicos también tomaron parte y cuáles **relaciones verticales** (es decir, cuáles niveles de gobierno: nacional, regional, distrital o comunitario, otro). Para cada relación horizontal y vertical identificada, describir lo siguiente, cuando corresponda:
 - 1) Información (por ejemplo, investigación, transferencia de conocimientos, resultados de la evaluación, comunicaciones)
 - 2) Arreglos o mecanismos institucionales (por ejemplo, plataformas especiales creadas o utilizadas para la iniciativa, tales como una comisión nacional, un grupo de trabajo instaurado por el presidente, etc.)
 - 3) Mecanismos de financiamiento, tales como fuente de financiamiento, estructura de presupuestación, etc.
 - 4) Leyes y reglamentos
 - 5) Marcos contables o mecanismos de control
 - 6) Planificación y establecimiento de prioridades

- b. Desarrollo del personal, incluyendo el conjunto de conocimientos técnicos y la capacitación necesarios. ¿Se contrató personal con conocimientos técnicos, se lo invitó al proceso o se debió haberlo invitado? (por ejemplo, a personal con experiencia de trabajo intersectorial, etc.). ¿Ayudó ese mecanismo a superar obstáculos? Favor de describir:

B. 4. Describa los **elementos estructurales** de la acción intersectorial, programa o políticas.

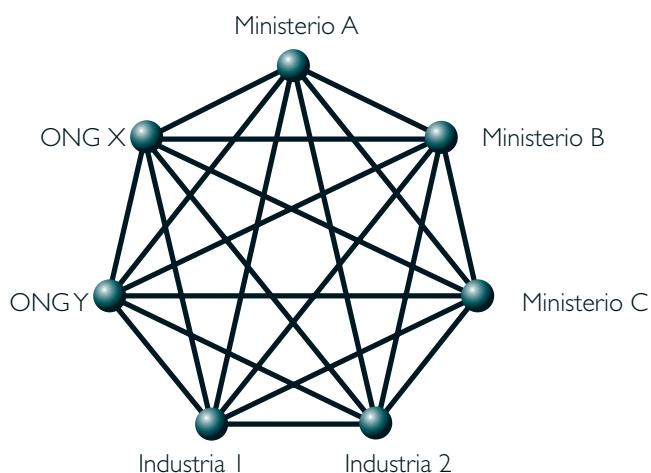
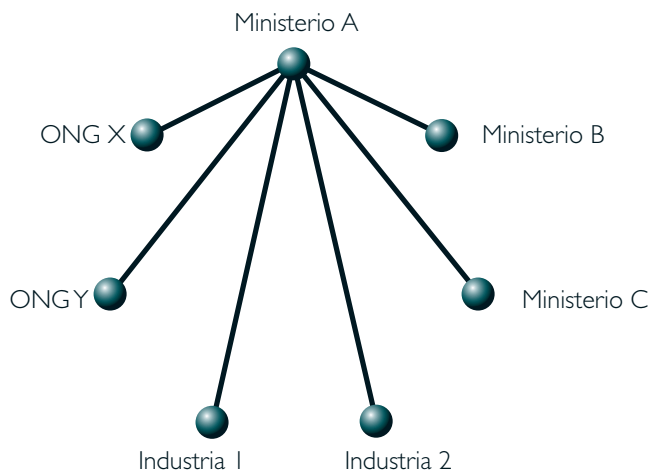
- a. ¿Quiénes fueron los principales **actores** responsables de influir en la decisión de políticas, su implementación y evaluación; por ejemplo (favor de indicar en detalle sus títulos y cargos):
- Gobierno: políticos, burócratas, personal del sector de la salud, personal de otros sectores, personal de la agencia central
 - No gubernamentales: organizaciones de la sociedad civil, representantes del sector privado y de entidades filantrópicas, organizaciones profesionales
 - Medios de comunicación
 - Otros
- b. ¿Qué **funciones desempeñó cada uno de esos actores** en las fases de elaboración, implementación y evaluación de las políticas o programas? Responder a cada una de las cuestiones indicadas a continuación:
- 1) ¿Quiénes fueron los principales actores que ejercieron presión a favor o en contra de la implementación de la acción intersectorial? Favor de describir sus acciones.
 - 2) ¿Quién fue responsable de la implementación? ¿Cómo se llevó a cabo esto?
 - 3) ¿Quién fue responsable de supervisar y evaluar la acción intersectorial? ¿Cómo se llevó a cabo esto?
 - 4) ¿De qué manera participó cada uno de los actores?
 - ¿Qué interés tenían en la iniciativa y en el éxito de la misma?
 - ¿Qué expectativas tenían respecto al proceso o los resultados previstos?
 - ¿Tuvieron alguna influencia las alianzas previamente establecidas entre los actores?
- c. ¿Hubo **mecanismos participatorios que emergieron** de la sociedad civil y del gobierno para la elaboración de la acción y los programas intersectoriales? En caso afirmativo:
- 1) Describir el mecanismo
 - 2) ¿Quiénes participan y cuáles son sus incentivos o motivaciones?
 - 3) ¿Hubo un fuerte proceso participativo? En

caso afirmativo, ¿de qué maneras y cuál fue su repercusión?

- 4) De qué tipo fue la participación de la sociedad civil:
- **Informativa.**- Proporcionar al público información equilibrada y objetiva para ayudarle a comprender el problema, las alternativas, las oportunidades y(o) soluciones.
 - **Consultiva.**- Obtener del público comentarios y sugerencias sobre los análisis, alternativas y(o) decisiones.
 - **Participativa.**- Trabajar directamente con el público a lo largo de todo el proceso para asegurar que las inquietudes y aspiraciones públicas sean comprendidas y tomadas en cuenta en todo momento.
 - **Colaborativa.**- Aliarse con el público en cada aspecto de la toma de decisiones, incluyendo la elaboración de alternativas y la selección de la solución adoptada.
 - **Empoderativa.**- Poner la toma de decisiones definitivas en manos del público.
- d. En términos de liderazgo, coordinación, establecimiento de prioridades y demás, ¿qué **papel desempeñó el sector o sistema de salud** en la acción intersectorial?
- e. Para la acción o política programática abordada, elija el descriptor que mejor corresponda al **grado de integración** y explique su selección:
- **Cooperación** (por ejemplo intercambiando información, consultando a terceros o evitando divergencias de políticas y buscando el consenso).
 - **Coordinación** (por ejemplo, definiendo límites comunes estableciendo parámetros para las actividades sectoriales o estableciendo prioridades establecidas de común acuerdo o jurídicamente vinculantes).
 - **Integración** (por ejemplo, estableciendo una estrategia intersectorial general, tal como una política integral de agricultura y nutrición que se aplica a ambos sectores).
- f. En relación con la pregunta anterior; las acciones, programas o políticas, ¿están dirigidas a una **cooperación, coordinación o integración horizontal** (es decir, entre ministerios o sectores) o bien a una **cooperación, coordinación o integración vertical** (es decir, a mejorar la integración al interior de un ministerio o sector)?

- g. ¿Cuál fue el **modelo de relación** (según la descripción más adelante)? Favor de proporcionar 2 diagramas utilizando los ejemplos de modelos mostrados abajo.
- El primer diagrama debe representar a los actores y a las relaciones formales (oficiales) que existieron entre ellos en el contexto de la acción intersectorial.
 - El segundo diagrama debe representar a los actores y a las relaciones informales que existieron entre ellos.

Por ejemplo: un sector pudo haber sido el principal coordinador de las actividades, con el supuesto de que los demás sectores irían a contribuir en lo que pudieran (ejemplo A en los modelos incluidos abajo), o bien la relación pudo haber sido más bien una red en la cual todos trabajaron por lograr un determinado objetivo (ejemplo B en los modelos incluidos abajo), o bien se siguió otro modelo. Identificar en el diagrama a los diversos actores, incluyendo al sector de la salud.



- h. Indicar si hubo **mecanismos de presupuestación y financiamiento** que promovieron la acción intersectorial, tales como fondos comunes de financiamiento. En caso afirmativo:
- 1) ¿Cuáles fueron esos mecanismos de financiamiento? Es decir, la distribución del financiamiento ¿fue realizada por el gobierno nacional o por las autoridades locales o municipales?
 - 2) ¿Qué sector o entidad propuso el mecanismo?
 - 3) ¿Cómo se implantó el mecanismo?
 - 4) ¿Cómo se accede al mecanismo? ¿Qué incentivos existen para utilizarlo?
 - 5) ¿Qué sectores han aprovechado o no han aprovechado ese mecanismo, y por qué?
 - 6) ¿Qué influencia tuvo ese mecanismo sobre los comportamientos de la planificación y de los sectores?
 - 7) ¿Qué opinaron los sectores sobre la utilidad de dicho mecanismo?
- i. ¿Existieron plataformas creadas para apoyar la acción intersectorial pero que no fueron utilizadas o que no fueron plenamente utilizadas? En caso afirmativo, favor de describir la plataforma y explicar por qué no fue utilizada eficazmente.

C) IMPACTO

C.1. ¿Cuáles fueron los **resultados** obtenidos?

- a. **Resultados en materia de políticas**
- 1) ¿Hasta qué grado se lograron los objetivos en materia de políticas?
 - 2) ¿Cuál ha sido el impacto sobre la equidad en salud?
 - 3) ¿Existen indicadores para evaluar los resultados obtenidos?
 - 4) ¿Se hizo alguna medición de la eficacia de la acción intersectorial? En caso afirmativo, ¿cómo se midió?
 - 5) Si los objetivos no fueron logrados, ¿hay optimismo (o pesimismo) de que los objetivos en materia de políticas se podrán lograr en un futuro próximo? ¿Cuáles son las bases para ese optimismo o pesimismo?
 - 6) ¿Hasta qué punto se puede determinar o predecir el impacto a corto o largo plazo de esta política sobre la equidad en salud?

- b. Resultados del proceso e impactos institucionales
- 1) ¿Cómo respondieron los actores al proceso y a los resultados obtenidos, dadas sus expectativas?
 - 2) ¿Cómo cambió la perspectiva del sector de la salud o de otros sectores?
 - 3) Esta iniciativa ¿hizo que los problemas de salud en cuestión se hicieran más relevantes en ojos de la opinión pública, otros sectores o el gobierno? ¿Qué pruebas apoyan esa afirmación?
 - 4) La iniciativa, ¿impulsó cambios adicionales en estructuras, instituciones, patrones generales de recursos y opinión pública o fue punto de partida para la elaboración de políticas adicionales?
 - 5) ¿Se pidió al personal participante y a los actores principales que informaran sobre su experiencia para poder transmitir esa experiencia a otros?

- C.2.** ¿Cuáles fueron las **lecciones aprendidas** (experiencia acumulada)? Esas lecciones o experiencias, ¿pueden generalizarse o más bien fueron específicas para un contexto determinado? Por ejemplo, el examen de este aspecto puede girar en torno a las interrogantes siguientes:
- Los datos y pruebas sobre los determinantes sociales de la salud, ¿qué importancia tienen para estimular la intervención?
 - ¿Cuáles elementos de políticas y estrategia es importante desarrollar desde el inicio, y por qué?
 - ¿Cuáles cuestiones conviene más abordar a medida que se desarrolla el proceso y emergen nuevos participantes, y por qué?
 - ¿Cuál sería el momento más oportuno para atraer la participación de varios participantes claves?
 - ¿Cuáles estructuras, mecanismos, plataformas e incentivos funcionan mejor o peor, y por qué?
 - ¿Cómo se hubiera podido mejorar la implementación?
 - ¿Cómo se pueden superar ciertos obstáculos, por ejemplo de financiamiento y presupuestos, de personal y conjunto de conocimientos especializados que son necesarios, etc.? Por ejemplo ¿qué tipos de argumentos convencieron o dejaron indiferentes a los ministros de Finanzas o de otros sectores en lo tocante al financiamiento y a cuestiones de presupuestación? La iniciativa ¿reorientó presupuestos?
 - ¿Cómo se puede gestionar de manera óptima las expectativas?
 - Esta iniciativa, ¿ha modificado la “forma usual de operar”?
 - Otros

- C.3.** En su opinión, ¿cuándo y cómo se podría **aplicar a otros contextos de políticas** el enfoque, los mecanismos y las herramientas antedichos? (Es posible que deba remitirse a los factores contextuales descritos en el apartado A).

D. PERCEPCIONES ADICIONALES

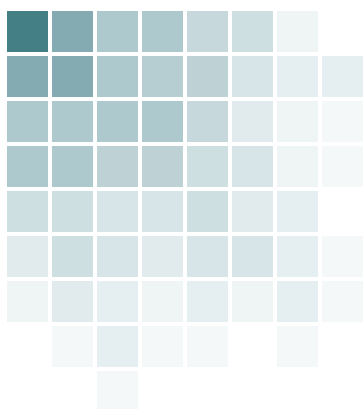
Aparte de las preguntas anteriores, se invita a los autores a responder a varias cuestiones que rara vez son abordadas en las obras especializadas pero que sería muy útil conocer para ganar experiencia. Esas cuestiones son:

- 1) ¿Cuáles fueron los argumentos menos o más persuasivos para justificar la necesidad de emprender la acción intersectorial?
- 2) ¿Qué peso tuvieron sobre el proceso y el éxito de la iniciativa las conversaciones extra oficiales y los valores y(o) compromisos personales de los individuos?
- 3) ¿Cuál fue el suceso crítico que provocó la instauración de una política?
- 4) ¿Cómo se procedió para mantener el compromiso en el largo plazo?
- 5) ¿Cuáles palancas de políticas fueron las más eficaces, eficientes y equitativas para impulsar la equidad en salud?
- 6) ¿Qué puede hacer el sector de la salud para fortalecer su capacidad de acción intersectorial?

Los autores podrán encontrar descripciones de los elementos clave de estas cuestiones en el documento titulado “*Intersectoral action for health: Synthesis of country and regional experiences*” (acción intersectorial para la salud: síntesis por país y experiencias regionales).

FUENTES

Incluya las citas en el texto y, al final del estudio de caso, una lista de referencias (incluyendo enlaces a los sitios web que correspondan) para los principales documentos relacionados con el caso (documentos de políticas, resultados de evaluaciones).



ANEXO B: BREVES SÍNTESIS DE LOS ESTUDIOS DE CASOS

1. AUSTRALIA

De Carvalho, D. (junio de 2007). *Acción intersectorial para reducir la inhalación de solventes en comunidades remotas de Australia central.*

Á raíz de una amplia difusión en los medios de comunicación y un vigoroso llamado de la opinión pública local a intervenir en el caso de jóvenes indígenas que inhalaban solventes, se elaboró e implementó una acción intersectorial que incluyó la reducción de lesiones, el tratamiento y la acción sobre los determinantes sociales relativos a la educación y empleo de jóvenes aborígenes. Esta iniciativa fue lanzada a pesar de la falta de compromiso por parte del gobierno nacional de reducir las inequidades en salud, pero la índole intersectorial de la iniciativa fue apoyada por el marco “aplicado a todo el gobierno” y de amplio alcance que apoyó las respuestas intersectoriales como base para la formular políticas públicas. Se establecieron órganos intersectoriales en el plano municipal, regional y nacional para apoyar la iniciativa y se lograron aumentos sustanciales en los recursos asignados a cada sector. El programa representó un enfoque integral y multimodal, que incluyó la reducción de lesiones (producción de combustibles no inhalables), la organización de actividades alternativas para la juventud, la rehabilitación y la educación pública. La comunidad indígena aportó un sólido liderazgo y se puso énfasis en el aumento de las capacidades comunitarias. Las evaluaciones cualitativas fueron positivas, aunque estuvieron limitadas por la falta de datos iniciales de comparación para supervisar los avances logrados. No todos los componentes del programa habían sido ejecutados en el momento del estudio de caso debido a que se necesitaba más tiempo para determinar cuál era el enfoque o modelo más adecuado para ciertas intervenciones específicas. La causa de la incertidumbre fue la falta de sólidas pruebas sobre la eficacia de las potenciales intervenciones.

2. BÉLGICA

De Maeseneer, J., De Roo, L., Art, B., Willems, S. y Van de Geuchte, I. (2007). *La acción intersectorial para la salud como aporte de los diversos niveles gubernamentales a la equidad.*

La acción intersectorial para la salud y la equidad en salud se desarrolló gradualmente en Bélgica a través de un enfoque de avance por incrementos y sin la guía de un marco general de políticas integrales. En el plano nacional, las estrategias se concentraron en mejorar el acceso universal a los servicios de atención a la salud. En el plano regional, la política social local hace que los interesados directos provenientes de los sectores de educación, salud, empleo, medio ambiente y seguridad social trabajen juntos en la identificación y solución de cuestiones específicas de equidad en salud en ciudades y pueblos. En el plano de los vecindarios, se implantó un enfoque partido de la comunidad en virtud del cual se realizan reuniones de representantes para recopilar información, hacer un “diagnóstico de la comunidad”, planificar intervenciones (acciones) y supervisar los resultados logrados. Las instalaciones de atención primaria de la salud desempeñan una función importante a través de una estrategia de atención primaria de la salud orientada a la comunidad. Aunque se ha observado que las políticas y plataformas sociales locales han facilitado la acción intersectorial en el plano regional y municipal, actualmente no se dispone de datos para demostrar los resultados obtenidos a la fecha por estas iniciativas.

3. BRASIL

Dall'Agnol Modesto, A. A., Costa, A. y Bahia, L. (2007). *Salud y determinantes sociales de la salud en Brasil: estudio sobre la influencia de la participación pública en la formulación del concepto ampliado de salud y de prácticas liberadoras.*

La Constitución de Brasil de 1988 incluyó una definición de salud que aseguró el derecho universal a la salud basado en dos conceptos fundamentales: (1) un concepto ampliado de la salud, que soluciona la interpretación restrictiva de salud como sinónimo de ausencia de enfermedad y que define a la salud como fundamental en los derechos del ciudadano; y (2) la participación pública, institucionalizada en consejos y conferencias públicas, junto con el fomento de un diálogo entre los gestores de los

servicios y sistemas de salud por una parte y los parlamentarios, los miembros del poder judicial y los representantes de la sociedad civil por otra. A lo largo de los 16 años de existencia del Sistema Único de Salud (*Sistema Único de Saúde*, o SUS por sus siglas en portugués), los consejos y conferencias de salud se han convertido en foros de mediación, participación e intervención para diversos intereses y diferentes valores. Actualmente, el campo de la salud ha inspirado la organización de foros de participación pública para la elaboración de políticas en otros sectores públicos en Brasil, demostrando plenamente lo acertado de la decisión de incluir controles sociales en los principios del SUS. La capacidad de traducir el principio de participación pública en foros representativos y flexibles que incluyen a una variedad de intereses, enfoques de salud y enfermedad, al igual que alternativas para la formulación de políticas, constituye un gran avance en la adquisición del derecho a la salud en Brasil.

4. CANADÁ

Chomik, T.A. (mayo de 2007). *Resumen de las experiencias acumuladas por Canadá en materia de acción intersectorial dirigida a los determinantes sociales de la salud.*

El informe canadiense describe 8 estudios de casos separados de actividad intersectorial para la salud. Los casos estudiados fueron: la iniciativa de violencia doméstica; la Iniciativa de Colaboración en Acción Comunitaria adscrita a la Iniciativa Nacional para las Personas sin Hogar en Canadá; los acuerdos de autogobierno aborígenes; los análisis de género; los servicios de salud infantil de la provincia de Manitoba; la ley de salud pública de la provincia de Quebec; el foro de integración de servicios humanos de la provincia de Saskatchewan; y el Acuerdo de Vancouver. Entre los factores que motivaron o facilitaron la acción intersectorial estuvieron la naturaleza y complejidad de la cuestión, un antecedente de trabajo intersectorial previo, la voluntad política, el apoyo de las agencias centrales, las expectativas de una mayor eficiencia y efectividad de los servicios y una base establecida de información y conocimientos. Los factores que fueron obstáculos para la acción intersectorial fueron la limitación de modelos para organizar la acción, los problemas de recursos (por ejemplo, insuficiencia de tiempo, personal y fondos), la multitud de mandatos, la falta de liderazgo, los cambios en el gobierno y una denegación pública del problema social.

5. CHILE

Frenz, P. (agosto de 2007). *Prácticas innovadoras de acción intersectorial para la salud: Estudio de caso de cuatro programas de equidad social.*

El estudio de caso chileno examina cuatro programas, cuyos ambiciosos objetivos de bienestar social exigieron la acción conjunta de los sectores gubernamentales y de las redes nacionales, regionales y locales de intervención social. En estas iniciativas, la base de la acción intersectorial fue el reconocimiento de que las dispersas iniciativas de los diferentes sectores no estaban llegando a las familias y comunidades, logrando poca repercusión sobre los objetivos de equidad social. Una de las recomendaciones que fue adoptada por todos los grupos de trabajo fue la importancia de la familia como punto central de intervención. Algunas de las percepciones extraídas de la experiencia chilena son: (1) el crecimiento económico no es suficiente para solucionar los problemas de exclusión social y pobreza; (2) los problemas abordados por los cuatro programas se convirtieron en prioridades para la agenda de trabajo del gobierno y la agenda presidencial a raíz de un debate público y político; (3) la definición del problema evolucionó, pasando de buscar una reducción de la pobreza a una búsqueda de equidad social y de enfoques de políticas ampliadas, de reducir las brechas a solucionar el gradiente social, reflejando con ello una comprensión evolucionada de la pobreza y de la inequidad social, sus causas y soluciones; (4) las ventajas de la acción intersectorial que provienen de los resultados compartidos y no simplemente de objetivos comunes; (5) las maneras de hacer las cosas determinan lo que se hace.

6. COLOMBIA

Balladelli, P.P., Guzmán, J. M., Korc, M., Moreno, P. y Rivera, G. (2007). *Equidad en salud y minorías étnicas en situaciones de emergencia: experimentos de acción intersectorial en Colombia aplicando un enfoque diferencial a las comunidades étnicas.*

En Colombia, la repercusión que tiene el creciente conflicto armado entre el Estado y la guerrilla sobre la salud de ciertas comunidades étnicas vulnerables y expuestas a dicho conflicto condujo a un debate público sobre la necesidad de mejorar las condiciones de vida de esas comunidades. Con ese fin, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud organizaron programas y proyectos intersectoriales a diversos niveles de gobierno en el país. La agenda de cooperación interinstitucional y el plan de acción intersectorial para el desarrollo de una estrategia de entornos favorables para la salud ahora ya están integrados a las políticas públicas nacionales. El mencionado plan vincula a organismos internacionales con organizaciones gubernamentales nacionales y establece una relación formal entre las

autoridades regionales y locales, los ministerios de gobierno y los representantes de la comunidad. En el plano regional, los duros enfrentamientos entre las fuerzas gubernamentales y la guerrilla en dos municipios llevaron a una evaluación y fortalecimiento del sistema comunitario de prevención y de servicios de emergencia para los habitantes locales, especialmente de servicios de atención médica.

7. CUBA

Serrate, P. C-F., Lausanne, R. C., Jean-Claude, M. M., Espinosa, C. S. y González, T. C. (2007): *Estudio de prácticas intersectoriales de salud en Cuba: informe a la Organización Panamericana de la Salud, Fase I*; y Serrate, P. C-F., Lauzan, O. C., Jean-Claude, M. M., Espinosa, C. S., Hadda, J. H. y González, T. C. (octubre de 2007): *Estudio sobre la práctica de acción intersectorial para la salud en Cuba. Documento complementario al informe presentado a la Organización Panamericana de la Salud*.

El desarrollo del sistema cubano de salud pública ha pasado por tres fases, con un creciente énfasis en la colaboración intersectorial. La concentración en la medicina curativa y la extensión de la cobertura que imperó en la década de 1960 fue reemplazada por un mayor énfasis en la prevención, la regulación y los grupos de riesgo en las décadas de 1970 y 1980, con una creciente utilización de comisiones de planificación intersectorial y la creación de policlínicas que proporcionaron enfoques holísticos de tratamiento. En la década de 1990, el enfoque se amplió para incluir la salud familiar y comunitaria, con un mayor énfasis en la acción intersectorial a través de la creación de consejos de salud locales y de la consagración de la acción intersectorial como uno de los principios centrales del suministro de servicios de salud pública. Programas de capacitación fueron desarrollados e implementados para fortalecer las capacidades técnicas de colaboración intersectorial de los profesionales de la salud pública y los encargados de la toma de decisiones. Un equipo de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) ha realizado una evaluación sistemática de las actividades intersectoriales, utilizando un cuestionario y metodología normalizados que abordaron una serie de dimensiones claves de la acción intersectorial, tales como el nivel de conocimientos en materia de acción intersectorial que tenían los participantes en el sector de la salud y en otros sectores, al igual que la inclusión de la acción intersectorial en los objetivos estratégicos de los municipios y de los consejos de salud municipales.

8. ECUADOR

Vega, L. M. (agosto de 2007). *Prácticas intersectoriales innovadoras para la salud y la equidad: el caso de Cotacachi*.

En 1996, Cotacachi, un cantón en Ecuador, estableció un Consejo Intersectorial de Salud (CIS) por decisión de una asamblea popular. La función del CIS es ser un espacio para llegar a acuerdos sobre políticas, establecer objetivos comunes, en el cual los miembros anuncian sus presupuestos y los orientan al plan cantonal de salud. La capacidad de movilización del CIS se deriva de que como está presidido por el alcalde, este último está facultado para movilizar los recursos municipales de logística. La acción intersectorial realizada en este marco ha resultado en cero defunciones maternas o infantiles en los últimos 3 años y una reducción de la tasa de analfabetismo de 23% a 3,8% (6.000 aprendieron a leer en 2 años y en 2005 la UNESCO declaró que el cantón estaba libre de analfabetismo). Las principales experiencias (lecciones) acumuladas durante este proceso fueron: 1) la voluntad política debe conducir a una genuina participación ciudadana y a la institucionalización del proceso participativo; 2) la organización y participación de los ciudadanos no surge de manera espontánea; es necesario fomentarla, guiarla y vincularla con el poder municipal donde se toman las verdaderas decisiones; y 3) ejercer liderazgo significa compartir el poder.

9. INGLATERRA

Earwicker, R. (octubre de 2007). *Experiencia de Inglaterra en la promoción de la colaboración intersectorial para solucionar las inequidades en salud*.

La elección de un gobierno laborista en 1997 comprometido con la promoción de la justicia y la equidad social fue un gran impulso para la toma de medidas contra las inequidades en salud. El gobierno estableció la comisión investigadora Acheson, que presentó sus resultados en 1998. En su informe presentó pruebas sobre una ampliación de la brecha de inequidades en salud entre diversos grupos sociales y destacó la necesidad de intervenir en un amplio frente de sectores de gobierno. Se estableció un objetivo nacional para disminuir la brecha en el índice de esperanza de vida (por área) y en el índice de mortalidad infantil (por clase social). Una estrategia nacional integral fue elaborada para apoyar esos objetivos (denominada *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*), que incluyó indicadores vinculados con el hábito de fumar, la calidad de la vivienda, las lesiones, la dieta, la inmunización y la reducción de la pobreza. Se determinó que la acción intersectorial era un requisito fundamental. El Tesoro asumió el liderazgo. Un total de 18 ministerios (departamentos) y dependencias de gobierno participaron en la elaboración de una estrategia. La participación local se facilitó con el desarrollo de diversas herramientas y mecanismos. La acción municipal o local se fomentó a través

de alianzas estratégicas locales. Las prioridades y mediciones de rendimiento fueron incorporadas formalmente a acuerdos de área locales. Como era de esperarse, el objetivo resultó ser difícil de alcanzar y la brecha continuó aumentando, al menos inicialmente. En fecha más reciente, hubo señales de que la brecha ha cesado de aumentar e incluso es posible que esté disminuyendo, por lo menos para el índice de mortalidad infantil. Se han logrado ciertos avances en cerrar la brecha en determinantes sociales más amplios, tales como pobreza infantil, calidad de la vivienda, nivel de educación alcanzado y número de niños fallecidos en accidentes camineros. Traducir los objetivos nacionales en acción por parte de los gobiernos locales ha sido difícil. Análisis recientes de los objetivos destacaron la necesidad de mejorar la ejecución de los gobiernos locales, observando que una falta de liderazgo local en ciertas áreas y de lagunas estadísticas limitaban la eficacia de la acción de los gobiernos locales.

10. EL SALVADOR

Ávalos, M. E. (agosto de 2007). *Experiencia intersectorial en el empoderamiento de las adolescentes*.

IPEAG, un programa para el empoderamiento de las adolescentes, fue creado por un grupo de agencias de las Naciones Unidas (PNUD, FNUAP, FAO, UNICEF y OPS) para promover la acción intersectorial en la respuesta a las necesidades de las adolescentes. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, que tenía experiencia en apoyar la participación social y la acción intersectorial, apoyó la iniciativa a través de una unidad integrada para la salud del adolescente. En una sociedad patriarcal como la salvadoreña, las mujeres jóvenes estaban marginadas y eran víctimas de una discriminación sistémica. Por lo anterior, el apoyo a las adolescentes se identificó como una importante cuestión de equidad en salud. Las estrategias de promoción de la salud se apoyaron por vías no convencionales, tales como un concurso de murales sobre el tema de los anticonceptivos. Las adolescentes fueron responsables de producir una serie de materiales pedagógicos y audiovisuales sobre salud sexual y reproductiva. En 13 comunidades seleccionadas se establecieron unidades especializadas de cuidados integrales para la salud de las adolescentes, con dotación de personal multidisciplinario y especializado en atención de adolescentes. Se crearon 11 empresas generadoras de ingresos, gestionadas por adolescentes mujeres. Aunque una falta de datos estadísticos limitó la evaluación sistemática del programa, existe amplia aceptación de que logró empoderar a las jóvenes en las comunidades afectadas. Aunque el programa fue de alcance nacional, el estudio de caso destacó la necesidad de lograr una participación intensiva y permanente del gobierno local.

11. INDIA

Durbar Mahila Samanwaya Committee Theory and Action for Health Research Team (2007). *Respuesta a las necesidades de la comunidad en materia de prevención del VIH y otros: acción intersectorial para la salud en la zona de comercio de sexo en Sonagachi, Kolkata*.

A principio de la década de 1990, el Instituto de Higiene y Salud Pública de la India (*All India Institute of Hygiene and Public Health*, o AIIPH) inició un programa convencional de tratamiento y prevención de enfermedades sexualmente transmisibles en una zona de comercio de sexo en el norte de Kolkata. El Proyecto Internacional contra el VIH/SIDA en Sonagachi (*Sonagachi HIV/AIDS International Project*, o SHIP) fue implementado a través de una alianza intersectorial de la OMS, AIIPH, el Consejo Británico, varios ministerios y diversas ONG locales. Las trabajadoras del sexo en la zona del proyecto eran pobres y estaban marginadas. El proyecto no tardó en ir más allá de las modalidades tradicionales de tratamiento y educación para enfocarse en el empoderamiento de las trabajadoras del sexo. Entre las intervenciones claves realizadas en los primeros 5 años del proyecto estuvieron los servicios de vacunación y atención médica para los niños de las trabajadoras del sexo, clases de alfabetización para las mujeres, activismo político y defensa de causas, mecanismos de microcrédito y programas culturales. Las trabajadoras del sexo crearon su propia organización de afiliadas, que denominaron *Durbar Mahila Samanwaya Committee* (DMSC), a través de la cual lograron negociar que se mejorara el trato que recibían de las regentas de las casas de prostitución, los dueños de propiedades en alquiler y las autoridades locales. En 1999, el DMSC asumió la gestión del SHIP y desde entonces se ha expandido hasta incluir 42 zonas de comercio de sexo repartidas por todo el oeste de Bengal. Cuenta con 2.000 trabajadoras del sexo afiliadas y ha establecido una cooperativa de crédito. El fuerte énfasis en la salud ocupacional y en dar más control a las trabajadoras sobre su cuerpo, condiciones de vida y de trabajo ha resultado en bajos índices de infección de VIH y enfermedades sexualmente transmisibles en Sonagachi en comparación con el resto del país.

12. IRÁN

Motevalian, S. A. (junio de 2007). *Acción intersectorial para la salud en Irán: experiencia de iniciativas basadas en la comunidad.*

En 1991, el concepto de Ciudad Sana fue implantado en Irán y luego expandido en 1996 con la creación del Consejo Nacional de Coordinación para el Proyecto de Ciudades Sanas (*National Coordination Council for Health Cities Project*, o NCCHCP). El Consejo incluyó a 9 ministerios y a los directivos de 4 organismos pertinentes. Se iniciaron una serie de iniciativas de Ciudad Sana y Pueblo Sano, enfocadas en el medio ambiente, el agua, la salubridad y los entornos saludables, aunque algunas iniciativas se concentraron en cuestiones tales como adicción, promoción de la salud, nutrición y prevención de lesiones. Los programas fueron iniciados y gestionados en estrecha colaboración con consejos locales y luego empezaron con una evaluación integral de las necesidades de la comunidad, basándose en encuestas a los hogares para guiar el establecimiento de las prioridades. Consejos intersectoriales operaron a nivel nacional, regional y local; y los coordinadores locales con frecuencia provinieron del sector de la salud. En 2006, se creó el Consejo de Salud Supremo, encabezado por el Presidente, para que impulsara la agenda de salud pública al interior de las iniciativas Ciudad Sana y Pueblo Sano. El proceso ha logrado una serie de resultados positivos en términos de infraestructura y de capital social. Se puso especial énfasis en capacitar a los participantes en acción intersectorial y desarrollo comunitario, aunque la necesidad continua de una mayor orientación hacia la acción intersectorial entre los jóvenes profesionales y administradores de la salud se identificó como una necesidad permanente. La falta de una base de financiamiento intersectorial para apoyar la acción intersectorial también se señaló como un problema. El caso de Irán utilizó un marco de evaluación especialmente sólido.

13. MALASIA

Jaafar, S. H. y Suhaili, M. R. H. (agosto de 2007). *Malasia: la atención primaria de la salud como elemento clave de la acción intersectorial para la salud y la equidad.*

Impulsadas por un sólido compromiso gubernamental de reducir las inequidades en la sociedad de Malasia, una serie de iniciativas fueron iniciadas en la década de 1970 en el marco del Nuevo Plan Económico. Un largo antecedente de gobierno estable y un continuo compromiso con la equidad proporcionaron a la nación una notable plataforma para la acción. El ímpetu para el Nuevo Plan Económico tuvo sus orígenes en graves disturbios públicos que tuvieron lugar en Kuala Lumpur en 1969 y creó un estado de emergencia de dos años. Un consejo intersectorial de ministros ha sido responsable de planificar e implementar los programas. A través de una serie de planes quinquenales, se iniciaron una serie de proyectos para

reducir la pobreza y que han logrado notables mejoras en el índice de alfabetización, la tasa de empleo (especialmente de las mujeres), la nutrición y la salubridad. Los índices generales de pobreza fueron reducidos y se ha establecido como objetivo la erradicación de la pobreza más aguda para 2010. Un enfoque correspondiente sobre el desarrollo de la atención primaria de la salud y los servicios preventivos en las áreas rurales fue implantado a lo largo de todo ese mismo periodo. El desarrollo del sistema de atención primaria de la salud incluyó un sólido sistema de participación pública e intersectorial local en el establecimiento de las prioridades en esa área y en la elaboración de medidas preventivas. Una notable reducción en los índices de mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades transmisibles y desnutrición infantil se logró durante ese periodo.

14. MARRUECOS

Naima, C. (septiembre de 2007). *El caso de la Provincia de Larache y de las comunas de Essouaken/Imir Tlek y Doukkala/Boussafi en la confluencia de la iniciativa nacional de desarrollo humano y del programa de necesidades básicas de desarrollo.*

El programa de necesidades básicas de desarrollo implantado en Marruecos es un experimento de acción intersectorial para promover la equidad en las áreas de salud y desarrollo local integral y modificar los determinantes sociales de la salud. Este programa fue instaurado con la ascensión al poder de un nuevo Rey y de un nuevo gobierno, con énfasis en incrementar la capacidad de respuesta a los problemas sociales y al cambio de prácticas, comportamientos y enfoques que subyacen en el sistema tradicional de gobernabilidad que ha imperado en Marruecos desde su independencia. El objetivo ha sido reemplazar el modelo vertical de gobernabilidad con un modelo que parta de una amplia base (desde el nivel central hasta el nivel regional y provincial) que haga hincapié en la buena gobernabilidad basada en una alianza entre el gobierno nacional y el gobierno local, entre el sector público y el sector privado, entre el Estado y la sociedad civil. El Ministerio de Salud Pública comparte algunas de esas funciones y es enteramente responsable de otras; todas esas funciones están inscritas en un marco de gobernabilidad que ha sido creado para funcionar de manera intersectorial. Otros sectores también participan, aunque no de manera fija. Más bien se los llama cuando son requeridos para responder a una prioridad establecida por la comunidad, dentro del contexto de un diagnóstico y plan de acción para la comunidad. Una falta de consenso sobre el liderazgo es un obstáculo que sigue frenando la implementación de esta iniciativa y su próximo avance.



15. NUEVA ZELANDIA

Matheson D., Rasanathan, K. y Tobias, M. (8 de agosto de 2007). *Inequidades en salud: injustas, mensurables y remediables? El caso de Nueva Zelanda.*

Impulsada por un sólido sistema público de valores basados en la igualdad, Nueva Zelanda ha incorporado un enfoque, que aplica a todo el gobierno, de reducir las inequidades en salud, especialmente en las maneras en que ocurren las inequidades de índole étnica y socioeconómica. Documentos clave de políticas divulgados en 2000 y 2002 han implantado un enfoque de concentración en la inequidad en salud en todos los niveles de trabajo en el sector de la salud y han servido como una plantilla (denominada "Reducing Inequalities in Health Framework") sobre la manera en que debe realizarse la acción orientada a reducir las inequidades en salud. Nueva Zelanda ha hecho una labor especialmente buena en términos de hacer un seguimiento continuo de las inequidades y de notificar sobre esas inequidades de la mejor manera para promover la intervención (acción). Esto se ha logrado mediante una serie de mecanismos, tales como un fuerte énfasis en el mantenimiento de registros étnicos en el sector de la salud, la comparación rutinaria de las estadísticas de censos con los registros de mortalidad y la utilización generalizada de una medida de privación en una pequeña área basada en el censo, denominada Índice de Privación de Nueva Zelanda. La utilización de estos enfoques ha impulsado el interés intersectorial en las inequidades, facilitado el debate en los círculos académicos y de formulación de políticas sobre las causas raíces de las inequidades y proporcionado a las instituciones de asistencia social pruebas concretas sobre las cuales pueden planificar programas y políticas para eliminar las inequidades en salud en sus respectivas áreas.



16. NORUEGA

Torgersen, T. P., Giaever, O. y Stigen, O. T. (agosto de 2007). *Desarrollo de una estrategia nacional intersectorial para reducir las inequidades sociales en salud: el caso de Noruega.*

En tan sólo unos años, el contexto de políticas de Noruega se ha convertido en un sistema de políticas integrales e intersectoriales orientadas a reducir las inequidades en salud. Las fases iniciales de la labor de Noruega se describieron en un plan de acción que recalzó el hecho de que las inequidades sociales en salud constituye un desafío de gradiente, lo cual implicó que: 1) hay una necesidad de estrategias para la población (no sólo para grupos de alto riesgo); y 2) las medidas deben estar dirigidas a la cadena causal en su totalidad, incluyendo los determinantes o estructurales sociales. Con

base en lo anterior, se elaboró una tabla de intervención que busca establecer una manera simple de determinar los puntos de entrada para las políticas. Estas herramientas, respaldadas por la voluntad política de un nuevo gobierno, fueron utilizadas para establecer prioridades, planes y políticas para la redistribución del ingreso, el sufragio de guarderías infantiles, la mejora de las condiciones laborales y de trabajo, la inclusión social y los servicios de salud.



17. SRI LANKA

Gunatilleke, G. (2007). *Acción intersectorial para la salud: estudio de caso de Sri Lanka.*

Entre 1950 y 1975, Sri Lanka pasó por un periodo de rápida transición en el área de la salud que permitió prolongar la esperanza de vida, reducir la tasa de mortalidad y controlar el índice de fertilidad. Las mejoras en salud ocurrieron de manera simultánea a las mejoras en otros sectores de bienestar social. Cada sector se lanzó simultáneamente a lograr sus objetivos para mejorar las condiciones de las cuales era responsable. Los procesos intersectoriales no condujeron a programas claramente formulados de acción intersectorial para la salud en los cuales los sectores fuera del sector de salud identificaran su contribución a la salud y conscientemente coordinaran sus actividades para lograr un resultado de salud deseado. Ese fracaso se atribuye a las estructuras existentes de toma de decisiones, a la falta de capacidad para identificar y alimentar los vínculos intersectoriales, al igual que a la cultura administrativa imperante. El caso de Sri Lanka muestra procesos que, en su mayor parte, actúan de manera independiente respecto a los demás pero que actúan simultáneamente para mejorar el bienestar como un todo del cual la salud es un componente integral. Estos procesos requirieron: (1) una estrategia de desarrollo social general; (2) un proceso político que logre un alto grado de consenso para esa estrategia; (3) en la medida de lo posible, dar igual peso y compromiso a cada indicador clave; y (4) una responsabilidad compartida por el programa al más alto nivel de gobierno.

18. UGANDA

Mutambi, R., Hasunira, R. y Oringa, V. (agosto de 2007). *Acción intersectorial para la salud en una situación de conflicto: estudio de caso del Distrito de Kitgum, Uganda del Norte.*

En una región de Uganda, el Distrito de Kitgum, un periodo de 20 años de guerras y violentos saqueos de ganado entre tribus han dejado a la mayoría de los habitantes del área viviendo en condiciones inhumanas en campamentos para personas internamente desplazadas desde 1996. La política nacional en materia de personas internamente desplazadas, adoptada en 2004, estableció instituciones intersectoriales a nivel nacional, distrital y de subcondados. El Comité Distrital para la Gestión de Desastres – integrado por los ministerios gubernamentales en el distrito, agencias humanitarias y de desarrollo, sector privado y otras organizaciones no gubernamentales – está a cargo del suministro de servicios sociales y de todas las demás formas de apoyo para las personas internamente desplazadas en esa área. Este marco de trabajo intersectorial de comités y subcomités a nivel de distrito ha contribuido a establecer un proceso de planificación integral para servicios y programas, impartiendo flexibilidad a la asignación de recursos, agilizando la extensión de los servicios sociales a los nuevos asentamientos y permitiendo un seguimiento del progreso de las iniciativas dirigidas a proteger y apoyar a las personas internamente desplazadas. La salud de las personas en el distrito ha mejorado desde la adopción de estos nuevos comités; los casos de desnutrición infantil aguda han disminuido de 12% a 7% y que el crecimiento infantil atrofiado ha bajado de 31% a 23%.

Otros estudios recibidos pero no incluidos en el análisis debido a la fecha en que fueron enviados o a la índole de su contenido:

INDIA

Aggarwal, Surinder (2007). *Intento de solución de determinantes sociales y económicos de la salud a través del empoderamiento de la mujer: estudio de caso de SEWA.*

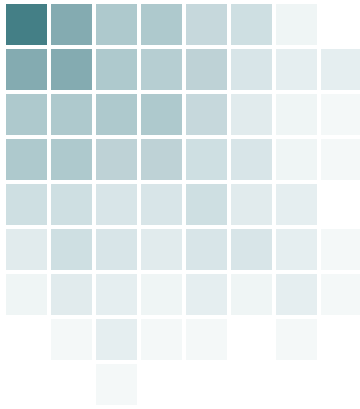
La asociación de trabajadoras autónomas *Self-Employed Women's Association* (SEWA) se ocupa del bienestar social y económico de la mujer buscando el logro de un objetivo doble: empleo a tiempo completo e independencia. Las instalaciones y servicios de SEWA ofrecen, entre otros: microcréditos para sus afiliadas; servicios de salud preventivos y curativos (incluyendo educación y

sensibilización sobre temas de salud; vacunación y suplementos de micronutrientes; mejor acceso físico y financiero a los servicios de salud de trabajadores de la salud capacitados; venta de medicinas tradicionales y occidentales de bajo costo); y préstamos para adquirir una vivienda o mejorar una vivienda ya existente. Entre los resultados tangibles de estos servicios está que las mujeres encuentran empleos más regulares; mejoran sus capacidades para el mercado de trabajo; aumentan sus ahorros; adquieren más activos; mejoran la calidad de su vivienda (por ejemplo, agua potable, excusados, electricidad, etc.), aumenta el número de sus hijos inscritos en el sistema escolar; ganan confianza en sí mismas y autoestima. SEWA tiene una estructura organizacional y una estrategia de trabajo que se apoya en redes y alianzas con otras agencias de objetivos similares. Establece vínculos con otros organismos que trabajan en áreas similares para defender la causa de sus afiliadas y ejerce presión para propugnar políticas y leyes en foros nacionales e internacionales. Ha adoptado un enfoque intersectorial para lograr una sinergia entre sus diversas ramas con el fin de que sus afiliadas puedan aprovechar sus servicios de una manera integral.

UNIÓN EUROPEA

Baer, W. (2007). *Estrategias de acción para intentar solucionar las inequidades en salud en Europa: ejemplos intersectoriales de la Unión Europea (2004 – 2007).*

En junio de 2007, concluyó un proyecto de tres años financiado por la Unión Europea que estaba dirigido a establecer estrategias para solucionar las inequidades en salud en Europa (*Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe*). El proyecto estuvo coordinado por el Centro Federal Alemán para la Educación en Salud (BZgA) y por EuroHealthNet (*European Association for National Institutes of Health Promotion*). El objetivo de dicho proyecto fue desarrollar una base europea de conocimientos e infraestructura para implementar y fortalecer estrategias e intervenciones para reducir las inequidades en salud. A raíz del proyecto se ha desarrollado un consorcio de 21 agencias nacionales de salud que trabajan en la reducción de las inequidades en salud. Buenas y prometedoras prácticas en materia de medidas e intervenciones y políticas locales han sido compiladas y se encuentran disponibles en un sitio web de acceso público.



ANEXO C: PLANTILLA UTILIZADA PARA EL ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS DE CASOS

Caso de estudio número: _____

Analista: _____

Título del caso de estudio: _____

A) CONTEXTO

- 1) ¿En qué contexto general político, social y económico tuvo lugar la acción intersectorial?
- 2) Factores contextuales clave del trabajo que influyeron sobre su éxito:

B) METAS Y(U) OBJETIVOS

- 1) ¿Cuáles fueron los objetivos de la acción intersectorial objeto de este caso de estudio?
- 2) ¿Cuán explícito fue el deseo de reducir las inequidades en salud? ¿Se establecieron indicadores o metas? En caso afirmativo, ¿Cuán útil fue ese proceso?

C) INICIACIÓN DEL PROYECTO

- 1) ¿Qué impulsó el inicio de los trabajos?
- 2) ¿Cómo se inició el proyecto? ¿Quién asumió las funciones rectoras? ¿Cuáles fueron las respuestas iniciales a los trabajos?
- 3) ¿Cómo se preparó la justificación de la acción intersectorial?
- 4) ¿Cómo se relacionaron los trabajos con los valores sociales o culturales (contexto) de la región, país o segmento demográfico en cuestión?

D) CREACIÓN DE ALIANZAS DE COOPERACIÓN

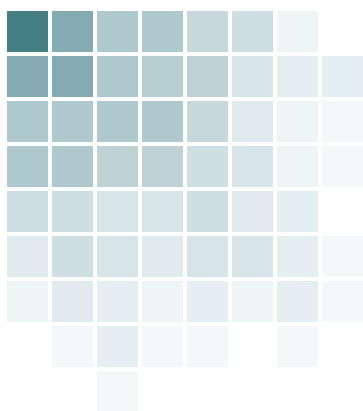
- 1) ¿Cómo se eligió a los socios? ¿Cómo se los motivó o persuadió de participar?
- 2) ¿Cuáles fueron los principales actores o sectores responsables de influir en el desarrollo e implementación de políticas y programas? (Por ejemplo, funcionarios de gobierno elegidos, personal gubernamental, organizaciones no gubernamentales, miembros de la comunidad local, sector privado, etcétera). ¿Qué importancia tuvo el sector no gubernamental? (si aplica)
- 3) ¿Qué antecedentes de haber trabajado juntos anteriormente tienen estos socios?

- 4) Describir las estructuras (formales o informales) que fueron establecidas para asegurar la colaboración entre los principales socios. ¿Cómo se facilitó la integración al interior de los sectores o entre los sectores?
- 5) ¿Qué función desempeñó el sector de la salud? (indicar las principales experiencias acumuladas o lecciones aprendidas, si posible)

E) IMPACTO Y RESULTADOS OBTENIDOS

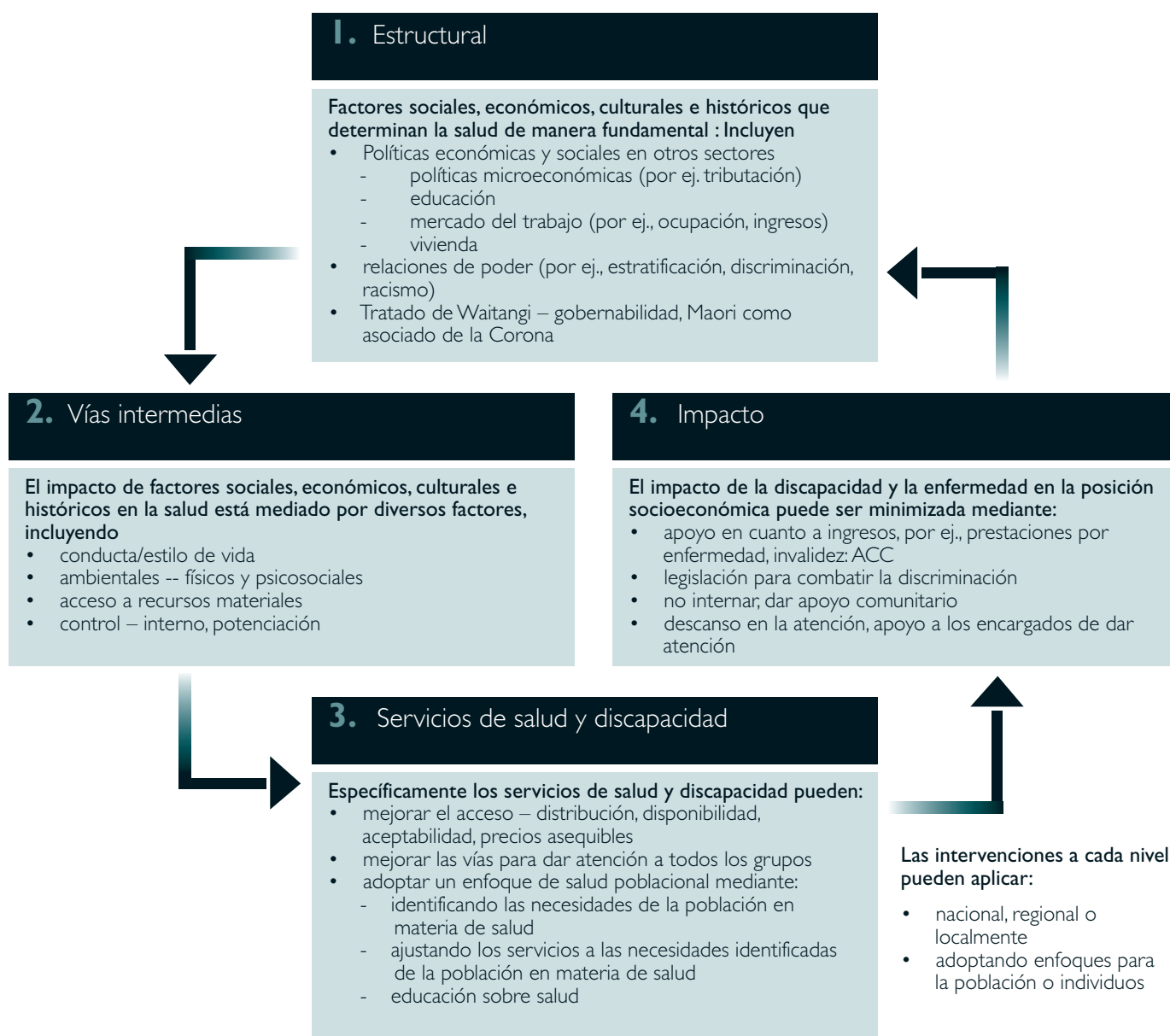
- 1) ¿Qué nivel de integración se logró? (por ejemplo: cooperación, coordinación o genuina integración) ¿Cómo podía usted saber que se estaba dando una genuina integración? ¿Se logró una acción intersectorial genuinamente intersectorial? (en vez de multisectorial, por ejemplo)
- 2) ¿Cómo se midieron y notificaron los impactos y resultados obtenidos? ¿Se utilizó (o no) algún mecanismo para asegurar que se estaba aplicando un proceso intersectorial para la medición y notificación de los resultados obtenidos?
- 3) ¿Cuáles fueron los impactos y resultados obtenidos por los trabajos realizados? (incluir tanto los cambios de procesos y políticas como de programas)
- 4) ¿Hasta qué grado se lograron los objetivos establecidos para los trabajos? ¿Hasta qué grado lograron los trabajos realizados solucionar con éxito las inequidades en salud?
- 5) ¿Cuáles mecanismos se implantaron para asegurar la viabilidad de los trabajos? ¿Cuál fue el grado de éxito de estos mecanismos?
- 6) ¿Cuáles fueron las principales barreras para una acción intersectorial eficaz contra las inequidades en salud? ¿Cómo se respondió a esas barreras? ¿Hasta qué punto se logró superar esas barreras?
- 7) ¿Cuáles fueron los principales puntos fuertes de los trabajos realizados? (especialmente a la luz de los contextos sociales, económicos y culturales)
- 8) Principales experiencias (lecciones) acumuladas para la función del sector de la salud:

F) COMENTARIOS RESUMIDOS (principales temas o áreas de aprendizaje que no hayan sido abordados en ninguna de las preguntas anteriores)



ANEXO D: MODELOS UTILIZADOS POR NUEVA ZELANDIA Y NORUEGA COMO MARCOS DE TRABAJO PARA LA ACCIÓN INTERSECTORIAL PARA REDUCIR INEQUIDAD EN SALUD

Marco de trabajo para la reducción de inequidades en salud (Nueva Zelanda)



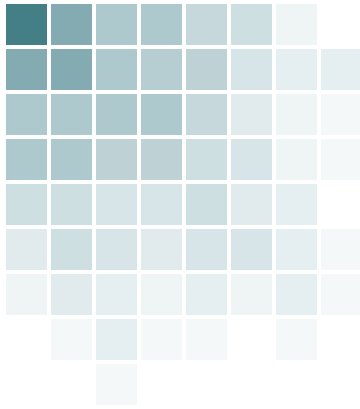


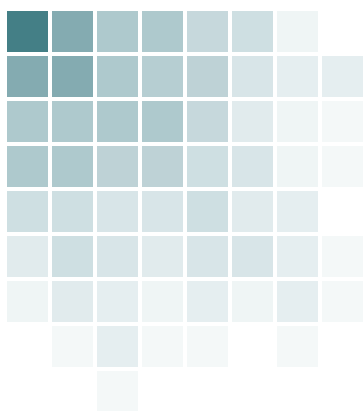
TABLA DE POLÍTICAS INTEGRALES DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD (NORUEGA)

Tabla de políticas integrales de intervención para reducir inequidades sociales en salud (Noruega)

| | <i>Reforma social al inicio del flujo</i> | <i>Reducción de riesgos en medio de la corriente</i> | <i>Reducción de efectos al final de la corriente</i> |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Medidas universales | Sistema público de educación, impuestos, políticas para el mercado laboral, etc. | Entorno del trabajo y de la vivienda, medidas de amplio alcance sobre el estilo de vida, etc. | Sistemas de salud |
| Medidas selectivas | Prestaciones sociales basadas en los recursos, etc. | Medidas dirigidas a condiciones de vida determinadas, etc. | Sistemas de salud seleccionados |

La tabla de intervención señala los puntos de entrada estratégicos para las políticas en todo el flujo de causas, combinando enfoques universales y selectivos. El objetivo es prestar atención a las seis celdillas en la tabla como puntos de entrada para las políticas.

(Noruega, pág. 8)



NOTA

