
Libro blanco

Salud en todas las políticas: del plano local al plano mundial

Versión preliminar 1

Esta versión preliminar es un documento de trabajo que se ha elaborado en preparación para la Consulta de expertos sobre la salud en todas las políticas, que tendrá lugar en Washington, D.C., del 31 de marzo al 1 de abril del 2015, organizada por la Organización Panamericana de la Salud. No se puede reseñar, resumir, citar, reproducir, transmitir, distribuir, traducir o adaptar, ni en su totalidad ni en parte, de cualquier forma o por cualquier medio. Las opiniones expresadas en este borrador no representan necesariamente el criterio, las políticas ni los puntos de vista de la Organización Panamericana de la Salud. Véase más información sobre la Consulta de expertos sobre la salud en todas las políticas en :

www.paho.org/hiap

Pueden enviarse comentarios sobre la versión preliminar a la Organización Panamericana de la Salud antes del 1 de mayo del 2015, al siguiente correo electrónico: fortune@paho.org

Salud en todas las políticas locales:
Antecedentes y opciones para la acción

Resumen y guía para la lectura

Este documento oficial proporciona a los gobiernos locales opciones y oportunidades para establecer y aplicar el enfoque de Salud en todas las políticas (STP).

Estas opciones y oportunidades son primero firmemente fundamentadas con una serie de ejemplos mundiales y una base de datos que los sustentan, como:

- El reconocimiento de la necesidad de abordar problemas complejos de salud, equidad y desarrollo mediante respuestas con políticas integradas.
- La acumulación de conocimientos acerca de los múltiples niveles (sociales, políticos y económicos) de la naturaleza de los determinantes de la salud y los datos probatorios sobre 'lo que funciona'.
- Una apreciación más completa de las conexiones entre la economía y la salud en cada nivel de la sociedad.
- El apoyo sostenido a la acción integral en el campo de la atención primaria de salud, la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Y lo que tal vez sea más importante e interesante: en una época de globalización parece que el gobierno local se ha fortalecido y empoderado para actuar de manera concertada con la sociedad civil.

El documento procede a describir los parámetros básicos de la STP. En los diferentes países y las diversas comunidades, existen criterios operativos muy variados. La perspectiva general es que es *un criterio innovador de colaboración entre los sectores en la formulación de políticas públicas en una buena asociación*. Esto puede incluir la acción para la *equidad en salud*, el logro de *sinergia*, la *rendición de cuentas* y nuevas maneras de *integración*. En las Américas, hay abrumadores datos probatorios de que la acción intersectorial impulsa la STP y que el actual contexto social, cultural, económico y político es terreno fértil para que los gobiernos locales emprendan acciones y políticas integrales encaminadas a lograr la salud y la equidad en salud. La estrategia de la OPS de impulsar un Plan de Acción de STP en cada nivel de gobernanza es oportuna y apropiada.

Esta larga introducción conduce a la discusión central del documento, que examina y recomienda:

1. Definir la necesidad y las prioridades de la STP a nivel local.
2. Planificar medidas para conectar, integrar y definir el alcance de la agenda de la política integral.
3. Identificar las estructuras, los procesos y las agendas existentes propicios para su aplicación.
4. Facilitar la evaluación y la participación de los recursos humanos de la sociedad civil.
5. Garantizar el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes.
6. Crear capacidad duradera.

En relación con cada una de estas recomendaciones, consideramos que la acción deliberada y planificada, en concertación con la sociedad civil y con respeto a ella, es importante y factible. La visión y el liderazgo para la STP a nivel local serán inspirados por evaluaciones transparentes de las necesidades, el establecimiento de prioridades, el seguimiento y la evaluación, que incluyen la presentación de informes y la acción operativa receptiva.

Índice

Resumen y guía para la lectura	3
1. La salud es un recurso social, requiere una acción amplia	5
2. El progreso de la política y la acción integrales complejas	7
3. La STP como culminación mundial y local del desarrollo.....	11
3.1 La atención primaria de salud y sistemas locales integrados de salud	12
3.2 El desarrollo de la comunidad y sus recursos humanos	13
3.4 El desarrollo económico y la función del Banco Mundial.....	16
3.5 La equidad en materia de salud	19
3.6 La globalización y el surgimiento de lo local	21
3.7 Síntesis: seis corrientes interrelacionadas confluyen en la cuenca de la STP	22
4. Cinco elementos que permiten al gobierno local poner en práctica la STP	24
4.1 La base de datos sobre la promoción de la salud	24
4.2 La cobertura universal de salud	25
4.3 Los determinantes de la salud	26
Reflexión sobre los compartimentos... y la forma de superarlos	29
4.4 De los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible	30
5. La salud en todas las políticas: los últimos adelantos y las oportunidades locales	32
5.1 La ventaja de la OPS/AMRO	32
5.2 Política y acción.....	33
5.4 Planificar las medidas para conectar, integrar y definir el alcance de la agenda de la política integral.....	41
5.5 Identificar las estructuras, los procesos y las agendas existentes propicios para su aplicación	43
5.6 Facilitar la evaluación y la participación de los recursos humanos de la sociedad civil	44
5.7 Garantizar el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes.....	46
5.8 Crear capacidad duradera.....	48
6. El viaje hacia adelante	49
Referencias	50
Apéndices.....	51
Apéndice: Términos usados en la publicación finlandesa de la Unión Europea sobre la STP	52

1. La salud es un recurso social, requiere una acción amplia

Las personas sanas son un recurso importante para la sociedad. Las comunidades sanas son comunidades prósperas, no solo en términos económicos (porque pueden contribuir de manera más amplia a acumular sus recursos comunes) sino sin duda también en cuanto al desarrollo social y la capacidad de recuperación para hacer frente a los cambios y los retos en sus entornos sociales y naturales. Las sociedades y las comunidades con altos niveles de buena salud tienen capacidad de recuperación y pueden afrontar mejor la adversidad.

Se encuentra una expresión firme de la naturaleza de esa perspectiva de la salud en la definición establecida en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948):

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

A pesar de esta amplia definición de la salud, en muchos países el sector de prestación de servicios de salud (o de cuidado de los enfermos) no incorpora plenamente estos criterios y sus consecuencias. La mayoría de los establecimientos de atención de salud se concentran en el tratamiento individual y la prevención de enfermedades y afrontan el desafío de adoptar un modelo social completo de la salud. En todo el mundo, la industria de prestación de servicios de salud se ha convertido en un sector económico dominante por derecho propio y los esfuerzos para incluirla en las medidas para promover la salud comunitaria (en lugar de solo la curación y la prevención de enfermedades) enfrentan fuertes creencias basadas en la salud individual.

La importancia de la industria de prestación de servicios de salud también significa que su participación en la formulación de políticas para la salud (más allá de los programas para tratar enfermedades o trastornos) es indiscutible y a menudo constituye un recurso inexplorado en la formulación de políticas.

Ese criterio ha sido sistemáticamente preconizado por la Organización Mundial de la Salud desde la aprobación de la Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de Salud en 1978, la cual ha sido periódicamente reafirmada ante los cambios políticos mundiales posteriores.

El microbiólogo y filósofo René Dubos reconoció el profundo punto de contacto entre la salud individual y social y definió la salud como

“... la expresión de la medida en que el individuo y la sociedad mantienen la disponibilidad de los recursos necesarios para satisfacer las exigencias del futuro.

El gobierno local es una expresión e instrumento del establecimiento de prioridades para la configuración de esos recursos. Esto se lleva a cabo mediante la formulación de políticas y la gestión de los recursos sociales y ambientales. En los últimos decenios, el creciente cúmulo de datos sobre los determinantes sociales, políticos y económicos de la salud bien

puede permitir al gobierno local tomar medidas decisivas mejor que otros niveles de gobierno y gobernanza.

Los determinantes de la salud se extienden mucho más allá del funcionamiento del sistema de atención de salud e incluyen el suministro y los niveles de educación, la disponibilidad y las normas de trabajo y empleo, la calidad del medio ambiente construido y natural, cosas “intangibles” como el sentido de comunidad y solidaridad expresado en el “capital social” y los gradientes sociales generales entre los extremos más altos y más bajos del espectro socioeconómico.

Las familias y las comunidades y sus representantes en los gobiernos locales sufren y gozan más directamente las consecuencias negativas y positivas de sus decisiones sobre cómo se configuran sus vidas en todos estos ámbitos. Los problemas complejos y correlacionados requieren respuestas complejas e integrales. En los siguientes capítulos, examinaremos, analizaremos y discutiremos adónde podrían conducirnos estas apreciaciones.

MENSAJE LOCAL DE LA STP

La salud es un recurso. Las comunidades y sus gobiernos locales pueden y deben colaborar para permitir que ese recurso alcance su pleno potencial. Esto trasciende los límites disciplinarios y sectoriales tradicionales. El gobierno local está especialmente bien situado para adoptar medidas.

2. El progreso de la política y la acción integrales complejas

Desde los años sesenta, los análisis del funcionamiento de la sociedad moderna y sus estructuras institucionales (gobernanza, democracia, liderazgo, etc.) han demostrado que las tradicionales respuestas sectoriales (a veces llamadas “compartimentadas”) y verticales (de arriba hacia abajo) tal vez tengan éxito a corto plazo, pero no pueden abordar la naturaleza sistémica de las causas de los problemas. La consecuencia de esos análisis ha sido un llamamiento a una mejor integración en los ámbitos de, entre otros, la definición de problemas, la formulación de políticas y una acción más integral.

En un nivel *abstracto*, se ha encontrado la solución en conceptos tales como los “sistemas pensantes”, la “ciencia de la complejidad” y la identificación de los problemas como “perversos”, “enrevesados” o “nebulosos”. En la *formulación de políticas*, esos términos se han traducido en perspectivas sobre “la totalidad del gobierno”, el “gobierno conjunto”, el “gobierno integral”, el “gobierno horizontal” y, en el caso de la salud, la “política pública favorable a la salud” y la “salud en todas las políticas”. En términos de la *acción* (es decir, para el desarrollo de intervenciones específicas) han aparecido términos como acción “estratégica”, “integral”, “multisectorial” o “intersectorial”.

En la bibliografía científica vemos esfuerzos importantes por establecer distinciones entre todos estos términos. Los analistas también sugieren la formas en las cuales se interrelacionan. Una publicación canadiense comienza este análisis con una descripción (proveniente de Australia) de la “gobernanza integrada”:

La gobernanza integrada describe la estructura de relaciones oficiales e informales para la gestión de los asuntos mediante enfoques de colaboración (conjuntos) que pueden ser entre dependencias gubernamentales, o entre niveles de gobierno (local, estatal y de la Commonwealth) y/o el sector no gubernamental.

Esto describe los principios generales que impulsan las respuestas tanto de políticas como de intervenciones a problemas de sistemas complejos en el desarrollo sanitario: la gestión de la salud, el desarrollo sanitario y la equidad en materia de salud mediante enfoques colaborativos. La perspectiva actual de la Salud en todas las políticas (STP) encuentra una base en el llamado a formular políticas públicas favorables a la salud en la Carta de Ottawa (1986).

En todo el mundo, los gobiernos en todos los niveles han experimentado con políticas sanitarias integradas. Algunos de ellos en realidad inspiraron los pronunciamientos de la Carta de Ottawa, por ejemplo, la política noruega de Establecimientos Agropecuarios-Alimentos-Nutrición, el programa chino de médicos descalzos e iniciativas de salud de la mujer en las Américas. Dos iniciativas, en extremos opuestos del mundo, comenzaron el proceso de desarrollo de lo que ahora se llama STP. Durante la Presidencia de Finlandia en la Unión Europea, el país, aprovechando su experiencia positiva en el proyecto a largo

plazo en Karelia del Norte (llamado “una política horizontal de salud”), instó a otros miembros de la Unión Europea a emprender

... una estrategia complementaria horizontal relacionada con las políticas que contribuyera a una mejor salud de la población. El elemento fundamental de la STP consiste en examinar los determinantes de la salud que se puedan modificar para mejorar la salud, pero que son controlados principalmente por las políticas de sectores diferentes del sector de la salud.

Casi simultáneamente, el gobierno del estado de Australia del Sur identificó oportunidades para que un programa de política amplia invirtiera en la salud de sus habitantes:

"La salud en todas las políticas busca mejorar la salud de la población mediante el aumento de las repercusiones positivas de las iniciativas políticas de todos los sectores del gobierno y, al mismo tiempo, contribuir al logro de las metas centrales de otros sectores".

Estos dos acontecimientos impulsaron la organización de la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (en Helsinki, en junio del 2013), donde se aprobaron una declaración y un marco (apéndice #) que describían la STP de la siguiente manera:

La Salud en Todas las Políticas es un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que sistemáticamente tiene en cuenta las implicaciones de las decisiones para la salud, busca sinergias y evita efectos sanitarios nocivos con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en materia de salud. Procura mejorar la rendición de cuentas de las instancias normativas acerca de las repercusiones en la salud, en todos los niveles de formulación de políticas. Hace hincapié en los efectos de las políticas públicas en los sistemas de salud, los determinantes de la salud y el bienestar...

En diferentes países y jurisdicciones varía el énfasis en las diferentes dimensiones de la STP. Sistemáticamente, los valores asociados con el concepto se centran alrededor de la importancia de la **colaboración** entre los sectores de **formulación de políticas públicas** en buena **asociación**. Otros aspectos donde existe menos coherencia entre las diferentes jurisdicciones incluyen la **equidad en salud**, el logro de **sinergia**, la STP que conduce a la **rendición de cuentas** o es impulsada por ella, el carácter de **innovación**, las formas de **integración** y la misma **naturaleza de la política**, por ejemplo,:

“La salud en todas las políticas es un enfoque colaborativo que integra y enuncia consideraciones acerca de la salud en la formulación de políticas en todos los sectores y en todos los niveles, para mejorar la salud de todas las comunidades”. Asociación Estadounidense de Funcionarios Estatales y Territoriales (ASTHO).

“La salud en todas las políticas es un enfoque colaborativo para mejorar la salud de todas las personas al incorporar consideraciones acerca de la salud en la toma de

decisiones en todos los sectores y áreas de las políticas". Grupo de Estudio de Salud en Todas las Políticas de California.

"La salud en todas las políticas es la práctica de la política de incluir, integrar o interiorizar la salud en otras políticas que configuran o influyen en los [determinantes sociales de la salud]..." La salud en todas las políticas es una práctica de la política adoptada por líderes e instancias normativas para integrar consideraciones acerca de la salud, el bienestar y la equidad durante la elaboración, la ejecución y la evaluación de políticas". —Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Salud.

"Salud en todas las políticas es un enfoque innovador de un cambio de los sistemas en los procesos mediante los cuales se crean y se ejecutan las políticas". Asociación Nacional de Funcionarios de Salud de los Condados y las Ciudades (NACCHO).

Como consecuencia de la aprobación en el 2014 de la Resolución 67.12 (*"Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria"*) de la Asamblea Mundial de la Salud, se ha iniciado un proceso mundial de consulta y deliberación que debe conducir a una mayor coherencia y al establecimiento de prioridades. Las Américas ya han contribuido considerablemente al conocimiento profundo de la formulación y la implementación de la STP. Las vastas experiencias a nivel local y nacional culminaron en una [compilación de datos probatorios](#) preparada para la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y un [Plan Regional de Acción sobre la STP](#) adoptado por el Consejo Directivo de la OPS. El Plan de Acción solicita a la Organización que:

- a. apoye los esfuerzos nacionales para mejorar la salud y el bienestar y garantizar la equidad en materia de salud, incluidas medidas en todos los sectores relacionadas con los determinantes de la salud y los factores de riesgo de las enfermedades mediante el fortalecimiento de los conocimientos y la evidencia para promover la salud en todas las políticas;
- b. proporcione, previa solicitud, orientación y asistencia técnica a los Estados Miembros en sus esfuerzos por aplicar el enfoque de la salud en todas las políticas, incluido el desarrollo de las capacidades, las estructuras, los mecanismos y los procesos necesarios para medir y llevar a cabo un seguimiento de los determinantes de la salud y las disparidades en materia de salud;
- c. fortalezca la función, las capacidades y los recursos de conocimientos de la OPS, a fin de proporcionar orientación y asistencia técnica encaminadas a apoyar el establecimiento de políticas en todos los sectores en los diversos niveles de gobernanza, y procurar la coherencia y la colaboración con las propias iniciativas de la OPS que requieren acciones en todos los sectores, incluso en la respuesta regional a los retos planteados por las enfermedades no transmisibles;
- d. fortalezca el intercambio de experiencias entre los países y el trabajo entre las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano.

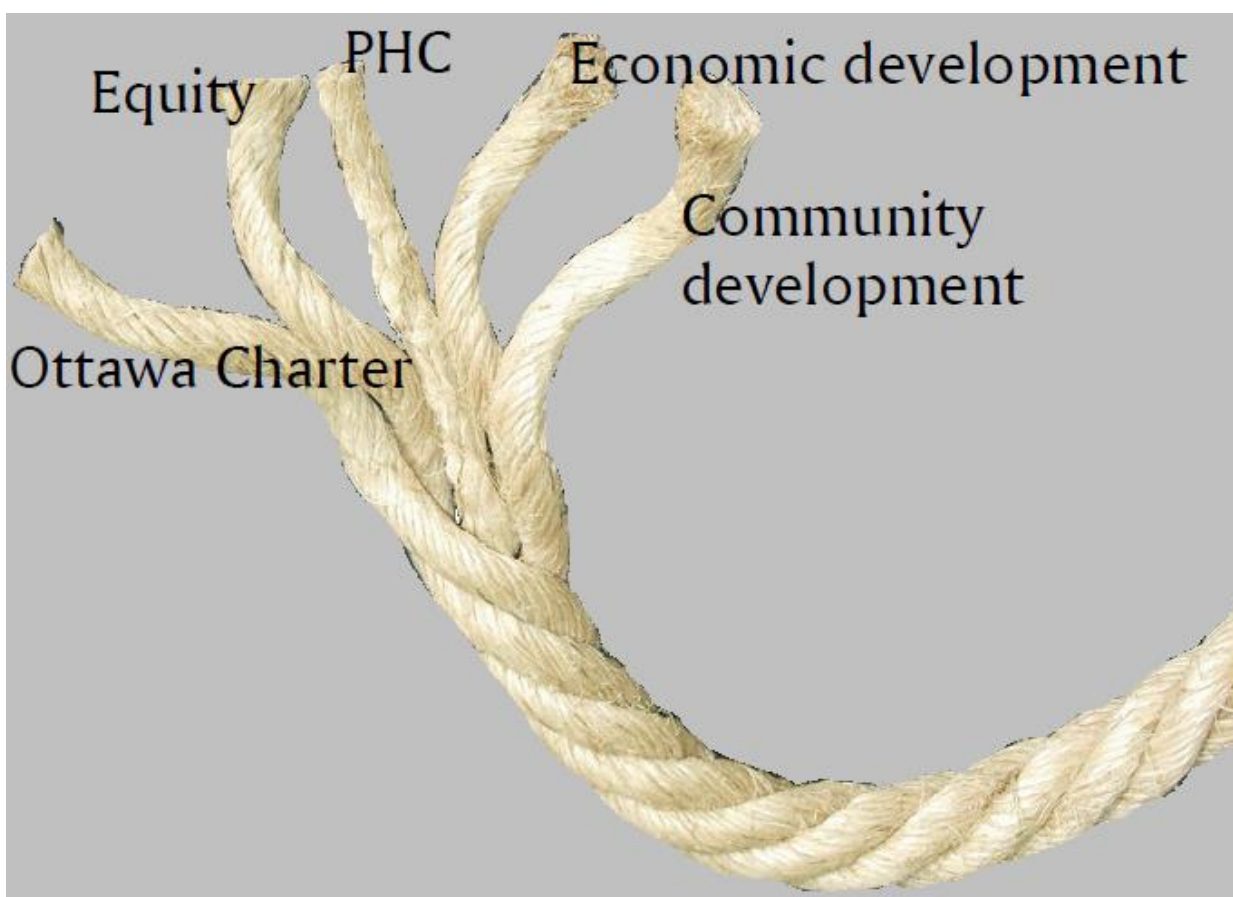
LA STP SE BASA EN VALORES

La Salud en todas las políticas tiene una evolución de larga tradición. Estos tipos nuevos de políticas complejas e integradas han sido ensayadas y puestas a prueba en todo el mundo a nivel nacional y local. Sus características quizá sean distintas en diferentes contextos, pero todos los tipos de políticas de STP comparten una sólida base de valores tales como la innovación, la buena gobernanza, la equidad y la participación. Los políticos locales, conectados a las comunidades a las que representan, pueden adoptar esos valores y ser considerados responsables de que sean respec-

3. La STP como culminación mundial y local del desarrollo

Como se señaló anteriormente, la STP está firmemente fundamentada por varios decenios de evolución del pensamiento acerca del desarrollo sanitario y la promoción de la salud, una mayor agudeza al discernir las causas (de las causas) de la salud y las enfermedades, el aumento de la importancia de las consideraciones acerca de la sostenibilidad y la capacidad de recuperación en el desarrollo humano y una posición más sólida de los problemas de salud, equidad e inequidad en las agendas locales, nacionales y mundiales.

Este desarrollo evolutivo ha tenido lugar tanto a nivel mundial como local. Describiremos cinco aspectos del desarrollo.



LEYENDAS DE LA FIGURA

	ATP	Desarrollo económico
Equidad		Desarrollo de la Comunidad
Carta de Ottawa		

3.1 La atención primaria de salud y sistemas locales integrados de salud

En la conferencia de la OMS/UNICEF sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata en 1978, el concepto se definió como

... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar...

En su desarrollo posterior, la APS fue definida con más precisión y se propusieron dos perspectivas. Un enfoque horizontal (integral, orientado a los sistemas) se alineó con un conjunto de sólidos valores como la equidad, la participación y la acción de la comunidad desde abajo hacia arriba para la salud y el bienestar. Un enfoque vertical (orientado a las enfermedades y la atención de salud) se alineó con la necesidad de abordar (cargas de) enfermedades específicas en muchos países y se basó en las instituciones y modelos existentes en el suministro de intervenciones clínicas. Ha habido intensos debates inspirados por la ideología, donde se contrastaba la superioridad de uno de los enfoques. Los estudios indican que los programas verticales, en particular los orientados a la morbilidad por las enfermedades infecciosas, pueden producir los beneficios previstos para la salud a corto plazo, pero que el desarrollo sanitario de la población a largo plazo no se beneficia inequívocamente con esos enfoques selectivos (véase, por ejemplo, Magnussen, Ehiri y Jolly, 2004). En particular, abordar la equidad en materia de salud y las enfermedades no transmisibles no concuerda bien con un enfoque selectivo y vertical. Han surgido datos que indican que, según el perfil sanitario existente y la gestión de los determinantes (sociales) de la salud en diferentes comunidades y países, se debe lograr un equilibrio apropiado entre los dos enfoques. Sobre la base de una mezcla entre la APS vertical y la horizontal, la aspiración debe ser emprender la elaboración de estrategias integrales de salud accesibles para todos.

En las Américas, las versiones operativas de la adopción de la APS condujeron al desarrollo, la puesta en práctica y la gestión de un vigoroso movimiento de prestación integrada de servicios de salud a nivel local (Sistemas Locales de Salud, SILOS) y la iniciación de las redes de Municipios y Comunidades Saludables en muchos países tiene su origen en la APS y los SILOS. Las características de la evolución han sido diferentes en otras regiones de la OMS, por ejemplo, en Europa, donde el movimiento de Ciudades Saludables se inició como un esfuerzo para demostrar la legitimidad y la viabilidad de principios como los establecidos en la Carta de Ottawa (ver más adelante). Esto puede explicar por qué la pres-

tación de servicios de salud ha seguido siendo un punto de referencia importante en las estrategias y políticas locales de salud en toda América.

STP: UN AJUSTE PERFECTO

La STP se adapta a la perfección a la base de conocimientos y prácticas existentes relacionados con la Atención Primaria de Salud y las Comunidades Saludables. Sin embargo, el desarrollo de la STP, requiere un cambio radical. Los gobiernos locales deben usar los éxitos locales de la APS para tomar impulso y extender las actividades.

La adopción de un enfoque integral de la salud exige al gobierno local (como al nacional) trascender un enfoque de gestión y reactivo de la salud y las enfermedades. El gobierno local debe, y puede, adoptar una postura más estratégica y proactiva. Esta es una inversión que pagará dividendos sanitarios y económicos, como argumentaremos a continuación. No obstante, pasar de la gestión y el mantenimiento de la prestación de servicios de salud a la planificación estratégica y social de la salud exige que los gobiernos se conecten con todos los sectores que contribuyen a los determinantes de la salud.

3.2 El desarrollo de la comunidad y sus recursos humanos

Las Américas son el bastión de las tradiciones en el desarrollo de comunidades participativas. Varias tradiciones han contribuido a conocimientos y progresos importantes en este campo.

En América del Norte, la planificación surgió como una disciplina a principios del siglo XX. Inicialmente el profesional de planificación se concentró en el desarrollo urbano, pero pronto la planificación social y otras áreas (como la planificación sanitaria y ambiental) se agregaron al repertorio del planificador. Al considerar las “mejores” maneras de planificar, antes de que pasara mucho tiempo los expertos encontraron que la plena participación de las personas en las consideraciones concernientes a la planificación era importante. Lo que entrañaba la “plena participación” era (y quizás sigue siendo) materia de debate y la “escalera de la participación” de Arnstein y la “rueda de la participación” de Davidson han contribuido considerablemente al conocimiento de las circunstancias y los grados de participación del público en las actividades de planificación. Estos conceptos también han efectuado una contribución importante a la salud pública y a la promoción de la salud en todo el mundo.

UNA POLÍTICA INTEGRAL DEBE BASARSE EN LAS COMUNIDADES

La salud es un recurso para la vida cotidiana y, en consecuencia, constituye un recurso fundamental para las comunidades. Las Américas tienen una tradición larga y exitosa en el desarrollo de la comunidad basado en sus recursos. Este potencial se puede movilizar para el desarrollo de la STP.

Otra tradición en este escenario —fundamental en Centroamérica y América del Sur— fue impulsada por el trabajo de Paulo Freire en el área del desarrollo de la comunidad mediante formas nuevas de educación, famosamente llamadas “la pedagogía del oprimido”. Los criterios propugnados por Freire y otros autores en esta tradición se basaban en la filosofía de que todos los integrantes de la sociedad deben poder emprender equitativamente el desarrollo personal y social por conducto de formas abiertas de democracia y toma de decisiones. Para lograr esa capacidad, el empoderamiento era, y continúa siendo, una estrategia clave en el desarrollo (sanitario) (local).

Otros han tomado este trabajo importante como punto de partida para, por ejemplo, el desarrollo de la comunidad basado en sus recursos humanos (reconociendo que las personas en sus contextos sociales son recursos importantes para el cambio), la democracia deliberativa y una forma particular de esta última, la presupuestación participativa. Los experimentos en este campo, en especial los iniciados en Brasil (en particular en Porto Alegre) han ganado el aval de la comunidad mundial mediante una evaluación basada en datos efectuada por el Banco Mundial.

3.3 La Carta de Ottawa: una base perdurable de la nueva salud pública local

Debido al reconocimiento creciente de que el cambio a un modo de vida saludable mediante intervenciones conductuales tradicionales (de educación sanitaria) tenía una eficacia limitada y debía ser incorporado en un cambio social más amplio, la Organización Mundial de la Salud, conjuntamente con la organización Salud Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, organizaron la primera conferencia internacional sobre el movimiento hacia una nueva salud pública en Ottawa, en 1986. La conferencia, seguida de una serie de conferencias mundiales de promoción de la salud, culminó en la aprobación de la Carta de Ottawa. La Carta definió la promoción de la salud como el proceso que consiste en

... proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

La conferencia y su Carta definieron la responsabilidad de permitir, mediar y abogar por una concepción amplia de la salud y la acción sanitaria en cuatro áreas:

- La reorientación de los servicios de salud hacia una posición más amplia, participativa y promotora de la salud en la sociedad en todos los niveles.
- La creación de entornos sociales, económicos, naturales y edificados favorables para crear y mantener la promoción de la salud y para abordar equitativamente los determinantes de la salud.
- La inversión en el desarrollo de las aptitudes personales y la acción comunitaria para impulsar y complementar estas medidas.
- La elaboración de una política pública sana, en reconocimiento de que la salud se crea con la participación de muchos sectores de la sociedad que tienen todos el potencial de mejorar la salud institucional, comunitaria y personal.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA NUEVA SALUD PÚBLICA Y LA STP

Una base importante para la Salud en todas las políticas ha sido la fundamental Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. La Carta conectó las áreas de política y de acción y reconoció las repercusiones de todas las políticas públicas en la salud (“política pública sana”). La promoción de la salud trabaja en forma sinérgica con los procesos de políticas integrales para la salud y el desarrollo.

Nuevamente, la Región de las Américas adoptó tempranamente estos enfoques de la promoción de la salud. En 1992, la [Declaración de Santa Fe de Bogotá sobre la promoción de la salud](#) adoptó plenamente el desarrollo sanitario inclusivo e impulsado por las políticas. En 1993, se aprobó una [Carta del Caribe para la promoción de la salud](#) donde se reconocen los recursos humanos de la zona.

[Exámenes de los logros](#) de la Carta de Ottawa, incluidos mediante esfuerzos concertados en las conferencias de seguimiento, han encontrado que se ha alcanzado un progreso considerable en nuestro conocimiento de los factores que llevaron al éxito para cada uno

de estos campos. Nuestra comprensión de la naturaleza compleja de los determinantes naturales, sociales, políticos y económicos de la salud ha aumentado, al igual que nuestra apreciación de las repercusiones de las políticas sobre todos ellos. Se ha documentado un gran avance en la vinculación (“permitir, mediar y abogar”) del potencial de los individuos y la comunidad con la acción sistémica en los entornos a fin de promover la salud. La única área donde se ha rezagado el éxito es en la reorientación de los servicios de salud (Ziglio, Simpson y Tsouros, 2011).

La comunidad mundial de promotores de salud sigue trabajando sobre la base de estos principios y avances y los pone en práctica especialmente en el contexto de los ambientes saludables, un concepto que la Carta puso en marcha:

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de trabajo, de enseñanza y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

Los ambientes saludables son de interés e importancia particular en las Américas, desde las redes grandes de Escuelas Promotoras de la Salud en toda la Región, las florecientes redes nacionales e internacionales de Municipios y Comunidades Saludables, y la serie de otras actividades que siguen acumulando datos probatorios sobre la importancia —y la eficacia— de abordar los determinantes de la salud mediante acciones y políticas amplias e integradas

3.4 El desarrollo económico y la función del Banco Mundial

La salud y el desarrollo económico van de la mano, si bien el punto de contacto entre ambos se puede describir mejor como “nebuloso” o, en términos de la formulación de políticas de sistemas complejos, como “perverso”. Por ejemplo la pobreza conduce a la mala salud y la mala salud conduce a la pobreza. Sin embargo, los medios de vida económicos no son en general una inquietud del sistema de salud y su entorno de políticas y la salud puede ser una inquietud marginal de las instituciones que conducen el sistema financiero y el desarrollo económico a nivel mundial.

La Región de las Américas tiene un desafortunado récord en el desarrollo desigual entre los países y dentro de un mismo país. No importa cuál sea el indicador económico, la Región alberga algunos de los países con valores más altos y más bajos (por ejemplo, los Estados Unidos y Haití). Dentro de los países hay también características inquietantes del aumento de la inequidad que repercuten sobre la estabilidad social, el bienestar y la salud (por ejemplo, en Brasil y los Estados Unidos). Al mismo tiempo, algunos países, incluso bajo presiones económicas, administran su desarrollo social y sus recursos de salud equi-

tativamente y esto genera considerables adelantos en la salud y el desarrollo humano (por ejemplo, Cuba y Costa Rica).

El reconocimiento de que la inversión en salud es una estrategia económica sólida comenzó a cobrar impulso desde fines de los años ochenta y por primera vez se volvió trascendente en el *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*, elaborado por el Banco Mundial. Se defendió con energía la importancia de las economías nacionales y las comunidades locales al abordar los factores de la salud y de las enfermedades que impiden el desarrollo pleno. Se criticó el informe por adoptar una Nueva Gestión Pública y los principios neoliberales de la contratación externa y la privatización de la atención de salud como un bien público (incluido, por ejemplo, el suministro de agua potable) y cuantificar las repercusiones de la discapacidad en el desarrollo económico mediante una medida llamada ‘año de vida ajustado en función de la discapacidad’ (AVAD).

Figura. El círculo vicioso entre la pobreza y la salud (OMS y PNUD, 2015)

LEYENDAS DE LA FIGURA

LA POBREZA A NIVEL DE LAS FAMILIA

POBLACIONES EN PAÍSES DE INGRESOS MEDIANOS Y BAJOS

**GLOBALIZACIÓN
URBANIZACIÓN
ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN**

**Pérdida de ingresos familiares
debido a comportamientos
que afectan la salud**

**Pérdida de ingresos familiares
debido a la mala salud y a
defunciones prematuras**

**Mayor exposición
a factores comunes
de riesgo modificables**

Regímenes alimentarios insalubres
Inactividad física
Consumo de tabaco
Uso nocivo del alcohol

**Enfermedades
no transmisibles**

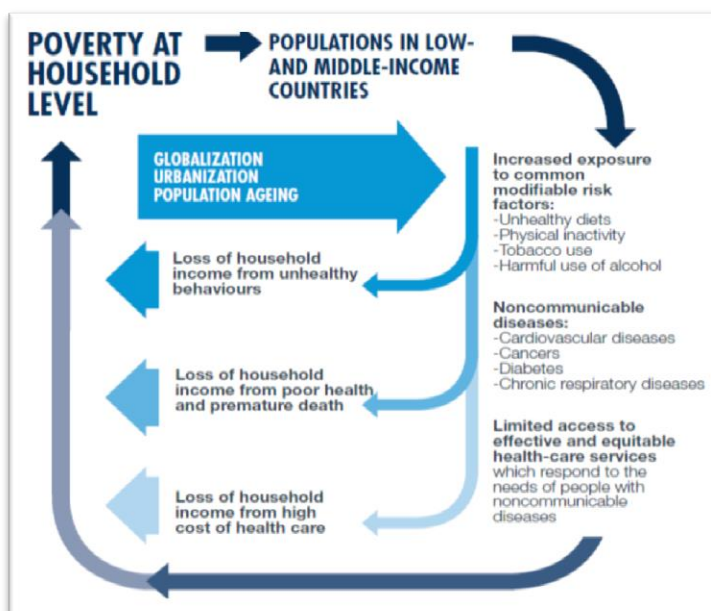
Enfermedades cardiovasculares
Carcinomas
Diabetes
Enfermedades respiratorias
crónicas

**Pérdida de ingresos familiares
debido al alto costo de
la atención de salud**

**Acceso limitado a servicios
de atención de salud eficaces
y equitativos**

que respondan a las necesidades
de las personas con
enfermedades no transmisibles

Sin embargo, tuvo éxito al poner la promoción de la salud y la gestión de salud pública en las agendas mundiales y locales como estrategias legítimas para el desarrollo. El argumento en apoyo de la salud en todas las políticas, también planteado a nivel mundial en los organismos internacionales, ha evolucionado en los 20 últimos años con la familia de los organismos de las Naciones Unidas, incluidos el Banco Mundial, el PNUD y la OMS, ahora movilizados para combatir las enfermedades no transmisibles.



EL DESARROLLO LOCAL, NACIONAL Y MUNDIAL: RETOS

Y OPORTUNIDADES DE UNA STP INTEGRAL

El desarrollo económico es desarrollo sanitario y el desarrollo sanitario conlleva el desarrollo económico. Para alcanzar el pleno potencial de las personas individuales, los grupos y las comunidades en las áreas del gobierno local, se pueden y se deben determinar y fortalecer los beneficios económicos para la salud y el bienestar. Hay una oportunidad y una responsabilidad clave del gobierno local de actuar en el punto de contacto entre el desarrollo y la salud.

La discusión ha evolucionado y se ha refinado con el transcurso de los años, por ejemplo en la comisión de la OMS sobre macroeconomía y salud encabezada por Jeffrey Sachs. Más recientemente, la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (también llamada Comisión Marmot porque fue presidida por Sir Michael Marmot) culpó enérgicamente las condiciones económicas desiguales y la pobreza generalizada como uno de los factores fundamentales que promueven la desigualdad en materia de salud en todo el mundo. Notablemente, el informe mundial de la Comisión Marmot ha tenido varias reencarnaciones regionales (en Europa), nacionales (por ejemplo, en Brasil y en Inglaterra) y locales (en Malmö) que destacan las oportunidades y los beneficios de la acción política sobre los determinantes sociales de la salud. En los últimos años también ha habido un movimiento para avanzar en el discurso y algunos comienzan a abordar los determinantes económicos y políticos de la salud.

Recientemente, la OMS y el PNUD emitieron una Nota de orientación sobre la integración de las enfermedades no transmisibles en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2015). Esta fue una expresión del trabajo conjunto de los organismos como resultado de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas en la cual se les asignó suma prioridad a las enfermedades no transmisibles. En la Nota de orientación se describe el círculo vicioso de la pobreza y la salud, con un conocimiento profundo de las consecuencias de esta perspectiva para la acción del gobierno local.

3.5 La equidad en materia de salud

El reconocimiento de que la salud se distribuye de manera desigual en las poblaciones no es nueva para el siglo XXI. Ya en el siglo XIX, el epidemiólogo francés Louis-René Villermé demostró los efectos nocivos para la salud de ciertos tipos de trabajo. Hizo un llamamiento a la acción para reducir estos riesgos, como lo hizo también Rudolph Virchow, quién

reconoció la importancia fundamental del sector de la salud y sus profesionales al abordar la injusticia social:

La medicina es una ciencia social y la política es nada más que medicina en gran escala. La medicina, como ciencia social, como la ciencia de los seres humanos, tiene la obligación de señalar los problemas e intentar su solución teórica: el político, el antropólogo práctico, debe encontrar los medios para su solución real... La ciencia por sí misma generalmente no significa nada más que ciencia en beneficio de las personas que la practican. El conocimiento que no puede apoyar la acción no es genuino... y cuán insegura es la actividad sin el conocimiento... si se pretende que la medicina cumpla su gran labor, debe entrar en la vida político y social... Los médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales en gran medida deben ser resueltos por ellos.

Muchos médicos han ingresado posteriormente en la esfera política (incluidos, por ejemplo, el Che Guevara y Salvador Allende). Los grupos médicos y de atención de salud participan activamente en la formulación de políticas locales y nacionales, aun fuera del ámbito de la prestación de servicios de salud (Browne, 1998) y tienen que desempeñar un papel en el desarrollo de sociedades más equitativas.

La terminología usada para describir la distribución desigual de la salud en las poblaciones es posiblemente tan política como las causas y consecuencias del propio fenómeno. Diversos términos son pertinentes para este discurso, como “disparidades de salud” y “diferencias de salud” (descriptores funcionales deliberadamente “libres de juicios de valor”) y “el gradiente social” (la pendiente estadística entre los que están en la parte superior del espectro socioeconómico de la sociedad y los que se encuentran en el fondo), con los cuales se puede vincular la mayoría de las expresiones concernientes a la salud y las enfermedades. La (des)igualdad, se dice, es meramente una descripción de ese gradiente social de la salud, donde la (in)equidad transmite una perspectiva de la injusticia moral y social de esas diferencias en la sociedad. Wilkinson y Pickett (2010) describen cómo las sociedades equitativas ofrecen y crean mejores oportunidades para la salud para todos, incluidos el mejor desarrollo económico, la sostenibilidad y el logro educativo. El esfuerzo por obtener equidad no es necesariamente un requisito o una prerrogativa del gobierno nacional por sí solo: depende y prospera en una sociedad civil vibrante y su representación política y se extiende desde la acción local a la política mundial y viceversa.

La equidad se ha incorporado en particular al discurso mundial, no solo en relación con la salud, sino también en otros sectores del desarrollo. Es un concepto motor en diversas

LA EQUIDAD COMO UN FACTOR IMPULSOR DE LA STP

Las preocupaciones por la salud y la equidad son inquietudes políticas. Si bien la globalización impulsa los determinantes de la equidad, la acción y la política a nivel local pueden mitigar e intensificar la equidad y sus consecuencias. La integración entre las políticas públicas locales, nacionales y mundiales es importante.

estrategias mundiales, incluidas las concernientes al cambio climático, el desarrollo sostenible y las cuestiones de género. En particular en el dominio de salud, ha sido fundamental la labor de la Comisión Marmot. El informe examina las causas y las consecuencias de la inequidad en materia de salud y demuestra que es posible cerrar la brecha en una generación. Se requieren la política y la acción en cada nivel para mitigar las influencias posiblemente negativas de la globalización sobre la equidad; sin embargo, algunos autores también aluden a la potencial trascendencia importante que la conectividad mundial mediante nuevas redes sociales pueda tener en un programa de equidad.

3.6 La globalización y el surgimiento de lo local

La idea de que vivimos en un mundo globalizado se ha convertido en una perspectiva establecida en el siglo XXI. Los bienes, el capital y el conocimiento viajan, a veces con la velocidad de la luz, por todo el mundo. La globalización va más allá de la función del Estado-nación tradicional. De hecho, si bien los países siguen colaborando y ampliando su visión en el mundo globalizado, el fenómeno es impulsado en buena medida por los intereses económicos (el comercio), pero también por una nueva sociedad civil mundial. Esta última incluye ONG como Greenpeace, Médicos sin Fronteras, Amnistía Internacional, Human Rights Watch y el Movimiento para la Salud de los Pueblos.

Las acciones de estos diversos actores en la escena mundial han hecho más permeables las fronteras tradicionales de los estados soberanos. Ningún país puede prosperar sin interacción, no solo con sus vecinos, sino con todo el mundo, y no solo con otros países, sino también con los llamados “agentes no estatales”. En las discusiones acerca de la “gobernanza sanitaria mundial”, los expertos concuerdan en que es muy importante una nueva arquitectura para la gestión de la salud y los sistemas de salud en este contexto. Al mismo tiempo, tecnologías y redes sociales nuevas brindan oportunidades para el desarrollo de los conocimientos y la movilización comunitaria.

Los gobiernos locales de todo el mundo ven la disolución de la integridad del Estado-nación como una oportunidad para adoptar medidas. Los desafíos a la naturaleza soberana del Estado-nación se han vuelto prominentes durante la epidemia de SARS (y después de ella); autores como Fidler abogan por una nueva arquitectura de la gobernanza sanitaria mundial (De Leeuw, 2013). El control de las enfermedades no transmisibles, el ébola, la infección por el VIH/sida y otros problemas de salud se ha convertido en una preocupación mundial de salud y se deben establecer nuevas opciones para la formulación de políticas en el punto de contacto entre lo mundial y lo local. Esto se ha logrado mediante la creación de redes de ciudades en torno a temas como el cambio climático y la sostenibilidad, ciudades adaptadas a las personas mayores y el conocimiento y la creatividad. Las evaluaciones de estas redes indican que esos contactos benefician la calidad de la formulación de políticas y las medidas para mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos.

LA STP MUNDIAL Y LOCAL

La globalización brinda a los gobiernos locales y sus comunidades nuevas oportunidades para adoptar medidas. El uso de nuevas tecnologías hace que los conocimientos y las conexiones mundiales estén disponibles para los gobiernos y las comunidades locales.

3.7 Síntesis: seis corrientes interrelacionadas confluyen en la cuenca de la STP

A partir de lo ya expuesto, está claro que hay un conocimiento más profundo de los elementos clave que configuran las características mundiales del desarrollo sanitario. De manera reiterada la comunidad mundial, tanto simbólicamente como en los círculos académicos, ha señalado que seguir haciendo lo mismo de siempre no nos permitirá trabajar en forma constructiva para avanzar hacia una mejor salud para todos al cerrar la brecha entre la mejor y la peor situación. Ya sea en relación con el desarrollo y la participación de la comunidad, la atención primaria de salud, el desarrollo social y económico, la promoción de la salud o la equidad, se han hecho pronunciamientos (a menudo en forma de Cartas, Declaraciones, Afirmaciones, Acuerdos o Metas) acerca de que el mundo merece volverse mejor.

Sin embargo, las declaraciones mundiales no son suficientes. Los gobiernos locales ya han reconocido esto. De acuerdo con la máxima (es interesante que sea atribuida al mismo René Dubos que —como se indicó antes— veía la salud como un recurso social) “***pensar a nivel mundial, actuar a nivel local***”, ha llegado el momento de que las autoridades locales tomen el mando y hagan que se produzca el cambio. Este no es un llamamiento vacío. En los siguientes capítulos demostraremos que el gobierno local está excepcionalmente bien situado para hacerse cargo de un cambio mundial positivo.

PENSAR A NIVEL MUNDIAL, ACTUAR A NIVEL LOCAL

PENSAR A NIVEL LOCAL, ACTUAR A NIVEL MUNDIAL

INTEGRAR LO MUNDIAL Y LO LOCAL

LA STP MUNDIAL Y LOCAL

La salud en todas las políticas a nivel local es una expresión de las oportunidades brindadas mediante los avances mundiales y la innovación local

4. Cinco elementos que permiten al gobierno local poner en práctica la STP

Los acontecimientos anteriores han creado una sólida base histórica para el desarrollo de la salud en todas las políticas. Sin embargo, a menudo se los considera conceptos abstractos y aspiraciones mundiales en lugar de inspiraciones locales operativas. En este segundo decenio del tercer milenio hay, no obstante, muchas razones que explican por qué en particular a los gobiernos locales y sus comunidades deben inspirarse para lograr un cambio real. Señalamos cinco elementos que impulsan una acción adicional.

4.1 La base de datos sobre la promoción de la salud

Es importante para la sociedad y sus comunidades gastar sus recursos donde sea importante hacerlo. Si bien se puede fácilmente contender lo que en realidad significa “donde sea importante hacerlo” en diferentes contextos (por ejemplo, en una campaña nacional de reelección de un político basada en una megaciudad probablemente no se reconocerá en toda su magnitud las necesidades de comunidades rurales y remotas), esta idea ha impulsado la formulación de políticas (sanitarias) basadas en datos probatorios. Esta aspiración más amplia fue influida notablemente por el mantra de una Medicina Basada en Datos Científicos, que tiene su origen en el trabajo de Archibald Cochrane. Este autor encontró que muchas prácticas médicas no se estaban firmemente basadas en datos probatorios de su eficacia (si algo produce el resultado previsto) o eficiencia (cuán bien produce ese resultado). La consecuencia de esta posición fue que los encargados de adoptar las decisiones, tanto en la política como en la práctica, invirtieron en métodos para demostrar la eficacia de los procedimientos médicos.

Este esfuerzo ha tenido influencia en políticas que adoptan un modelo social amplio de la salud y la promoción de la salud a nivel mundial y local. Los métodos para generar datos probatorios de la eficacia en estos escenarios son, naturalmente, diferentes de las circunstancias a menudo controladas en las cuales se pueden ensayar y poner a prueba los procedimientos clínicos. Mientras que en los entornos clínicos se supone que un grupo experimental puede ser comparado con un grupo testigo, es mucho más difícil encontrar el perfecto grupo experimental semejante, por ejemplo, para la comparación con un barrio en Medellín con el fin de comprobar la eficacia de una inversión social.

No obstante, se están logrando buenos avances en la demostración de la eficacia y la eficiencia de la política sanitaria y la promoción de la salud. Las actividades de evaluación de las Ciudades Saludables indican que es más fácil lograr la participación del público y una buena gobernanza para la salud a nivel local. La equidad es un concepto apreciado por muchos políticos locales. La investigación internacional revela que las evaluaciones de las repercusiones sobre la equidad en materia de salud no son solo herramientas sumamente eficaces para medir las consecuencias para la salud de la población que genera un cambio social, ambiental y económico más amplio, sino que también repercuten significativamente en la calidad y la sostenibilidad de la formulación y la aplicación de las políticas. Con-

ceptos tales como la Planificación Urbana Saludable que adoptan un criterio más amplio del transporte y la movilidad revelan no solo un mejoramiento de la salud, sino también un mejoramiento social amplio.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud también lanzó la idea de los entornos favorables para la salud (“centros de trabajo, de enseñanza y de recreo”) como un aspecto fundamental del desarrollo sanitario. Se han acumulado considerables datos sobre la eficacia y los efectos sanitarios de iniciativas más allá de las Ciudades Saludables, por ejemplo. las Escuelas Promotoras de la Salud (a nivel mundial la red más importante de entornos favorables para la salud, con decenas de miles de escuelas primarias y secundarias participantes, actualmente en expansión en jardines de infantes), los Mercados Promotores de la Salud, las Islas Saludables (en particular en el Pacífico, por conducto de la Declaración de la isla de Yanuca, vinculada al Programa de Acción de Barbados), las Universidades Promotoras de la Salud, las Prisiones Promotoras de la Salud y el Transporte Saludable.

Estos datos probatorios siguen siendo compilados por organismos internacionales como la OMS, el PNUD, la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE, por sus siglas en inglés) y otros organismos mundiales, pero también por conducto de redes de la sociedad civil, como las redes internacionales de ciudades (por ejemplo, C40 y Ciudades Saludables), y la comunidad académica. De hecho, existen “metadatos probatorios” de que la formación de redes para la generación de datos mejora la calidad, la pertinencia y la capacidad de respuesta de la acción mundial y local.

4.2 La cobertura universal de salud

El entusiasmo y el vigor que fueron originalmente parte de la Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de Salud se reavivaron hace unos pocos años cuando la Asamblea Mundial de la Salud volvió a respaldar oficialmente la amplia naturaleza social del concepto. El entusiasmo fue mantenido también por una campaña mundial encaminada a trabajar para lograr la cobertura universal de salud (CUS) en todos los niveles de la gobernanza y el funcionamiento de los sistemas de salud. Se define como

... garantizar que todas las personas puedan usar los servicios de salud de promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliativos que necesiten, de calidad suficiente para que sean eficaces, y también asegurar que el uso de estos servicios no expone al usuario a dificultades económicas.

En algunos casos la cobertura universal de salud se concibe como una cuestión exclusivamente financiera, que requiere que los programas y la disciplina fiscales redistribuyan recursos sociales clave. Los datos indican que, de hecho, la dimensión monetaria quizás sea la cuestión problemática mínima que hay que abordar. Pasar de los servicios de salud divisivos (en la prestación) a los incluyentes requiere mucho más que la reasignación de recursos.

La cobertura universal de salud genera muchos beneficios y crea amplias situaciones favorables, aparte del obvio beneficio de salud. Asegura una perspectiva de la salud de la población basada en los derechos (humanos), tiene el potencial para organizar y reunir a las comunidades para el desarrollo social y económico y tienen un vigoroso potencial para la recolección y gestión de información sanitaria de más alta calidad que, por lo tanto, contribuye a que haya más políticas sanitarias locales basadas en datos probatorios específicos.

Los gobiernos locales no siempre pueden tener el control de las oportunidades fiscales y la gestión de los establecimientos y los profesionales de salud, que a menudo son organizados y financiados en niveles más altos de la gobernanza, en parte por una buena razón: no todas las ciudades o pueblos necesitan neurocirujanos y costosos equipos de imagen por resonancia magnética sumamente especializados. Pero el “primer punto de contacto” de la población con el sistema de salud, es decir, la atención primaria, está, por su misma naturaleza, integrada en las comunidades locales, aun donde tal vez no haya ningún médico. Los agentes sanitarios de la comunidad y los puestos de salud locales desempeñan funciones cruciales al mantener e integrar un apoyo sanitario y social universalmente accesible y apropiado; ellos son también los campeones naturales del desarrollo de la comunidad (local). Aun cuando no exista ninguna disposición oficial de gobernanza para las instituciones del gobierno local (y en barrios pobres incluso pueden tener una naturaleza informal), estos profesionales y sus bases operativas son en gran medida parte del paisaje social y político del gobierno local.

La cobertura universal de salud en el lugar de prestación de los servicios es por consiguiente una preocupación para la acción local, ya sea que se haya oficializado o no. Las experiencias de las Américas, por ejemplo, en los programas centrados en las personas en México y Brasil, demuestran que la CUS es posible y produce considerables dividendos, no solo para la salud de la población sino, más ampliamente, para el desarrollo social (Quick, Canavan y Jay, 2014). La OPS apoya firmemente esos enfoques. Los datos probatorios indican que el éxito de los sistemas de cobertura universal de salud depende de la presencia de: (a) la solidez de los grupos progresivos organizados en las comunidades locales, (b) el potencial de movilizar recursos económicos suficientes, (c) la ausencia de divisiones importantes de la sociedad, (d) la debilidad de instituciones que quizá se opongan a la CUS (como, por ejemplo, empresas de hospitales con fines de lucro) y (e) una hábil identificación y apertura de oportunidades por emprendedores (locales) de la política (McKee et al., 2013).

4.3 Los determinantes de la salud

La descripción del gradiente social en la salud (es decir, el hecho de que parámetros de la salud como la mortalidad, la morbilidad y la esperanza de vida sigan los modelos de la distribución de la riqueza, el prestigio, la posición social y la educación en la sociedad) se ha convertido de una mera curiosidad epidemiológica a un tema político. Un número cada vez mayor de gobiernos de todo el mundo procuran que la equidad en salud y sus causas

ocupen un lugar importante en sus agendas políticas. Esto se lleva a cabo con grados variables de éxito.

Ha habido escenarios de gobernanza con una creencia tan firme en su naturaleza equitativa que un debate alrededor de la mera existencia de la desigualdad en materia de salud en esas sociedades y comunidades era inimaginable. Hay también casos donde la inequidad existente se atribuye a la elección personal del modo de vida, en lugar de a determinantes más amplios de la salud. Este concepto, llamado “deriva del modo de vida”, puede ser inspirado ya sea por tendencias conductistas desinformadas (que suponen que todo el comportamiento humano está totalmente bajo el control del individuo), o por ideologías políticas como el liberalismo conservador (que supone que el destino de las sociedades se puede atribuir totalmente a los recursos humanos constituidos por sus miembros individuales).

Sin embargo, los datos demuestran que la elección individual es determinada por los entornos sociales, ambientales, culturales, económicos, naturales y edificados. Claramente estos entornos interactúan a niveles extremadamente complejos. Son también el resultado de las preferencias políticas y el interés comercial.

LEYENDAS DE LA FIGURA QUE ESTÁ A CONTINUACIÓN

Contexto socioeconómico Y político						
Gobernanza		Posición socioeconómica		Circunstancias materiales (condiciones de vida y laborales, disponibilidad de alimentos, etc.)		Impacto en la equidad en materia de salud y en el bienestar
Políticas macroeconómicas						
Políticas sociales <i>mercado laboral, vivienda, tierra</i>		Clase social Sexo Etnicidad (racismo)			Factores conductuales y biológicos	
Políticas públicas <i>educación, salud, protección social</i>						
Valores culturales y sociales			Educación Ocupación Ingresos	Cohesión social y capital social	Factores psicosociales	
Determinantes estructurales determinantes sociales de las Inequidades en materia de salud				Determinantes intermediarios determinantes sociales de la salud		

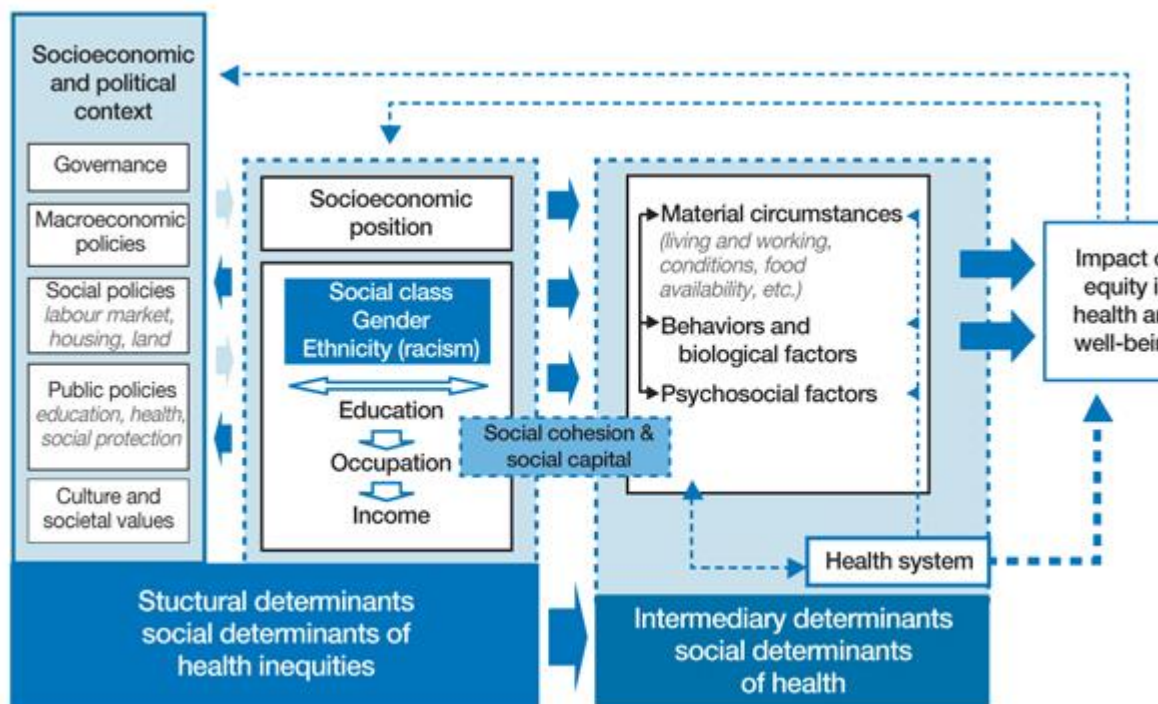


Figura. Modelo conceptual para el trabajo de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008 (“Comisión Marmot”)

La figura anterior muestra el modelo conceptual que la Comisión utilizó para describir los determinantes de la salud y sus repercusiones en la salud y la equidad en materia de salud. Este modelo se ha aplicado a nivel mundial, regional, nacional y local. En particular, la Comisión Marmot para Inglaterra y Malmö (Suecia) proporciona un caudal de conocimientos sobre el potencial y las oportunidades del gobierno local para tomar medidas amplias e integrales en relación con complejos retos de salud.

Tanto el informe correspondiente a Inglaterra (“Sociedad justa, vidas sanas”) y el trabajo sueco (“Malmö socialmente sostenible”) subrayan la interrelación entre las políticas orientadas a

- Dar a cada niño el mejor comienzo en la vida
- Permitir que todos los niños, los jóvenes y los adultos potencien al máximo sus capacidades y tengan control de sus vidas
- Crear empleos justos y buen trabajo para todos
- Asegurar un nivel de vida saludable para todos
- Crear y desarrollar lugares y comunidades sostenibles y saludables
- Fortalecer la función y las repercusiones de la prevención de la mala salud

Reflexión sobre los compartimentos... y la forma de superarlos

Uno de los retos más importantes al establecer políticas y acciones transversales es traspasar los tradicionales límites disciplinarios y sectoriales: los compartimentos. ¿Cómo llegamos a esos compartimentos?

El ideal clásico de un buen ciudadano era el “Hombre del Renacimiento” —quizás el mejor ejemplo de tal persona sea Leonardo da Vinci (1452—1519), el erudito pintor, escultor, arquitecto, músico, matemático, ingeniero, inventor, anatomista, geólogo, cartógrafo, botánico y autor italiano. Sin duda no fue el único; muchos adelantos de la sociedad moderna han sido hechos por hombres y mujeres que diversificaron su genio en diversas disciplinas científicas y artes.

Esta integración amplia de las ciencias y las artes, no solo en una persona sino en una visión del mundo, fue puesta en tela de juicio en la época de la Ilustración, en los siglos XVII y XVIII, cuando la visión del mundo evolucionó hacia la idea de la separación del cuerpo y el alma y de las disciplinas marcadamente diferentes y se argumentó que el mundo observado se podía comprender principalmente mediante el análisis riguroso, es decir, separándolo en sus partes singulares. Los expertos comenzaron a concentrarse en cúmulos particulares de conocimientos y formularon sólidas teorías para cada uno. Cuando en el siglo XIX la medicina, como una de estas disciplinas, se volvió sumamente profesionalizada (influenciada por la Revolución Industrial y una creciente clase media de movilidad social ascendente) estas disciplinas comenzaron a especializarse aun más. El proceso a veces se denomina “hiperespecialización” y todavía se lo puede observar en la proliferación de las revistas académicas que se concentran en áreas muy particulares de interés.

La hiperespecialización es una razón de que las sociedades modernas operen en compartimentos de gestión y de política. La profesionalización es otra. La profesionalización (el proceso de establecer cualificaciones aceptables, un organismo o asociación profesional para supervisar el comportamiento de miembros de la profesión y algún grado de distinción entre las personas capacitadas y los aficionados no cualificados. El proceso crea una línea divisoria jerárquica entre las autoridades con conocimientos en las profesiones y una ciudadanía deferente y genera vigorosos modelos de inclusión y exclusión: la construcción de un puente requiere a un profesional de la ingeniería, llevar a alguien ante un tribunal exige la intervención de profesionales de la jurisprudencia y para tratar enfermedades se debe recurrir a profesionales médicos capacitados.

La segregación de especialistas y profesionales es continuamente impugnada. A principios del siglo XX, por ejemplo, se debatió acaloradamente en América del Norte si la salud pública estaba dentro del ámbito de actuación de la profesión médica. El asunto se resolvió con la publicación del Informe Flexner en 1910, que instaba a adoptar un enfoque “científico” adecuado de la enseñanza de la medicina clínica, con lo cual se excluía la salud pública. En Europa —y en países que siguieron un modelo europeo de profesionalización sanitaria— la educación médica siguió incluyendo asuntos de salud pública bajo el lema de la “medicina social”.

La especialización y la profesionalización crearon formidables fuerzas económicas y políticas para mantener y proteger su statu quo. Aun cuando la base de datos probatorios concernientes a los determinantes sociales de la salud dicta racionalmente que se requiere la colaboración y la integración de los esfuerzos, esas fuerzas a menudo impiden actuar y formular políticas de manera eficaz y con éxito.

Avances

Hay un creciente conjunto de conocimientos retóricos y basados en datos probatorios que abordan estos problemas. La formación de alianzas para promover la salud comienza con el reconocimiento de que las capacidades de una disciplina o especialidad por sí solas son insuficientes para lograr un cambio. El proceso que permite tal reconocimiento requiere la presencia de liderazgo, comunicación y aptitudes analíticas, y algo que se puede denominar “capacidad de emprendimiento social” (la capacidad de abogar, mediar y manejar oportunidades y diferencias en diversas comunidades de la política y la práctica). Los pronunciamientos firmes de los agentes ejecutivos (por ejemplo, un alcalde, un gerente general o un líder espiritual) en apoyo a tratar de llegar a otros sectores son imprescindibles. Cuando esas posiciones se basan en la acción de la comunidad en forma confiable y sostenible ayudan a mantener el impulso.

Los métodos anteriores de quitar las paredes de los compartimentos se aplican en un nivel relativamente alto de abstracción; una fuerza laboral que es receptiva al trabajo interdisciplinario y ha sido capacitada para tratar de llegar a otros desde luego también es vital. Vemos cada vez más programas y planes de estudios en la enseñanza primaria, secundaria y terciaria que, de hecho, sí abrazan esos valores.

4.4 De los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible

El desarrollo mundial va de la mano con el desarrollo local, y a la inversa. Este año coincide con la “expiración” de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que han estado impulsando las agendas de desarrollo en todo el mundo. Si bien los ODM han sido criticados por ser demasiado abstractos o ambiciosos, hay datos probatorios irrefutables de que su adopción y revisión han configurado la orientación del discurso del desarrollo mundial y local.

Aprovechando estos resultados, las Naciones Unidas y sus asociados emprendieron un proceso consultivo e inclusivo para formular un conjunto nuevo de metas de la agenda para el desarrollo después del 2015. Estas metas nuevas se denominan Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y un conjunto final de ODS será aprobado hacia fines del 2015. En el cuadro presentado a continuación se muestran los ODS propuestos actualmente.

Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos (agenda mundial para el desarrollo después del 2015)	
1	Acabar con la pobreza en todas sus formas en todas partes
2	Acabar con el hambre, lograr la seguridad alimentaria y una mejor nutrición y promover la agricultura sostenible
3	Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a todas las edades
4	Garantizar la educación de calidad, inclusiva y equitativa y promover las oportunidades para todos de aprendizaje a lo largo de toda la vida
5	Lograr la igualdad de género y la autonomía de todas las mujeres y las niñas
6	Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos
7	Garantizar el acceso a energía asequible, confiable, sostenible y moderna para todos
8	Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos
9	Establecer infraestructura resistente, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación
10	Reducir la desigualdad dentro de cada país y entre países
11	Hacer que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, con capacidad de recuperación y sostenibles
12	Garantizar modelos de producción y de consumo sostenibles
13	Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus repercusiones (tomando nota de los acuerdos hechos por el foro de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (UNFCCC))

14	Conservar y usar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para un desarrollo sostenible
15	Proteger, restaurar y promover el uso sostenible de ecosistemas terrestres, efectuar una gestión sostenible de los bosques, combatir la desertificación, detener y revertir la degradación del suelo y detener la pérdida de diversidad biológica
16	Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, dar acceso a la justicia para todos y establecer instituciones eficaces, responsables e inclusivas en todos los niveles
17	Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible

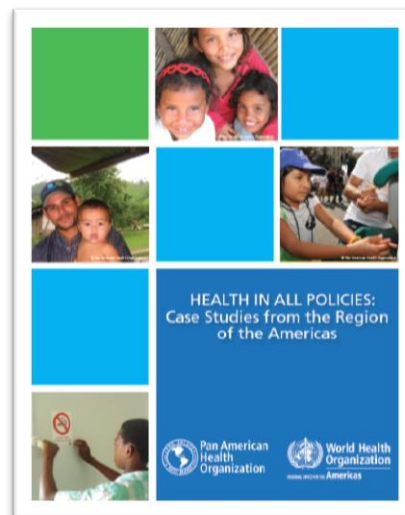
Cuadro. Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos

Si bien el proceso de crear estos objetivos y sus casi 200 metas operativas asociadas ha incluido a la sociedad civil mundial y ha sido validado a nivel mundial y local, la adopción definitiva de un conjunto de ODS está en manos de los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas. Parece que algunos países todavía no están preparados para aprobar una lista más larga, mientras que otros requieren más especificidad. En su informe de síntesis sobre los ODS presentado en diciembre, el Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon no sugirió que el número de ODS podría reducirse o ampliarse. En una propuesta para ayudar a los gobiernos a enmarcar los objetivos, Ban los agrupó en seis “elementos esenciales”: la dignidad, la prosperidad, la justicia, la alianza, el planeta y las personas. No es ninguna sorpresa que estos elementos sean determinantes sociales de la salud y constituyan valores fundamentales de todos los que se han comprometido con el desarrollo de la salud.

5. La salud en todas las políticas: los últimos adelantos y las oportunidades locales

5.1 La ventaja de la OPS/AMRO

La Región de las Américas y su Organización Panamericana de la Salud siempre, según hemos visto antes, han tomado la delantera en las respuestas locales e integrales a problemas complejos de salud. En el período previo a la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Helsinki, 2013), los Estados Miembros compilaron y analizaron series de estudios de casos que demuestran el compromiso y el liderazgo claro a nivel internacional y nacional para el desarrollo y la aplicación de la STP. Estos estudios de casos en general incluían perspectivas locales y de la comunidad y explotaban con éxito las florecientes redes de Comunidades Saludables y enfoques creativos y proactivos de desarrollo y participación de la comunidad en la Región.



Existe un impulso claro y urgente en la Región de llevar adelante el compromiso con la STP a todos los niveles de gobierno y gobernanza. A nivel nacional, muchos gobiernos han establecido estructuras y procesos para evaluar el potencial de la STP y —en colaboración con organismos de salud pública y promoción de la salud— se han elaborado manuales y listas de verificación que pueden impulsar la formulación de políticas a nivel nacional y estatal.

La OPS está comprometida a promover aun más este potencial mediante su Plan de Acción sobre la STP. Los gobiernos locales ya disponen de conjuntos integrales de datos prácticos y de la investigación sobre, por ejemplo, la formulación de políticas y la acción relacionada con los determinantes sociales de la salud, el compromiso con la equidad en materia de salud y la inclusión de la salud y el bienestar en los planes de desarrollo local y nacional. Los Estados Miembros de la OPS aprobaron en el 2014 el Plan de Acción, que se alinea con las iniciativas mundiales de elaboración de un marco para la aplicación de la STP y las actividades de fortalecimiento de la capacidad mediante el curso mundial de capacitación sobre la STP. En concreto, el Plan de Acción está orientado a:



- a. generar y documentar datos probatorios sobre la STP para la promoción de alto nivel con el fin de fortalecer aun más la colaboración entre diferentes sectores;
- b. utilizar los estudios de casos sobre la STP para extender a mayor escala la STP en la Región;
- c. fortalecer la capacidad sobre la STP usando el curso sobre la STP preparado por la OMS, que será puesto en marcha por dos de los centros colaboradores de la OPS;
- d. aumentar el uso de metodología de evaluación de las repercusiones sanitarias, efectuando el seguimiento de las iniciativas piloto sobre la STP que se llevaron a cabo en Argentina, Colombia y Suriname como resultado de una capacitación regional efectuada por la OPS y la Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia;
- e. trabajar con las redes de Municipios Saludables y de Escuelas Saludables para desplegar aun más el Plan Regional de Acción de la STP;
- f. efectuar el seguimiento del progreso de los países en la aplicación del enfoque de salud en todas las políticas;
- g. fortalecer la cooperación Sur-Sur mediante el progreso logrado en la exposición de casos de la aplicación del enfoque de STP, así como la cooperación Sur-Norte, en particular con la Oficina de la OMS para Europa, que ha progresado considerablemente en esta agenda.

LA OPS/AMRO SIGUE LIDERANDO

El potencial de la STP en la Región está convincentemente documentado. Los Estados Miembros y la sociedad civil están comprometidos con una política integral para la salud y bienestar. Los éxitos en los Municipios Saludables y la atención primaria y los compromisos con la Cobertura Universal de Salud son terreno fértil para la acción local decisiva sobre la política.

5.2 Política y acción

Los términos *acción intersectorial* y *acción multisectorial* han formado parte del repertorio retórico de la salud pública y la promoción de la salud desde mediados de los años setenta. Los términos adquirieron credibilidad por conducto de la Declaración de Alma-Ata, la Carta de Ottawa y una serie de otros pronunciamientos de organismos mundiales, incluidas la OMS y la OPS. El discurso internacional también ha incluido discusiones y datos probatorios en torno a variaciones de las ideas acerca de trabajar juntos para la salud en

el espectro de términos como *formación de redes, coordinar, cooperar y colaborar*. Si bien quizá haya matices conceptuales en la interpretación de estos términos, esta concentración de la atención en la salud pública y la promoción de la salud depende claramente del sustantivo *acción*.

Los organismos, los individuos, los grupos y las comunidades se pueden unir para *actuar* conjuntamente en relación con problemas de salud o los determinantes de la salud, pero esto no significa necesariamente que esas acciones sean *impulsadas por la política o den como resultado una política*. Sin embargo, una serie de estudios de casos han comenzado a establecer una base de datos que demuestran que la acción intersectorial exitosa puede inspirar la necesidad de la STP. La STP, a su vez, quizá no tenga necesariamente que conducir a la acción intersectorial: por ejemplo, las políticas para limitar el contenido de plomo (Pb) en las pinturas y la gasolina son singularmente de naturaleza industrial y económica y —aparte de los compromisos requeridos por la industria— no necesitan la participación intensa de otros sectores del gobierno.

Teniendo en cuenta la importancia de la acción intersectorial exitosa para el desarrollo de la STP, vale la pena citar con todo detalle un estudio ordenado por la OMS en celebración del lanzamiento del informe de la Comisión Marmot (Irwin A y Scali E, 2010):

(...) los antecedentes de los resultados reales de la ejecución nacional de la Acción Intersectorial para la Salud (IAH) eran débiles. En efecto, a pesar del papel destacado otorgado a la acción intersectorial en la Declaración de Alma-Ata, las discusiones técnicas de la Asamblea Mundial de la Salud, el movimiento de promoción de la salud y las iniciativas de Buena salud a bajo costo, la IAH para abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud en la práctica resultó ser en general el componente más débil de las estrategias asociadas con la Salud para Todos.

¿Por qué? En parte, precisamente porque muchos países intentaron poner en práctica la IAH aislada de los otros factores sociales y políticos pertinentes señalados en la lista anterior. Estos factores contribuyentes son en un grado importante interdependientes y se refuerzan mutuamente. Por lo tanto, las probabilidades del éxito de la IAH varían con la fortaleza de los otros pilares: el compromiso amplio con la salud como una meta social y política colectiva, la elaboración de políticas de desarrollo económico para promover el bienestar social, el poder de decisión y la participación de la comunidad y la equidad en la cobertura de los servicios de salud. Cuando no se buscaron seriamente estos objetivos, también trastabilló la IAH.

Analistas posteriores identificaron razones adicionales de que la IAH no lograra “despegar” en muchos países tras Alma-Ata y los programas de Buena salud a bajo costo. Un problema fueron los datos probatorios y la medición. Los encargados de adoptar las decisiones en otros sectores se quejaron de que los expertos en salud a menudo eran incapaces de aportar datos cuantitativos sobre efectos sanitarios específicos atribuibles a las actividades en sectores que no son de salud, como los de

la vivienda, el transporte, la educación, la política alimentaria o la política industrial. A nivel más profundo, más allá de la incapacidad para proporcionar los datos en casos específicos, persistía una profunda incertidumbre metodológica acerca de cómo medir condiciones y procesos sociales y evaluar con exactitud sus efectos sobre la salud. El problema se complicó tanto por la complejidad inherente de esos procesos como por el rezago frecuente entre la introducción de las políticas sociales y la observación de los efectos en la salud de la población.

Los expertos en medición no alcanzaron ninguna solución clara de los retos metodológicos de la evaluación y la atribución en los contextos sociales cuando, por definición, no se podían tener condiciones parecidas a las de los ensayos clínicos con testigos.

Durante los años ochenta, la IAH también tropezó con estructuras y procesos de presupuestación gubernamentales poco adaptados a los enfoques intersectoriales. Una revisión identificó las siguientes dificultades:

- *Existían límites verticales entre las secciones del gobierno.*
- *Los programas integrados a menudo eran considerados una amenaza a los presupuestos específicos de los sectores, al acceso directo de los sectores a los donantes y a la autonomía funcional de los sectores.*
- *Era débil la posición de los sectores de la salud y el medio ambiente dentro de muchos gobiernos.*
- *Había pocos incentivos económicos para apoyar la intersectorialidad y las iniciativas integradas.*
- *Las prioridades del gobierno a menudo eran definidas según la conveniencia política, en lugar de basarse en un análisis racional.*

Sin embargo, la incertidumbre acerca de los datos probatorios y la dinámica intra-gubernamental fueron solo parte del problema. Las tendencias más amplias en el entorno mundial de políticas de desarrollo y de salud contribuyeron al fracaso de los esfuerzos de poner en práctica políticas sanitarias intersectoriales. Un factor decisivo fue el cambio rápido por parte de muchos organismos donantes, autoridades sanitarias internacionales y países desde la ambiciosa visión de Alma-Ata de la atención primaria de salud, que había incluido la acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud como un elemento central, a un modelo más circunscrito de “atención primaria de salud selectiva”.

Parece que, con el resurgimiento de la atención primaria de Salud, el fortalecimiento de la cobertura universal de salud y un creciente compromiso con la equidad en todo el mundo, la marea del neoliberalismo y los principios del libre mercado se han equilibrado nuevamente y que el clima político para iniciativas de acción intersectorial exitosas es más positivo. Esto se expresa en el compromiso con la formación y la aplicación del enfoque de

STP, pero subsisten y se deben abordar las limitaciones y los retos para una adopción amplia de la acción integral.

	Agenda setting			Policy formation			Policy implementation		Policy review		
	Identify problem	Research	Set agenda	Develop options and strategies	Negotiate	Formulate policy/ guidance	Implement policy	Enforce policy	Monitor	Evaluate	Report
1. Cabinet committees and secretariats											
2. Parliamentary committees											
3. Interdepartmental committees and units											
4. Mega-ministries and merges											
5. Joint budgeting											
6. Intersectoral policy-making procedures											
7. Non-government stakeholder engagement											

Figura. Actores que participan en la gobernanza para la STP. OMS (2015), basado en McQueen et al. (2012).

	Establecimiento de una agenda			Formulación de políticas			Aplicación de las políticas		Revisión de las políticas		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1. Comités y secretarías del gabinete											
2. Comités parlamentarios											
3. Comités y unidades interdepartamentales											
4. Megaministerios y fusiones											
5. Presupuestación conjunta											
6. Procedimientos intersectoriales de formulación de políticas											
7. Participación de interesados directos no gubernamentales											

LEYENDAS VERTICALES

(1) Definir el problema

(2) Investigar

(3) Establecer la agenda

(4) Establecer opciones y estrategias

(7) Aplicar las políticas

(8) Hacer cumplir las políticas

(9) Efectuar el seguimiento

(10) Evaluar

(5)Negociar
(6)Formular políticas/directrices

(11)Elaborar informes

Esta discusión sobre la conexión fundamental entre la acción y la política genera la pregunta acerca de qué entraña el proceso para lograr y mantener la salud en todas las políticas y qué actores deben participar. McQueen et al. (2012) describen diversos modelos de gobernanza para la STP, que se han correlacionado con los diferentes elementos del proceso de las políticas (figura anterior) y dependen de siete modelos de mejores prácticas para la aplicación del enfoque de STP. Diferentes (grupos de) organismos gubernamentales y no gubernamentales pueden desempeñar distintas funciones durante el proceso de implementación de la STP. En otro gráfico (página siguiente) describimos más a fondo las funciones del sector de la salud y otros sectores del gobierno en la rectoría de acciones integradas o separadas para la promoción de la salud.

LA DIFERENCIA Y LA CONEXIÓN ENTRE POLÍTICA Y ACCIÓN

La acción intersectorial es un precursor de la STP. La STP puede conducir a la acción intersectorial. Una visión de enfoques esenciales para la salud nuevamente se está convirtiendo en el centro de interés.

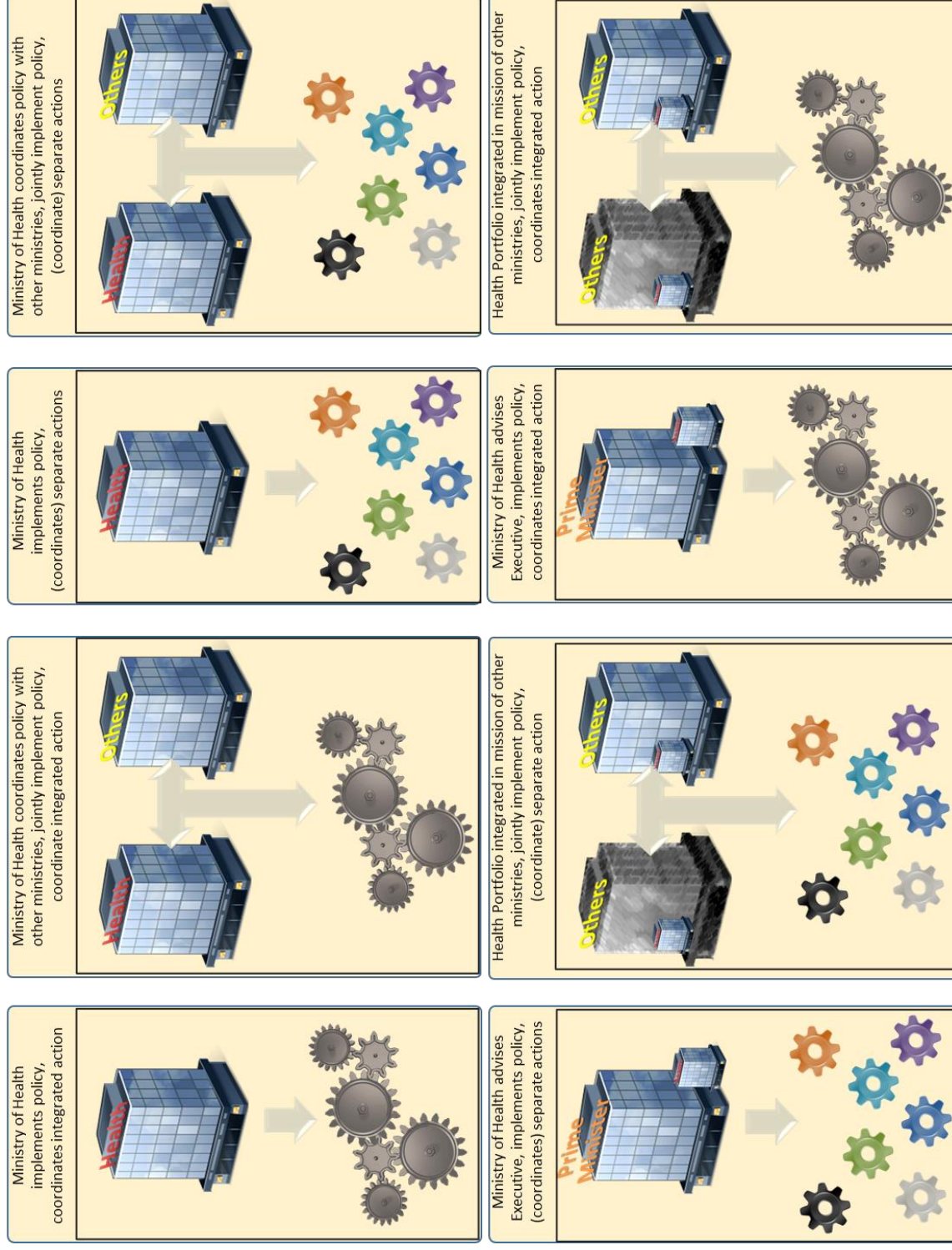


Figure 8: Eight ways to coordinate between sectors, and implement HiAP in integrated or separate action

LEYENDAS DE LA FIGURA

Primera fila de figuras de izquierda a derecha

El Ministerio de Salud implementa la política, coordina la acción integrada

El Ministerio de Salud coordina la política con otros ministerios, implementa conjuntamente la política, coordina la acción integrada

El Ministerio de Salud implementa la política, (coordina) acciones por separado

El Ministerio de Salud coordina la política con otros ministerios, implementa conjuntamente la política, (coordina) acciones por separado

Segunda fila de figuras, de izquierda a derecha

El Ministerio de Salud asesora al Poder Ejecutivo, implementa la política, (coordina) acciones por separado

La agenda de salud es incorporada en la misión de otros ministerios, implementación conjunta de la política, (coordinación de) acciones por separado

El Ministerio de Salud asesora al Poder Ejecutivo, implementa la política, coordina la acción integrada

La agenda de salud es incorporada en la misión de otros ministerios, implementación conjunta de la política, coordinación de la acción integrada

Figura. Ocho formas de coordinación entre sectores e implementación de la STP en una acción integrada o en acciones por separado

5.3 Definir la necesidad y las prioridades de la STP a nivel local

Los gobiernos locales están en una posición excepcional para para determinar las prioridades comunitarias de salud, poner en marcha los procesos para abordar esas prioridades y colaborar con los interesados directos locales (incluidos los departamentos gubernamentales, la sociedad civil y la industria) a fin de establecer procesos duraderos que aborden las inquietudes. Hacemos esta afirmación dando por sentado que los interesados directos locales pueden estar representados adecuadamente en esos procesos, pero, en muchos casos (por ejemplo, para los residentes de barrios pobres y los grupos de población itinerantes) esta es una propuesta complicada. Es importante para el gobierno local y sus secciones en los vecindarios y las comunidades estar plenamente conscientes de las limitaciones potenciales a una plena participación y establecer procesos y estructuras que permitan la acción consultiva y participativa.

Anteriormente hemos visto que las Américas tienen una rica tradición en la participación y la práctica de empoderamiento, aunque que en algunos entornos políticos el potencial total de estos procesos ha sido reprimido. Aparte de las barreras políticas, puede haber una percepción en algunos gobiernos locales de que la acción participativa y deliberativa es estructural e institucionalmente difícil de realizar. Algunos gobiernos a nivel local enfrentan las fechas límite estrictas y problemas urgentes y tal vez opinen que los procesos consultivos y los esfuerzos de formación de redes entre los interesados directos ocuparían demasiado tiempo, el tiempo que se podría dedicar mejor a la acción inmediata.

Las pruebas, sin embargo, son contundentes. La consulta y la participación son el fundamento para soluciones políticas sostenibles y sistémicas que incorporen y recompensen los amplios recursos humanos disponibles en las comunidades locales. Cuando se trata de retos de salud, pueden hacer una contribución muy importante a los inventarios de las necesidades y las prioridades los profesionales de la salud apropiados, como los epidemiólogos, los bioestadísticos, los médicos de salud pública y los agentes sanitarios de la comunidad. Sin embargo, sus esfuerzos—a menudo cuantitativos— en la vigilancia, el examen y la evaluación de los problemas de salud y sus (amplios) determinantes deben ser complementados y comparados con encuestas comunitarias —a menudo cualitativas— y el aporte de interesados directos, con el debido respeto a la legítima percepción de inquietudes de la población.

En muchas Comunidades Saludables, los líderes de salud locales comienzan el proceso de evaluación de necesidades y establecimiento de prioridades en la política elaborando perfiles de salud y planes de desarrollo sanitario. En los ejemplos más exitosos de esas iniciativas, los documentos de trabajo y las orientaciones se comparten con las comunidades en los foros locales de salud. Esas reuniones sacan la formulación de políticas del Ayuntamiento y la llevan a la comunidad. Esto fortalece considerablemente la credibilidad y el compromiso de la formulación de políticas de salud.

Un aspecto importante de la evaluación de las necesidades y el establecimiento de prioridades es la existencia de un respeto mutuo entre la comunidad y el aparato de gobierno local. El respeto se puede demostrar mediante el diálogo continuo y la participación, aun cuando algunos problemas de salud parezcan demasiado difíciles de manejar; por ejemplo, problemas relacionados con la pobreza y el saneamiento en los barrios pobres, o la obesidad y la diabetes en áreas de crecimiento urbano quizá fácilmente sean relegados a la canasta de asuntos “demasiado difíciles”. Un reconocimiento de su naturaleza compleja (la bibliografía la llama “enrevesada” o “perversa”) es un primer paso importante al estructurar las soluciones posibles.

NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA STP

Los problemas complejos de salud requieren soluciones e intervenciones complejas, que deben ser impulsadas por una política integral en múltiples niveles. La evaluación de necesidades y la definición de prioridades en forma inclusiva establecerán un programa sólido y duradero para la acción intersectorial y la formulación de políticas integrales.

5.4 Planificar las medidas para conectar, integrar y definir el alcance de la agenda de la política integral

La colaboración y las alianzas son herramientas clave para el establecimiento y el mantenimiento de la agenda de una política sanitaria integral. Nuevamente, las pruebas son contundentes: los problemas complejos de salud requieren soluciones complejas en las cuales colaboran muchos sectores e interesados directos. No obstante, la colaboración y la formación de alianzas no son fenómenos que suceden automáticamente o en forma autónoma. Requieren una cuidadosa preparación, gobernanza y visión por líderes locales creíbles. Estos líderes quizá sean funcionarios elegidos en el gobierno local, pero hay que reconocer que también otras personas bien pueden desempeñar esas funciones. Se ha descrito a las personas que hacen esto como “agentes intersectoriales”, “emprendedores sociales”, “iniciadores”, “mediadores de políticas”, “estrategas” o “cuidadores”. Son sumamente importantes y dignos de admiración en la planificación de medidas para conectar las iniciativas de políticas.

Es crucial reconocer que la acción intersectorial y la STP no deben ser instauradas por sí mismas. La colaboración sin apropiación y resultados conjuntos y la política integrada que aborda temas unidimensionales no tienen sentido. Se han aprendido muchas lecciones de

la agenda de alianzas integradas para la promoción de la salud, en particular en el programa de Ciudades Saludables (véase, por ejemplo, el trabajo de Lipp, Winters y de Leeuw, 2013). La acción planificada para conectar, integrar y definir el alcance de la agenda de una política integral debe abordar las siguientes etapas basadas en datos probatorios:

- definir y reconocer la misión y la capacidad de los recursos institucionales y reconocer los límites de la huella institucional tradicional;
- describir los retos institucionales al abordar problemas y poblaciones que penetran y van más allá del motivo legítimo de preocupación de la institución;
- ubicar e incluir organizaciones que cubran los mismos, similares, o diferentes problemas y poblaciones, o compartan los mismos, similares o diferentes enfoques e intervenciones para abordar esos problemas;
- reconocer el legítimo potencial de otros interesados directos de participar en la acción intersectorial o la formulación de políticas integrales y esforzarse por lograr transparencia al compartir estos criterios;
- determinar las dimensiones de una probable y posible colaboración y los factores que pueden obstaculizar la acción conjunta y respetuosa;
- involucrar a las autoridades y los encargados de adoptar las decisiones reales, incluidos los ejecutivos de organizaciones así como los burócratas de la calle (personal de ejecución de primera línea, que diariamente aborda retos de la acción intersectorial), al configurar la agenda conjunta;
- formalizar y realizar cada una de estas etapas, incluyendo en la medida de lo posible a las personas, las comunidades y los vecindarios en situaciones extremas para la ejecución de las actividades y los resultados de la política;
- hacer que, en la medida en que sea cultural e institucionalmente y posible, todos los interesados directos en estos procesos sean responsables de sus acciones, pero aplicando la regla de Chatham House (confidencialidad total en relación con situaciones sensibles y estratégicas) dondequiera que sea necesario.

REGLA DE CHATHAM HOUSE

Cuando una reunión o parte de ella se celebra bajo la Regla de Chatham House, los participantes pueden utilizar libremente la información recibida, pero no se puede revelar la identidad ni la afiliación del orador u oradores, ni las de ningún otro participante.

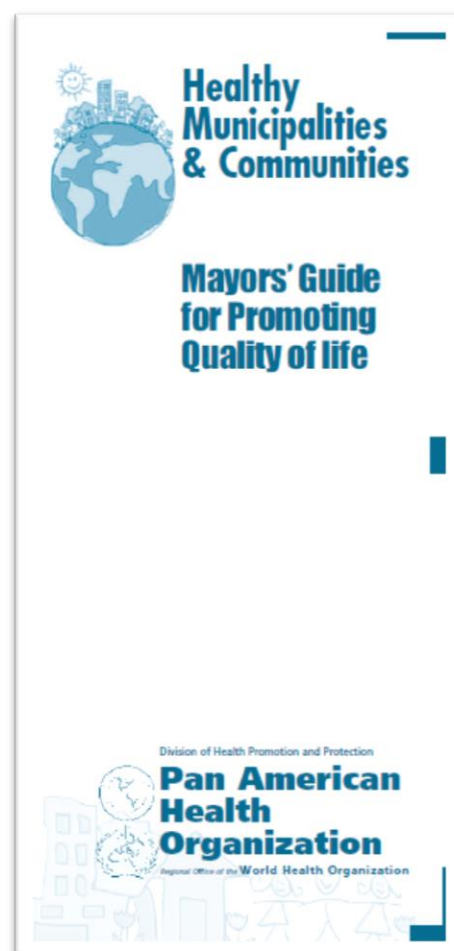
5.5 Identificar las estructuras, los procesos y las agendas existentes propicios para su aplicación

Anteriormente hemos visto que, en muchas áreas del gobierno local, ya hay estructuras y procesos eficaces que facilitarían más la acción intersectorial para la salud y un gran potencial de formulación de políticas integrales asociadas. Esas estructuras y procesos pueden incluir:

- Una comunidad involucrada y facultada.
- Experiencia con éxito en procesos deliberativos democráticos y participativos.
- Experiencia con éxito en alianzas y colaboración para la salud y el bienestar.
- Un reconocimiento amplio de la urgencia de las estrategias de lucha contra las enfermedades no transmisibles, apoyadas a nivel ejecutivo y del consejo.
- Un reconocimiento amplio de las “causas de las causas” de la mala salud, apoyado a nivel ejecutivo y del consejo.
- Una agenda existente para fortalecer la Cobertura Universal de Salud o avanzar hacia ella.
- Modelos a imitar y ejemplos de la acción intersectorial y la STP existentes en otros gobiernos locales en los países, por ejemplo, conectados mediante las redes de Comunidades Saludables.
- La integración vertical de modelos de gobernanza para la acción intersectorial y la STP entre diferentes niveles de gobierno.
- Datos probatorios de beneficiosas situaciones sociales, económicas y de sostenibilidad y conexiones continuas con organismos y estructuras nacionales y locales que apoyarían la generación y mantenimiento de esos datos probatorios (por ejemplo, universidades y ONG locales y nacionales).

ESTA PUBLICACIÓN EXISTE TAMBIÉN EN ESPAÑOL: Municipios y comunidades saludables, Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. No he visto el documento.

Los consejos y los funcionarios ejecutivos locales, en particular los alcaldes y las personas involucradas, tienen la importante función de oficial y explícitamente adoptar estas sólidas bases para la acción y la formulación de políticas. Se fortalecerá su compromiso mediante de los mecanismos abiertos y transparentes para hacer participar a la sociedad civil en la creación, la formalización y el mantenimiento de estos procesos y estructuras.



La base de datos acerca de la formulación y la aplicación del enfoque de salud en todas las políticas indica que no se debe abandonar la STP a circunstancias fortuitas; es un proceso que exige una gestión con visión clara y liderazgo. A nivel nacional, este liderazgo quizá sea asumido por el Ministerio de Salud, aunque la “óptica clínica” a veces obstaculiza los enfoques nuevos de todo el gobierno. Sin embargo, a nivel local las disposiciones sobre la gobernanza para la salud pública y la prestación de servicios de salud son sumamente diversas en toda la Región. En algunos países, la formulación de políticas sanitarias y la prestación de servicios de salud están plenamente dentro del ámbito de actuación del gobierno local. En otros países, están descentralizadas, pero no bajo el control del gobierno local. También es posible que en algunos países la formulación de políticas sanitarias y la prestación de los servicios de salud y de salud pública sean organizadas y dirigidas desde el gobierno central.

En consecuencia, el liderazgo local para la acción intersectorial y la adopción y aplicación del enfoque de la STP puede no estar necesariamente relacionado con los proveedores

LA VISIÓN DE LA STP Y EL LIDERAZGO A NIVEL LOCAL

La participación amplia de todos los interesados directos locales es esencial para la formulación con éxito de una política sanitaria integral. Sin embargo, el liderazgo y la identificación de un actor principal son importantes. En diferentes contextos locales se identificarán distintos líderes.

locales de servicios de salud. El liderazgo puede ser asumido por organismos de trabajo social, empresas de la comunidad, el aparato municipal, etc. Teniendo en cuenta que la STP es una expresión de la política pública local, la función del gobierno local es esencial y una manifestación clara de la importancia y la prioridad de que un determinado sector público asuma el liderazgo es una condición previa para una política integral.

5.6 Facilitar la evaluación y la participación de los recursos humanos de la sociedad civil

La anteriormente mencionada participación abierta y transparente de recursos humanos de la sociedad civil depende de un sólido compromiso de examinar y evaluar el potencial existente en las comunidades locales, los profesionales, las ONG y la industria para contribuir y mantener la acción y la política de promoción de la salud.

La facilitación del desarrollo de la comunidad basado en sus recursos humanos requiere un proceso continuo de mapeo que permita:

- identificar y hacer visibles recursos humanos que propicien la salud en una comunidad;
- ver a los ciudadanos y las comunidades como coproductores de la salud y el bienestar, en lugar de como adjudicatarios de los servicios;
- promover las redes, las relaciones y las amistades comunitarias que puedan proporcionar cuidados, ayuda mutua y poder de decisión;
- valorar lo que funciona bien en un área;
- identificar lo que tenga potencial para mejorar la salud y el bienestar;
- apoyar la salud y el bienestar de las personas mediante el fomento de la autoestima, estrategias para afrontar las dificultades, la capacidad de recuperación, las relaciones, las amistades, los conocimientos y los recursos personales;
- facultar a las comunidades para que controlen su futuro y creen recursos tangibles como servicios, fondos y edificios.

Existen herramientas eficaces y validadas para el mapeo de los recursos humanos de la comunidad, que están disponibles para los gobiernos locales, en particular en las Américas, por ejemplo, en [Canadá](#), los [Estados Unidos](#) (también en [español](#)), Brasil y Chile.

Sin embargo, el mapeo, la evaluación y la movilización de recursos humanos de la comunidad no se deben contemplar (simplemente) como un ejercicio académico. Es fundamental determinar que en este proceso son actividades continuas que evolucionan: abrumar a las comunidades locales con herramientas de evaluación al parecer esotéricas sin el respeto apropiado y una actividad de seguimiento no solo es poco ético, sino también un despilfarro de valiosos recursos.

Además, la actividad de seguimiento deber ser definida no solo en términos del potencial de la sociedad civil para participar en una acción intersectorial amplia para la salud y el bienestar. Se debe establecer una sólida agenda de la política que prefigure la toma de decisiones duraderas, sistémicas e integrales con una asignación apropiada de recursos. Esa agenda de la política tiene que permitir la participación continua de la sociedad

EL MAPEO DE RECURSOS DE RECURSOS HUMANOS IMPULSA LA STP

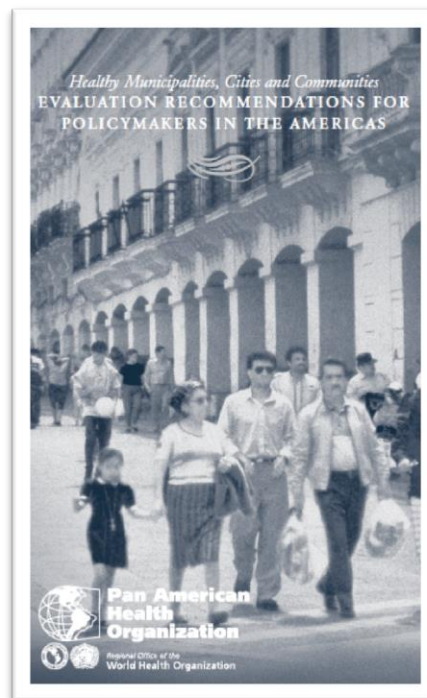
Un punto de vista apropiado de los recursos humanos al alcance del gobierno local y una apreciación total de su potencial para la acción intersectorial y la aplicación del enfoque de STP son esenciales para la acción y la política perdurables.

civil y sus recursos humanos en enfoques esenciales de la salud.

5.7 Garantizar el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes

La vigilancia, la evaluación y la presentación de informes sobre

- la contribución de la acción intersectorial a un programa de la STP;
- el proceso de desarrollo de la STP y la participación del conjunto más amplio posible de interesados directos;
- la implementación real de la STP en términos de productos de la política, intervenciones y participación intersectorial;
- la eficacia y los beneficios recíprocos generados por esta agenda de una política integral;
- las repercusiones de la aplicación del enfoque de la STP sobre los determinantes de la salud y el bienestar; y,
- en último término, las consecuencias para la salud causadas por la política y sus acciones



son fundamentales para el éxito del vórtice de acción-política-acción. Reaseguran y empoderan a todos los interesados directos en el proceso, demuestran la eficacia de la asignación de recursos y permiten que los procesos de gestión permanezcan concentrados en los servicios que se pueden prestar. Además, la vigilancia, la evaluación y la presentación de informes permiten transferir el éxito dentro de las áreas del gobierno local y más allá de ellas. También crean sistemas de rendición de cuentas a los interesados directos participantes y pueden mantenerlos involucrados en la acción intersectorial y el desarrollo de la STP.

Muchos gobiernos locales quizá piensen que es difícil establecer una agenda de evaluación tan amplia. Tal vez no tengan capacidad local para diseñar y aplicar estrategias integrales de investigación. Sin embargo, al mismo tiempo es imperativo para el gobierno asignar y gastar los recursos con sensatez y, por consiguiente, establecer mecanismos para examinar las aportaciones y los resultados de los procesos del gobierno es fundamental para su supervivencia.

En su nivel más básico, el gobierno local que participa en la acción intersectorial y la introducción y aplicación del enfoque de la STP y la ejecución *sí tiene* capacidad de efectuar el seguimiento y la evaluación. Los elementos que sustentan esta capacidad son: (a) los recursos humanos existentes a nivel local y (b) la documentación de los pasos a lo largo del proceso. En general, las comunidades involucradas estarán felices y orgullosas de contribuir a la evaluación y el seguimiento y deben participar en las diversas etapas de la presentación de informes. Los trabajadores de la comunidad y el personal del gobierno que llevan a cabo sobre el terreno las actividades de aplicación y facilitación de las medidas sanitarias también tienen la responsabilidad de seguir la pista de sus acciones y se les debe facilitar que hagan anotaciones y lleven registros de manera responsable.

No obstante, también existe una importante responsabilidad de las instituciones de enseñanza superior e investigación de participar en estos procesos. Un recurso que en muchos casos no se reconoce y recompensa suficientemente son los estudiantes, ya sea en los procesos de aprendizaje en el servicio, la acción participativa y la evaluación para la colocación, o como un poderoso recurso existente en la comunidad. Es preciso que los gobiernos locales hagan que las instituciones de enseñanza superior e investigación participen constructivamente en las investigaciones sanitarias sociales y políticas. Esto puede funcionar mejor mediante la facilitación por personas o instituciones a veces llamadas “mediadores del conocimiento”, “emprendedores de la investigación” o “facilitadores del desarrollo”. Los gobiernos locales quizá quieran establecer redes de colaboración para movilizar estos recursos cuando no estén fácilmente disponibles a nivel local y los gobiernos nacionales y la comunidad internacional tienen la obligación de facilitar el trabajo mediante el nexo entre la investigación, la política y la práctica.

LA VIGILANCIA, LA EVALUACIÓN Y LA PRESENTACIÓN DE INFORMES:

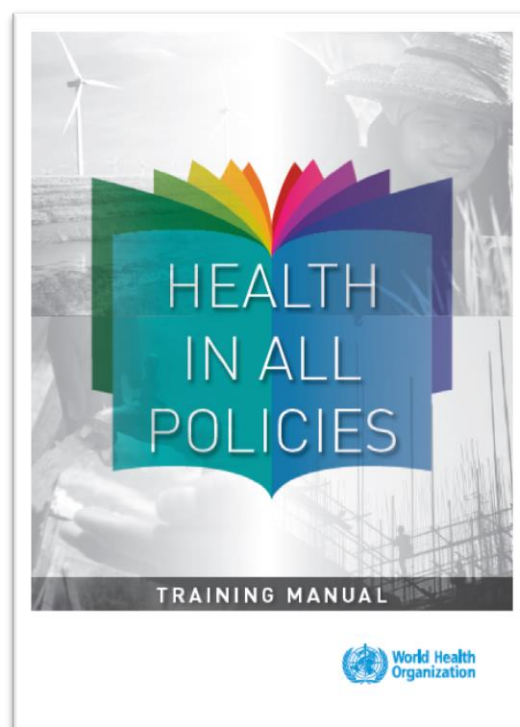
PARTES INTEGRALES DE LA STP

Se debe conectar una estrategia explícita y herramientas operativas para el seguimiento y la evaluación con la presentación de informes respetuosos y pertinentes. Esto debe ser integrado en todos los parámetros de gobernanza local. Se pueden forjar alianzas para la evaluación entre el gobierno, la sociedad civil y la comunidad académica.

Es esencial instaurar un proceso deliberado de seguimiento y evaluación a fin de suministrar la información que se requiere para evaluar el progreso y los escollos encontrados. En este proceso deliberado, el gobierno local establecerá hitos para el seguimiento y la evaluación (*¿qué es lo que hay que lograr? ¿por quién y en qué tiempo?*), mediciones como punto de comparación y un acuerdo sobre lo que constituye un progreso o un fracaso.

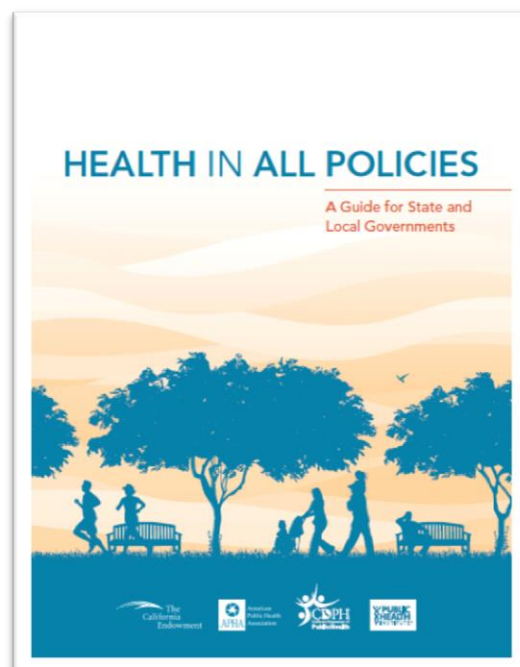
5.8 Crear capacidad duradera

Para abordar la complejidad de los problemas modernos de salud y de equidad en materia de salud se requiere un proceso duradero y continuo. El establecimiento y la aplicación de un enfoque de salud en todas las políticas no se pueden considerar el punto final de este proceso. Es una etapa en una práctica evolutiva: la política debe ser revisada, adaptada y renovada para satisfacer las exigencias que ha creado. El contexto y los interesados directos locales con los que esto se lleva a cabo cambiarán constantemente. Los cambios políticos pueden requerir una renovación del compromiso de las autoridades ejecutivas, la evolución de las inquietudes de la comunidad exigirán medidas de consulta participativa continua y los adelantos tecnológicos pueden inspirar soluciones nuevas.



El aparato del gobierno local requerirá una base sólida de comprensión flexible de los fundamentos de la acción intersectorial y la STP y de los procesos requeridos para mantener y aumentar su potencial y repercusiones. Los pasos anteriores, cuando han sido documentados y aplicados a conciencia, forman una base local para una capacidad sostenida de abordar nuevos problemas complejos de salud mediante el enfoque de la STP y la acción intersectorial. Se requiere una forma de “memoria institucional” que mantenga esas lecciones en el radar y un depósito público (virtual o real) puede ser ese recurso.

Sin embargo, también se cuenta con asesoramiento de expertos y evaluaciones comparativas que se pueden aplicar a nivel local. El manual de la OMS de capacitación sobre la STP recientemente publicado brinda muchas oportunidades de establecer una capacidad dura-



dera, al igual que la guía sobre la STP para los gobiernos estatales y locales preparada en los Estados Unidos.

La experiencia con las Ciudades Saludables, en particular en Europa, indica que la formación de redes entre ciudades, políticos locales y comunidades comprometidas para el aumento de la capacidad es un proceso que estimula y mejora el “aprendizaje de segundo orden”, es decir, la capacidad de aplicar lecciones prácticas no solo a la acción operativa, sino también a nivel del conocimiento estratégico y sistémico.

6. El viaje hacia adelante

Referencias

- Browne, W. P. (1998). Groups, interests, and US public policy. Georgetown University Press.
- De Leeuw, E. (2013) Global Health Governance. Australian Journal of Political Science, 48(2), 251-253.
- Irwin A. y Scali E. (2010). Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. Social Determinants of Health Discussion Paper 1 (Debates). Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Lipp, A., Winters, T. y de Leeuw, E. (2013). Evaluation of partnership working in cities in phase IV of the WHO Healthy Cities Network. Journal of urban health, 90(1), 37-51.
- Magnussen, L., Ehiri, J. y Jolly, P. (2004). Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. Health affairs, 23(3), 167-176.
- McKee, M., Balabanova, D., Basu, S., Ricciardi, W., . Stuckler, D. (2013). Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some. Value in Health, 16(1), S39-S45
- McQueen, D.V., Wismar, M., Lin, V., Jones, C.M., Davies, M. (2012). Intersectoral Governance for Health in All Policies—Structures, actions and experiences. Observatory Studies Series No.26. Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhage.
- OPS/OMS Argentina, Municipios Saludables. Una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina. Buenos Aires, 2003.
- Quick, J. D., Canavan, C. R., y Jay, J. (2014). People-centered health systems for UHC. Strengthening Health Systems. October, 1-2.
- Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Wilkinson, R., y Pickett, K. (2010). The spirit level: why equality is better for everyone. Penguin, Reino Unido.
- World Health Organization (2015). Health in all policies: training manual. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Ziglio, E., Simpson, S., y Tsouros, A. (2011). Health promotion and health systems: some unfinished business. Health promotion international, 26(suppl 2), ii216-ii225.

Apéndices

Apéndice: Términos usados en la publicación finlandesa de la Unión Europea sobre la STP

Determinantes de la salud: *se refiere a los factores de comprobada influencia muy importante —positiva o negativa— sobre la salud. Los determinantes de la salud incluyen el entorno social y económico y el entorno físico, así como las características y comportamientos particulares de la persona.*

Condiciones sociales y económicas: *condiciones como la pobreza, la exclusión social, el desempleo y la vivienda deficiente están firmemente correlacionadas con el estado de salud. Contribuyen a las desigualdades en materia de salud y explican por qué las personas que viven en la pobreza mueren antes y se enferman más a menudo que las que viven en condiciones más privilegiadas.*

Determinantes sociales de la salud: *se puede definir como las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan. Estos determinantes indican características específicas del contexto social que afectan a la salud y a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios.*

Dentro del contexto de la promoción de la salud, se contempla la salud como un recurso para la vida diaria, no el objeto de vivir; es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos personales y sociales así como en la capacidad física.

Promoción de la salud: *es el proceso de permitir a los individuos y las comunidades aumentar el control de los determinantes de la salud y, por consiguiente, mejorar su salud. Representa una estrategia dentro del campo de la salud y el campo social, que puede ser vista por un lado como una estrategia política y por otro, como un enfoque habilitante de la salud orientado a los modos de vida.*

Sector de la salud: *incluye ministerios y departamentos del gobierno, la seguridad social y sistemas de seguro de enfermedad, organizaciones de voluntarios y personas y grupos del sector privado que proporcionan servicios de salud.*

Acción intersectorial para la salud: *se podría definir como una acción coordinada que procura explícitamente mejorar la salud de la población o influir en los determinantes de la salud. La acción intersectorial para la salud es considerada fundamental para lograr una mayor equidad en salud, especialmente cuando el progreso depende de las decisiones y las acciones en otros sectores. El término “intersectorial” se usó originalmente para referirse a la colaboración de los diversos sectores públicos, pero más recientemente se ha usado para la colaboración entre los sectores públicos y privados. El término “acción multisectorial” ha sido utilizado para referirse a la acción sanitaria llevada a cabo simultáneamente por algunos sectores dentro y fuera del sistema de salud, pero, según el Glosario de Términos de la OMS, puede ser usado como un sinónimo de acción intersectorial.*

Política pública favorable a la salud: *según las recomendaciones formuladas en Adelaida, es la política que “se caracteriza por una explícita preocupación por la salud y la equidad en todas las áreas de la política y por la rendición de cuentas de los efectos sanitarios. El principal objetivo de la política pública favorable a la salud es crear un entorno propicio que permita a las personas tener una vida saludable. Esa política hace posible y más fácil para los ciudadanos elegir opciones saludables. Hace que mejore el entorno físico y social”.*

Política pública: *es la política formulada en cualquier nivel de gobierno y puede ser establecida por jefes de gobierno, legislaturas y organismos reguladores. Las políticas de instituciones supranacionales pueden invalidar las políticas del gobierno.*
