

Recomendaciones técnicas y operativas para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública de Colombia

Elia Díez
Lluís Camprubí
Rita Maria Ferrelli

Colección **Documentos de Trabajo nº 31**

Serie **Guías y Manuales**
Área **Salud**



Recomendaciones técnicas y operativas para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública de Colombia

Elia Díez
Lluís Camprubí
Rita Maria Ferrelli

Documento de Trabajo nº 31

Serie: Guías y Manuales

Área: Salud



PROGRAMA FINANCIADO
POR LA UNIÓN EUROPEA

Edita:

Programa EUROsociAL
C/ Beatriz de Bobadilla, 18
28040 Madrid (España)
Tel.: +34 91 591 46 00
www.eurosocias-ii.eu

Con la colaboración:

Fundación Internacional y para Iberoamérica
de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP)



Fundación Española para la Cooperación Internacional Salud y Política Social



Istituto Superiore di Santa



La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia
de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad
exclusiva de los autores y en ningún caso se debe considerar
que refleja la opinión de la Unión Europea.

Edición no venal.

Realización gráfica:

Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

Madrid, diciembre 2015



No se permite un uso comercial de la obra original
ni de las posibles obras derivadas, la distribución
de las cuales se debe hacer con una licencia igual
a la que regula la obra original.

Bogotá, abril de 2015

Cita recomendada: Díez, E., Camprubí, L., Ferrelli, R.M. Recomendaciones técnicas y operativas para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública. Bogotá: EUROsociAL, Agència de Salut Pública de Barcelona y Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Índice

Presentación	9
Resumen ejecutivo	11
1. Reflexiones iniciales sobre la acción intersectorial	13
1.1 De la acción intersectorial a la salud en todas las políticas	13
1.2. Impacto de la acción intersectorial	14
1.3. Puesta en marcha de la acción intersectorial.	16
2. Descripción de las experiencias y métodos sólidos revisados para la acción intersectorial	19
2.1 Unión Europea	19
2.2. Países nórdicos	20
2.3. Diversos países europeos	20
2.4. Australia y Canadá	21
2.5. República Dominicana	21
2.6. Chile y Cuba	22
2.7. Brasil	22
2.8. Ecuador	24
2.9. Paraguay	25
2.10. Colombia	26
3. Barreras a la acción intersectorial	29
4. Recomendaciones técnicas y operativas para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública con énfasis en la incidencia política.	33
4.1 Voluntad política	34
4.2. Planificación	36
4.3. Estructuras y procesos	39
4.4. Evaluación del impacto y participación	43
4.5. Seguimiento, evaluación y presentación de informes	44
4.6. Fortalecimiento de las capacidades	45

5. Reflexiones finales y retos 47

Bibliografía 49

Anexo 1. Resumen de aspectos estructurales relevantes a la acción intersectorial en salud en Colombia. 53

 El viraje del enfoque de problemas de salud al de determinantes sociales de la salud 53

 Claves de la estrategia PASE a la Equidad en Salud 53

Anexo 2. Funciones de la Comisión Intersectorial de Salud Pública 57

Anexo 3. Ejemplos de indicadores de acción intersectorial 61

 Nivel central 61

 Nivel departamental. 61

 Nivel municipal 62

 Nivel intramunicipal 62

Presentación

En las últimas décadas, los indicadores globales de salud en América Latina han conocido mejoras llamativas. A modo de ejemplo, entre 1990 y 2010, la mortalidad infantil ha bajado en un 62% y la mortalidad materna en un 41%. No obstante, esta tendencia ha ido a la par con otra más alarmante: el progresivo aumento de las desigualdades en salud. Desigualdades entre países, entre territorios (urbano/rural), entre grupos sociales, de género, etc. Las mejoras en salud no afectan por igual a todas las personas, y vienen condicionadas en gran parte por una serie de determinantes sociales (DSS) —ingresos, medioambiente, vivienda, condiciones laborales, educación, acceso a servicios básicos, entre muchos otros— que influyen de forma más o menos directa sobre el estado de salud de las personas, y sobre los cuales es preciso actuar. Estos DSS tienden además a perpetuar las desigualdades. Abordarlos implica, por lo tanto, un abordaje integral, intersectorial e interinstitucional, y no estrictamente sanitario. Esta preocupación llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a impulsar en 2005 la creación de la Comisión sobre Determinantes sociales de la salud (CDSS), para reunir evidencia científica y fomentar un movimiento global por la equidad en salud. Hoy en día se ha convertido en una prioridad tanto en la agenda regional, bajo el impulso de la Organización Panamericana de la Salud, como en la agenda de la mayoría de los países de la región.

EUROsociAL, el programa de cooperación de la UE con América Latina para la cohesión social, se ha sumado a esta agenda de equidad en salud, apoyando, en varios países, el diseño de herramientas para monitorear la equidad y favorecer la acción intersectorial. Colombia es uno de ellos. La conformación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y del Observatorio de Desigualdades en Salud refleja el fuerte compromiso del país con la equidad. EUROsociAL se ha sumado a este proceso que ha acompañado por un lado impulsando el diálogo regional, mediante un grupo de trabajo sobre monitoreo de la equidad en salud; y por otro lado, facilitando asesorías por parte de expertos europeos.

La presente publicación es resultado de ello. A partir de una reflexión sobre la acción intersectorial, y una revisión de las mejores experiencias internacionales, propone recomendaciones técnicas y operativas para fortalecer la Comisión Intersectorial de

Salud Pública. Como se menciona en el texto, el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia ya contempla recomendaciones formuladas a nivel internacional, tanto por expertos independientes como por la OMS. Por lo tanto, los aportes de este documento de trabajo intentan ser más operativos, están orientados a la acción y profundizan en algunas dimensiones claves para la coordinación intersectorial, como son la voluntad política, la planificación o la importancia de los procesos. En todas las recomendaciones cabe destacar la importancia de las dinámicas territoriales.

Confiamos en que la publicación sea de utilidad práctica para Comisión Intersectorial de Salud Pública, y que además permita alimentar el debate y la reflexión regional sobre estrategias intersectoriales para mejorar la equidad en salud.

Inmaculada Zamora
Directora de EUROsociAL

Resumen ejecutivo

Este documento pretende ser una guía operativa para contribuir al desarrollo de la intersectorialidad en Colombia. A partir de la revisión de experiencias internacionales, informes de agencias, artículos científicos y documentación se sugieren recomendaciones para el impulso de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP).

El concepto de acción intersectorial ha evolucionado al de salud en todas las políticas. Su reconocimiento e implantación es creciente. Se presentan experiencias de interés de países de la OCDE, del entorno latinoamericano y de Colombia seleccionadas de acuerdo con varios criterios: a) disponibilidad de algún tipo de evaluación; b) replicabilidad en el entorno de salud en Colombia; c) coherencia con el enfoque de determinantes de salud; y d) intersectorialidad o integración de tipo estructural.

El conjunto de la literatura disponible señala la necesidad de transitar desde qué hacer hasta cómo hacerlo, ya que la implementación constituye la mayor brecha. Para una acción intersectorial exitosa deben considerarse diversos aspectos relativos a la puesta en marcha y a la prevención y el manejo de los obstáculos comunes a la mayoría de experiencias.

Este documento revisa experiencias internacionales sobre acción intersectorial en salud y métodos aplicables al contexto colombiano, con el propósito de facilitar recomendaciones con los lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública de Colombia.

Las recomendaciones para llevar a cabo la acción intersectorial se han inspirado en el marco sugerido por la OPS: voluntad política; necesidades y prioridades; marco planificado; estructuras; evaluación y participación; seguimiento; y fortalecimiento de la capacidad.

1. Reflexiones iniciales sobre la acción intersectorial

1.1. De la acción intersectorial a la salud en todas las políticas

Hace cuatro décadas, en el Informe Lalonde de Canadá y en la Declaración de Alma Ata de Atención Primaria se recomendó la **acción intersectorial** para promover la salud. Más adelante se definió como la relación entre el sector de la salud con otro sector para lograr resultados en salud, o sobre sus determinantes, de forma más eficaz, eficiente o sostenible de la que podría haberse logrado por el sector de la salud por sí mismo (WHO, 1999). La acción intersectorial implica la negociación y la distribución de poder, recursos y capacidades técnicas e institucionales entre los diferentes sectores; puede ser específica, como, por ejemplo, la desarrollada en todo el mundo respecto al tabaco, o bien dirigida a aspectos más amplios como la calidad de vida (Freiler, 2013), y se puede referir a la acción horizontal entre ministerios y agencias o a la acción entre diferentes niveles del gobierno (WHO, 2015).

Los conceptos y definiciones relativos a la intersectorialidad han ido evolucionando. A menudo se ha utilizado indistintamente términos como “gobierno conjunto”, “enfoque integral de gobierno” o “gestión horizontal” para denominar a las políticas dirigidas a los problemas sociales, económicos y ambientales persistentes y difíciles de tratar desde un único sector.

En 2006, durante la presidencia de la UE, Finlandia impulsó el concepto de **salud en todas las políticas** (SeTP) (Puska, 2014). En la Declaración de Helsinki de 2013, la SeTP se definió como la aproximación a las políticas públicas en todos los sectores que tiene en cuenta, de forma sistemática, las repercusiones de las decisiones en la salud, busca sinergias y evita los impactos perjudiciales con el fin de mejorar la salud y la equidad en salud de la población (WHO, 2014).

La SeTP se convirtió en una herramienta política de alcance mundial en el momento en que los gobiernos se propusieron como meta política el logro de la salud y el bienestar (WHO, 2008), y asumieron que su consecución requiere un enfoque integral del gobierno (Solar *et al.*, 2009). Se basa en los derechos y obligaciones relacionados con la salud, hace hincapié en las consecuencias de las políticas públicas sobre los determinantes de

la salud, y tiene como objetivo mejorar la rendición de cuentas de los responsables políticos de impactos en la salud en todos los niveles de la formulación de políticas (WHO, 2014). A diferencia de otros enfoques intersectoriales la SeTP integra los aspectos de la salud, el bienestar y la equidad en el desarrollo, la implementación y la evaluación de políticas y servicios (Shankardass, 2014).

Esta noción inicial se integra en el marco conceptual de OPS/OMS sobre los **determinantes sociales de la salud de 2008**. La SeTP, en este marco, es un tipo de acción intersectorial a gran escala que permite mejorar la salud a través de la atención a toda la gama de determinantes (Greaves and Bialystok, 2011).

La **acción de múltiples actores interesados** (*multistakeholder action*) se refiere a la acción de agentes externos al sector público, como, por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Los términos de acción multisectorial y acción intersectorial se usan indistintamente en muchos ámbitos (WHO, 2014).

El **enfoque integral de gobierno** (*WHO le of government approach*) es aquel en el que las agencias públicas trabajan más allá de los compartimentos competenciales para lograr un objetivo compartido y una respuesta gubernamental integrada. Los enfoques pueden ser formales o informales. Pueden centrarse en el desarrollo de políticas, la gestión de programas y la prestación de servicios. Es una respuesta al departamentalismo que tiene como objetivo lograr la coherencia de políticas con el fin de mejorar la eficacia y la eficiencia (WHO, 2014).

1.2. Impacto de la acción intersectorial

En la medida en que la mayoría de los determinantes sociales de la salud están fuera del sector sanitario, es imprescindible considerar seriamente la salud en la formulación de políticas (Ståhl *et al.*, 2006). Aunque la evidencia del impacto de la acción intersectorial ha sido hasta ahora escasa, los logros a escala internacional de las políticas antitabaco, o los relativos a la reducción de lesiones de tráfico o la diarrea infantil vinculada al acceso al saneamiento y al agua potable están impulsando el reconocimiento de la acción intersectorial (WHO, 2015). El reto para el futuro sigue siendo documentar la experiencia y comparar la eficacia de las diferentes estructuras y acciones de gobierno en los determinantes sociales de la salud en los resultados de salud y equidad de la población (Solar *et al.*, 2009).

La Región de las Américas carecía hasta hace pocos años de un marco teórico para el examen de la eficacia de la acción intersectorial y contaba con limitada investigación sobre la colaboración intersectorial (WHO, 2014) pero recientemente la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, en consonancia con el programa de trabajo de la OMS aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, contempla, desarrolla e impulsa la acción intersectorial.

Diversos países de la región han aportado evidencia científica del impacto de programas intersectoriales, como, por ejemplo, el Programa Bolsa Familia de Brasil (PBF), un programa de transferencias sociales condicionadas que contó con una inversión total del 0,46% del PIB. Las evaluaciones de proceso y de impacto mostraron que el PBF redujo la pobreza y la inequidad, y contribuyó al logro de algunos Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los resultados más significativos incluyen el aumento en el número de visitas por parte de las mujeres embarazadas; un aumento del 14,1% de los nacimientos a término; la mejora de la nutrición infantil; una disminución del 47,6% de la mortalidad infantil en los últimos diez años; la disminución de las tasas de fecundidad (2,38 a 1,90); la reducción de baja estatura para la edad del 13,5% al 6,8%; el aumento de la escolaridad materna, y la mejora del poder adquisitivo, de la atención básica de salud y del acceso a las vacunas.

Los resultados de la SeTP también se expresan en otro tipo de indicadores; por ejemplo, la evaluación de la estrategia de SeTP en Australia del Sur (Lawless *et al.*, 2012). Los resultados mostraron: a) mayor comprensión por parte de las personas con responsabilidad política, b) cambios en la dirección política como resultado del análisis con lente en salud (*health lens analysis*), un instrumento desarrollado *ad-hoc*, c) el desarrollo y la difusión de la investigación correspondiente, d) mejor comprensión y colaboración más estrecha entre los departamentos de salud y otros, y e) más predisposición hacia el empleo del “análisis con lente de salud” en futuros trabajos.

La herramienta más habitual para evaluar el impacto (prospectivo o retrospectivo) de las políticas no sanitarias es la metodología de la Evaluación del Impacto en Salud (EIS) (Freiler *et al.*, 2013). Históricamente, las EIS se han limitado a valorar una sola medida de las prácticas de la Administración pública en los distintos sectores, y, en cambio, la SeTP se orienta al contexto amplio de la toma de decisiones políticas y la rendición de cuentas (Koivusalo, 2010). La EIS se definió en 1999 como “una combinación de procedimientos, métodos y herramientas por la que una política, un programa o un proyecto pueden ser juzgados sobre sus efectos potenciales sobre la salud de una población, y sobre la distribución de esos efectos en esa población” (WHO, 1999). La definición se actualizó más recientemente: “Proceso por el cual, la evidencia (de diverso tipo), los intereses, valores y significados de las diferentes personas implicadas (políticos/as, profesionales, ciudadanos/as) se ponen en diálogo para entender y anticipar los efectos en la salud y las desigualdades en salud en una población dada” (Elliott y Harrop, 2009). La EIS procede de la Evaluación del Impacto Ambiental y se basa en el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud y en la equidad en salud. Actualmente se avanza hacia la evaluación de impacto integrada o integral, que contempla también la salud (Collins y Koplan, 2009).

La EIS se ha aplicado particularmente en los diseños de carreteras, las políticas agrícolas, la educación; y en los planes urbanísticos, en la vivienda, el transporte, el uso del

suelo o la gestión de residuos, en proyectos como la redefinición de alternativas para un puente de transporte o la inclusión de parques en un plan de reurbanización (Collins y Koplan, 2009; Environmental Protection Agency (United States), 2013; Rajotte *et al.*, 2011). Existen excelentes centros de documentación sobre la EIS con información actualizada en castellano (www.creis.es).

1.3. Puesta en marcha de la acción intersectorial

Existen diversas fórmulas de inicio de la acción intersectorial (Shankardass *et al.*, 2014; Solar *et al.*, 2009):

- La forma más común es la **iniciada por las autoridades de salud**, con la participación de otro o más ministerios, centrada en la mejora de la salud y la equidad.
- La **respuesta a brotes de enfermedades** o la dirigida a la gestión de una emergencia, impulsada por el jefe de gobierno y con la participación de todos los ministerios.
- La creación de una **nueva entidad de gobierno** para supervisar y promover la colaboración entre ministerios frente a un problema emergente. Esta forma de acción ha sido común en las respuestas nacionales al VIH/SIDA.
- La **acción liderada por autoridades no sanitarias**. Por ejemplo, en la prevención de muertes y lesiones de tránsito, las autoridades viales y de transporte han asumido la función de organismo principal y conseguido éxitos notables.
- En el nivel de **gobierno local**, el trabajo conjunto de diversos sectores a través de actividades de **promoción de la salud**, basados en los entornos o en la comunidad; por ejemplo, las Redes de Ciudades Saludables o la iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud.
- En algunos casos, la acción es consecuencia de un **cambio de gobierno** con un programa más amplio o renovado de justicia social. Por ejemplo, en Chile la elección de un gobierno democrático tras la dictadura militar condujo a una serie de programas sociales que requirieron la acción conjunta de todos los sectores de gobierno y de las redes de intervención social nacionales, departamentales y municipales o locales. En Marruecos, la entronización de un nuevo rey y la instauración de un sistema de independencia y alternancia en el poder contribuyeron a facilitar un proceso que intentaba responder mejor a los problemas sociales. En el Reino Unido, en su momento, un nuevo gobierno laborista se comprometió a ejecutar un programa que amplió la justicia social, respondió al problema de la pobreza y abordó la inequidad en salud, incluyendo nuevas vías para trabajar conjuntamente todo el gobierno.
- Las agendas y **compromisos internacionales** influyen a menudo en la puesta en marcha de la SeTP, tanto a nivel mundial como regional o subregional. El lineamiento con estrategias internacionales facilita el desarrollo de alianzas que conlleven a pactos y acuerdos en los ámbitos nacional y departamental, tanto rural como urbano,

así como la promoción y el apoyo a los procesos de planificación descentralizados y la participación ciudadana (PDSP). El liderazgo de entidades de renombre internacional como la OMS o las Naciones Unidas fue útil en ciertos casos en los cuales no había un compromiso de alto nivel por parte del gobierno nacional, como en India o en El Salvador.

2. Descripción de las experiencias y métodos sólidos revisados para la acción intersectorial

Este capítulo, a partir de la revisión de los principales documentos institucionales, artículos de revisión, recopilaciones de casos y artículos relacionados, presenta ejemplos internacionales de interés para el desarrollo de la CISP. No pretende ser una compilación exhaustiva. Las experiencias se han seleccionado de acuerdo con los siguientes criterios: a) que dispongan de algún tipo de evaluación; b) que sean importables o replicables en Colombia; c) que sean coherentes con el enfoque de determinantes de salud adoptado en Colombia; y d) que su intersectorialidad o integración sea estructural. Se describe someramente la experiencia, sus características y algunas lecciones aprendidas.

Aún destacando la importancia de estas u otras selecciones, los ejemplos tienen limitaciones, especialmente porque las experiencias intersectoriales son muy sensibles al contexto, no son fácilmente transferibles (Van den Broucke, 2013; Kickbusch, 2013), y, además, la evaluación de su impacto requiere mecanismos igualmente contextualizados (Ndumbe-Eyoh y Moffatt, 2013). Aunque cada país y territorio debe encontrar su propia forma de llevar a cabo la acción intersectorial, los casos aportan luz en aspectos parciales y pueden enriquecer los procesos de implantación de la intersectorialidad del PDSP de Colombia.

2.1. Unión Europea

La SeTP se llevó a la agenda de la Unión Europea en 2006 durante la presidencia finlandesa (Koivusalo, 2010). La SeTP constituyó el principal tema de salud pública de la presidencia de Finlandia debido a que las políticas de la UE no consideraban adecuadamente la salud, el sistema de formulación de políticas de la UE impedía el uso de las estructuras y los mecanismos disponibles para la intersectorialidad, y existía un déficit de implementación de la SeTP. Previamente, en el Tratado de Lisboa, el foco estaba centrado en las políticas públicas y la intersección entre los diferentes ámbitos públicos, quedando fuera la interacción entre el sector público y privado (Koivusalo, 2010). Se detectaron intereses en conflicto entre los Estados y la UE, en particular respecto a la regulación comercial y de los mercados.

Más adelante, la SeTP se incluyó entre los principios del planteamiento estratégico de 2008-2013, explicitando que se trata de una estrategia basada en valores compartidos y que la salud es la mayor riqueza, y proponiendo el fortalecimiento de la voz de la UE en la salud mundial (Puska y Ståhl, 2010).

2.2. Países nórdicos

La situación entre los países europeos respecto a la intersectorialidad en salud varía considerablemente; mientras que en algunos países como Suecia, Finlandia, Noruega o el Reino Unido existe un abordaje de las desigualdades de salud a través de la SeTP y un enfoque de “todo el gobierno”, en otros no existe una perspectiva integral gubernamental.

Finlandia es probablemente el país con más tradición en el enfoque SeTP (Melkas, 2013; Puska y Ståhl, 2010). En los años setenta se utilizó cierto enfoque SeTP en el proyecto Karelia, para abordar un enorme reto de enfermedad cardiovascular (Puska y Ståhl, 2010). La estrategia fue más allá del sector salud e incluyó conocimientos y prácticas de otras disciplinas científicas, como el marketing social, la modificación del comportamiento (psicología, psicología social), la comunicación y el cambio de comportamiento (ciencias de la comunicación), la innovación y la difusión (sociología), y la organización comunitaria y las políticas (política social, ciencias políticas) (Puska y Ståhl, 2010). Un paso importante en esa dirección fue incluir la salud como una asignatura obligatoria en las escuelas. En la Administración y en el plano político, se promovieron estructuras de diálogo como las mesas intersectoriales de salud pública y las comisiones parlamentarias para la salud (Ollila, 2011).

Un estudio que examinó las relaciones entre las prioridades de la política nacional y local para hacer frente a las desigualdades en salud en Noruega concluyó que la políticas locales tendían a centrarse en el estilo de vida y el cuidado de la salud, mientras que el nivel nacional abordaba los determinantes *upstream* (Greer y Lillvis, 2014).

2.3. Diversos países europeos

En los Países Bajos se describieron cinco factores críticos para la colaboración intersectorial: a) la participación de los socios; b) la importancia percibida de la SeTP y la colaboración intersectorial; c) la clarificación de las competencias y el fortalecimiento de vínculos entre los departamentos; d) la definición la organización para abordar las desigualdades en salud y e) el papel de liderazgo del Ministerio de Salud (Storm *et al.*, 2011).

En Gales, en el Reino Unido, se trabajó en favor de la adopción de un enfoque SeTP. El gobierno consultó cómo introducir el principio de la obligación legal de los responsables políticos no sanitarios de mejorar la salud a nivel nacional (Fletcher, 2013).

En España se han publicado algunos informes para establecer las bases para la SeTP. Un ejemplo reciente es el conjunto de elementos desarrollados para implementar la estrategia de Prevención y Promoción a nivel municipal que se ordenan en tres fases: 1) firma de adhesión a la estrategia: a nivel político, en el pleno municipal, se firma el acuerdo. Este punto es un requerimiento en el caso de los municipios que forman parte de la Red Española de Ciudades Saludables; 2) constitución de una mesa intersectorial: en esta mesa la presidencia corresponde al alcalde, hay una secretaría técnica y técnicos de cada sector y 3) elaboración de un mapa de recursos comunitarios.

La estrategia propone la creación de un Comité Intersectorial con representantes designados de diversas instituciones de la Administración General del Estado con influencia en el campo de la salud. Este Comité deberá liderar la implantación y seguimiento de la acción intersectorial en salud de la estrategia, y abordará cuestiones como la gobernanza en salud, la potenciación de la salud pública y el avance en el principio rector de SeTP. Previo a la constitución de este Comité, se inició el trabajo bilateral con sectores integrados en la estrategia, priorizándose inicialmente los sectores educativo, deportivo, urbanístico y de transporte (MSSI-España, 2014).

2.4. Australia y Canadá

Australia del Sur diseñó una estrategia de acción intersectorial para la salud en la que estableció estructuras específicas. Una de sus principales herramientas fue el “Análisis con lente de salud”, un proceso que examina las conexiones con determinantes a través de diferentes pasos: participar, reunir evidencia, generar evidencia, implementar y evaluar. Hasta el momento se ha aplicado a tres políticas: la seguridad del agua, la tecnología digital y la inmigración (Lawless *et al.*, 2012).

Es destacable la experiencia de Canadá en relación con la acción intersectorial en el cambio climático desde una perspectiva de equidad en salud. Los informes subrayan las dificultades de la aplicación en la práctica y las fuertes resistencias encontradas (Buse, 2013).

2.5. República Dominicana

El programa Rostros, Voces y Lugares de la República Dominicana (OPS, 2013) es una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud que se llevó a cabo en la región de Boca de Mao. Esta iniciativa regional ayuda a los países de ingresos medios a reducir la desigualdad en sus zonas más pobres y fortalece a la ciudadanía a través de la responsabilidad compartida y un enfoque basado en los derechos. Asimismo promueve la acción intersectorial e interinstitucional con miras a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además de la ejecución de actividades a nivel comunitario,

se desarrolló un plan de formación en materia de salud, medio ambiente, seguridad alimentaria y vigilancia de la nutrición. Esta iniciativa se ha desarrollado de acuerdo con las necesidades identificadas por la comunidad, principalmente en las áreas de sanidad, higiene, condiciones de vida y la producción de alimentos.

2.6. Chile y Cuba

En Chile el programa Chile Crece Contigo es un sistema de protección del desarrollo de la primera infancia, con la misión de vigilar, proteger y defender los derechos de los niños y sus familias a través de programas y servicios, que permiten un apoyo especial a las familias más pobres y vulnerables. Esta combinación de apoyo universal y específico a las familias con niños, con enlaces a otros programas sociales para las poblaciones más desfavorecidas, se diseñó para reforzar las acciones dirigidas a la consecución de los indicadores de cobertura universal de salud, mejorar los resultados en salud y mejorar los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, en relación a la educación y al empleo).

El programa de prevención del dengue y erradicación del *Aedes Aegypti* de Cuba es un conjunto integral de intervenciones intersectoriales destinadas a la eliminación y control del mosquito y otros vectores a través del saneamiento del medio ambiente, la higiene y las acciones colectivas en los hogares.

En los dos últimos casos (de Andrade *et al.* 2014), las políticas intersectoriales integradas y las acciones se vieron obstaculizadas por limitaciones institucionales y de gestión, como los presupuestos rígidos, los objetivos específicos para cada departamento y la limitada capacidad para poner en práctica proyectos complejos. Se recomienda desarrollar capacidades en cuatro áreas: la intersectorialidad, la participación social, el refuerzo del papel del sector de la salud y la vigilancia de las inequidades en salud. Estas capacidades tienen que estar basadas en el desarrollo institucional, el establecimiento de métodos de gestión y la capacitación de recursos humanos. Entre los retos se señaló la necesidad de fortalecer los sistemas de información sanitaria para proporcionar datos desglosados por grupos socioeconómicos para el seguimiento de las inequidades en salud y para estudiar el efecto de las intervenciones en las poblaciones objetivo, y la inversión en la capacidad política y de gestión. Un compromiso político y de gestión decidido y acciones del gobierno de duración prolongada fueron cruciales para el éxito de estas políticas.

2.7. Brasil

En Brasil el Programa Bolsa Familia (PBF) tiene como objetivo reducir la pobreza a través de transferencias directas de efectivo a las familias con el fin de combatir el hambre

y promover la seguridad alimentaria. Se une la condicionalidad a las subvenciones familiares a fin de reducir los aspectos intergeneracionales de la pobreza. También ayuda a promover y aumentar el acceso de las familias a la salud, el bienestar social, la educación y las redes de asistencia social. El PBF disfruta de un compromiso político de los poderes ejecutivo y legislativo al más alto nivel. El PBF tiene su propia estructura: un consejo de gestión es responsable de la formulación de políticas; establece directrices, normas y procedimientos; y actúa como conducto para la integración institucional de las políticas que fortalezcan a las familias beneficiarias. Está compuesto por los jefes de desarrollo social, educación, salud y planificación, y el jefe de la Casa Civil, entre otros. También incluye a representantes de las Administraciones federal, estatal y municipal, junto con el sector privado y las ONG. En 2009 se estableció un foro intersectorial intergubernamental para la gestión de las condicionalidades, integrado por representantes de ministerios, y la asistencia social, la educación continuada, la alfabetización, la diversidad y la atención médica.

El PBF tiene su propio presupuesto con recursos de los tres niveles de gobierno. Otros sectores además del de salud participan en esta iniciativa. El sector privado y las ONG también ayudan al programa con actividades específicas. El PBF pretende reducir las inequidades en salud. El programa atiende a las familias que viven en extrema pobreza. A través de las transferencias de efectivo, el PBF aumenta el capital humano de las familias y les ofrece una mayor oportunidad de desarrollo. Se crearon grupos de trabajo intersectorial para tratar temas específicos. El PBF contribuye a la formulación de políticas públicas para la salud. Después de seis años de ejecución, el programa identificó la necesidad de fortalecer el componente integral de la salud de la familia mediante la inclusión de los hombres y el envejecimiento, ninguno de los cuales estaba en el plan original. El programa también impulsó cambios en el Ministerio de Salud (principios, programas, políticas, proyectos, estrategias, instrumentos y acciones) destinados a cambiar el enfoque a la reducción de las inequidades en salud. Existe evidencia científica de resultados en la reducción de la pobreza y la inequidad. Si bien la participación en la formulación de políticas y la aplicación fue limitada, la supervisión pública del programa aseguró la rendición de cuentas, ya que el sector público y representantes de la sociedad civil participaron en el proceso de evaluación. También se requirió que las familias beneficiarias participaran a través de responsabilidades compartidas, como parte del cumplimiento de las condicionalidades (WHO, 2014).

El programa de Ambientes Saludables y Verdes en São Paulo, de Brasil, tiene un enfoque holístico. Integra los temas ambientales en actividades de promoción de la salud para mejorar la calidad de vida en el marco del programa Salud de la Familia. Fortalece la gestión de una política intersectorial a nivel local mediante la capacitación y el desarrollo de habilidades y oportunidades de 7.000 agentes comunitarios de salud y de protección social. Promueve proyectos comunitarios basados en las fortalezas y necesidades locales.

El programa de Salud en Escuelas de Brasil actúa sobre los determinantes sociales de la salud incorporando temas como la higiene, el alcoholismo y la educación sexual en los programas escolares. El programa ofrece actividades de fomento de habilidades y de formación (talleres, seminarios, foros de discusión) para educadores, adolescentes y padres, animándolos a ser promotores de salud y crear un efecto multiplicador en sus comunidades.

El programa Vida en el Tráfico de Brasil utiliza la acción intersectorial como una estrategia para reducir los accidentes de tráfico. En 2010 el Ministerio de Salud, con el apoyo de la OPS, lanzó la iniciativa en cinco ciudades brasileñas. Esta iniciativa nacional promueve la salud y la cultura de paz en la vía pública a través de la capacitación y sensibilización a través de seminarios y actividades específicas para prevenir las lesiones de tráfico por carretera y las muertes. Creó oportunidades de colaboración y coordinación intersectorial. En Belo Horizonte, el programa realizó tres talleres con las partes interesadas pertinentes para revisar los datos y elaborar, aprobar y ejecutar un Plan de Acción. El programa involucra a los gobiernos federal, estatal y municipales con acciones conjuntas coordinadas y esfuerzos de colaboración prioritarios. La iniciativa crea grupos de trabajo para sectores específicos de la población, como los jóvenes conductores, pasajeros y peatones, y estudia factores como el alcohol y la conducción y velocidad.

El programa Red Illuminar tiene como objetivo reducir los niveles de violencia, especialmente la violencia sexual en el municipio de Campinas. Ofrece capacitación a profesionales de la salud, la Guardia Nacional y maestros del sistema escolar municipal, y organiza seminarios sobre prevención de la violencia y una cultura de paz. Su enfoque intersectorial se basa en una comprensión de la violencia como un problema de salud pública con múltiples causas y no solo como un asunto legal o penal. La red promueve la colaboración entre la salud, la educación, la seguridad pública y los sectores de bienestar social, junto con la sociedad civil y las universidades. Asimismo, presta atención integral a las víctimas antes de 72 horas de un acto de violencia, y ofrece servicios de apoyo a niños, adolescentes y hombres. La red funciona a través de equipos profesionales para ayudar a romper el ciclo de la violencia y crear un ambiente seguro para las víctimas (WHO, 2014).

Casos extraídos de (OPS, 2013) y de (de Andrade *et al.*, 2014).

2.8. Ecuador

El Plan Nacional del Buen Vivir de Ecuador (OPS, 2013) establece las políticas públicas que afectan a la salud. Tiene como objetivo reducir las brechas de desigualdad y atender las necesidades básicas de la población. Hace un llamamiento para un desarrollo incluyente, multicultural y sostenible, la promoción de una nueva forma de entender

el crecimiento, la participación y la distribución de beneficios. El programa crea economías de escala y apoya la asignación eficiente de los recursos y el trabajo intersectorial. También fortalece el diseño participativo en todo el proceso (planificación, diseño, ejecución y evaluación) y una asignación presupuestaria del gobierno central contribuye a su sostenibilidad. Los gobiernos regionales y locales desarrollan sus propios planes adaptados a las prioridades y necesidades locales. También guía el diseño de planes de trabajo específicos del sector, incluida la salud. Los objetivos de cada sector deben estar alineados con el plan, que se basa en un enfoque de determinantes sociales de la salud y la definición amplia de salud sugerida por el concepto de buen vivir. El programa tiene el más alto nivel de compromiso político y una estructura y presupuesto independientes. Involucra a todos los sectores y niveles de gobierno. El Ministerio de Desarrollo Social de Coordinación, que supervisa los Ministerios de Salud, Trabajo, Educación, Inclusión Económica y Social, Migración y Vivienda, es el responsable del cumplimiento de las metas de salud. Se enfoca en reducir la desigualdad. Promueve la redistribución de los beneficios del desarrollo y tiene en cuenta la composición pluricultural del país mediante la adaptación de los planes de desarrollo regionales a las condiciones locales. Las autoridades regionales desarrollan planes de desarrollo provinciales. La acción intersectorial está integrada en el diseño e implementación de programas y actividades en todos los niveles de gobierno.

Existe evidencia científica de los efectos del programa. De 2006 a 2011 se redujo la brecha entre los ricos y los pobres urbanos. Al mismo tiempo, la inversión pública se duplicó, la inversión social aumentó 2,5 veces; los créditos agrícolas se duplicaron; el porcentaje de hogares urbanos con aseos y sistemas de alcantarillado aumentó del 71% al 78%; el porcentaje de hogares rurales con acceso a los servicios de recolección de basura aumentó del 22% al 37%; la inversión en justicia creció quince veces; y las visitas de salud a los proveedores de servicios públicos aumentó a 2,6 por cada 100 habitantes.

Las oportunidades para la participación pública se incorporaron en la planificación, diseño, implementación y evaluación de todas las actividades previstas en el programa. Los mecanismos de supervisión pública están en los niveles central y local, e incluyen grupos de discusión y oportunidades de consulta y concertación. Los representantes de la comunidad participan en el diseño de planes de desarrollo local (WHO, 2014).

2.9. Paraguay

En 2007 Paraguay lanzó su Plan Nacional para la Soberanía y Seguridad de la Alimentación y Nutrición (OPS, 2013) para abordar el reto de la inseguridad alimentaria. Incluye: 1) el desarrollo de productos y mercados en las áreas de servicios ambientales, ecoturismo, arte y artesanías, forestales, productos orgánicos y etnofarmacología;

2) la promoción de cadenas de valor para agroproductos y márketing, incluyendo la tecnología y los sistemas de almacenamiento; el procesamiento y preparación de alimentos; el desarrollo del mercado, la gestión de la producción y el comercio integral; 3) las alianzas productivas y comerciales; 4) un fondo para subsidiar los gastos de alimentación de producción y las inversiones y pequeña infraestructura industrial y la financiación para mejorar el acceso a los servicios básicos; 5) la promoción de la profesionalización de la fuerza de trabajo y la formación y el empleo de promoción integral de los jóvenes, en colaboración con el sector privado.

El plan incluye políticas y acciones para abordar las causas de la inseguridad alimentaria de manera integrada, holística, más allá de los enfoques tradicionales que se limitan a aumentar la producción agrícola. Se busca superar la fragmentación de esfuerzos existentes a través de la implementación de una estrategia de gobernanza global para mejorar la eficiencia de las intervenciones del gobierno. Finalmente se pretende abordar el problema de fondo de la distribución desigual de los recursos.

2.10. Colombia

De Cero a Siempre (de Andrade *et al.*, 2014) es la Estrategia Nacional de Colombia para la Atención Integral de la Primera Infancia. Lanzada por la Presidencia en 2011, la estrategia unifica los esfuerzos de los sectores público y privado, las organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional para mejorar la experiencia y resultados en salud de la primera infancia en Colombia. La estrategia se basa en un programa anterior, Hogares Comunitarios de Bienestar Social, un programa de cuidado comunitario que proporciona nutrición y atención a los niños de hogares pobres.

El programa dio lugar a mejoras en el estado nutricional de los niños y el empleo de las mujeres beneficiarias. Ofrece importante conocimiento desde dentro sobre la acción intersectorial en el trabajo hacia la cobertura universal de salud. El papel del sector de la educación es especialmente importante, ya que lidera la coordinación de la estrategia, aunque la estrategia es una plataforma para mejorar la cobertura y calidad de la atención de salud. La estrategia se centra en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud a través de enfoques participativos de movilización y sociales, con las autoridades locales jugando un papel importante. La estrategia combina intervenciones universales y focalizadas.

La estrategia de Entornos Saludables de Colombia (Colombia, colaboración interministerial y OPS, 2009). A partir de las necesidades de saneamiento ambiental básico y de las estrategias de escuelas saludables y viviendas saludables se establecieron los siguientes acuerdos: a) formular lineamientos técnicos nacionales para el desarrollo de las estrategias de entornos saludables; b) integrar la estrategia de Entornos Saludables a las políticas de protección de familia, infancia y vejez; c) incorporar el concepto de

vivienda saludable en las normas sobre construcción de vivienda de interés social; d) fortalecer la Red Nacional de Entornos Saludables y la estrategia a nivel nacional, departamental y local; e) promover la institucionalización de Vivienda Saludable; f) articular las estrategias de escuelas y viviendas saludables con los planes de Atención Básica y Apoyo al Mejoramiento; g) propiciar encuentros regionales y nacionales para compartir experiencias. Esta Agenda de Cooperación Interinstitucional se efectuó a través de un Plan de Acción Intersectorial y se estableció un Comité Técnico Nacional para Entornos Saludables.

El documento CEDETES de Intersectorialidad y SeTP en el sector salud en Colombia (CEDETES y el Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) recomienda descentralizar los procesos y acercarlos al ámbito local. Asume dos premisas: a) un fundamento expresamente político y b) un fundamento técnico (crea mejores soluciones al compartir recursos). Señala tres elementos clave: integración; inclusividad (necesaria en todas las fases de la elaboración/implementación/evaluación de las políticas) y mancomunidad (compartir recursos y acciones). Asimismo el documento señala factores que condicionan la intersectorialidad:

- Voluntad política.
- Papeles del Estado y del Gobierno.
- Reformas adecuadas del sector sanitario.
- Fortalecimiento de los Ministerios y Secretarías.
- Funciones esenciales de la salud pública.
- Descentralización en salud.
- Recursos humanos motivados.
- Inversión tecnológica.
- Sociedad organizada.

Y también factores facilitadores:

- Un sólido interés intergubernamental.
- El mandato y la coordinación de un gobierno central.
- Métodos flexibles y adaptables.
- Beneficios y colaboración mutuos.
- Recursos de salud dedicados al proceso.
- Toma de decisiones y responsabilidades conjuntas.

3. Barreras a la acción intersectorial

La aplicación de la SeTP ha sido hasta el momento limitada especialmente en cuanto a su implementación. A continuación se presentan los diversos obstáculos que aparecen en los principales documentos y artículos de revisión (Greaves y Bialystok 2011; Kickbusch y Buckett 2010).

La complejidad de los problemas de salud a los que se enfrenta la SeTP. Se han denominado “problemas perversos” a los problemas difíciles de resolver debido a sus componentes incompletos, contradictorios y cambiantes, como son, por ejemplo, la epidemia de sida, la gripe pandémica, el tráfico internacional de drogas o la obesidad. Debido a las interdependencias de sus determinantes, un “problema perverso” puede no resolverse definitivamente, y su solución puede incluso conllevar otros problemas (Kickbusch y Buckett, 2010).

La comprensión insuficiente del papel de los determinantes socioeconómicos de la salud (Kickbusch y Buckett, 2010) por los tomadores de decisiones, la población general, el personal sanitario e incluso por parte del personal de salud pública. Esta limitación conduce a su vez a la **falta de reconocimiento compartido de que la acción intersectorial es la vía adecuada para solucionar un problema específico** (Solar *et al.*, 2009). El papel de los determinantes sociales parece ser mejor conocido por los responsables de alto nivel y por los políticos.

La orientación ideológica de los gobiernos (Ollila, 2011). El abordaje de los determinantes sociales de la salud a menudo choca con las políticas generales. Los gobiernos no siempre priorizan la salud sobre otros objetivos políticos (Puska, 2014) y en muchos países **los argumentos económicos tienen más peso que la salud** (Melkas, 2013). Los gobiernos pueden ceder a las poderosas presiones de los sectores influyentes para adoptar políticas con impacto negativo en la salud (Van den Broucke, 2013). Otra barrera es la inexistencia de una clara acción global para hacer frente a problemas comunes con gran influencia en la salud, como son, por ejemplo, las **políticas comerciales internacionales** (Kickbusch, 2013; Leppo *et al.*, 2013).

La comprensión del proceso político en la práctica, ya **que la toma de decisiones políticas no está siempre basada en la evidencia y la razón** (Van den Broucke, 2013).

Los conflictos de **intereses sectoriales**, ya que los sectores del gobierno mantienen a veces intereses principales contrapuestos. Además, en ocasiones se tiene que establecer estrategias entre socios renuentes (Koivusalo, 2010).

La falta de liderazgo compartido y la indefinición de los roles de los sectores y aliados.

Los problemas relacionados con los tiempos, ya que **los ciclos electorales son cortos** en relación a la necesidad de estrategias de salud a largo plazo (Greaves y Bialystok, 2011); **el tiempo que transcurre entre la política y su implementación puede ser largo**; y, por último, **el tiempo entre la causa y el efecto** puede ser todavía más largo, especialmente en comparación con el ciclo político (Kickbusch y Buckett, 2010).

Los diferentes **sistemas de información** pueden dificultar e impedir la comunicación y el intercambio de datos entre sectores y aliados (WHO, 2008).

La financiación, los recursos y los costes que se derivan de tener en consideración la salud son un obstáculo recurrente (Ollila, 2011).

Otra de las principales barreras son las **diversas aproximaciones a la cultura departamental y al lenguaje de los sectores**. Los departamentos gubernamentales operan como “silos” o como “castillos”, que deben ser puenteados para trabajar en conjunto (Greaves y Bialystok, 2011; Kickbusch y Buckett, 2010; Ollila 2011). Las diferencias de cultura corporativa dificultan la comunicación y el consenso sobre objetivos comunes. Cada sector u organización participante tiene filosofías, enfoques, modelos de trabajo y terminología propios: por ejemplo, la palabra salud puede llegar a levantar suspicacias.

Las relaciones interpersonales son fundamentales para establecer vínculos interinstitucionales más generales. El alto índice de **rotación de personal** puede retrasar el proceso de desarrollo de alianza (WHO, 2008).

Las **capacidades de los recursos de salud y de los profesionales** de salud pública, de los diversos sectores y de los agentes sociales y comunitarios pueden ser barreras o facilitadores importantes (Ollila, 2011).

La escasez de evidencia sólida (Greaves y Bialystok 2011), ya que, a pesar del progresivo aumento de publicaciones sobre los impactos, la evidencia es a veces incompleta o débil, y las asociaciones a menudo son difíciles de explicar (Kickbusch y Buckett, 2010).

El éxito o la falta de aplicación también dependen de la **voz, legitimidad y presencia de la población** como parte de **la gobernanza y la rendición de cuentas de las políticas** (Koivusalo, 2010).

La excesiva **normatividad y la burocracia** pueden frenar el intercambio de poder entre los sectores (WHO, 2008). A la vez, la falta de bases y estructuras legales para la formulación y aplicación de políticas pueden ser también un obstáculo (Ollila, 2011).

Las “estrategias de todo el gobierno” originadas a nivel nacional tienen poca influencia en los determinantes sociales de la salud cuando **no van acompañadas de proyectos a nivel municipal**. La labor a nivel local, que facilita la participación activa de la población en la planificación comunitaria y el desarrollo de programas, es vital para solucionar las inequidades en salud. Idealmente, esas iniciativas van acompañadas de mecanismos de financiación y de estructuras de rendición de cuentas adaptadas a las necesidades dinámicas de la comunidad (WHO, 2008). En un ejemplo de Inglaterra, la fuerte integración horizontal a nivel nacional se acompañó de una integración vertical más débil y una acción intersectorial poco coherente a nivel local, lo que limitó el impacto de la estrategia general. En Cuba, con un compromiso de acción intersectorial contraído mucho tiempo atrás, las aplicaciones locales obtuvieron diversos grados de éxito. Esos dos casos sugieren que una consulta o participación insuficientes, o bien la falta de apoyo de los profesionales locales y los miembros de la comunidad en la elaboración de la acción intersectorial pueden limitar la eficacia de la acción, incluso cuando se cuenta con un sólido apoyo nacional (WHO, 2008).

La **participación no sistematizada**: aunque, tanto a nivel municipal como nacional, es necesario reunir a representantes de diversos sectores para examinar las cuestiones y establecer objetivos comunes, ello puede no ser suficiente para impulsar con eficacia la acción intersectorial (WHO, 2008).

La **falta de instrumentos** para el seguimiento de la colaboración intersectorial y de sus efectos en la salud (WHO, 2008): en general hay poca investigación sobre el tipo, los instrumentos y el nivel de colaboración intersectorial necesarios para abordar los determinantes sociales de la salud y avanzar en la reducción de las inequidades (WHO, 2014).

Una reciente metátesis de la investigación empírica en políticas públicas de gobierno conjunto señala que muchos de los experimentos fallidos se deben a un **alineamiento deficiente entre objetivos, instrumentos y contexto** (Carey, Crammond y Keast, 2014).

4. Recomendaciones técnicas y operativas para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública con énfasis en la incidencia política

En la actualidad existen numerosos documentos con propuestas de políticas intersectoriales, pero el problema ya no estriba en lo que se debería hacer (el qué), sino en la viabilidad y los procesos de implementación de la SeTP (el cómo) (Puska, 2014). Hoy día la brecha de implementación es el tema más importante en la actividad relacionada con la SeTP. Si se pudiera aplicar siquiera una pequeña parte de los documentos de propuestas políticas, se producirían importantes mejoras en la salud pública (Puska y Ståhl, 2010).

Hace ya dos décadas, Nutbeam señaló diversos aspectos facilitadores de las alianzas intersectoriales para la salud (Nutbeam, 1994):

- La participación de los socios mediante una definición clara del problema, identificando concretamente, y no de forma genérica, los problemas de salud y no sanitarios.
- La movilización de socios potenciales mediante la escucha de la voz de la comunidad; tanto en la definición como en la comprensión del problema.
- La negociación, el compromiso y el reconocimiento continuo de los legítimos intereses de los socios para evitar la percepción de un “imperialismo de la salud”.
- Los roles de liderazgo eficaces y flexibles.
- La definición clara de las tareas, funciones y responsabilidades.
- El establecimiento de un claro “punto de salida” en que los socios puedan “salir” de la asociación.

Estas recomendaciones, todavía vigentes, se han profundizado con la recomendación de diversas líneas estratégicas en el ámbito internacional (Puska, 2014):

- El compromiso con la salud y la equidad en salud como prioridades políticas.
- La garantía de la efectividad de estructuras, procesos y recursos.
- El fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud para comprometer a otros sectores del gobierno.

- El fortalecimiento de las habilidades y la capacidad institucional.
- La adopción de mecanismos transparentes de auditoría y rendición de cuentas.
- El establecimiento de medidas para controlar los conflictos de interés.
- La inclusión de las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil.

Asimismo, en la región de la Américas se han considerado elementos cruciales para el éxito de las políticas intersectoriales: la inversión en las capacidades de gestión y políticas, el decidido compromiso político y de gestión, y los programas estatales y acciones del gobierno durante periodos prolongados (de Andrade *et al.*, 2014).

Con el objetivo de promover la acción en la región, la OPS desarrolló un Plan de Acción en consonancia con el de la OMS (PAHO/OPS, 2014). El documento presenta un marco común para los países de la OPS con las siguientes líneas estratégicas:

- Establecer las necesidades y prioridades para lograr la SeTP.
- Establecer un marco para la acción planificada.
- Definir las estructuras y los procesos complementarios.
- Facilitar la evaluación y la participación.
- Garantizar el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes.
- Fortalecer las capacidades.

El PDSP de Colombia contempla en buena medida las características recomendadas en los diversos documentos revisados, entre las que destacan la comprensión a nivel estatal del papel de los determinantes sociales de la salud, el liderazgo participativo, la construcción dialogada del plan, el establecimiento de un sistema de información *ad-hoc*, el plan de capacitación de los agentes de los diversos niveles gubernamentales y la financiación definida. A pesar de todo, y en la medida en que este informe responde al objetivo de favorecer en la práctica la acción intersectorial de la CISP, se proponen algunos aspectos a mantener y fortalecer de manera inspirada en el Plan de Acción de la OPS (PAHO/OPS, 2014).

4.1. Voluntad política

La voluntad política de alto nivel, recomendada en el documento marco para la Acción de la OPS se debe plasmar en un mandato legal que refleje el apoyo a la intervención en los determinantes sociales de la salud con un foco estratégico deliberadamente orientado a la colaboración (Carey *et al.*, 2014; PAHO/OPS, 2014; Solar *et al.*, 2009). Es importante que el mandato se reproduzca en los diferentes niveles de decisión territorial. Asimismo, la claridad del gobierno en la priorización de la salud y el bienestar, y en los objetivos de bien común y coherencia de las políticas democráticas y transparentes pueden reforzar la implantación de la acción intersectorial (Ollila, 2011).

El compromiso público continuado dirigido a la acción es un ingrediente esencial en las iniciativas de gobernanza intersectorial para la salud (Carey *et al.*, 2014). El mantenimiento de la estrategia a largo plazo es esencial, ya que la labor intersectorial suele costar más y tomar más tiempo que otros enfoques (WHO, 2008). En América Latina el gran compromiso político y de gestión durante un tiempo prolongado fue crucial en el éxito de las políticas intersectoriales (de Andrade *et al.*, 2014).

Es vital que los sectores no sanitarios consideren los efectos sobre la salud antes de la formulación de políticas, de modo que se potencien al máximo los beneficios y se reduzcan al mínimo los efectos negativos sobre la salud. Un instrumento, comentado en un capítulo anterior, es la Evaluación del Impacto en Salud (EIS). La metodología que sigue y los análisis previos desde la óptica de la salud permiten determinar los efectos sobre la salud antes de la aplicación de cualquier política, programa o proyecto, con el fin de mitigar posibles repercusiones negativas. Algunos gobiernos, como el del País Vasco en España, criban las nuevas políticas de manera sistemática antes de su aprobación, y, en caso de ser necesario, desarrollan EIS más completas.

Es recomendable aprovechar las ventanas de oportunidad, ya que las crisis, los cambios en el gobierno y otros factores contextuales ofrecen nuevas oportunidades para la acción intersectorial más allá de la acción prevista (WHO, 2015).

Es conveniente promover la orientación normativa, es decir, la orientación política o las recomendaciones entre sectores (Solar *et al.*, 2009).

Se recomienda crear un ambiente de apoyo público a la acción. El aumento de la preocupación y el interés de la opinión pública conduce a incluir la acción intersectorial en la agenda política (WHO, 2008). Es recomendable utilizar la inquietud pública por la salud y el bienestar de los grupos desfavorecidos. Por ejemplo, en Bélgica se estimuló la demanda de acción publicando en los medios de comunicación datos que mostraban grandes diferencias socioeconómicas en la esperanza de vida saludable. En Noruega, una serie de libros blancos y otras publicaciones señalaron la inacción y la necesidad de intervenir (WHO, 2008). En términos generales, las acciones de sensibilización contribuyen al establecimiento de la agenda del gobierno para las políticas, leyes y reglamentos (Solar *et al.*, 2009).

La abogacía en todos los ámbitos sociales facilita el desarrollo de una agenda política centrada en la salud y sus determinantes teniendo en consideración los imperativos de otros sectores (PAHO/OPS, 2014). Asimismo la abogacía puede estimular cambios jurídicos o legislativos (Freiler *et al.*, 2013). Es importante incorporar, además de los argumentos de derechos, justicia y equidad, argumentos económicos de interés para la ciudadanía y las personas decisoras.

Los paladines políticos contribuyen a impulsar la acción intersectorial. En muchos de los casos revisados, algunos funcionarios de alto nivel y políticos actuaron como

paladines, impulsando la implicación de todos los niveles de gobierno y la comunidad. En el caso de Canadá, la Iniciativa Nacional para las Personas sin Hogar fue dirigida por un ministro convencido de que el problema de las personas sin hogar requería la participación de todos los niveles y ministerios de gobierno y de la sociedad civil. El apoyo del presidente de la Corporación de Vivienda de Nueva Zelanda a la cuestión de la vivienda de buena calidad para comunidades desfavorecidas fue un importante impulsor de esa política (WHO, 2008).

4.2. Planificación

Las actividades principales de esta fase incluyen la identificación de datos para la planificación y el monitoreo, la identificación de intervenciones basadas en la evidencia para su implementación, y las implicaciones para el personal, las agencias, la financiación y la rendición de cuentas necesarias (Carey *et al.*, 2014; WHO, 2014).

La planificación adecuada es esencial para el éxito. La información, el análisis y la evidencia requerida para poner en práctica, monitorear y evaluar este enfoque constituyen pasos necesarios. Se pueden elaborar planes dentro de los documentos y programas existentes, o los planes pueden formar parte de un marco nuevo, con una estructura propia o un presupuesto independiente. En cualquier caso se debería desarrollar un perfil de equidad en los territorios (WHO, 2014).

Una vez establecida la necesidad de incluir la SeTP, los diversos territorios deben determinar y priorizar sus problemas y objetivos de salud. Es conveniente establecer metas inmediatas y a medio y largo plazo teniendo en cuenta su factibilidad y el contexto político (WHO, 2014). Se trata de abordar los problemas de salud pública prioritarios de acuerdo con la situación territorial, y con perspectiva de equidad, desglosando los indicadores por las diferentes dimensiones de equidad acordadas. Algunos ejemplos de ámbito internacional pueden ser la creciente carga de enfermedades no transmisibles y transmisibles como el ébola, el VIH / sida, la malaria y la tuberculosis; o los impactos en la salud de los cambios ambientales o de la urbanización (WHO, 2015).

Las actividades más viables son las que ya se llevan a cabo. Hay que basarse en la experiencia previa de los actores individuales y de los sectores, por ejemplo la experiencia en la evaluación del impacto ambiental (Freiler *et al.*, 2013). Los proyectos piloto facilitan la implementación posterior (Shankardass *et al.*, 2014).

Es necesario garantizar que los diferentes sectores entienden y cumplen con sus roles y responsabilidades (incluyendo el coste de los recursos a invertir y las consecuencias de no realizar las actividades asignadas) (WHO, 2015).

La acción intersectorial requiere un organismo principal, no necesariamente el de salud, que busque activamente oportunidades para proporcionar orientaciones, colaborar e influir en el resto de sectores. En la mayoría de los casos, las autoridades de salud se encuentran en una posición natural para asumir el papel de liderazgo. Para influir eficazmente en otros sectores para llevar a cabo la acción para la salud, la agencia líder debe poseer la autoridad, la experiencia y la información necesarias sobre los problemas de salud y sus implicaciones en otros sectores. El sector de la salud puede proporcionar criterios y un marco teórico, como, por ejemplo, ocurrió en Canadá con la utilización de modelo de salud poblacional (PAHO/OPS, 2014; WHO, 2008). Además, el sector de la salud debería producir evidencia sobre los efectos de las políticas en la salud y la equidad en salud, y debería actuar como un catalizador para la SeTP (Leppo *et al.*, 2013).

El marco para la acción nacional en SeTP recomienda que el sector de la salud lidere (PAHO/OPS, 2014):

- La construcción de conocimiento, la generación de una base de evidencia para el desarrollo de políticas y la planificación estratégica.
- Evaluar las consecuencias sanitarias comparativas de las distintas opciones políticas.
- Crear un diálogo regular y continuo con otros sectores.
- Revisar y evaluar la eficacia de la labor intersectorial o multisectorial y la formulación de políticas integradas.
- Impulsar la capacitación del personal a través de los mecanismos, recursos y apoyo de las agencias.
- Trabajar con otras agencias gubernamentales para lograr sus propios objetivos y, de este modo, fomentar la salud y el bienestar de la población.
- Abogar por que el discurso público aborde la protección de la salud y los determinantes sociales de la salud.
- Promover la sinergia y la negociación de contrapartidas entre los sectores y entre los posibles socios institucionales.

Los sectores no sanitarios tienen un papel primordial en la acción intersectorial en salud simplemente llevando a cabo sus políticas y velando por la equidad. El liderazgo principal de las políticas no sanitarias debería mantenerse en su respectivo sector, como, por ejemplo, en los planes de lucha contra la pobreza, de desarrollo económico, de educación, de protección social, de infraestructuras, de energía o de movilidad. Los resultados positivos en bienestar y salud pueden ser capitalizados por los sectores no sanitarios y por las autoridades de alto nivel (presidentes, gobernadores, alcaldes...). El sector salud debería participar en las mesas intersectoriales en los diversos niveles de decisión, recordar los resultados en bienestar y salud asociados a la política en cuestión, poner sobre la mesa y facilitar la resolución de los conflictos de interés y aportar la mirada de equidad, de evidencia y de evaluación, así como contribuir a los recursos y financiación. El sector salud puede obtener sus réditos a partir de la mejora de los indicadores generales de salud.

Las instituciones internacionales suelen proporcionar apoyo a los Estados a través de la prestación de asistencia técnica, apoyo financiero o actividades de intercambio de conocimientos. Muchas organizaciones y foros mundiales refuerzan la acción sobre los determinantes sociales de la salud en ámbitos como la educación, el medio ambiente, los refugiados, el género y los derechos humanos. El fortalecimiento de la consideración de la salud en estos ámbitos mejora su impacto potencial en la salud y la equidad sanitaria.

La coordinación intersectorial pretende mejorar las sinergias entre sectores, reducir la fragmentación de la acción y disminuir la duplicación. La coordinación hace referencia a los esfuerzos para organizar y coordinar la acción y va más allá de la comunicación y el intercambio de información (Solar *et al.*, 2009). Existen ciertos factores facilitadores de la coordinación:

- Los métodos flexibles y adaptables.
- Las estrategias *win-win* que benefician a todas las partes (Ollila, 2011).
- Los recursos de salud dedicados al proceso y la toma de decisiones y responsabilidades conjuntas.

La utilización de la palabra **“bienestar”** como objetivo en lugar de la palabra **“salud”** puede facilitar el acuerdo. Aunque los sectores no sanitarios no mencionen la palabra **“salud”**, sí abordan la equidad en el bienestar y los determinantes sociales de la salud contribuyen a la mejora de la salud.

La alimentación de la confianza mutua es crucial para desarrollar y mantener la acción intersectorial. La reconstrucción de malas relaciones de trabajo puede tomar mucho tiempo. En las intervenciones en los pueblos indígenas desplazados de las tierras de sus ancestros y discriminados a raíz del colonialismo la desconfianza puede ser importante. Los estudios de casos de Canadá, Australia, Colombia y Nueva Zelanda son ejemplos de iniciativas dirigidas a mejorar la salud de los pueblos indígenas (WHO, 2008). Aunque en estos casos el establecimiento de una relación de confianza entre las partes fue una tarea difícil y lenta, permitió sentar una base sólida para lograr relaciones de trabajo eficaces (WHO, 2008). Estas relaciones de confianza requieren especificar el tipo de colaboración que se espera de los socios participantes y definir las formas que debe adoptar dicha colaboración. Una vez establecido el proceso de creación de alianzas, es útil redactar acuerdos formales y memorandos de entendimiento entre los socios participantes (WHO, 2008).

Asimismo, se debería contemplar la adopción de medidas de conflicto de interés para proteger las políticas de la distorsión provocada por la influencia e intereses comerciales. Los compromisos con los actores no estatales deben regularse de acuerdo con la ley y los principios internacionales.

Existe la necesidad de una adecuada financiación (Carey *et al.*, 2014). El apoyo financiero consiste en la movilización de fondos específicos mediante la asignación, la puesta

en común y el desembolso de fondos para financiar los programas conjuntos para la salud (Solar *et al.*, 2009). La financiación parcialmente compartida favorece la confianza entre sectores, y, en consecuencia, la estrategia *win-win*. Se puede fortalecer la intersectorialidad asignando un presupuesto a la acción en materia de determinantes sociales en diversos niveles de la Administración. Se trata de repercutir los costes y los beneficios entre los sectores implicados. El presupuesto conjunto es una propuesta especialmente atractiva para los departamentos sin presupuesto específico para las cuestiones de salud transversales. Hay ejemplos de presupuesto conjunto en muchos países y contextos. Buena parte de estas iniciativas se han centrado en atender las necesidades de grupos de población específicos. Aunque la evidencia sobre el efecto del presupuesto conjunto en la salud es débil, sí existe sobre su capacidad para superar los intereses sectoriales y apoyar la creación de asociaciones. Ha habido una creciente experimentación exitosa con presupuestos conjuntos, sobre todo en el Reino Unido y Suecia.

Mientras que el presupuesto conjunto es un ejemplo de financiación intersectorial, la financiación delegada es un ejemplo de financiación fuera del gobierno, en general garantizada por la legislación y derivada a un organismo público semiautónomo. La financiación delegada es un fenómeno relativamente nuevo relacionado con el uso de los *sin tax* (impuestos sobre bienes socialmente rechazables, como por ejemplo las bebidas alcohólicas) para financiar la promoción de la salud y programas preventivos. Por ejemplo, a raíz de la Convención Marco para el Control del Tabaco, muchos países han aumentado los impuestos al tabaco y delegado el gasto de estos fondos adicionales a órganos externos al Ministerio de Salud.

Se recomienda tener muy presente el gran potencial de los incentivos institucionales para la transdisciplinariedad (Buse, 2013).

4.3. Estructuras y procesos

Las principales actividades incluyen la identificación de una agencia líder para dirigir las acciones, a construir a partir de la estructura y agenda existentes. Se debe designar un agente principal o un comité para la gestión y aplicación de este enfoque con acciones y funciones determinadas, con el apoyo de las esferas gubernamentales más altas. Se recomienda asimismo determinar un mecanismo específico mediante el cual el sector de la salud pueda participar, dentro del sector público y más allá de este, en el diálogo sobre políticas y en la aplicación del enfoque de la salud en todas las políticas. Los gobiernos también pueden utilizar la legislación, las órdenes presidenciales, el establecimiento de nuevas unidades de gobierno y los memorandos de entendimiento para mejorar la acción intersectorial.

En muchos países se han cambiado o creado nuevas estructuras, herramientas o procesos para impulsar y consolidar la acción intersectorial. El desarrollo de un sistema

elaborado de comités y otras estructuras puede contribuir a dar credibilidad al problema en cuestión y a adoptar un enfoque cooperativo para solucionar las inequidades en salud, pero también puede crear confusión y añadir burocracia. Para evitar esa complejidad innecesaria, el gobierno de Noruega decidió explícitamente no crear un conjunto separado de comités intersectoriales para su Estrategia Nacional para Reducir las Inequidades Sociales en Salud y basar el proceso de políticas sobre las estructuras gubernamentales ya existentes. La decisión se tomó también para mejorar la sustentabilidad a largo plazo. Las estructuras más funcionales y realistas son las que se basan en estructuras ya experimentadas. En Colombia, con una estructura gubernamental descentralizada, es aconsejable trabajar mediante los mecanismos de coordinación interterritorial existentes, asegurando la participación de las entidades locales y departamentales.

A continuación se describen las principales estructuras utilizadas en el mundo para la acción intersectorial (Greaves and Bialystok, 2011; Lin *et al.*, 2012; WHO, 2008).

Los comités interministeriales facilitan el compromiso de los ministros en cuestiones de importancia política entre departamentos y ofrecen un mecanismo para que los ministerios trabajen con intereses externos. Pueden abarcar el trabajo conjunto de los miembros y sectores de gobierno en los diferentes niveles, desde el nacional hasta el local, y también pueden centrarse en la colaboración horizontal del gobierno dentro de un mismo nivel o entre varios niveles. Los vínculos ministeriales pueden variar en intensidad y duración. En ocasiones comprenden todos los ministerios o solamente un número seleccionado de ellos. Pueden basarse en objetivos comunes con protocolos de actuación centrados en un solo tema político o en toda la cartera de gobierno. El liderazgo reside en el primer ministro o presidente del gobierno, o bien en un ministro. La evidencia sobre los vínculos ministeriales es limitada debido a la dificultad de documentar e investigar los procesos políticos confidenciales, por lo que las pruebas para apoyar su capacidad de influir en las acciones de gobierno para la SeTP se limitan a informaciones parciales y anecdóticas. En general, el ministro de Salud suele ser un miembro de un comité intersectorial en ámbitos políticos como el desarrollo económico, la inclusión social, la política interna o el cambio climático. Algunos estudios de casos describen una alternancia de poder en esos comités mediante la rotación del puesto de la presidencia.

Como órgano supremo de decisión del gobierno, los comités del gabinete tienen la posibilidad de hacer o deshacer la SeTP. Las secretarías del gabinete coordinan y facilitan la toma de decisiones colectiva en nombre de todos los ministros del gobierno. A pesar de su potencial, la exploración de las secretarías del gabinete en Irlanda, Escocia, Gales, Nueva Zelanda y Australia muestra muy pocos ejemplos que contemplen un mandato expreso en salud. Los comités del gabinete están siendo reemplazados progresivamente por medios más informales de comunicación interdepartamental.

Otra fórmula es la creación de megaministerios para mejorar la movilización de recursos para la salud, pero los beneficios inciertos y los altos costos de tales reorganizaciones requieren una cuidadosa consideración. En la práctica hay pocos ejemplos de megaministerios. Las fusiones de ministerios siguen siendo más populares en la teoría que en la práctica, y existe poca evidencia sobre sus efectos. La provincia canadiense de Quebec es uno de los pocos ejemplos en que los servicios de salud y de servicios sociales se fusionaron en un mismo ministerio. Esta integración estructural facilitó el desarrollo de la Ley de Salud Pública de Quebec.

Los parlamentos pueden contribuir a la SeTP a través de las comisiones parlamentarias u otros órganos intersectoriales. En el Reino Unido las comisiones parlamentarias influyeron en los ministros elevando el perfil de un problema de salud disperso entre departamentos y emitiendo recomendaciones. Las comisiones parlamentarias pueden ayudar también a la sostenibilidad de una prioridad política más allá de los cambios de gobierno.

Los comités interdepartamentales están formados por funcionarios y pueden incluir nombramientos y unidades políticas externas al gobierno. El atractivo de los comités es que proporcionan un foro único para la resolución de problemas y el debate, lo que reduce los costos de implementación mediante la participación de los departamentos afectados en la toma de decisiones. La importancia y las funciones de un comité interdepartamental dependen extraordinariamente del contexto; en particular, de la importancia política relativa de un problema y del nivel de acuerdo sobre el tema entre los departamentos.

En todas las estructuras es importante establecer prácticas para reducir al mínimo la rotación de personal, a fin de mantener las relaciones personales que son tan vitales para el éxito y la fluidez de la labor intersectorial.

Además de los anteriores, se han utilizado otros mecanismos y herramientas de organización para el desarrollo de la acción intersectorial, como (Koivusalo, 2010; Ståhl, 2010; Ståhl *et al.*, 2006).

- Las consultas formales sobre la redacción de nueva legislación.
- Los comités “horizontales” de salud pública.
- Los comités *ad hoc* sobre iniciativas específicas.
- Los programas y proyectos intersectoriales.
- Los informes de salud pública con la cooperación de otros sectores.
- La comunicación formal entre sectores, como, por ejemplo, las reuniones bilaterales de Secretarías Generales.
- Los contactos informales a nivel de despacho.
- La Evaluación del Impacto en Salud.
- Los informes de políticas nacionales.
- El control parlamentario.

Se recomienda la preparación para las contingencias que puedan acontecer por medio de la comunicación periódica entre los sectores (por ejemplo, con reuniones virtuales, correos electrónicos o teleconferencias). Las comunicaciones ayudarán a estimular el progreso, identificar problemas y compartir experiencias exitosas y objetivos no alcanzados (WHO, 2015).

Se debe avanzar hacia las intervenciones en todos los niveles de la Administración. En el caso de Colombia, el PDSP establece relaciones entre las autoridades departamentales y locales (gobernadores y alcaldes), las Secretarías responsables de los sectores involucrados (salud, educación, obras, planeación, entre otras) y los representantes de las comunidades (responsables de familia, docentes, estudiantes, organizaciones, agentes educativos comunitarios, entre otros).

La clarificación de objetivos, funciones y responsabilidades concretas en los niveles departamental y local es un elemento de gran importancia. Se trata de llegar a un acuerdo multisectorial sobre los resultados deseados de las políticas públicas, los objetivos y las metas (Freiler *et al.*, 2013). Este acuerdo puede ser traducido a cada sector con metas y objetivos más específicos (Solar *et al.*, 2009).

El PDSP define las funciones y responsabilidades de los diferentes agentes gubernamentales en relación a sus diez dimensiones. Una vez desarrollado el plan a nivel nacional, el énfasis debería trasladarse con fuerza a los ámbitos departamental y local. En el ámbito departamental, los observatorios de desigualdades tienen el encargo y la capacidad de impulsar la intersectorialidad. El análisis de situación por departamentos ofrece una línea de base sobre la cual el comité intersectorial debe priorizar los objetivos y subobjetivos departamentales de salud, atendiendo el marco lógico de los determinantes sociales. Los observatorios en los departamentos deben describir y comunicar las tendencias departamentales de los indicadores según las dimensiones de equidad y vincularlas a la acción desarrollada y la planificada. El impacto en los indicadores de equidad dependerá ampliamente de la acción en los DSS a este nivel y de la existencia de mecanismos de control descentralizados (Carey *et al.*, 2014).

La labor a nivel local, que facilita la participación activa de la población en la planificación comunitaria y el desarrollo de programas, es crucial para solucionar las inequidades en salud. Idealmente esas iniciativas se acompañan de mecanismos de financiación y de estructuras de rendición de cuentas que permiten la expansión de la iniciativa y su adaptación a las necesidades dinámicas de la comunidad (WHO, 2008). El ámbito local es el entorno donde cristaliza la acción intersectorial en buena parte de los determinantes intermedios: la planificación urbana, la movilidad, la atención social, el saneamiento y el acceso a agua potable o el control ambiental. El otro aspecto en el que el nivel municipal tiene un gran potencial transformador es el ámbito comunitario. Los ayuntamientos pueden favorecer la participación y la acción comunitaria para

llevar a cabo intervenciones. Entre los procesos, se debe fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas de forma que se puedan aplicar a diferentes sectores.

Las principales actividades incluyen la evaluación del impacto de las políticas públicas en la salud y la equidad, y la participación de grupos y comunidades clave. La valoración de las implicaciones para la salud en el proceso de formulación de políticas es la base del enfoque de la SeTP. Los gobiernos deben determinar si iniciarán la evaluación e impulsarán la participación social a nivel de proyecto o de la política, ya que las evaluaciones de salud requerirán diferentes aptitudes, capacidades y recursos según el enfoque. La participación de la comunidad es necesaria para promover el conocimiento de la evaluación de las repercusiones sobre la salud y el apoyo a la evaluación. Se deben realizar esfuerzos para aumentar la participación de las mujeres y los grupos étnicos y minoritarios.

4.4. Evaluación del impacto y participación

La participación de los actores interesados incluye formalmente a los actores no gubernamentales en la toma de decisiones especialmente en los temas de importancia departamental y local (Lin *et al.*, 2012). Se trata de implicar, y no solo consultar, en el proceso de planificación a las personas afectadas. Por lo general, estos enfoques implican muchas reuniones en las que se discuten temas e ideas y un enfoque común, pero los departamentos gubernamentales no suelen estar preparados para este tipo de procesos (Kickbusch y Buckett, 2010).

El compromiso con la industria, en forma de asociaciones público-privadas (APP) para la salud, es un mecanismo relativamente nuevo y un tanto controvertido de gobernanza. Sin embargo, el establecimiento de asociaciones público-privadas como actores no estatales que combinan los intereses de la industria, el gobierno y la sociedad civil es cada vez más común. Las APP son estructuras de gobierno que crean relaciones entre la industria y el sector público para afrontar un desafío de salud en particular y, en general, pretenden mejorar algún aspecto de la infraestructura de salud. Estas asociaciones se han reconocido en la Carta de Bangkok (WHO, 2005) y en las Naciones Unidas (Lin *et al.*, 2012). La Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud es un ejemplo de la utilización de las APP como una herramienta política para la gobernabilidad (Lin *et al.*, 2012).

Los conflictos de interés, directos o indirectos, entre individuos, sectores y empresa deben abordarse y resolverse en favor de la salud pública y de acuerdo con la legislación nacional e internacional. El sector salud puede promover la sinergia y la negociación de contrapartidas entre los sectores y entre los posibles socios institucionales (WHO, 2015). La Declaración de Helsinki sobre la salud en todas las políticas insta a los gobiernos a adoptar medidas de conflicto de interés para proteger las políticas de los intereses y la influencia comercial (WHO, 2015).

Los gobiernos deben realizar evaluaciones transparentes antes de incorporar en la participación a agentes no estatales. En la medida de lo posible, se debe garantizar que los recursos financieros para las coaliciones locales o nacionales específicas dedicadas a la acción para la salud en todos los sectores, así como las funciones de regulación o normativas, sean independientes. Los Estados pueden obtener el apoyo de la comunidad internacional en la supervisión y la gestión de la participación, sobre todo en lo que respecta a las obligaciones de los tratados internacionales, por ejemplo, respecto a la Convención Marco para el Control del Tabaco (WHO, 2015).

4.5. Seguimiento, evaluación y presentación de informes

Las principales actividades incluyen el establecimiento de líneas basales, metas e indicadores; el desarrollo y acuerdo sobre los hitos; el establecimiento de un sistema de información que facilite la comunicación y el intercambio de datos y la información compartida, la promoción de la apropiación entre los actores clave y la devolución (*feedback*), la realización del seguimiento, y la diseminación de las lecciones aprendidas (Carey *et al.*, 2014; WHO, 2008).

El proceso de planificación debe establecer un sistema de seguimiento y evaluación que incluya indicadores específicos, hitos aceptados y métodos estandarizados. La CISP es responsable del despliegue y seguimiento de los indicadores del ODES como acción de gobierno para medir los progresos en los determinantes sociales y la equidad en salud. Puede hacerse a través de los indicadores acordados y los mecanismos de gestión del conocimiento, o bien tomar la forma de los informes de evaluación (Solar *et al.*, 2009). Es mejor utilizar los marcos y estructuras existentes también para la monitorización y evaluación, siempre que sea posible. Los mecanismos de información no deben ser demasiado costosos para los participantes, para evitar restar esfuerzo y trabajo a la implementación (WHO, 2014). Se deben hacer esfuerzos para compartir conocimientos, y para permitir el acceso a los datos de calidad y asistencia técnica en todos los sectores (Solar *et al.*, 2009).

Existe la necesidad de desarrollar herramientas e instrumentos de seguimiento de la colaboración intersectorial y de sus efectos. Por ejemplo, en Irán realizó una evaluación exhaustiva de sus iniciativas intersectoriales, que incluyó un análisis de documentos, estudios de los procesos y listas de verificación, entrevistas con informantes clave, grupos de debate, análisis de datos secundarios y una encuesta sobre el capital social realizada en los hogares (WHO, 2008).

Es de importancia capital revisar y evaluar la eficacia de la labor intersectorial y de las políticas integradas (WHO, 2014), y, especialmente, se debe recoger y analizar la evidencia de las políticas exitosas. El sector salud puede evaluar las consecuencias sanitarias comparativas de las distintas opciones del proceso de desarrollo de políticas, la

construcción de conocimiento, la generación de una base de evidencia para el desarrollo de políticas y la planificación estratégica (WHO, 2014). Las personas expertas proveen evidencia sobre los impactos (Freiler *et al.*, 2013; Shankardass *et al.*, 2014); pero el factor clave para el apoyo intersectorial es la coproducción de la evidencia y la noción de evidencia compartida. Implica el desarrollo de acuerdo sobre la aceptabilidad de la evidencia producida y recogida entre todas las partes involucradas (Solar *et al.*, 2009). La CISP puede reforzar la cohesión de los diversos sectores participantes mediante el apoyo a la investigación conjunta del impacto en el bienestar y la salud, y la presentación conjunta de los resultados.

Se debe fomentar la interacción entre la investigación y la intervención (Gosselin *et al.*, 2011), y, por medio de un contexto financiero favorable, establecer fuertes incentivos institucionales para la transdisciplinariedad (Carey *et al.*, 2014) y la apertura a la innovación en salud pública (Buse, 2013).

4.6. Fortalecimiento de las capacidades

La capacidad institucional hace referencia no solamente a la experiencia de los profesionales sino también a los compromisos políticos existentes, a la disponibilidad de fondos, información y bases de datos para la planificación, seguimiento y evaluación y a la estructura organizativa (Solar *et al.*, 2009).

La integración de la consideración de la SeTP requiere una base sólida de información y la formación adecuada en salud pública, el buen conocimiento del sistema y de las estructuras de formulación de políticas, así como de la capacidad de negociación (Sihto, Ollila y Koivusalo, 2006). La promoción e implementación de acciones en todos los sectores suele requerir la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades de una amplia gama de instituciones y la comunidad en general. Se recomienda extender la capacitación al máximo de actores sociales.

Entre las actividades recomendables destaca la creación de capacidad en la fuerza laboral de salud y otros sectores sobre el enfoque de la SeTP (Carey *et al.*, 2014). Los contenidos deben incluir las estrategias nacionales para la acción, las autoevaluaciones en el sector de la salud, la Evaluación del Impacto en Salud, la desagregación de datos de salud y de los determinantes de la salud, y el mapeo de actividades del gobierno y el mapeo de activos. Además, para mejorar la brecha de implementación, la capacitación debe orientarse particularmente a la adquisición de habilidades en intersectorialidad, grupos, negociación, acción comunitaria y estrategias *win-win* (Freiler *et al.*, 2013).

Asimismo se debería desarrollar la capacidad en otros ministerios, asegurando que tengan una orientación adecuada sobre los impactos de salud para sus evaluaciones

de impacto y, cuando sea posible, facilitar espacios para sus consultas (Solar *et al.*, 2009).

Se recomienda reforzar la capacitación y el apoyo a los profesionales de salud pública en la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarias para comunicar los resultados a los responsables políticos y a los miembros de la comunidad; colaborar con otros sectores para aumentar el interés en los resultados de salud; y aprender acerca de los objetivos e intereses de otros sectores (Solar *et al.*, 2009).

Es muy conveniente el desarrollo de la capacidad de investigación de las instituciones de salud pública y los centros existentes de investigación sobre la salud de las poblaciones. Este enfoque debe incluir la recolección y análisis sistemático de los datos de salud y análisis de políticas, y el desarrollo de soluciones a los problemas identificados. Se recomienda fortalecer las habilidades en metodología de investigación y, específicamente, en Evaluación del Impacto en Salud (Shankardass *et al.*, 2014). Se deben hacer esfuerzos para compartir conocimientos, y para permitir el acceso a los datos de calidad y asistencia técnica en todos los sectores (Solar *et al.*, 2009).

La inversión en la capacidad de gestión y política, mantenida durante largos periodos ha constituido un elemento crucial del éxito de diversas políticas latinoamericanas (de Andrade *et al.*, 2014).

Es recomendable desarrollar estudios de caso que muestren los beneficios de la acción intersectorial en la salud, y favorecer la interacción entre los investigadores, la universidad y las personas al cargo de las intervenciones (Solar *et al.*, 2009).

La realización de encuentros de buenas prácticas ha demostrado ser una estrategia muy eficaz para la formación continuada.

5. Reflexiones finales y retos

El enfoque intersectorial en salud ha sido destacado en los principales documentos de trabajo de la OMS y la OPS. En los últimos años, Colombia se ha situado en una posición adelantada debido a los esfuerzos realizados para adoptar el enfoque de determinantes de salud, el trabajo intersectorial y una cultura de evaluación y mejora continuas.

En Colombia los aspectos centrales de las políticas de salud pública se han liderado al máximo nivel, lo que facilita la priorización y el enfoque para el conjunto del gobierno que requiere tanto el Plan Decenal de Salud Pública como la Comisión Intersectorial de Salud Pública. El despliegue del liderazgo en todos los niveles de la Administración es un reto. Algunas de las experiencias destacadas del país pueden ser trasladadas en los distintos niveles administrativos. La CISP debe promover que sus propuestas recorran todos los ámbitos territoriales.

Desde hace años el país tiene experiencia en el desarrollo institucional de equipos y órganos intersectoriales para abordar problemas de salud. Emerge la oportunidad de racionalizar y simplificar su estructura, así como formalizar la conexión de todos ellos con la CISP.

Las relaciones entre sectores y agentes sociales son complicadas por definición. Los acuerdos, la clarificación de roles y expectativas y la creación de relaciones de confianza son cruciales para fomentar la viabilidad y sostenibilidad de la acción. La estrategia de capacitación PASE a la Equidad puede reforzar las habilidades interpersonales necesarias.

El fomento de la equidad es un objetivo de la intersectorialidad en salud. El trabajo conjunto de la CISP con el Observatorio de Desigualdades en Salud permitirá definir las relaciones de cooperación y sinergia entre ambos organismos.

Bibliografía

- Andrade, Luiz Odorico Monteiro, de, *et al.* 2014. "Social Determinants of Health, Universal Health Coverage and Sustainable Development: Case Studies from Latin American Countries". *Lancet*, vol. 385 (9975): 1343-1351.
- (Van den) Broucke, Stephan. 2013. "Implementing Health in All Policies Post Helsinki 2013: Why, What, Who and How". *Health promotion international*, 28 (3): 281-284.
- Buse, Chris. 2013. "Intersectoral Action for Health Equity as It Relates to Climate Change in Canada: Contributions from Critical Systems Heuristics". *Journal of evaluation in clinical practice*, 19 (6): 1095-1100.
- Carey, Gemma, Brad Crammond y Robyn Keast. 2014. "Creating Change in Government to Address the Social Determinants of Health: How Can Efforts Be Improved?". *BMC public health*, 14 (1): 1087.
- CEDETES y el Ministerio de Salud y Protección Social. 2012. Análisis y propuesta para el desarrollo de la atención primaria, la promoción de la salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano.
- Collins, Janet, y Jeffrey P. Koplan. 2009. "Health Impact Assessment: A Step toward Health in All Policies". *JAMA*, 302 (3): 315-317.
- Colombia Colaboración interministerial and OPS. 2009. Entornos saludables y desarrollo territorial en Colombia: impulso al logro de los objetivos de desarrollo del milenio con equidad. Bogotá.
- Elliott, Eva, y Emily Harrop. 2009. "Contesting the Science: Public Health Knowledge and Action in Controversial Land-Use". *Risk Communication and Public Health*, 181.
- Environmental Protection Agency (United States). 2013. A Review of Health Impact Assessments in the U.S.: Current State-of-Science, Best Practices and Areas for Improvement.
- Fletcher, Adam. 2013. "Working towards 'Health in All Policies' at a National Level". *BMJ (Clinical research ed.)* 346: f1096.
- Freiler, Alix *et al.* 2013. "Glossary for the Implementation of Health in All Policies (HiAP)". *Journal of epidemiology and community health*, 67 (12): 1068-1072.
- Gosselin, Pierre, Diane Bélanger, Véronique Lapaige y Yolaine Labbé. 2011. "The Burgeoning Field of Transdisciplinary Adaptation Research in Quebec (1998-): A Climate Change-Related Public Health Narrative". *Journal of multidisciplinary healthcare*, 4: 337-448.
- Greaves, Lorraine J., y Lauren R. Bialystok. 2011. "Health in All Policies--All Talk and Little Action?" *Canadian journal of public health = Revue canadienne de santé publique*, 102 (6): 407-409.
- Greer, Scott L., y Denise F. Lillvis. 2014. "Beyond Leadership: Political Strategies for Coordination in Health Policies". *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*.
- Kickbusch, Ilona. 2013. "Health in All Policies". *BMJ (Clinical research ed.)*, 347: f4283.

- Kickbusch, Ilona, y Kevin Buckett. 2010. "Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010". Adelaide: Government of South Australia.
- Koivusalo, Meri. 2010. "The State of Health in All Policies (HiAP) in the European Union: Potential and Pitfalls". *Journal of epidemiology and community health*, 64 (6): 500-503.
- Lawless, Angela P. et al. 2012. "Health in All Policies: Evaluating the South Australian Approach to Intersectoral Action for Health". *Canadian journal of public health = Revue canadienne de santé publique* 103 (7 Suppl. 1): eS15-9.
- Leppo, Kimmo, Eeva Ollila, Sebastián Peña, Matthias Wismar y Sarah Cook. 2013. *Health in All Policies-Seizing Opportunities, Implementing Policies*. STM.
- Lin, Vivian, Catherine M. Jones, Anneliese Synnot y Matthias Wismar. 2012. "Synthesizing the Evidence: How Governance Structures Can Trigger Governance Actions to Support Health in All Policies", in *Intersectoral Governance for Health in All Policies Structures, actions and experiences*, edited by David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones, and Maggie Davies. World Health Organization 2012, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Melkas, Tapani. 2013. "Health in All Policies as a Priority in Finnish Health Policy: A Case Study on National Health Policy Development". *Scandinavian journal of public health*, 41 (11 Suppl.): 3-28.
- MinSalud (web). 2014. MinSalud inicia una nueva era de la asistencia técnica unificada. <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-inicia-una-nueva-era-de-la-Asistencia-T%C3%A9cnica-Unificada.aspx>
- MSSI-España. 2014. "Estrategia, promoción y prevención en el sistema nacional de salud".
- Ndumbe-Eyoh, Sume, y Hannah Moffatt. 2013. "Intersectoral Action for Health Equity: A Rapid Systematic Review". *BMC public health*, 13: 1056.
- Nutbeam, Don. 1994. "Inter-Sectoral Action for Health: Making It Work". *Health Promotion International*, 9 (3): 143-144.
- Ollila, Eeva. 2011. "Health in All Policies: From Rhetoric to Action". *Scandinavian journal of public health*, 39 (6 Suppl.): 11-18.
- PAHO/OPS. 2014. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas.
- Puska, Pekka. 2014. "Health in All Policies-from What to How". *European journal of public health*, 24 (1): 1.
- Puska, Pekka, y Timo Ståhl. 2010. "Health in All Policies-the Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues". *Annual review of public health*, 31: 315-28 3 p following 328.
- Rajotte, Benjamin R., Catherine L. Ross, Chinyere O. Ekechi y Vladimir N. Cadet. 2011. "Health in All Policies: Addressing the Legal and Policy Foundations of Health Impact Assessment". *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 39 Suppl 1: 27-29.
- Shankardass, Ketan, Emilie Renahy, Carles Muntaner, y Patricia O'Campo. 2014. "Strengthening the Implementation of Health in All Policies: A Methodology for Realist Explanatory Case Studies". *Health policy and planning*.
- Sihto, M., E. Ollila, y M. Koivusalo. 2006. "Principles and Challenges of Health in All Policies". *Health in All Policies*.
- Solar, Orielle, Nicole Valentine, Marilyn Rice y Daniel Albrecht. 2009. *Moving Forward to Equity In Health What Kind of Intersectoral Action Is Needed? An Approach to an Intersectoral Typology*.
- Ståhl, Timo P. 2010. "Is Health Recognized in the EU's Policy Process? An Analysis of the European Commission's Impact Assessments". *European journal of public health*, 20 (2): 176-181.
- Ståhl, Timo, Matthias Wismar, Eeva Ollila, Eero Lahtinen y Kimmo Leppo. 2006. *Health in All Policies*. Prospects and potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health.

- Storm, Ilse, Marie-Jeanne Aarts, Janneke Harting y Albertine J. Schuit. 2011. "Opportunities to Reduce Health Inequalities by 'Health in All Policies' in the Netherlands: An Explorative Study on the National Level". *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 103 (2-3): 130-140.
- WHO. 1999. "HEALTH21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region".
- WHO. 2005. "The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World".
- WHO. 2008. "Health Equity through Intersectoral Action".
- WHO. 2014. "WHO | Health in All Policies: Framework for Country Action".
- WHO. 2015. "First Draft of the Framework for Country Action Across Sectors for Health and Health Equity".

Anexo 1. Resumen de aspectos estructurales relevantes a la acción intersectorial en salud en Colombia

Información parcialmente extraída de (PDSP 2012) y (MinSalud 2014)

El viraje del enfoque de problemas de salud al de determinantes sociales de la salud

Las autoridades colombianas decidieron hacer un tránsito del enfoque por problemas de salud al enfoque por DSS. Esta metodología conceptual se puso a prueba en el departamento del Meta en los municipios de El Castillo, Vista Hermosa, Mesetas y Guamal, cuyas autoridades expresaron que la clave del nuevo enfoque tiene una base fuerte de voluntad política y transectorial. Como parte de la preparación, los profesionales al cargo de la asistencia técnica territorial se diplomaron en Planeación territorial técnica y financiera bajo el enfoque de la estrategia PASE a la Equidad en Salud; ahora este equipo de asistencia técnica unificada se desplazará a los territorios a cumplir su misión de acompañar a los departamentos en la formulación de sus PTS, a través de la autoridad sanitaria, en los distintos municipios.

Claves de la estrategia PASE a la Equidad en Salud

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), a través de la estrategia PASE a la Equidad en Salud Pública, establece una ruta lógica para la formulación de los planes territoriales de salud que articula a los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, acompañando y fortaleciendo la gestión de la autoridad sanitaria. El modelo de los Determinantes Sociales de Salud que adopta el PDSP y la estrategia PASE a la Equidad en Salud posibilita las estrategias de articulación de los distintos actores.

La estrategia permite la identificación y el reconocimiento de las necesidades de los territorios, facilitando la planificación de manera sistemática para lograr una gestión e inversión de las entidades gubernamentales que responda a las necesidades de sus pobladores en salud. Reconoce que el estado de salud de una población se encuentra directamente relacionado con las situaciones y condiciones presentes en un territorio particular, y que estas ejercen influencia sobre la salud de las personas.

Dimensiones prioritarias	Mención y concreción (instrumentos o estructuras)
1. Salud ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales. • Plan Acción Intersectorial Entornos Saludables (PAIES). • Plan Nacional Intersectorial Fortalecimiento Laboratorios Salud. • Atención Primaria Salud Ambiental.
2. Enfermedades no transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales.
3. Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales. • Atención Integral Víctimas del Conflicto.
4. Salud alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales. • Salud Alimentaria Nutricional transectorial. • Comisión Intersectorial Salud Alimentaria y Nutricional (CISAN).
5. Salud sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales. • Observatorio Nacional e Intersectorial Embarazo Adolescente.
6. E. Transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales. • Estrategia Gestión Integral (EGI).
7. Emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales. • Plan Sectorial Gestión Integral Riesgos y Desastres.
8. Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales.
Dimensiones transversales	Mención y concreción (instrumentos o estructuras)
1. Infancia	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales. • Estrategia Atención Integral Primera Infancia. • Comisión Intersectorial Primera Infancia (Decreto 4875/2011). • Salud sexual y reproductiva (Decreto 2968/2010).
2. Vejez	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales.
3. Género	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales.
4. Etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales.
5. Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales. • Observatorio Nacional e Intersectorial de Discapacidad de Colombia (sin embargo, en posteriores guías ROSS el Observatorio de Discapacidad ha perdido la denominación intersectorial).
6. Conflicto armado	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales.
7. Autoridad sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Hay mención genérica para impulsar acciones trans/intersectoriales. • Comisión Intersectorial Salud Pública (CISP). • Comisión Nacional Intersectorial Vigilancia Salud Pública. • Ministerio (MSPS), como promotor y líder.

Incluye una secuencia de seis procedimientos que se inscriben en el marco del ciclo de la gestión pública: el alistamiento institucional, los análisis territoriales en salud (ASIS), la ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud, la gestión operativa, el monitoreo, evaluación y control, y el mejoramiento continuo. Enfatiza las relaciones que se crean entre la salud y las dimensiones del desarrollo. Es así cómo la estrategia PASE atiende a las dimensiones poblacional, ambiental, social y económica. Este abordaje es precisamente desde donde el PDSP ha anclado su construcción de ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales para lograr que los colombianos puedan disfrutar efectivamente de una salud integral. Para que el PDSP se integre a través de la estrategia PASE a la Equidad en Salud a los PTS, cumpliendo con su carácter de mandato ciudadano y pacto social, debe integrar la perspectiva sectorial, transectorial y comunitaria en cada uno de los pasos que la formulación determina.

El PDSP incluye 118 metas transectoriales y 96 sectoriales. La intersectorialidad y la SeTP aparecen mencionadas repetidamente en las propuestas para el abordaje de todas las dimensiones, tanto las ocho dimensiones prioritarias como las dos transversales. En todas ellas se insiste de forma genérica que debe realizarse una acción trans/intersectorial. Sin embargo, no en todas se concreta u operacionaliza cómo llevarlo a cabo a través de estructuras concretas. Resulta difícil realizar el seguimiento en aquellas en que no se menciona su concreción.

Anexo 2. Funciones de la Comisión Intersectorial de Salud Pública

La Comisión Intersectorial de Salud Pública será la instancia de coordinación y seguimiento entre los diferentes sectores de responsables en el Desarrollo del Plan de Decenal de Salud Pública, adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Comisión estará integrada por:

- El ministro de Agricultura y Desarrollo Rural o su delegado.
- El ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien la presidirá.
- El ministro de Trabajo o su delegado.
- El ministro de Minas y Energía o su delegado.
- El ministro de Educación Nacional o su delegado.
- El ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.
- El ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio o su delegado.
- El ministro de Transporte o su delegado.
- El ministro de Cultura o su delegado.
- El director del Departamento Administrativo de la Presidencia o delegado.
- El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado, y
- El director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social o su delegado.

La Comisión de que trata el presente decreto tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar los lineamientos técnicos para identificar e intervenir los determinantes en salud y coordinar el rol de cada sector en los mismos.
2. Adoptar un plan de trabajo para que las entidades que forman parte de la Comisión, conforme a sus competencias, actúen de forma coordinada sobre los determinantes en salud y desarrollen políticas que impacten positivamente los mismos.
3. Proponer planes o proyectos relacionados con la modificación positiva de los determinantes en salud.
4. Coordinar y servir como instancia de concertación y articulación con los diferentes actores públicos y privados para actuar sobre los determinantes en salud.

5. Proponer los mecanismos institucionales, políticos, administrativos, sociales, económicos y culturales, que permitan la sostenibilidad de las acciones sobre los determinantes en salud en el largo plazo.
6. Adoptar una metodología de seguimiento y evaluación de las metas del Plan Decenal de Salud Pública y las modificaciones relacionadas con las mismas.
7. Promover los mecanismos de cooperación entre entidades nacionales e internacionales, en materias relacionadas con los determinantes en salud.
8. Hacer seguimiento a las acciones sobre los determinantes en salud con base en los informes que consolide la Secretaría Técnica.
9. Orientar la formulación de lineamientos técnicos dirigidos a los departamentos, distritos y municipios, con el fin de promover la gestión transectorial para la ejecución de las acciones del Plan Decenal de Salud Pública que le compete a las entidades territoriales a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y con la participación de las otras instituciones y organizaciones involucradas con los determinantes en salud.
10. Aprobar los informes de seguimiento y evaluación e informar al Consejo Nacional de Política Económica y Social —CONPES— de los resultados del seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública.
11. Establecer los mecanismos de coordinación, participación y articulación de las Comisiones Intersectoriales y sus mesas o comités temáticos que tenga relación con la salud pública bajo criterios de eficiencia y eficacia, que apoyen el funcionamiento de la Comisión.
12. Darse su propio reglamento.
13. Las demás funciones que le sean propias a su naturaleza.

La Comisión Intersectorial de Salud Pública contará con una Secretaría Técnica ejercida conjuntamente por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación.

Serán funciones de la Secretaría Técnica las siguientes:

- Presentar, para su aprobación, los cronogramas de trabajo a la Comisión Intersectorial de Salud Pública.
- Proponer un sistema de monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública, a través de metas, indicadores, instrumentos de acompañamiento y fuentes de recursos que permitan hacer seguimiento a su ejecución.
- Consolidar los informes de monitoreo y evaluación de las acciones sobre los determinantes en salud que realice el Comité Técnico y presentar informes periódicos a la Comisión Intersectorial de Salud Pública que incluyan los resultados de dicho seguimiento y los avances del Plan Decenal de Salud Pública frente a la reducción de inequidades a nivel nacional y territorial y entre grupos.
- Consolidar las iniciativas y acciones técnicas y políticas propuestas por la Comisión Intersectorial de Salud Pública con los planes sectoriales, articular las diferentes

propuestas y avances del Comité Técnico y presentarlas a la Comisión Intersectorial de Salud Pública.

- Ser interlocutor permanente entre la Comisión Intersectorial de Salud Pública y las demás Comisiones, los sectores responsables en la implementación del Plan Decenal de Salud Pública y el Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES.
- Realizar la convocatoria a sesiones ordinarias y extraordinarias de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.
- Elaborar las actas y hacer seguimiento al cumplimiento de las decisiones, acuerdos y compromisos adquiridos de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.
- Preparar y presentar a la Comisión Intersectorial de Salud Pública las propuestas, documentos de trabajo, informes y demás material de apoyo que sirva de soporte a las decisiones de la misma.
- Elaborar el reglamento operativo de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y someterlo a su aprobación.
- Las demás funciones que sean propias de su carácter, apoyo y soporte técnico o las que le sean asignadas por la Comisión Intersectorial de Salud Pública.

La Comisión Intersectorial de Salud Pública se reunirá por derecho propio cada seis meses, previa convocatoria realizada por la Secretaría Técnica y, extraordinariamente, a solicitud del presidente de la Comisión.

La convocatoria a los miembros de la Comisión se hará por cualquier medio físico o electrónico, indicando el día, la hora y el lugar o la forma de reunión. Las sesiones se podrán realizar de forma presencial o virtual a través de medios electrónicos, informáticos, telefónicos, audiovisuales o cualquier otro medio que permita el intercambio de información entre los miembros de la Comisión y quedarán consignadas en un acta.

A las sesiones convocadas por la Comisión podrán ser invitados, con voz pero sin voto, los funcionarios y representantes de las entidades públicas o privadas, expertos y otras personas naturales o jurídicas, cuyo aporte se estime de utilidad para los fines encomendados a la misma.

La Comisión contará con un Comité Técnico que estará a cargo de la Secretaría Técnica. El Comité Técnico estará integrado por grupos de profesionales de los sectores que forman parte de la Comisión, los cuales serán designados por el ministro correspondiente. Podrán ser miembros regulares de las sesiones del Comité Técnico otras entidades que la Comisión considere pertinentes.

Anexo 3. Ejemplos de indicadores de acción intersectorial

Basados en (CEDETES y el Ministerio de Salud y Protección Social. 2012; PAHO/OPS 2014)

Nivel central

- Existencia de un Comité Intersectorial estatal activo.
- Existencia de mecanismos de coordinación con los distintos niveles territoriales.
- Existencia de suficiente capacitación técnica y logística.
- Cumplimiento de los indicadores de evaluación.

Nivel departamental

- Número de departamentos que han establecido grupos de trabajo y grupos de interés multisectoriales para evaluar las repercusiones de las políticas gubernamentales sobre la salud y la equidad en salud.
- Número de departamentos que han ejecutado políticas que abordan al menos dos determinantes prioritarios de la salud en las poblaciones objetivo.
- Número de departamentos que, por lo menos una vez cada año, intercambian formalmente información y mejores prácticas acerca de políticas que abordan las inequidades en materia de salud y la salud en todas las políticas.
- Número de departamentos que producen perfiles de equidad que abordan al menos dos determinantes prioritarios de la salud.
- Número de departamentos con mecanismos específicos, como comités intersectoriales o de evaluación del impacto en la salud.
- Número de departamentos con mecanismos de rendición de cuentas que apoyan la participación de la sociedad civil y el libre acceso a la información.
- Número de departamentos que cuentan con mecanismos para hacer participar a las comunidades y la sociedad civil en el proceso de formulación de políticas en diversos sectores.
- Número de departamentos con estrategias específicas para incluir a quienes experimentan inequidades en los debates sobre políticas.
- Número de departamentos que hacen seguimiento y evaluación, y presentan informes acerca del progreso hacia la introducción de la salud y la equidad en salud en la formulación y la ejecución de políticas gubernamentales.

- Número de departamentos con instituciones reconocidas, como institutos nacionales de salud pública, universidades y centros colaboradores, que ofrecen cursos de capacitación en la aplicación y el seguimiento del enfoque de la salud en todas las políticas y conceptos relacionados.

Nivel municipal

- Número de municipios que han establecido grupos de trabajo y grupos multisectoriales para evaluar las repercusiones de las políticas gubernamentales sobre la salud y la equidad en salud.
- Número de municipios que han ejecutado políticas que abordan por lo menos dos determinantes prioritarios de la salud en las poblaciones objetivo.
- Número de municipios que, por lo menos una vez cada año, intercambian formalmente información y mejores prácticas acerca de políticas que abordan las inequidades en materia de salud y la salud en todas las políticas.
- Número de municipios que producen perfiles de equidad que aborden al menos dos determinantes prioritarios de la salud.
- Número de municipios con mecanismos específicos, como comités intersectoriales o de evaluación del impacto en la salud.
- Número de municipios con mecanismos de rendición de cuentas que apoyen la participación de la sociedad civil y el libre acceso a la información.
- Número de municipios que cuentan con mecanismos para hacer participar a las comunidades y la sociedad civil en el proceso de formulación de políticas en diversos sectores.
- Número de municipios con estrategias específicas para incluir a las personas que experimentan inequidades en los debates sobre políticas.
- Número de municipios que hacen seguimiento y evaluación, y presentan informes acerca del progreso hacia la introducción de la salud y la equidad en salud en la formulación y la ejecución de políticas gubernamentales.
- Número de municipios que ofrecen cursos de capacitación en la aplicación y el seguimiento del enfoque de la salud en todas las políticas y conceptos relacionados.
- Número de municipios que participan en cursos de capacitación en la aplicación y el seguimiento del enfoque de la salud en todas las políticas y conceptos relacionado

Nivel intramunicipal

- Existencia de un Comité Intersectorial activo.
- Existencia de mecanismos de coordinación con los distintos niveles territoriales.
- Existencia de suficiente capacitación técnica y logística.
- Cumplimiento de los indicadores de evaluación.

EUROsocial es un programa de cooperación regional de la Unión Europea con América Latina para la promoción de la cohesión social, mediante el apoyo a políticas públicas nacionales, y el fortalecimiento de las instituciones que las llevan a cabo. EUROsocial pretende promover un diálogo euro-latinoamericano de políticas públicas en torno a la cohesión social. Su objetivo es contribuir a procesos de reforma e implementación en diez áreas clave de políticas, en ciertas temáticas, seleccionadas por su potencial impacto sobre la cohesión social. El instrumento del que se dota es el de la cooperación institucional o aprendizaje entre pares: el intercambio de experiencias y la asesoría técnica entre instituciones públicas de Europa y de América Latina.

