

Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica



Organización
Panamericana
de la Salud



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

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

Washington, D.C., 2015

Se publica también en:

inglés (2015): *Intersectoral Action and Health Equity in Latin America: An Analytical Approach*.

ISBN 978-92-75-11857-3

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica.
Washington, DC : OPS, 2015.

1. Equidad en Salud. 2. Acción Intersectorial. 3. Políticas Públicas. 4. América Latina. I. Título.

ISBN 978-92-75-31857-7

(Clasificación NLM : WA 525)

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

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

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

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

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

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

Este documento forma parte de los productos del estudio de investigación destinado a formular un marco regional de Salud en Todas las Políticas (STP) e identificar estudios de casos para la Región de las Américas. Este marco analítico fue utilizado para la elaboración de los estudios de casos y los análisis subsiguientes.

Índice

1. Antecedentes	1
2. Las premisas y el objetivo: intersectorialidad y equidad en materia de salud	3
3. Ámbitos de aplicación de la intersectorialidad en América Latina	5
4. Los marcos institucionales, económicos, políticos y sociales en los que transcurren las experiencias de intersectorialidad	9
5. Las hipótesis y sus fundamentos	10
5.1 La conceptualización hegemónica de la salud y su relación con los grados de la intersectorialidad.....	10
5.2 Grados de colaboración intersectorial: el estado del arte.....	12
5.3 Modelos de intersectorialidad. ¿Qué se debe analizar?.....	14
5.4 La participación social y la intersectorialidad.....	15
5.5 La coordinación intergubernamental: la relación entre el nivel nacional y los niveles subnacionales.....	17
5.6 La funcionalidad de los tipos de liderazgo.....	19
6. Mecanismos para ejercer influencia sobre otros sectores y dar sostenibilidad a la estrategia	20
7. La agenda actual	22
7.1 Nuevas políticas sociales de protección social.....	22
7.2 Iniciativas municipales de desarrollo social.....	22
Referencias	24





1. Antecedentes

La acción intersectorial es un tema recurrente en la gestión de la salud pública. Sin embargo, hay muy poca documentación y sistematización acerca de la forma en que se practica, sobre todo en el campo de la salud. Tampoco existe una teoría explícita sobre la manera de construir un marco desde el ámbito de la salud para el análisis de los tipos de acciones intersectoriales factibles en diferentes escenarios, ni acerca del tipo de acción intersectorial que se necesita para abordar los determinantes sociales de la salud y reducir las inequidades en salud (Solar et al., 2009).

En este trabajo pretendemos ofrecer un marco conceptual preliminar a fin de ayudar a identificar y caracterizar experiencias y estudios sobre la intersectorialidad que hayan contribuido o contribuyen en la actualidad a los objetivos de la equidad en salud en América Latina. En este sentido, buscamos exponer elementos de análisis que permitan el relevamiento del contexto de las experiencias y sus propios rasgos y alcances, haciendo énfasis en el desarrollo de aquellos aspectos que han caracterizado el inicio y la evolución de la intersectorialidad en la Región.

También aspiramos a aportar elementos que ayuden a dilucidar cuándo una acción intersectorial es exitosa. Si bien la intersectorialidad en sí misma no es un objetivo central, creemos que es necesario resaltar su éxito asociado, en primer lugar, al logro de la reducción de las inequidades sociales y de la salud; en segundo lugar, a la inclusión en el sector de la salud de las necesidades y prioridades de los otros sectores; y finalmente, a la inclusión de la salud como objetivo o meta en las otras políticas sectoriales.

Principales diferencias en los enfoques de intersectorialidad en el ámbito de la salud utilizados en los países de industrialización avanzada y en América Latina

Actualmente la noción de intersectorialidad en el campo de la salud suele asociarse o asimilarse a la expresión “Salud en Todas las Políticas (STP)”, que fue acuñada a finales de 1990 y se desarrolló en profundidad durante la segunda presidencia de Finlandia en la Unión Europea

en el 2006, cuando el tema principal fue la salud (Leppo y Ollila, 2013).

Según lo expresa la OMS, la salud en todas las políticas es un enfoque para abordar las políticas públicas a través de todos los sectores, que tiene en cuenta, de manera sistemática, las consecuencias de las decisiones sobre la salud, busca sinergias y, al mismo tiempo, evita los efectos negativos para la salud de las políticas públicas, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud (OMS, 2013).

A pesar de esa definición señalada por la OMS y de la Declaración de Adelaida sobre Salud en Todas las Políticas, del año 2010 (OMS y Gobierno de Australia Meridional, 2010), no hay una definición de uso común y consensuada a nivel mundial que refleje la coexistencia de diversas interpretaciones y prácticas.

En general, una gran mayoría enfatiza, aunque con matices, que las diversas políticas públicas deben tener en cuenta no solo la salud, sino su impacto sobre los determinantes sociales de la salud a nivel de la población. En este sentido, las definiciones europeas tienden a afirmar que las necesidades de salud y la equidad sanitaria deben ser incorporadas por los demás sectores (McQueen, et al., 2012). Otros, en cambio, no solamente señalan a la salud como el argumento central, sino que además consideran que la salud sería un requisito necesario para que los otros sectores pudieran cumplir sus objetivos (OMS y Gobierno de Australia Meridional, 2010). Por otro lado, hay definiciones de la STP que tienden a centrarse en la colaboración entre los sectores gubernamentales y los no gubernamentales; incluso, algunos consideran la estrategia de STP básicamente como una modalidad de trabajo y una oportunidad para forjar una alianza positiva entre lo público y lo privado, en la que el sector público busca que la industria fomente el cambio de comportamiento (Gillies, 1998). Finalmente, hay quienes visualizan a la STP como uno de los componentes a considerar en las reformas necesarias en salud (The Aspen Institute, 2013).



En la literatura especializada nos encontramos también con una diversidad de términos para hacer referencia a un trabajo coordinado o de integración de las políticas públicas, tales como “*Whole all Government*”, “*Joint up Government*”, “*Multisectorial Approaches*”. Ellos comparten el énfasis en la coordinación de las políticas sectoriales, aunque también presentan diferencias. De hecho, por ejemplo, el enfoque de “Todo el gobierno” hace hincapié en una mejor coordinación e integración, no solo de las actividades del gobierno, sino también de los objetivos sociales que el gobierno representa (Naciones Unidas, 2012).

Por otro lado, la expresión “*Joint up Government*” surge en el Reino Unido durante el gobierno laborista de Blair como uno de los ejes centrales para la modernización de la administración pública y el mejoramiento de la eficiencia de la acción pública (Christensen y Lægreid, 2007). Pero, tampoco existe una definición universalmente aceptada de “*Joint up*”; este término es usado como trabajo horizontal, integral o gobierno integrado. El Comité Asesor de Gestión de Australia Meridional le dio la siguiente definición para el público australiano en el 2004 (MAC, 2004: 4): “organismos de servicios públicos que trabajan a través de los límites de la cartera para lograr un objetivo compartido y una respuesta gubernamental integral en asuntos concretos. Pueden centrarse en formulación de políticas, gestión de programas y prestación de servicios. El objetivo del gobierno está dirigido, por lo general, a la mejora de los resultados. Las iniciativas tienden a dirigirse a un grupo en particular de clientes o área geográfica”.

Por su parte, la noción “enfoque o acción multisectorial” suele entenderse como la respuesta a los problemas de salud por parte de los diferentes ministerios u organismos funcionales o sectoriales. En esta interpretación se asigna menos énfasis a los conceptos de integración y alineación. En la literatura especializada se sugiere que la acción multisectorial (*Multi Sectorial Action, MSA*) para la salud es un proceso que rara vez ocurre de forma natural y que se necesitan herramientas para ayudar a facilitar y sostener el proceso (Organismo de Salud Pública del Canadá y OMS, 2008).

Cabe destacar que los propulsores de la STP, “*Joint up Government*” o “*Whole all Government*”, corresponden

principalmente a países cuyos gobiernos cuentan con una gran capacidad para regular los mercados y proveedores, coordinar la prestación de servicios sociales e implementar políticas redistributivas por medio de impuestos fiscales u otros mecanismos. En contraste, en muchos países de América Latina y el Caribe la capacidad regulatoria del Estado, en particular con respecto al ámbito privado, es limitada así como los mecanismos de redistribución, lo cual hace que la Región de América Latina y el Caribe sea una de las más desiguales en la distribución del ingreso. Esto implica que los frutos de las alianzas público privadas no pueden trasladarse mecánicamente a las realidades de América Latina y el Caribe.

De hecho, en la Región de las Américas, la STP ha sido un término casi ausente en la formulación de las políticas públicas. Esto pareciera responder, en parte, a que dicha conceptualización corresponde a un contexto histórico social europeo y, dentro de este, al impulso particular que le diera la presidencia de Finlandia en la Unión Europea, en el año 2006.

En la Región de las Américas se ha preferido el concepto de intersectorialidad. Este tiene sus bases, para el ámbito de la salud, en el llamado de la Declaración de Alma Ata en 1978 de “Salud para Todos”, que tuvo una gran influencia en América Latina y el Caribe. Se sumaron a lo anterior, los importantes aportes señalados en la Carta de Ottawa del año 1986 acerca de la promoción de salud y, a la vez, los desarrollos y debates ocurridos en la Región de las Américas en torno a los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Estos formaron parte de una respuesta del sector de la salud a los procesos de democratización que tenían lugar en la Región. Su énfasis estuvo en la necesidad de reorganizar y reorientar los sistemas de salud sobre la base de los procesos de descentralización y desarrollo local, así como en reforzar y renovar la estrategia de atención primaria aprobada en Alma Ata, dándole mayor relevancia a la búsqueda de equidad con solidaridad y justicia para toda la población. Entre los aspectos centrales de dicha agenda se encontraba la intersectorialidad, al señalar que la atención primaria: “entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones



y otros sectores y exige esfuerzos coordinados de todos esos sectores“(OMS, 1978).

Borroto y colaboradores (citados por Castell, 2007) consideran que la intersectorialidad ha sido uno de los cuatro ejes fundamentales de la atención primaria en muchos países de la Región aunque señalan: “[...] la participación intersectorial varía desde la realización de actuaciones aisladas por la salud hasta actuaciones sistemáticas en el marco de una conducta ordenada por la sanidad; significa entonces que los sectores no sólo se organizan ante el surgimiento de un problema que afecte a la salud, sino que también ordenan sus acciones en función de evitar el surgimiento de problemas sanitarios en los que su sector está involucrado”.

Desde esta perspectiva podemos afirmar que la intersectorialidad no es un tema nuevo en la Región. Pero, así como existe una diversidad de interpretaciones de la Salud en Todas las Políticas, una situación similar ocurre con la intersectorialidad. Estas diversas interpretaciones y operacionalizaciones de la intersectorialidad parecieran estar sustentadas no solo por aspectos técnicos sino sobre todo por aspectos políticos, dadas las concepciones hegemónicas de la salud, la diversidad de contextos sociopolíticos, los grados de desarrollo de los Estados de bienestar y las bases que sustentan las políticas sociales en la Región, entre otros aspectos.

Teniendo en cuenta este marco general y entendiendo que la forma como se entiende y se desarrolla la intersectorialidad en la Región es un aspecto clave, a continuación nos dedicaremos a presentar algunos elementos de análisis en esas direcciones.

2. Las premisas y el objetivo: intersectorialidad y equidad en salud

El logro de la salud requiere la concertación de una multiplicidad de condiciones y factores, dado que coexisten diversos mecanismos sociales que generan los procesos de salud y enfermedad. Es sabido que gran parte de tales condiciones y mecanismos están fuera del alcance directo del sector de la salud. Teniendo esto en cuenta, es

evidente que los problemas de salud difícilmente pueden ser resueltos por acciones exclusivas del sector de la salud o por cualquier otro sector de manera aislada. Tal aseveración es aun más relevante cuando el objetivo es reducir las inequidades en salud, dado que hacer frente a ellas implica abordar los determinantes sociales de la salud. Al respecto, Castell (2007) señala que “la salud aparece como un producto social y las acciones trascienden las fronteras del denominado sector de la salud”. Este es uno de los argumentos centrales para trabajar “juntos” con otros sectores, es decir, para el desarrollo del trabajo intersectorial (Solar et al., 2009).

De hecho, el trabajo intersectorial se convierte en un mandato técnico y político cuando el problema que se debe abordar es conceptualizado en su génesis y en las intervenciones más allá del sector de la salud, asociándolo principalmente con la producción y reproducción social de la salud, de la enfermedad y de la calidad de vida. Al mismo tiempo, cuando la agenda se refiere al abordaje de las causas de las inequidades en salud y, por ende, a los determinantes sociales, el sector de la salud no puede evitar mirar a otros sectores sociales y gubernamentales para diseñar, planificar y/o ejecutar políticas, programas o acciones en este ámbito.

Esta conceptualización, por tanto, difiere de aquella en la que la salud es vista como un proceso asociado principalmente con el acceso a los servicios médicos curativos y preventivos, donde la relación de la salud con otros sectores no es un objetivo prioritario o solo es instrumental para los objetivos sectoriales de salud (Solar et al., 2009). En tales sentidos, adoptando la perspectiva de equidad en salud como objetivo central, una de las premisas de las que parte este trabajo es la siguiente:

la reducción de las inequidades en salud exige del trabajo conjunto entre el sector de la salud y otros sectores gubernamentales que tienen influencia sobre los determinantes sociales de la salud.

Sobre la base de tal premisa, nuestro centro de interés no es cualquier acción intersectorial, sino aquellas iniciativas que puedan reducir o eliminar las desigualdades en salud,



aunque dichas iniciativas no se originen en el sector de la salud, no sean lideradas por este, ni él participe directamente en cada una de las intervenciones que constituyen la acción intersectorial.

Eriger a la equidad en el centro de dicha estrategia permite analizar si la intersectorialidad que se ha desarrollado ha tenido un impacto o no en la reducción de las inequidades. En base a ello, afloran algunos aspectos que cabría considerar en el diseño y evaluación de la intersectorialidad (Solar, 2010).

Un primer aspecto se refiere a la cobertura del programa o de la política intersectorial, en términos del Universalismo (“toda la población es beneficiaria de las prestaciones sociales como un derecho fundamental”) o de la Focalización (“la elegibilidad para los beneficios sociales implica algún tipo de prueba de recursos para determinar el “verdadero merecedor” de los beneficios). Las concepciones social y liberal del Estado tienden a situarse en algún lugar entre las dos posiciones descritas, aunque a menudo nos encontramos con modalidades híbridas. Esto nos parece crucial al analizar los resultados de equidad en la Región, ya que los logros en la reducción de la pobreza no se asocian necesariamente con la reducción de las inequidades sociales.

El enfoque que ha dominado el desarrollo de las políticas públicas desde 1980 (con algunas excepciones) es el que ha supuesto que el mercado es el mecanismo último para una asignación eficiente de los recursos que puede maximizar el bienestar social. Sin embargo, las políticas asociadas con esta aproximación han generado enormes desigualdades en los ingresos y sociales en contextos de altas tasas de pobreza y del debilitamiento de la administración pública (Mkandawire, 2005; Skocpol, 1991).

Un segundo aspecto asociado a los contenidos y al diseño de las políticas públicas alude a cómo son integradas en ellas la jerarquía de los determinantes sociales de la salud o las bases de la determinación social de la salud y la enfermedad (Solar e Irwin, 2007). La pregunta es si las acciones están encaminadas a lograr las reformas sociales y económicas que buscan abordar los determinantes sociales estructurales; es decir, intervenir

sobre los verdaderos mecanismos de generación de las inequidades, o solo se limitan a paliar las consecuencias de dichas inequidades.

En este sentido, al analizar los contenidos de la estrategia intersectorial es importante conocer cuál es su centro de interés.

Por ejemplo, si la prioridad fuese abordar los efectos en la salud, dichas acciones se centrarían principalmente en la prestación de servicios y en el acceso a ellos, por lo que gran parte de la relación con los otros sectores se basaría en optimizar tales resultados y aliviar las consecuencias (*downstream*).

Por otro lado, si la prioridad fuese el abordaje de las condiciones de vida y trabajo, los factores psicosociales y los hábitos o estilos de vida, gran parte de la relación con otros sectores estaría orientada a reducir la exposición y la vulnerabilidad de la población (*midstream*). De cualquiera manera, en este caso es importante hacer la distinción entre acciones asociadas con aspectos del estilo de vida y psicosociales de las personas, y aquellas acciones centradas en las condiciones materiales de vida y de trabajo.

Finalmente, si la prioridad fuese modificar los determinantes sociales estructurales, las relaciones con los sectores abordarían los mecanismos de redistribución de poder y, por ende, sería relevante analizar si los contenidos de las acciones contemplan procesos de reforma o de transformación social (*upstream*).

En tales sentidos, adoptando la perspectiva de equidad de salud como objetivo central, la premisa adicional para este trabajo es la siguiente:

la acción intersectorial puede ser eficaz para mejorar la salud en general, pero ineficaz para reducir las inequidades, si es que no se considera en su diseño el abordaje de las causas estructurales.

Un tercer elemento que guarda relación con lo expuesto es analizar la meta de las acciones intersectoriales. Al



respecto se pueden identificar tres grandes enfoques: (1) mejoramiento de la salud de los grupos de baja posición socioeconómica o de mayor vulnerabilidad a través de programas específicos; (2) reducción de las brechas de salud entre los grupos sociales más pobres o vulnerables y los grupos en mejor situación; (3) abordaje del gradiente de salud, es decir, la asociación entre la posición socioeconómica y la salud en el conjunto de la población. Los tres enfoques difieren significativamente en los valores subyacentes y en sus implicaciones para la programación. Cada uno de ellos ofrece ventajas específicas y hace surgir diferentes problemas (Graham y Kelly, 2004).

Los programas destinados a mejorar la salud de las poblaciones de baja posición socioeconómica tienen la ventaja de estar dirigidos a segmentos reducidos y claramente definidos de la población. Pero esto significa beneficiar a subgrupos que representan un porcentaje relativamente pequeño de la población, lo cual socava muchas veces las políticas de solidaridad (Deacon et al., 2005). Más aún, este planteamiento no se compromete en llevar los niveles de salud de los grupos pobres más cerca de la media nacional, sino solo a mejorarlos. Incluso si un programa tiene éxito entre los desfavorecidos, los avances en los grupos más acomodados que ocurren en paralelo pueden significar que se amplían las inequidades en salud.

Un enfoque orientado a confrontar las brechas en salud enfrenta directamente el problema de los resultados relativos. Los modelos de brechas en salud dirigen sus esfuerzos hacia los grupos minoritarios dentro de la población (que se refieren a los más desfavorecidos) pero comparados con los de mejor situación; por ende, buscan reducir las diferencias entre los grupos extremos. Sin embargo, al adoptar esta postura, “un enfoque sobre las brechas en salud podría subestimar el efecto generalizado que la desigualdad tiene sobre la salud, no solo en la parte inferior de la escala social, sino también en toda la jerarquía social” (Graham 2004). Finalmente, la lucha contra el gradiente en la salud de todo el espectro de posiciones sociales constituye un modelo de planteamiento mucho más amplio para la acción con respecto a las inequidades de salud. De hecho, con este enfoque la lucha contra las desigualdades

de salud se convierte en el objetivo de mejorar la salud de todos, incluso de los grupos ubicados en la posición intermedia de la escala social (Graham, 2004), Stronks K. (2002), Solar, O.; Irwin A. (2007).

3. Ámbitos de aplicación de la intersectorialidad en América Latina

Adentrándonos en la Región, constatamos que la reducción de las inequidades de salud, cuando ha existido como objetivo, ha tendido a formar parte de muy diversos tipos de políticas públicas. Un estudio de Cunill (2005) que expone experiencias de trabajo intersectorial en el campo de las políticas sociales en América Latina, particularmente en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y México, sugiere que el papel que ha jugado la salud en el desarrollo de acciones intersectoriales en pos de la equidad ha sido marginal pero que, a la vez, hay una variedad de ventanas de oportunidad para la ampliación y profundización de esta estrategia. En tales sentidos, uno de los hallazgos es que, en las últimas décadas, la intersectorialidad ha pasado a constituirse en el centro de diversas políticas públicas bajo dos fundamentos distintos, a saber:

- a) Un fundamento político, traducido en un esfuerzo por modificar la lógica de las políticas públicas, y en particular de las políticas sociales, pasando de un centro de interés basado en la solución de necesidades puntuales hacia una acción proactiva en pos de una vida digna y de calidad como derechos de la ciudadanía.
- b) Un fundamento técnico, expresado en un intento de optimizar las capacidades y estructuras gubernamentales para tornarlas más flexibles y asegurar una gestión orientada a la solución de problemas colectivos; o bien, un intento de reducir la estructura gubernamental, a fin de racionalizar los gastos.

Como es obvio, la existencia de un fundamento político ofrece una mayor oportunidad para el desarrollo de acciones intersectoriales en pro de la equidad.

El estudio en referencia muestra que, usando uno u otro fundamento, se han adoptado distintas combinaciones



institucionales dependiendo de: (1) las fases de la gestión de la política: la intersectorialidad en los procesos de formulación e implementación de las políticas; o solo en alguno de ellos; (2) la cobertura de las políticas: la intersectorialidad en la totalidad de las políticas públicas; solo en las políticas sociales; o en programas sociales específicos.

El análisis de tales ámbitos y sus combinaciones ayudan a delimitar los ambientes en que en las últimas décadas se ha construido y movido la intersectorialidad en la Región (véase cuadro 1).

Lo que el cuadro refleja es la existencia de algunos ejemplos de intentos de rediseño de la estructura gubernamental buscando que la atención pueda trasladarse desde los “sectores” hacia los “problemas”, así como desplazarse desde la oferta programática hacia las necesidades de la población.

En Bolivia, por algunos años (1993-1997), se llevó a cabo una experiencia a nivel nacional que sustituyó la división funcional tradicional de los ministerios por una división intersectorial mediante una estructura única, para intentar una conducción más estratégica de todas las políticas públicas (caso F-PP). Esta experiencia implicó la definición de un solo ministerio dedicado a lo social que incluía, entre otros, al ministerio de salud, pero que, dados los conflictos de poder, tuvo una existencia limitada y, por tanto, no pudo probar la eficacia de este tipo de diseño.

De cualquier manera, hay muy pocas experiencias documentadas donde la intersectorialidad oriente una nueva manera de planificar, ejecutar y controlar la aplicación de todas las políticas públicas, para abarcar así integralmente la estructura gubernamental (caso FI-PP). Todos los hallazgos en este sentido tienen una clara delimitación espacial, sea estadual o municipal (donde la normativa jurídica aporta la autonomía organizativa para hacer modificaciones de fondo en la estructura gubernamental) y provienen fundamentalmente de Brasil. Entre los casos figuran las experiencias de la Alcaldía Municipal de Fortaleza (estado de Ceará), del estado de Maranhão, de la Alcaldía de Belo Horizonte (estado de

Minas Gerais) y de la Alcaldía de Tres Lagos (estado de Mato Grosso do Sul). En general, tales experiencias a nivel subnacional han consistido en la creación de órganos rectores suprasectoriales para la formulación de políticas territoriales, así como en la desconcentración espacial para su implementación. Esto último, por ejemplo, ha ocurrido en el municipio de Fortaleza en Brasil donde se produjeron dos movimientos: uno de integración, que se tradujo en la agrupación de las secretarías tradicionales en órganos rectores suprasectoriales (Secretarías de Desarrollo Social, de Desarrollo Territorial y de Acción Gubernamental); y otro de desconcentración espacial, por medio de la creación de Secretarías Regionales en micro territorios. El objetivo en este tipo de experiencias ha sido ser una acción proactiva en función de una vida digna y de calidad para los habitantes de un territorio determinado y, a veces, la equidad en forma explícita. Sin embargo, otras experiencias (por ejemplo, Maranhão) han tenido como principal móvil producir más eficiencia (reducción de gastos) en el desempeño gubernamental, de manera que el fundamento de la intersectorialidad ha sido solo técnico y no político de transformación social, a diferencia de los casos de Fortaleza, y Belo Horizonte.

A nivel nacional, los abordajes intersectoriales que abarcan varios tipos de políticas públicas en general tienen fundamentos mixtos, cubren solo la fase de formulación de políticas (caso F-PP), y no se traducen en una modificación de la tradicional estructura ministerial. Como lo ilustra el cuadro, lo usual al respecto es la agrupación de varios ministros en un comité, gabinete o consejo para tratar temas transversales; este órgano suele disponer de una secretaría ejecutiva ubicada en el ministerio sectorial más afín, aunque en algunos casos con algún grado de injerencia (por ejemplo, monitoreo) de parte del Ministerio o Secretaría de la Presidencia. En un sentido más abarcador, una de las experiencias con mayor tradición es el CONPES de Colombia, creado por Ley en 1958 como máxima autoridad nacional de planificación, y que se desempeña como organismo asesor del gobierno en todos los aspectos relacionados con el desarrollo económico y social (Repetto, 2010:70). Cuenta además con un CONPES Social que interviene en la definición de prioridades de la política social (Repetto, 2010:70). Donde se visualizan más los esfuerzos de diseños intersectoriales

Cuadro 1. Ejemplos de aplicaciones de la intersectorialidad en América Latina en función de la cobertura y las fases de las políticas públicas

Cobertura de las políticas Fases de la gestión de la política	Totalidad de las políticas públicas (PP)	Solo en las políticas sociales (PS)
<p>Formulación e implementación de la política (FI)</p>	<p>CASOS FI-PP</p> <p>Estructuras gubernamentales suprasectoriales que actúan en microterritorios para el abordaje del conjunto de las políticas públicas de un determinado ámbito local.</p> <p>(ej: algunos gobiernos subnacionales en Brasil).</p>	<p>CASOS FI-PS</p> <p>Estructuras matriciales para la formulación y ejecución de proyectos integradores de desarrollo social.</p> <p>(ej: algunas experiencias de Municipios Saludables y de Agenda 21 en municipios y estados en Brasil y otros países).</p> <p>Sistemas integrados por ministerios sectoriales/ una autoridad central coordinadora /instancias intersectoriales a nivel nacional y subnacional/ ejecución local en red, para el desarrollo de programas sociales de carácter nacional que involucran a varios sectores.</p> <p>(ej: programas de transferencias condicionadas como <i>Oportunidades</i> de México, <i>Bolsa Familia</i> en Brasil, <i>Chile Solidario</i> en Chile, etc.; nuevos sistemas de protección social como el Sistema Intersectorial de Protección Social, en Chile).</p>
<p>Formulación de la política (F)</p>	<p>CASOS F-PP</p> <p>Ministerios suprasectoriales que sustituyen a los funcionales.</p> <p>(ej: Bolivia entre 1993 y 1997).</p> <p>Comités o gabinetes interministeriales para temas transversales o para propender a enfoques integrales del desarrollo.</p> <p>(ej: Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES, de Colombia; Cámaras de Estado en Brasil; comités interministeriales en Chile y en Colombia, etc.).</p>	<p>CASOS F-PS</p> <p>Gabinetes sociales [con ministros] y Consejos Nacionales de Coordinación de Políticas Sociales [con segundas líneas ministeriales].</p> <p>(ej: Uruguay [combina ambos]; CONPES Social en Colombia; Comité Intersectorial de Desarrollo Social en México).</p> <p>Nuevos ministerios de desarrollo social como entes rectores de la política social.</p> <p>(ej: Chile, Guatemala, Uruguay, etc.).</p> <p>Ministerios de coordinación de desarrollo social.</p> <p>(ej: Ecuador).</p> <p>Autoridades centrales o Comisiones coordinadoras de programas sociales específicos.</p> <p>(ej: comités interministeriales de políticas dirigidas a la infancia, juventud, adultos mayores, etc.).</p>

Fuente: Adaptado de Cunill (2005) y actualizado con datos de Repetto (2010).



es en el campo de las políticas sociales, específicamente en la fase de su formulación (casos F-PS). Aunque no hay plena coincidencia sobre la inclusión de los gabinetes sociales¹ en esta fase, en general estos comenzaron a ser creados en los años 90 como una instancia que reunía a los diferentes ministros del área social con la intención de priorizar, asignar recursos, controlar, evaluar y coordinar la política social y, así, contrapesar con una “Autoridad Social” a la “Autoridad Económica”. Más tarde también se ha incluido en este tipo de gabinetes a los ministerios de hacienda, aunque la evaluación de sus resultados ha tendido a mostrar que no han sido siempre buenas experiencias (ver Repetto, 2005). Algunas estructuras más sofisticadas de este tipo han surgido en México y Uruguay, entre otros países. En México, la Ley de Desarrollo Social emitida en el año 2004 contempla un Comité Intersectorial de Desarrollo Social, con la intención de garantizar la integralidad en el diseño y ejecución de la política nacional de desarrollo social y de los planes respectivos (propone montos para el gasto social en el anteproyecto de presupuesto, entre otros). Con respecto al Uruguay, Repetto (2010) da cuenta de dos mecanismos institucionales que fueron creados durante el primer gobierno de izquierda en forma articulada: un Gabinete Social, integrado por los ministros, y un Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, con presencia de las segundas líneas ministeriales, a fin de propender a la definición de un plan destinado a reducir la desigualdad y no solo la pobreza (el Plan de Equidad). Según dicho autor, esta combinación de mecanismos, sumada a las condiciones de Uruguay (por ejemplo, una cultura proclive a buscar acuerdos) habrían permitido procesar tensiones políticas y presupuestarias y capitalizar los saberes técnicos requeridos para pasar de la decisión a la implementación).

Otro diseño institucional que trasciende el uso de figuras colegiadas (aunque las incluye) ha sido adoptado en Ecuador, donde desde hace poco funciona un Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, que por un decreto

¹ En la revisión de las experiencias de funcionamiento de los gabinetes sociales, no queda establecido que la totalidad de ellos haya existido como una instancia de formulación de políticas; más bien un número importante de ellos ha operado como una instancia de coordinación para la implementación de políticas sectoriales que requieren la sinergia y participación de otros sectores, pero que no se ha traducido en la elaboración de una política pública integrada de diversos sectores.

del año 2007 está encargado de concertar las políticas y las acciones que en el área social adopten no solo los ministerios vinculados directamente a él, sino otros como los de finanzas, de agricultura, ganadería, acuicultura y pesca, de desarrollo urbano y vivienda, etc. Cabe destacar que, en este caso, existe una decisión presidencial deliberada de conformar instancias ministeriales para ejercer la coordinación, sin desviar sus energías hacia la implementación de los programas (Repetto, 2010).

Por otra parte, en años recientes hay una clara tendencia a constituir ministerios de desarrollo social, en un intento por conceder un estatus político mayor a las políticas sociales. Ello ha ocurrido, por ejemplo, en Chile, Guatemala y en el propio Uruguay, a partir de la década del 2010.

Aquellos intentos abarcadores que cubren la formulación y la ejecución de la política social (casos FI-PS) en general se han asociado a agendas sociales de gobiernos subnacionales guiadas por concepciones integradas territorialmente ya sea de promoción de la salud (municipios saludables), o de desarrollo sustentable (Agenda 21), estimuladas por la OPS y otros organismos internacionales. También se consiguen experiencias (sobre todo en municipios y estados brasileños) que buscan direccionar todas las políticas sociales hacia una meta global como la calidad de vida y el desarrollo social. Cuando ello ocurre, la intersectorialidad tiende a tener un claro fundamento político (asociado, a la vez, a proyectos de gobiernos progresistas) y suele ser operacionalizada a través de estructuras matriciales que operan en proyectos integrados (por ejemplo, inclusión social, desarrollo económico).

De cualquier manera, lo más gravitante en la actualidad es la incorporación de la intersectorialidad en la formulación y en la implementación de programas nacionales de reducción de la pobreza bajo la forma de transferencias condicionadas o no y, más recientemente, en sistemas de protección social (casos FI-PS). También destacan experiencias lideradas directamente por municipios. Un poco más adelante desarrollaremos estas situaciones, que conforman en la actualidad eventuales ventanas de oportunidad para acciones intersectoriales en la esfera de la salud, en pro de la equidad.



4. Los marcos institucionales, económicos, políticos y sociales en los que transcurren las experiencias de intersectorialidad

Las transformaciones no surgen en el vacío. De hecho, la emergencia de las nuevas políticas y sistemas intersectoriales de protección social en América Latina tiene tras de sí una diversidad de causas más globales y profundas, entre ellas los limitados efectos de los intentos previos de enfrentamiento de la pobreza y, consecuentemente, el crecimiento de los riesgos de inestabilidad social y política (CEPAL, 2009). Por otra parte, la tendencia no es uniforme en tanto influyen en ella los diferentes contextos institucionales, las orientaciones ideológicas de los gobiernos, y los grados de influencia que logran ejercer organismos internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Algunos cambios drásticos, como los de las estructuras demográficas, también se encuentran en la base de algunas de las transformaciones recientes en el cuadro de la intersectorialidad.

Cabe además tener en cuenta que tanto los objetivos como la implementación de las políticas sociales se inscriben en contextos políticos e ideológicos más amplios. En este sentido, Gunatilleke et al. (1984) han postulado que “el marco político y los cambios socioeconómicos que han tenido lugar están estrechamente relacionados”.

Por otra parte, es importante considerar en el análisis las profundas transformaciones institucionales que en las últimas tres décadas ha experimentado el sector público en la mayoría de los países latinoamericanos. Tales transformaciones no solo implicaron poderosos movimientos de privatización y de descentralización, sino que se han traducido en un radical cambio de las reglas del juego en el sector público, tras la intención de introducir la “lógica del mercado en el Estado” (Cunill, 2012). Las crisis económicas, los contextos ideológicos hegemónicos (neoliberalismo, neoconservadurismo, corrientes libertarias, etc.), los contextos teóricos dominantes (elección pública, nueva economía institucional) han tenido una influencia clave en la configuración de un “nuevo sector

público”, en el marco de las reformas del Estado (la “segunda generación”) impulsadas por el Banco Mundial y el BID, entre otros.

Uno de los efectos más sobresalientes de la introducción de los mecanismos de mercado en el sector público es el cambio de la fisonomía misma de este sector. De hecho, a pesar de que hay diferencias entre los países de América Latina y de que la tendencia no es unidireccional, es evidente que en la actualidad, con el respaldo del Estado, se ha ampliado mucho la presencia del sector privado en actividades públicas, con lo cual en la práctica se ha reforzado el papel que antes se le había concedido por medio de la ola de privatizaciones, con la diferencia de que ahora el financiamiento de las actividades emprendidas por el sector privado proviene básicamente de fondos públicos (Cunill, 2012) .

No hay datos acerca de la proporción exacta de los servicios sociales que en cada país son prestados por organizaciones públicas, entidades mercantiles, organizaciones sin fines de lucro y organizaciones sociales de interés público. Sin embargo, los datos fragmentados de los que disponemos sugieren que ha crecido sobre todo la prestación de servicios sociales por parte de entidades mercantiles; por tanto, que América Latina (con pocas excepciones) ha adoptado la lógica del mercado para la prestación de los servicios públicos en términos más extremos que los países donde surgió este tipo de enfoque (Cunill, 2012). Al respecto, basta recordar que en el Reino Unido, inmediatamente después del período de las más profundas transformaciones en esta dirección, se reconocía (Ferlie et al., 1996: 3, citado por Cunill, 2012) que el sector público pudo haber perdido su rol económico, pero ha retenido un fuerte rol social: continúa financiando y suministrando bienes y servicios clave: salud, educación, investigación y desarrollo, justicia penal y seguridad social.

Concomitante a esta realidad, en América Latina ha disminuido la percepción de los ciudadanos respecto del poder que tiene el Estado para resolver los problemas: por ejemplo, mientras que en el 2003 el 57% de los habitantes de la Región decía que el Estado era la institución que tenía más poder, en el 2005 este porcentaje se había reducido a 49%. En contraste, ha aumentado la percepción de poder



de las grandes empresas: de 40% en el 2003 a 44% en el 2005 (Corporación Latinobarómetro, 2005: 18, citado por Cunill, 2012).

En suma, en la mayoría de los países latinoamericanos donde se han producido procesos de reforma del Estado bajo un enfoque centrado en el mercado se han generado profundas transformaciones en las relaciones entre el Estado, el mercado y la sociedad, que han devenido en una pérdida del poder del Estado dentro del sector público así como en una mayor fragilidad de la propia ciudadanía (Cunill, 2012).

En este último sentido, no puede desconocerse que, a pesar de que el gasto social ha mejorado, los derechos sociales han resultado aun más cercenados en gran parte de América Latina. Los servicios de educación y salud han aumentado la cobertura, pero también los precios, incluso en algunos casos de los prestados directamente por el Estado. El efecto más ostensible ha sido una profunda segmentación de los servicios, que refuerza e incluso incrementa las desigualdades sociales y que vuelve a poner la mirada en el Estado para enfrentarlas (Cunill, 2012).

Lo cierto es que entre los más importantes problemas que enfrenta la mayor parte de la región latinoamericana figuran la pobreza y la desigualdad; la ausencia de acceso universal a servicios públicos básicos y de calidad; el clientelismo, el patrimonialismo y la corrupción; y problemas de cohesión territorial (Villoria, 2013).

A ellos hay que agregar, por su importancia, escasos niveles de profesionalización en la función pública (Longo, 2002); estructuras gubernamentales muy fragmentadas; y sociedades civiles débiles (aunque con una tendencia al alza) (ver, por ejemplo, Delamaza, 2005). Todo ello en contextos donde los esfuerzos por implantar un verdadero Estado de bienestar han quedado truncados, excepción hecha, aunque con límites y detractores, de los procesos iniciados en Argentina, Brasil, Ecuador, Uruguay y Venezuela, entre otros.

En suma, si bien existen ventanas de oportunidad en la Región para avanzar en la ejecución de acciones

intersectoriales en el ámbito de la salud en pro de la equidad, también hay importantes problemas de orden estructural que están presentes prácticamente en todos los países. Es más, lo que cabe destacar es que las primeras no pueden ser consideradas sin tener en cuenta lo segundo. De hecho, es probable que muchas de las experiencias en curso no puedan ser explicadas, tanto respecto de su origen como de sus resultados, al margen de tales transformaciones.

Cabe, por lo tanto, contextualizar cada experiencia, así como también tener presente las influencias internacionales que, específicamente desde las Naciones Unidas, la OMS y la OPS, se han ejercido en el marco de la defensa de los derechos humanos y del respeto a las diferencias étnicas, culturales y de género, entre otras.

5. Las hipótesis y sus fundamentos

A continuación expondremos algunas hipótesis que puedan ayudar a entender mejor en América Latina las experiencias de intersectorialidad que se han desarrollado. Ellas aluden a la relación entre la concepción hegemónica de la salud y la intersectorialidad; los posibles grados de colaboración intersectorial y su relación con el problema de salud o área problema de abordaje; las estrategias de integración; la conexión de la intersectorialidad con la participación social; la relación entre el nivel nacional y los niveles subnacionales; y la funcionalidad de los tipos de liderazgo en el desarrollo de la intersectorialidad.

5.1 La conceptualización hegemónica de la salud y su relación con los grados de la intersectorialidad

La visión hegemónica existente sobre la salud y la sociedad en su conjunto ejerce una gran influencia sobre el patrón de relaciones que se establece, tanto desde el sector sanitario con otros sectores, como desde los otros sectores (Solar et al., 2009). A la vez, esa visión tiende a modelar la conceptualización de la intersectorialidad, como por ejemplo, el rol de la participación social en ella, el centrar o no los logros en la eficiencia del Estado más que en los logros de reducción de las inequidades sociales y del abordaje de los determinantes sociales de la salud,



y el papel que se le da al sector privado en el diseño e implementación de la intersectorialidad.

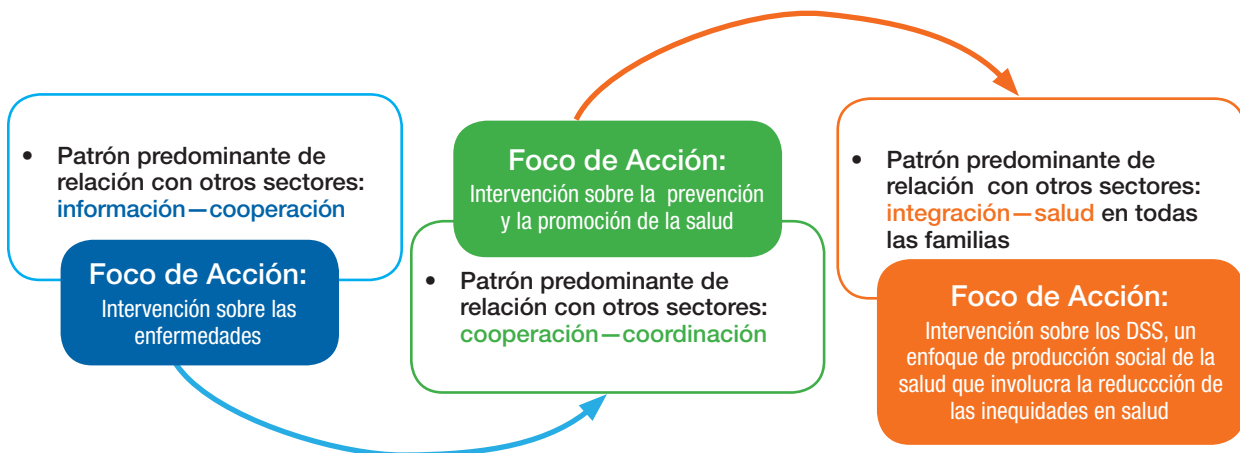
Por tanto, puede afirmarse que la intensidad de las relaciones del sector de la salud con los otros sectores, es decir, los grados de la intersectorialidad, no es un asunto ajeno a la concepción predominante de la salud. Si analizamos en primer lugar las visiones de salud pública que sustentan nuestro quehacer podemos apreciar dos visiones. Una primera, que Gostin (2010) llama una visión ampliada, relacionada principalmente con el abordaje de los determinantes sociales estructurales o distales y que, a la vez, destaca la relación entre la salud y la enfermedad desde la perspectiva de los derechos. La segunda, llamada una visión limitada, que se restringe al abordaje de los determinantes sociales intermediarios o proximales y que hace hincapié en intervenciones en los ámbitos propios del sector sanitario.

Esta aproximación inicial nos permite identificar si el marco de las intervenciones de la intersectorialidad incluye o no el abordaje de los determinantes sociales y, por ende, modela la postura o perspectiva conceptual para un trabajo intersectorial. Asociado a lo señalado, emerge la hipótesis siguiente:

Hipótesis 1: Hay cierta correspondencia entre los grados o intensidad de la acción intersectorial y la visión hegemónica de la salud pública en el sector de la salud y los otros sectores

Los hallazgos de Solar et al. (2009), en principio, avalan tal hipótesis, como se aprecia en la figura 1.

Figura 1. Visión de la salud y la sociedad y su relación con el foco de la acción y los grados de intensidad de la intersectorialidad



Fuente: Adaptado de Solar et al., pag. 9 (2009).



En el primer recuadro de la figura 1, la acción de la intersectorialidad aparece asociada a una visión de la salud orientada a las intervenciones sobre enfermedades; lo que lleva a una relación de subordinación e incluso de instrucción desde la salud hacia otros sectores. La opinión predominante o hegemónica es la de la salud, suponiéndose que el conocimiento y la responsabilidad se encuentran en la salud y, por lo tanto, que las tareas son del sector de la salud. Desde esa lógica es que se construyen e implementan acciones y planes de trabajo con los otros sectores.

En el segundo recuadro, podemos ver una visión de la salud centrada en la eliminación o reducción de los factores de riesgo asociada a la promoción de medidas para cambiar los estilos de vida y los hábitos. Las estrategias suelen ser individuales, aunque pueden buscar alcanzar a toda la población. En todo caso, no se supone explícitamente como prioridad la reducción de las desigualdades, y hay un predominio de los objetivos generales del sector de la salud. Esto significa que, la mayor parte del tiempo, la relación con los demás sectores se basa en los objetivos sectoriales de la salud, los que prevalecen sobre las necesidades “más amplias” de las personas, como ocurre, por ejemplo, con las políticas de reducción del consumo de tabaco que, en general, están centradas en campañas de información, que llaman al cambio de conducta desde una estrategia de orden y responsabilidad individual del consumo, acompañada muchas veces de estrategias poblacionales como el impuesto al tabaco, pero que carecen de acciones para incidir en las condiciones que pueden reducir al mínimo, las oportunidades para cambiar los hábitos y las necesidades de consumo de tabaco.

En el último recuadro, la visión de la salud aparece asociada a un modelo social de la producción de la salud y la enfermedad. Esto implica un análisis de las causas de la distribución de los problemas de salud y, por lo tanto, incluye un análisis de los determinantes sociales de las inequidades en salud. Desde esta lógica, el sector de la salud, junto con los otros sectores, tiene que adoptar intervenciones estructurales implícitas. A su vez, esto conduce a que el trabajo de los sectores se ordene por las necesidades de las personas y no por los objetivos

sectoriales, y a que las necesidades sean captadas por una nueva política o un programa integrado, que dé respuesta a los determinantes sociales (Solar et al., 2009).

5.2 Grados de colaboración intersectorial: el estado del arte

Hemos apreciado que puede existir un abanico de experiencias de intersectorialidad que presenta diversos propósitos de política pública de acuerdo a las diferentes visiones predominantes de la salud. En este contexto podemos identificar una gradualidad de la intersectorialidad, desde la informativa, la de cooperación, la de coordinación hasta la de integración de políticas y estrategias. Pero, la pregunta central es qué grado de intersectorialidad contribuye de manera real a la reducción de las inequidades sociales y de la salud en particular.

Mientras en los países desarrollados el enfoque de “Salud en Todas las Políticas” o el “whole government approach” aboga especialmente por la coordinación y la convergencia entre los distintos sectores gubernamentales, los asuntos más críticos que reclaman enfoques intersectoriales en América Latina tienden a remitir a la necesidad de la integración. Ello, habida cuenta de los altos niveles de desigualdad y exclusión social y, en general, de los rasgos del contexto institucional, político y social en que se desenvuelven prácticamente todos los países de la Región, como lo destacáramos precedentemente.

Por tanto, en América Latina la pregunta cambia. No es cómo se promueve solo la coordinación sino cómo y bajo qué condiciones puede producirse la integración de sectores en pos de propósitos de transformación social que incluyen pero no se agotan en la relación del sector de la salud con otros sectores.

Interesa, pues, identificar si se reconocen mecanismos, estructuras y procesos específicos para desarrollar la intersectorialidad entendida como Integración de sectores sobre la base de un propósito compartido que tenga impacto en la equidad en salud. Antes, sin embargo, es necesario tener en cuenta que la integración es solo uno de los posibles tipos de relación intersectorial.



En este sentido, Solar et al. (2009), basándose en Meijers (2004), distinguen los grados o intensidades de la relación del sector de la salud con otros sectores gubernamentales siguientes:

- Relaciones basadas en el intercambio de “*Información*”, que se puede considerar como un primer paso o nivel de intersectorialidad, que forma parte del proceso de construcción de un lenguaje común para lograr el diálogo y el entendimiento respecto de la lógica de trabajo de los sectores y, fundamentalmente, para que el sector de la salud sea más consciente de la lógica y las prioridades de otros sectores, a fin de identificar aspectos comunes o importantes para un proceso de trabajo conjunto.
- Relaciones basadas en la “*Cooperación*”, en las que el trabajo conjunto entre los sectores busca lograr una mayor eficiencia de las acciones de cada sector. Este tipo de relación, eventualmente, puede escalar desde una cooperación incidental, casual o reactiva hasta acciones orientadas sobre la base de problemas y prioridades comunes, en los que las actividades con otros sectores pueden ser determinantes para el logro en el ámbito de la salud; por esto, en muchas ocasiones es la salud pública la que los conduce. Este tipo de acción intersectorial está sobre todo presente en el campo de la ejecución o implementación de programas o políticas, y no en su formulación.
- Relaciones basadas en la “*Coordinación*”, en las que el esfuerzo de trabajo conjunto implica el ajuste de las políticas y programas de cada sector en la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia. Por lo general, apunta a una red más horizontal de trabajo entre los sectores; con una instancia más formal de trabajo; y una fuente de financiamiento compartido. Esto es de gran importancia, ya que para crear sinergias (o al menos para evitar antisinergias) dentro de la administración pública es necesario tener una visión más amplia de los temas o problemas comunes, sobre todo cuando se trata de desarrollar una nueva racionalidad, como lo es la acción intersectorial. No es suficiente que exista la planificación y definición de responsabilidades

conjuntas entre los sectores involucrados. También es esencial que este entendimiento se reafirme en los planes y presupuestos de cada uno de ellos.

- Relaciones basadas en la “*Integración*”, lo que implica generalmente la definición de una nueva política o programa en conjunto con otros sectores. De este modo, la acción intersectorial se define no solo por la ejecución o aplicación de políticas conjuntas, sino también por la formulación y el financiamiento conjuntos sobre la base de un objetivo social común.

Este abordaje se aproxima a la tipología elaborada por Corbett y Noyes (2008), la que distingue diferentes intensidades de las relaciones interinstitucionales (comunicación, cooperación, coordinación, colaboración, convergencia y consolidación) según cuáles sean los propósitos perseguidos por las políticas o programas. Específicamente, estos autores observan que mientras más transformadores en carácter sean los programas y los organismos, menos tiendan a la entrega de beneficios específicos y más al cambio de comportamiento, más requieren de cambios profundos en los propios sectores y relaciones muy intensas entre ellos.

También este abordaje es coherente con los modelos heurísticos construidos por Horwath y Morrison (2007) y por Winkworth y White (2011), entre otros. Estos últimos, a partir de varias tipologías de colaboración, identifican tres grados amplios de colaboración entre sectores: trabajo en red (“networking”), coordinación e integración y resaltan que el grado de intersectorialidad exige estar alineado con los propósitos específicos que se persiguen. Así, por ejemplo, si el propósito es enfrentar un alto nivel de riesgos para los niños, mayor debe ser el grado de colaboración necesario dentro y entre los sistemas para proteger a esos niños. Asociada a lo señalado, emerge la hipótesis siguiente:

Hipótesis 2: No existe un solo tipo de relación o trabajo conjunto entre los sectores, sino más bien diferentes grados o intensidades de la intersectorialidad

En suma, dado el estado del arte sobre los tipos de relación entre sectores podemos decir que los grados de



la intersectorialidad estarían asociados a la complejidad y profundidad de los propósitos perseguidos.

De acuerdo con lo anterior, y considerando además los altos costos (de tiempo, de organización, financieros, etc.) de la intersectorialidad, solo correspondería buscar una integración entre los sectores cuando el problema es altamente complejo, cuando hay que lidiar con grandes niveles de vulnerabilidad y cuando son necesarios cambios profundos en el comportamiento de los individuos, sus familias y su entorno.

Por otro lado, la búsqueda de grados menores de colaboración intersectorial puede ser la “mejor” estrategia cuando no se cumplen las condiciones anteriores. Sin embargo, también podría ser “parte” de una estrategia de integración. Tras esta idea subyace el supuesto de que un determinado nivel de colaboración puede, eventualmente, conducir a otro superior. Entonces, el problema mayor se daría cuando, en la práctica, la estrategia de colaboración adoptada no correspondiera con los propósitos específicos de cambio social perseguidos.

Todo lo señalado nos permite destacar otra hipótesis, a saber:

Hipótesis 3: El grado o la intensidad de la intersectorialidad entre los sectores exige estar acorde con el tipo de propósito perseguido por la política pública así como con el contexto en que se desarrolla

Ahora bien, aun cuando esta correspondencia no se produzca siempre, es evidente que en las políticas o programas que persiguen abordajes integrales del desarrollo humano la integración constituye el tipo de relación intersectorial más apropiado. La pregunta clave al respecto es cómo se produce la integración.

5.3 Modelos de intersectorialidad. ¿Qué se debe analizar?²

Suponemos que por lo menos tres variables inciden en la modelación de la intersectorialidad entendida como integración de los sectores gubernamentales en pos

del cumplimiento de propósitos de transformación integral que pueden incidir en la equidad. Ellas son: el grado de inclusividad del ciclo de políticas, el grado de mancomunidad en la ejecución de las acciones y el grado de alteración de las formas organizacionales previas. Las examinaremos a continuación, mostrando sus posibles alcances y, a la vez, dando cuenta que ellas se constituyen tanto en causas como en resultados de la intersectorialidad.

a) Grado de inclusividad en el ciclo de formación, presupuestación y evaluación de las políticas

En general, hay acuerdo en que cuando está planteada una acción intersectorial, un primer cambio remite a la manera como se definen los problemas y se planifican las soluciones. En términos más amplios, a partir de una revisión integral de la literatura especializada, Bryson et al. (2006: 47, citados en Cunill, 2014) plantean que “la forma y el contenido de los acuerdos iniciales de colaboración, así como los procesos utilizados para formularlos, afectan los resultados del trabajo colaborativo”.

En este sentido, la necesidad de planificación conjunta es reseñada por la mayoría de los especialistas que abordan la cuestión de la intersectorialidad. También se remarca que para adoptar una racionalidad integradora hay que introducirla en el presupuesto, ya que los rubros por especialidades chocan con la pretensión de intersectorialidad.

En los sistemas de evaluación del desempeño se necesita un cambio similar debido a que si estos imponen resultados solo por sectores, o bien se circunscriben a medir productos (*outputs*) en vez de impactos (*outcomes*), la intersectorialidad encuentra serias dificultades para desplegarse. También porque una responsabilización (*accountability*) colaborativa necesita un sistema de medición que documente los resultados conjuntos a lo largo del tiempo.

Un *sistema unificado de administración* a partir de objetivos compartidos claramente identificados, constituiría la expresión de una integración plena; o sea, se traduciría propiamente en “inclusividad del ciclo de políticas”. Ella, por tanto, supondría que las formas de planificación,

² Este punto está basado en Cunill (2014). Las referencias a otros autores se encuentran en el referido documento.



de formulación del presupuesto y de seguimiento y evaluación han dejado de ser sectoriales pasando a ser intersectoriales. Así, cuando encontramos inclusividad, estaríamos constatando tanto un resultado (o expresión) de la intersectorialidad, como una causa de ella.

b) Grado de mancomunidad en la ejecución de las políticas

En términos generales, una mancomunidad remite a la unión, en este caso de sectores, para conseguir un fin común, teniendo en cuenta que se pueden unir personas, fuerzas o caudales para un fin. En este sentido, cuando aludimos a ella, el énfasis está en lo que comparten los sectores en la fase de ejecución de las políticas.

Al respecto, donde hay más consenso es en que la acción intersectorial implica la existencia de sistemas o mecanismos que faciliten el *intercambio de información y de financiamiento*. No obstante, la mancomunidad puede expresarse solo en un compromiso de ejecución de acciones en función de un mismo objetivo o sencillamente en la *normalización de ciertos procesos* de modo de hacer previsible y uniforme su realización.

El caso de mayor integración en la fase de ejecución de las acciones estaría dado por *compartir recursos, responsabilidades, acciones, y sistemas unificados de información*. En este caso, la integración se expresaría propiamente en mancomunidad.

c) Cobertura de las estructuras orgánicas suprasectoriales e intersectoriales

Los arreglos intersectoriales pueden constituir una parte “soft” de la *organización* (por ejemplo, un comité interministerial) o pueden implicar *alteraciones profundas en las estructuras organizativas* y las metodologías de trabajo de cada sector involucrado al punto de dar lugar a una nueva estructura. Pueden incluso traducirse en la creación de una entidad diferente que fusione a todas las anteriores. De cualquier manera, la variada literatura

sobre colaboración interagencial llama la atención sobre la necesidad de establecer al menos “arreglos comunes de gobernanza”, o sea, espacios o instancias donde los sectores involucrados en una acción intersectorial puedan a lo menos expresar sus intereses y tratar de zanjar sus diferencias.

Sobre la base de los aspectos señalados, se propone una nueva hipótesis:

Hipótesis 4: Los modos de organización, gestión, y formas de financiamiento de la intersectorialidad inciden en su intensidad y resultados

Si tenemos en cuenta todo lo anterior, la integración propiamente dicha se produciría cuando entre los sectores gubernamentales hay inclusividad en la formación y evaluación de las decisiones, mancomunidad en su ejecución, y estructuras para la gobernanza común. Por tanto, ella implica diseños y planificación compartida; arreglos de financiamiento comunes (*joint budget/ cofinanciamiento* vía financiamiento delegado a un tercer órgano/convenios de transferencia de recursos desde una autoridad central/reorientación de asignaciones presupuestarias preexistentes, entre otros); evaluación compartida; y estructuras de gobernanza intersectorial.

5.4 La participación social y la intersectorialidad

Por otra parte, cabe destacar que la implicación del público—sujeto, al menos en las fases de planificación y evaluación, constituye un asunto crítico para el éxito de la colaboración intersectorial y para su sustentabilidad (ver Cunill, 2005 y 2009; Solar et al., 2009).

Es importante, sin embargo, tener en cuenta que también el enfoque hegemónico acerca de la salud tiende a influir en la propia concepción de la participación social. La figura 2 siguiente ilustra las posibles relaciones (propuesto por Solar et al 2009).



Figura 2. Visión de salud y sociedad y su relación con la modalidad de participación social



Fuente: Solar et al. (2009).

Como se puede apreciar, en una visión de la salud orientada a las intervenciones sobre enfermedades también suele prevalecer una lógica informativa en relación con la población y la sociedad civil y, por lo tanto, un modelo puramente informativo de la participación social, que excluye el control social.

Cuando la visión de la salud se asocia solo a la prevención y promoción de la salud, la lógica de la participación tiende a construirse básicamente sobre la base de la difusión, información y asesoramiento, teniendo como objetivo central cambiar los comportamientos y hábitos de la población.

En cambio, cuando el centro de atención es la producción social de la salud, la participación social adopta un carácter estratégico, se basa en la deliberación y busca el empoderamiento de la ciudadanía para la transformación social.

Considerando lo anterior, formulamos la hipótesis siguiente:

Hipótesis 5: Existe sinergia entre la participación social y la intersectorialidad, sobre todo para avanzar en el logro de la equidad en la salud

Teniendo en cuenta dicha hipótesis, para caracterizar una experiencia de intersectorialidad en pro de la equidad en salud, será necesario considerar cuáles son los estilos de participación social que posibilitan procesos de empoderamiento de los actores involucrados, en vez de la simple integración de los mismos en un sistema que puede ser excluyente. Como señala Villalba, pág. 10 (2006), “la cuestión fundamental no reside en medir cuán participativa es una estrategia, sino en analizar qué condiciones han de cumplir los procesos de participación popular para impulsar un mayor empoderamiento, desarrollo y bienestar”. La clave, por tanto, no está solamente en ver cuántas posibilidades existen de influenciar y controlar la toma de decisiones en mayor o menor medida, sino en buscar las vías por las que la mayoría de la población obtiene los medios para definir los términos y la naturaleza misma de su participación (Kaufman y Dilla, 1997).



Villalba (2006) señala que un aspecto a destacar al tratar de evaluar el alcance de la participación es establecer si se considera a ésta simplemente como una herramienta, más o menos eficaz, o si tiene un valor intrínseco y consustancial para los fines últimos perseguidos. En el primer caso, la participación es vista como una técnica adecuada para obtener una mayor eficacia de los proyectos, mientras que en el segundo caso, la participación supone un proceso que aumenta la capacidad de las personas para mejorar su propia vida y facilita el cambio social a favor de los marginados (Cleaver, pág. 598 1999).

En el cuadro 2, Villalba (2006) resume en la primera columna cuatro niveles de participación según los intereses en la misma, ligados a la consideración de los medios y los fines. En la segunda, resume la función que cumple cada tipo de participación. En la tercera columna se presentan los intereses al fomentar la participación de los sectores poderosos de “arriba” hacia los sectores populares de “abajo”. En la cuarta columna, los intereses por participar en el sentido inverso. En la quinta, cómo son vistos los sujetos participantes.

Es necesario hacer dos precisiones en relación con este esquema. Una es que lo que allí aparece como participación “representativa” emerge de una clasificación de posibles formas de participación según sus funciones y los intereses que pone en juego. Sin embargo, la representatividad social constituye en sí misma uno de los más importantes desafíos a los que se enfrenta la participación, sobre todo cuando se expresa en la constitución de órganos (tipo comisiones, consejos, comités, etc.) donde solo unos pocos pueden entrar. Las desigualdades socioeconómicas tienden a traducirse en desigualdades políticas, por lo que los canales de participación ciudadana suelen ser copados por intereses organizados y reproducir las pautas de exclusión social. Esto se refrenda cuando en la designación de los “representantes” se busca expresamente que ellos sean funcionales para los intereses dominantes (véase, por ejemplo, hallazgos empíricos en Cunill, 2010a). De hecho, uno de los asuntos más críticos que concierne a la participación ciudadana es lograr la representación de los sectores no organizados, de las minorías, y del ciudadano “de a pie”, cuestión que debe enfrentarse a fin de minimizar las asimetrías en la representación. Las

decisiones que conciernen al tipo de representación son también claves. Esto, teniendo en cuenta que pareciera no tener los mismos efectos sobre la democratización de los procesos decisivos que la representación sea funcional, territorial o mixta.

Una segunda precisión se refiere al propio empoderamiento. Una versión restringida del empoderamiento trataría sobre la capacidad de las personas para ser más autosuficientes y depender menos de la prestación estatal de servicios, con la consabida justificación del fomento de las privatizaciones. En cambio, una noción más radical del empoderamiento se centraría en la movilización de la sociedad de abajo hacia arriba, como un desafío a los intereses hegemónicos dentro del Estado y el mercado (Mohan y Stokke, 2000). De hecho, Villalba (2006) destaca que la perspectiva marxista realza que el poder político en una sociedad capitalista no puede ser separado del poder económico, por lo que el empoderamiento de las capas sociales marginadas tiene inherentemente limitadas sus posibilidades bajo el capitalismo.

5.5 La coordinación intergubernamental: la relación entre el nivel nacional y los niveles subnacionales

Tempranamente, en el marco de la necesidad de políticas de salud para todos, hubo conciencia de que la construcción de una política nacional de salud (OMS, 1990) tenía entre sus factores más críticos las relaciones entre el nivel nacional y los niveles subnacionales. Una de las lecciones que deriva de diversas experiencias extrarregionales es la importancia de utilizar estrategias y mecanismos diversos para fomentar la colaboración en el gobierno y sus distintos niveles (Organismo de Salud Pública del Canadá y OMS, 2010).

Este asunto, según lo hemos podido constatar, tiene en América Latina una importancia clave, tanto por la emergencia de políticas integrales de protección social cuya implementación se confiaba a instancias subnacionales, como por los significativos roles concedidos a los municipios para llevar a cabo acciones intersectoriales en salud en el marco de políticas locales de desarrollo social. Todo ello, a su vez en contextos donde la descentralización

Cuadro 2. Formas de participación, funciones e intereses asociados

Forma	Función	Intereses de arriba a abajo	Intereses de abajo a arriba	Participantes vistos como
Nominal	Exhibir	Legitimación	Inclusión	Objetos
Funcional	Mostrar			
Instrumental	Medio	Eficiencia	Reducción costos	Medios
Representativa	Representación	Sostenibilidad	Influencia	Actores
	Voz	Información	Rendición de cuentas	
Transformadora	Medio y fin	Empoderamiento	Empoderamiento	Agentes

Fuente: Villalba (2006) a partir de White (1996) y Cornwall y Gaventa (2001).

de la salud ha constituido la norma tanto en los países federales como en muchos de los unitarios.

La literatura especializada (ver, por ejemplo, Cabrero y Zabaleta, 2009) remarca que no tiene los mismos efectos un proceso de descentralización impulsado desde arriba a uno impulsado desde abajo. En países federales del mundo desarrollado, como Alemania, Australia o Canadá, se ha tratado de un proceso de abajo hacia arriba (France, 2007). En América Latina, incluso en los países federales, la descentralización del sector de la salud ha sido casi siempre un proceso de arriba hacia abajo (Cabrero y Zabaleta, 2009; Galilea et al., 2011).

Por otra parte, algunas investigaciones realizadas en diversos países de Latino América tienden a mostrar que, en general, hay déficits de capacidades institucionales y de recursos (Galilea et al., 2011) que imponen límites a los grados de autonomía atribuidos formalmente a las municipalidades o entidades intermedias, sobre todo en el manejo de la Atención Primaria de Salud.

En este marco, uno de los asuntos más críticos en materia de implementación es dónde se inicia la formulación y la ejecución de las políticas o programas: desde el nivel de base, desde el nivel superior, o desde ambos niveles; o sea, si es un proceso “top-down”, “bottom-up”, o interactivo. Asociado a esto emerge la importancia de analizar si existe integración vertical entre los diferentes niveles gubernamentales o, al menos, coordinación intergubernamental³.

De lo señalado surge la siguiente hipótesis:

Hipótesis 6: Las relaciones entre los niveles gubernamentales (nacional y subnacionales) influyen en el desarrollo de las acciones intersectoriales

³ Si seguimos a France (2007: 392) ““Coordinar” significa hacer que diferentes gobiernos contribuyan a una actuación común y armónica, lograr que actúen de forma concertada y orientada en el mismo sentido. [...]” “La coordinación incluye tratar de reducir el riesgo de conflicto entre los niveles de gobierno cuando cada uno desarrolla las funciones y ejerce las competencias que le atribuyen la constitución o la legislación ordinaria”.



De cualquier manera, es sabido que no caben juicios absolutos sobre las bondades de la descentralización de los servicios de salud, ni se puede suponer que la coordinación colaborativa es siempre mejor que la jerárquica. Como lo sostiene France (2007: 392), “idealmente la acción de coordinación no debería ser jerárquica, sino cooperativa o de colaboración. Sin embargo, para muchas cuestiones el gobierno central puede ser el instrumento más adecuado para coordinar las acciones de los gobiernos subcentrales o para, al menos, desempeñar un papel de liderazgo al respecto”. Cuáles son tales cuestiones es un asunto clave a dilucidar, sobre todo en lo que concierne a la salud y sus determinantes sociales. En todo caso, actualmente ya no se postulan modelos polares, advirtiéndose que es indispensable la creación de sinergias entre el nivel nacional y los niveles subnacionales.

En este sentido, es clave conocer no solo la medida en que las relaciones intergubernamentales facilitan o no las acciones intersectoriales en la esfera de la salud, sino también cuáles dispositivos institucionales se han instalado para facilitar la coordinación entre los diversos niveles de gobierno.

Al respecto, parte de la literatura sostiene que la coherencia y coordinación de las políticas públicas está en gran medida determinada por la existencia de un sistema de planificación que articule, además de los sectores, al nivel nacional con los diferentes niveles subregionales, todo ello en estrecha relación con el presupuesto nacional (ver, por ejemplo, Martínez Nogueira, 2009). En América Latina encontramos países con una larga tradición en materia de planificación, como por ejemplo, Colombia y Costa Rica, mientras hay otros que la desmantelaron en las décadas de los años 70 y 80. Actualmente, sin embargo, hay una leve tendencia a su recuperación (caso de Uruguay, por ejemplo).

Por otra parte, encontramos esfuerzos por disponer de medios de comunicación permanentes entre el gobierno central y los niveles subnacionales, de tipo conferencias o consejos, para incentivar la consulta intergubernamental sobre cuestiones generales de políticas que pueden tener un impacto potencial sobre los territorios y a la vez facilitar el intercambio de información. Este tipo de figuras existen

fundamentalmente en sistemas federales como Argentina y Brasil.

Ahora bien, un estudio empírico realizado por Rey (2012) sobre el funcionamiento de tres Consejos Federales (entre ellos, el de salud) en Argentina, mostró que hay amplias variaciones en la forma en que se alcanzan acuerdos sobre cuestiones operativas de políticas; que el actor nacional siempre es influyente; y que la institucionalidad (“asignación de autoridad”) de cada sector de políticas coloca un marco dentro del cual el tipo de “liderazgo” del actor nacional y la “identidad profesional” entre actores determinan el grado de variación en la articulación conseguida. El conjunto de los hallazgos muestra que, en términos teóricos y metodológicos, para estudiar las instancias de encuentro entre distintos niveles jurisdiccionales y determinar cuáles son más eficaces conviene combinar dos tipos de abordajes: a) los determinantes institucionales; b) Los rasgos concretos de los propios actores, entre ellos sus identidades profesionales y partidarias.

Finalmente, para poder obtener un cuadro analítico más completo del grado de coordinación intergubernamental (bajo el entendido de su relación con la eficacia de la intersectorialidad en salud) hay que considerar el poder que puede ejercer el nivel central mediante transferencias a los niveles subnacionales. Fuera del ámbito latinoamericano hay “algunos países federales que hacen un uso considerable de este tipo de transferencias para promover estándares sanitarios nacionales relacionados con la cobertura, la extensión de la protección, la accesibilidad y la portabilidad geográfica de la atención sanitaria, y también para armonizar las políticas de los gobiernos subcentrales” (France, 2007: 400). En América Latina hay casos donde los recursos que aporta el nivel nacional son también clave, pero hay otros donde ellos claramente no alcanzan para lograr este tipo de influencia y, por tanto, para promover la unidad.

5.6 La funcionalidad de los tipos de liderazgo

Como hemos destacado, no es posible abstraer el papel que tienen las instituciones como constrictoras o facilitadoras de la acción colectiva. Ello porque los propósitos



colaborativos, la estructura y los resultados pueden ser radicalmente afectados por el marco institucional de cada sector gubernamental, la configuración del sistema político, la estructuración del poder ejecutivo y la ordenación política y territorial, por mencionar solo algunos (Cunill, 2014).

Sin embargo, como ya se ha sugerido, los actores por sí mismos suelen disponer de distintos márgenes de maniobra tanto para colaborar con otros como para resistirse a hacerlo. Es sabido que la autonomía organizacional suele ser visualizada (y usada) como un recurso de influencia política y que, en general, los recursos de todo tipo, incluidos el capital simbólico y el social, que controla cada sector son clave en la economía política de la intersectorialidad (quiénes ganan y quiénes pierden, cuáles son sus respectivas estrategias, cómo y dónde ejercen sus recursos de influencia, etc.) (Cunill, 2014). En este marco aparece la incidencia del liderazgo que puede ejercer un sector específico sobre los demás.

En este sentido, es importante discutir el papel del sector de la salud en la construcción de la intersectorialidad. Torgersen y Stigen (2007) refieren que la participación del sector de la salud puede adoptar diversos tipos, por ejemplo, un rol de “Líder”, que ocurriría en temas en los que el sector de la salud tiene el conocimiento sobre las medidas eficaces y puede controlar los medios para hacerlo. O bien, puede tener un papel de “Negociador” en aquellos casos en que el sector de la salud tiene conocimiento de medidas eficaces para determinados temas pero no controla la arena ni los medios para la aplicación de las medidas necesarias. Por otro lado, puede desempeñar un rol de “Socio” cuando el sector de la salud tiene conocimiento acerca de los impactos negativos de otras políticas sectoriales sobre la salud, pero no tiene conocimiento exacto de cómo deben formularse medidas para su abordaje ni dispone del control de los medios necesarios para su aplicación, como ocurre, por ejemplo, en intervenciones sobre el mercado de trabajo o en la reducción de las desigualdades sociales en el aprendizaje en las escuelas, etc.

De lo anterior surge la siguiente hipótesis:

Hipótesis 7: El desarrollo de la intersectorialidad que apunte a reducir las inequidades en salud, no requiere necesariamente del liderazgo del sector de la salud, sino de la participación de este como un socio

Desde esta perspectiva, el procedimiento más eficaz para el desarrollo de la intersectorialidad en el ámbito de la salud no necesariamente implica el liderazgo del sector de la salud. En cualquier caso, es importante determinar cuál es el tipo de liderazgo apropiado para cada situación.

6. Mecanismos para ejercer influencia sobre otros sectores y dar sostenibilidad a la estrategia

Como ya hemos mencionado, los modos de organización y gestión, así como las formas de financiamiento de la intersectorialidad inciden en su gradualidad y resultados. Aspectos tales como la modalidad utilizada para la toma de las decisiones, la forma de llevar a cabo la evaluación y el monitoreo, entre otros, juegan un papel crucial en la influencia entre los sectores y la sostenibilidad de las experiencias.

En este sentido, cabe considerar que existe una amplia variedad de mecanismos y herramientas que pueden ayudar al desarrollo de la intersectorialidad y a la sustentabilidad de las iniciativas (St. Pierre, 2009). Ejemplos de ellos pueden ser los siguientes:

- Intercambio de información entre los sectores sobre investigación, transferencia de conocimiento, retroalimentación de los resultados de la evaluación, las comunicaciones, entre otros.
- Mantener contactos para la planificación y el establecimiento de prioridades.
- Mantener contactos sobre el desarrollo y la implementación de la solución política.



- Informar sobre el progreso y la realización de la evaluación de manera conjunta.
- Obtención de la aprobación del presupuesto o los recursos de manera conjunta.

En todo caso, es importante tener en cuenta que los mecanismos de iniciación o impulsores de la intersectorialidad tienden a diferir de aquellos que son necesarios para la sustentabilidad del proceso y, por lo tanto, hay que examinarlos por separado y en los contextos específicos (OMS, 2010; Shankardass, Solar et al., 2012).

Como ya se ha mencionado, entre los mecanismos que pueden darle sustentabilidad a la intersectorialidad están las estructuras que permiten el encuentro y adhesión entre los sectores del gobierno, tales como, eventualmente, los gabinetes sociales, los comités interdepartamentales, o los comités de dirección específicos. Sin embargo, la existencia de una estructura no asegura el éxito de la iniciativa.

Otro mecanismo que facilita la existencia y la sustentabilidad de la intersectorialidad es la integración de los presupuestos. El presupuesto incluso puede actuar como un importante catalizador que da lugar a la intersectorialidad, ya sea a través de presupuestos integrados de diversos sectores, incentivos fiscales para la colaboración intersectorial, acuerdos entre sectores sobre la financiación de la estrategia compartida, entre otros.

Otro aspecto descrito que incide en la sustentabilidad se refiere a los mecanismos de seguimiento y evaluación de las intervenciones intersectoriales, ya que pueden constituirse en un espacio de coordinación y de intercambio entre diferentes sectores. Es necesario examinar y sistematizar los casos que han ejecutado experiencias de evaluación, a fin de identificar oportunidades de aprendizaje y de monitoreo de la intersectorialidad.

Finalmente, es preciso tener en consideración que también inciden en la sustentabilidad del trabajo intersectorial la capacidad y el conocimiento de las partes interesadas, su habilidad para trabajar en conjunto, así como el

comportamiento de los actores y las culturas de los diversos sectores. Por ello es que resulta relevante facilitar un proceso de formación adecuada en salud pública del conjunto de los actores, que incluya una formación sobre los determinantes sociales de la salud.

McQueen et al. (2012) señalan que la eficacia de la intersectorialidad estaría dada por su contribución a la integración de la salud en otras políticas, por lo que su eficacia debiera ser analizada luego de la decisión, cuando la acción intersectorial haya marcado una diferencia en los resultados finales o metas de la política o estrategia; es decir, cuando los resultados finales de las acciones intersectoriales se traducen en cambios en otras políticas, ya sea en su justificación, sus contenidos, su financiación y su aplicación o base legal, de manera que se logre una influencia positiva sobre la salud o los determinantes de la salud.

Se agrega a lo anterior considerar en la eficacia el grado en que el sector de la salud ha integrado en sus políticas las exigencias de otros sectores y, a la vez, si los resultados descritos en realidad han tenido impacto en la equidad en salud.

Lo mismo ocurre en sentido contrario. Bajo este marco, la evaluación del impacto sobre la salud (HIA, por sus siglas en inglés) constituye una herramienta para generar evaluaciones sistemáticas y de predicción de los efectos de las políticas no sanitarias sobre la salud, que obliga a considerar los temas de salud más allá del sector sanitario (St. Pierre, 2009). Dicha herramienta ha evolucionado, hasta incluir la dimensión del impacto sobre la equidad en salud (HEIA, por sus siglas en inglés) diseñada para determinar los efectos sobre la equidad en salud de las políticas o acciones procedentes de otros sectores. También existen variaciones sobre estas herramientas, como la evaluación del impacto en la salud ambiental y otras que incluyen consideraciones de género, sexo y diversidad para producir análisis más matizados (HEIA). Por otra parte, hay otras herramientas que se han centrado en el impacto social, por lo que enfatizan las dimensiones del bienestar en lugar de la salud exclusivamente (por ejemplo, el empleo en vez de los años de vida ajustados por



discapacidad). Sin embargo, el uso de estas herramientas en la Región ha estado casi ausente, a excepción de las evaluaciones del impacto ambiental que han sido limitadas y que suelen carecer de obligatoriedad en la aplicación de sus resultados y recomendaciones.

En todo caso, cabe tener en cuenta que ninguna experiencia es estática. A veces a un fuerte desarrollo inicial sigue una conclusión abrupta. También pueden ocurrir escalamientos de una experiencia. Es clave, por tanto, conocer la dinámica de desarrollo así como la duración de las experiencias objeto del análisis. Un cambio en la orientación ideológica del gobierno puede ser determinante a tales efectos. También la existencia o no de fundamentos legales para su continuidad.

7. La agenda actual

7.1 Nuevas políticas sociales de protección social

Actualmente en América Latina, en general amparada en marcos legales, la intersectorialidad tiende a emerger asociada a políticas nacionales (con expresión también subnacional) que expresan un esfuerzo por reconceptualizar los asuntos sociales, en términos de que su abordaje debe ser multidimensional y bajo un enfoque de derechos. De hecho, como lo sostiene Repetto (2010, 55), “en este momento histórico una de las novedades más sugerentes en el campo de la política social es que las recientes acciones (dispersas, atomizadas y muchas veces irrelevantes) destinadas a enfrentar la pobreza comienzan a dar paso a enfoques más amplios, relacionados con lo que se ha dado en llamar “protección social””. Esta engloba un conjunto de aspectos críticos anteriormente dispersos como el capital humano, los riesgos individuales y colectivos, el vínculo entre lo económico y lo social, etc., y emerge como un complemento apropiado de otras áreas de la política social, como la salud y la educación (Repetto, 2010, 55).

Las acciones del sector de la salud, al menos las que son abarcadas por este tipo de políticas sociales, se insertan en ese marco de acción al suponer que una comprensión ampliada de la protección social exige algo

más que una simple conexión o agregación de sectores gubernamentales entre sí y de estos con otros sectores. Así, como lo sostienen Repetto (2010) y Cunill (2010, 2014), entre otros, la perspectiva de la integralidad tiende a constituir la base de la intersectorialidad.

Esta última tendencia, al poner a la intersectorialidad en el centro de las nuevas políticas sociales, ofrece una ventana de oportunidad al combate contra las inequidades en salud. Sin embargo, la tendencia no es completamente uniforme como tampoco lo es la noción de protección social. De hecho, por ejemplo, coexisten dos visiones diferentes respecto de los alcances de la protección social. Uno, el tradicional, que, aunque bajo un enfoque de derechos, se focaliza solo en la pobreza y la vulnerabilidad social. Y otro, emergente, que adopta más estrictamente un enfoque de derechos humanos asociándolo a la universalidad y a la no discriminación. En paralelo, también coexisten dos visiones de integralidad. Una, que la conceptualiza como coordinación de servicios buscando que los usuarios tengan acceso a todos aquellos servicios que están disponibles. Otra, que presume que la integralidad supone una nueva manera de enfrentar la multidimensionalidad de los problemas sociales, haciendo hincapié en la transformación social y, en términos más amplios, en la relación entre los derechos políticos, sociales, económicos y culturales.

Cada una de las visiones de la protección social suele estar asociada a una determinada visión de la integralidad. Es indudable, por tanto, que su potencialidad para un trabajo intersectorial en pos de la equidad en materia de salud no es la misma. No obstante, este es un campo de debate aún abierto en la agenda actual.

7.2 Iniciativas municipales de desarrollo social

Además del creciente énfasis a nivel nacional en políticas y sistemas intersectoriales de protección social que abarcan también los niveles subnacionales, en algunos países de América Latina encontramos experiencias de trabajo intersectorial desde los propios municipios que suelen tener como fin el desarrollo social de un determinado territorio.



Este fenómeno es de más larga data y, como ya lo mencionamos, acaece básicamente en Brasil. La descentralización de los servicios de salud que ocurre desde 1987 en el ámbito de los estados de la Federación, según lo muestra Inojosa (1997), originalmente no concedía un papel importante a los municipios. Sin embargo, ellos fueron ganando funciones aunque, de modo general, tendieron a reproducir las estructuras de las secretarías estaduais y estas las del Ministerio, acompañándolas con una estructura paralela de consejos deliberativos de salud en los tres niveles de gobierno.

En cualquier caso, desde el punto de vista organizativo, varias secretarías municipales de salud introdujeron el concepto de distrito sanitario o “Silos”, orientado a poblaciones y grupos de riesgo, mediante la articulación de acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, y su vinculación con la gestión de otras políticas presentes en el área (Inojosa, 1997).

El balance que hace Inojosa de tales iniciativas hasta el año 1997, pasados diez años del inicio efectivo de

ese proceso, da cuenta de numerosas evaluaciones positivas en gobiernos municipales que buscaron, con relativa independencia, asumir la gestión del sistema local de salud. Sin embargo, la autora concluye que “Es justamente en esos municipios cuyas evaluaciones fueron positivas, donde pueden observarse mejor los límites de un proyecto que ambicionaba ser la punta de lanza de un proceso de desarrollo social y que quedó reducido a un sector” (Inojosa, 1997, 4).

Actualmente, según lo hemos señalado también, se están emprendiendo en diversos países iniciativas que trascienden (aunque lo incluyen) al sector de la salud y que suelen estar impulsadas por los propios gobiernos subnacionales, muchas veces, con el respaldo e incluso el apoyo directo de las instancias centrales. Es indudable que también el análisis de esta tendencia, aún en desarrollo, reviste suma importancia en el marco de las posibles ventanas de oportunidad de la acción intersectorial en pro de la equidad, especialmente cuando converge con un esfuerzo más amplio de transformación social.



Referencias

- Cabrero Mendoza, E. y Zabaleta Solis, D. (2009), ¿Cómo construir una mística intergubernamental en la política social? Análisis de cuatro experiencias latinoamericanas, en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N° 43, febrero.
- Castell Florit Serrate P. (2007), *La intersectorialidad en la práctica social*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- CEPAL (2009), América Latina y la protección social: avances y desafíos para su consolidación. Borrador para comentarios. Taller de Expertos “Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones”. Santiago, Chile.
- Christensen T.; Per Læg Reid (2007), Reformas post nueva gestión pública. Tendencias empíricas y retos académicos, en *Gestión y Política Pública*, Cide, México, Vol. XVI , N°2, pp. 539-564.
- Cleaver F. (1999) Paradoxes of participation: Questioning participatory Approaches to development, *Journal of International Development*, J. Int. Dev. 11, 597-612.
- Corbett, T.; Noyes, J. L. (2008), Human Services Systems Integration: A Conceptual Framework. Discussion Paper no. 1333-08, Institute for Research on Poverty, Universidad de Wisconsin, Madison.
- Cunill-Grau, N. (2014), La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual, en *Gestión y Política Pública*, CIDE, México.
- Cunill-Grau, N. (2012), ¿Qué ha pasado con lo público en los últimos 30 años? Balance y Perspectivas, en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N° 52, febrero.
- Cunill-Grau, N. (2010), Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública, en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N° 46, febrero.
- Cunill-Grau, N. (2010^a), “La gobernanza democrática en la administración federal brasilera. Una valoración de la contribución a la accountability y a la democratización de la gestión pública de los modelos de participación implantados”. Relatorio N°2 (noviembre 2010). Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão da Brasil / World Bank / PNUD. Brasil.
- Cunill-Grau, N. (2009), Contraloría social y derechos sociales: el desafío de la integralidad, en *Gestión y Política Pública*, Cide, México, Vol. XVIII, N° 1.
- Cunill-Grau, N. (2005), “La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social”. Trabajo elaborado por encargo del Diálogo Regional de Política del Banco Interamericano de Desarrollo, BID. Washington, D.C. Información disponible en: <http://www.clad.org.ve/siare/innotend/intersec.html>).
- Deacon, B. et al., (2005), Copenhagen Social Summit ten years on: The need for effective social policies nationally, regionally and globally, GASPP Policy Brief 6. Helsinki: Globalization and Social Policy Program, STAKES.
- Delamaza, G. (2005), *Tan lejos, tan cerca. Políticas públicas y sociedad civil en Chile*. Santiago: LOM Ediciones.
- France, G. (2007), Coordinación de las políticas de salud en países con sistemas descentralizados de gobierno, en *RevAdmSanit*, 5(3):391-406.

Galilea, S.; Letelier, L.; Ross, K. (2011), Descentralización de servicios esenciales. Los casos de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México en salud, educación, residuos, seguridad y fomento. Documento de Proyecto CEPAL/GIZ, CEPAL, Santiago.

Gillies, P. (1998), Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion, en *Health Promotion International* 13(2):99-120.

Gostin, L. O. (2010), *Public Health Law and Ethics: A Reader* (Chapter Mapping the issues). California: Milbank Books on Health and the Public.

Graham, H. Tackling Inequalities in Health in England: Remedying Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients?; *Journal of Social Policy* 33(1):115-31; 2004. Información disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.

Graham, H.; Kelly, M. P. (2004), Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Briefing paper NHS Health Development Agency.

Horwath, J.; Morrison, T. (2007), Collaboration, integration and change in children's services: Critical issues and key ingredients, en *Child Abuse & Neglect* 31 (1) 55–69.

Inojosa, R. M. (1997), A gestao de políticas de desenvolvimento social: aspectos organizacionais do aparato do Estado. Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 2 (1997 oct. 15-18: Margarita).

Kaufman, M.; Dilla, A. H. (1997), *Community Power and Grassroots Democracy. The Transformation of Social Life*. Londres: Zed books.

Leppo, K.; Ollila, E. (2013), *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. Finland, Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Longo Martínez, F. (2002), "Marco analítico para el diagnóstico institucional de sistemas de servicio civil". III Reunión de la Red de Gestión y Transparencia de la Política Pública "La Reforma del Servicio Civil", BID. Diálogo Regional de Política, Washington, 14 y 15 de noviembre.

MAC Report 2004. The Federal Government's Management Advisory Committee (MAC). Información disponible en: http://www.apsc.gov.au/_data/assets/pdf_file/0006/7575/connectinggovernment.pdf.

Martínez Nogueira, R. (2009), La coherencia y la coordinación de las políticas públicas: aspectos conceptuales y experiencias. Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 14, oct. 27-30: Salvador-Bahía.

Meijers, G.; Stead, D. (2004), Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? En: *A Multi-disciplinary Review*.

McQueen, W.; Lin, V.; Jones, C. M.; Jones D. (2012), *Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, Actions and Experiences*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Mkandawire, T. (2005), Targeting and Universalism in Poverty Reduction. Ginebra: United Nations, Research Institute for Social Development, Paper n° 23.

Mohan, G.; Stokke, K. (2000), Participatory development and empowerment: the dangers of localism, en *Third World Quarterly*, vol.21, n.2 pp 247-268.

Organismo de Salud Pública del Canadá y OMS (2008), *Equidad en salud a través de la acción intersectorial: un análisis de estudios de casos en 18 países*. ISBN: 978-0-662-04084-2.

Organismo de Salud Pública del Canadá y OMS (2010), Movilización de la acción intersectorial para la promoción de la salud: El caso de la iniciativa ActNowBC en Columbia Británica, Canadá, ISBN: 978-0-662-03362-2. Información disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca>.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978), Alma Ata Atención Primaria de la salud, Salud para todos, en Series "Salud para Todos N° 1" ISBN 92 4 3541358.

Ramos Rodríguez, R. M. (2001), Reflexiones sobre la intersectorialidad como estrategia para la salud: Conocimientos complejos para realidades complejas, en *Salud problema*. Numero 10-11; Nueva Época, Año 6, junio- diciembre del 2001.

Repetto, F. (2010), "Coordinación de políticas sociales: abordaje conceptual y revisión de experiencias latinoamericanas", en: C. Acuña (comp.), *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina*. Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros – Presidencia de la Nación.

Repetto, F. (2005), "La dimensión política de la coordinación de programas y políticas sociales: una aproximación teórica y algunas referencias prácticas en América Latina", en F. Repetto (ed.), *La gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social en América Latina*. Ciudad de Guatemala: INDES – Guatemala.

Rey, M. (2012), Federalismo y mecanismos de articulación intergubernamental: el funcionamiento de los consejos federales en Argentina, en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N° 55, febrero, pp. 71-108.

Shankardass, K.; Solar, O.; Murphy, K.; Greaves, L.; O'Campo, P. (2012), A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments, en *International Journal of Public Health* (2012) 57:25-33.

Skocpol, T. (1991), "Targeting within Universalism: Politically viable policies to combat poverty in the United States", en Jencks C, Peterson PE (ed.), *The Urban Underclass*. Washington, D.C.: The Brookings Institution, pp. 411-436.

Solar, O.; Valentine, N.; Rice, M.; Albrecht, D. (2009), Moving forward to equity in health: what kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Prepared for the 7° Global Conference for Health and Development "Closing the Implementation Gap", 26-30 octubre del 2009, Nairobi, Kenya.

Solar, O.; Valentine, N. (2010), Intersectoral action for tackling the social determinants of health: an approach to an intersectoral typology for improving health equity with examples from different practice settings. Manuscrito no publicado.

Solar, O.; Irwin A. (2007), A conceptual framework for action on the social determinants of health, en Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

St. Pierre, L. (2009), Governance Tools and Framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education and European Observatory on Health Systems and Policies. Información disponible en: http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework.pdf.

Stronks K. Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: The Dutch case. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, 30 (s59): 21-5.

The Aspen Institute (2013). Información disponible en <http://www.aspeninstitute.org/policy-work/health-biomedical-science-society/health-stewardship-project/principles/health-all>.

Torgersen, T.; Stigen, T. O. (2007), Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health. The Norwegian Case. Información disponible en: http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/casestudies/en/index.html.

United Nations (2012), Taking a whole of-government approach, Chapter 3, en *United Nations E-Government Survey 2012*. Información disponible en <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un-dpadm/unpan048582.pdf>.

Villalba, E. U. (2006), El empoderamiento entre la participación en el desarrollo y la economía social. Presentación Congreso celebrado en Bilbao bajo el título “El desafío del desarrollo humano. Propuestas locales para otra globalización”.

Villoria, M. (2013), La transformación del Estado para el desarrollo en Iberoamérica. Introducción conceptual. CLAD (en publicación).

World Health Organization (WHO) (1984), Intersectoral Linkages and Health Development. Cases Studies in India (Kerala state), Jamaica, Norway, Sri Lanka and Thailand. WHO. Gunatilleke, Godfrey, Marga Instituto, Colombo, Sri Lanka. Información disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39692/1/WHO_OFFSET_83.pdf?ua=1.

World Health Organization (WHO) (1990), Consultation of countries with national health for all policy documents. Report on a WHO meeting, Sofia, 12-13 diciembre 1989.

World Health Organization (WHO) (2010), Intersectoral action to tackle the social determinants of health and the role of evaluation. Report of the first Meeting of the WHO Policy Maker Resource Group on Social Determinants of Health, Viña del Mar, Chile, 27-29 enero 2010.

World Health Organization (WHO) (2013), Health Promotion. Información disponible en: <http://www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>.

World Health Organization (WHO) and the Government of South Australia (2010), The Adelaide Statement on Health in All Policies: Moving towards a Shared Governance for Health and Well-being, en *Health Promot. Int.*, 25(2):258-260.

Winkworth, G.; White, M. (2011), Australia's Children 'Safe and Well'? Collaborating with Purpose Across Commonwealth Family Relationship and State Child Protection Systems, en *Australian Journal of Public Administration*, mar 2011 vl 70 is 1 pp:1-14.

