

# **Acción intersectorial en Salud:**

## **Estrategias, experiencias y buenas prácticas**

---

**Elena ALDASORO**

**7 de marzo de 2012**

## **DEFINICIÓN DE ACCIÓN INTERSECTORIAL**

El trabajo en Salud Pública se ha caracterizado históricamente por centrar la atención en los problemas de salud poblacional, y para ello deben considerarse tanto los diferentes sectores sociales, económicos y administrativos como las diferentes culturas y valores que organizan y estratifican la sociedad. Los problemas de salud tienen fronteras muy difusas, ya que los determinantes de la salud se encuentran ampliamente expandidos fuera del alcance del sector de la salud, y no se pueden resolver con acciones exclusivas de este ni de cualquier otro sector.

Este hecho resulta todavía más evidente si el interés se centra en la disminución de la inequidad en salud, que necesariamente implica la focalización en los determinantes sociales de la salud. La lucha contra las desigualdades sociales constituye uno de los argumentos de peso para trabajar “juntos”, con otros sectores, o para incluir los impactos en salud en las acciones de estos últimos, lo que se ha denominado acción intersectorial en salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la intersectorialidad como “el proceso mediante el cual los objetivos, estrategias, actividades y recursos de cada sector tienen en cuenta su implicación e impacto en los objetivos, estrategias, actividades y recursos de otros sectores” También se ha expresado como “los esfuerzos comunes de diferentes sectores tanto gubernamentales como no gubernamentales para producir políticas comprehensivas e integradas que den respuesta a las necesidades generales”<sup>i</sup>.

La práctica de la acción intersectorial presenta variaciones en función del ámbito de la administración política (local, regional, nacional). Además existen aspectos específicos en la conceptualización y desarrollo del trabajo que dependen del sector que toma la iniciativa. En este sentido, los procesos intersectoriales que se dirijan desde el sector de la salud deberán considerar, en primer lugar, la visión del propio sector y los patrones de acción en salud que predominan en el mismo. En segundo lugar, la visión de la salud prevalente en los otros sectores, es decir, cómo la salud es vista por los otros

sectores y actores. Y por último, si las políticas de los sectores no sanitarios tienen presente la salud o no (Salud en Todas las Políticas).

Un elemento esencial para el desarrollo del trabajo intersectorial es el modelo conceptual que “soporta” la acción intersectorial en salud. Pero al mismo tiempo resultan de suma importancia la naturaleza y el marco de la política pública que se esté trabajando. Así, cuando la conceptualización del problema se asocia explícitamente con la producción social de salud y enfermedad, y de la calidad de vida de la sociedad, el trabajo intersectorial en salud y en los otros sectores se convierte en un mandato de tipo político y técnico.

Para la implementación efectiva de este nuevo plan de salud, que conceptualiza la salud como un “todo”, sería recomendable apostar por el trabajo intersectorial como una nueva dimensión de la acción en salud, que trata de superar la fragmentación de las políticas y ofrece una nueva vía de planificar, implementar y monitorizar la prestación de servicios de salud.

El nivel o el tipo de relación que se establece con los otros sectores constituyen el marco de desarrollo del trabajo intersectorial. De este modo, según el nivel de inclusión de los otros sectores se han descrito gradualmente cuatro fases, partiendo de la menor intensidad de colaboración hasta la “ideal”, la de la integración de la salud en todas las políticas<sup>ii</sup> (Figura 1).

**Figure 1. Integrated policy-making, policy co-ordination and co-operation.**



Fuente: Meijers, Otead, 2004

En el nivel más bajo de la relación se sitúa la **informativa**, basada en el intercambio de información con los otros sectores o de los resultados de un

estudio o análisis del sector. Se trata de una relación unidireccional y generalmente se asocia con instrucciones a partir del sector salud que envuelve a otro sector que juega un papel pasivo. Las relaciones de **cooperación** se refieren a la interacción entre dos sectores para alcanzar mayor eficiencia. La **coordinación** implica un esfuerzo conjunto para ajustar las políticas o programas de cada sector con el fin de ganar eficiencia y efectividad y apunta hacia un trabajo horizontal (en red) entre sectores.

En el nivel más alto de las relaciones entre sectores se encuentran las de **integración** que implica la definición de políticas o programas de manera conjunta con los otros sectores, de manera que de cómo resultado una nueva política (programa) que represente más que el trabajo de un sector. Bajo este marco el reto de la intersectorialidad implica la integración conceptual de los objetivos, la integración administrativa de ciertos procesos, y la desaparición de los feudos cerrados de cada sector. Además, la integración afecta el espectro completo de la planificación, desde el diseño hasta la evaluación.

La **Salud en Todas las Políticas (STP)** supone un paso complementario a la integración. La acción intersectorial no se presenta únicamente como una estrategia para resolver problemas, sino además como un área de desarrollo y producción de nuevas políticas enfocadas al logro de objetivos de mayor nivel, generalmente formulados en términos de calidad de vida y bienestar. Así, no se trata solo de la integración en la formulación, diseño e implementación de las políticas de salud con otros sectores, sino de considerar la salud como uno de los ejes de todas las políticas, especialmente las sociales. De esta manera, el resto de los sectores incluye el impacto de sus iniciativas en la salud como uno de sus objetivos estratégicos (mejor salud para el total de la población)..

Todo ello no significa necesariamente que el sector de las salud deba llevar el liderazgo en cada proceso sectorial, pero si debe ejercer el liderazgo sobre esta visión del trabajo dentro de su sector, y sobre cómo transmitir que la responsabilidad de los resultados en salud de la población no solo concierne al sector de la salud.

## **ESTRATEGIAS, EXPERIENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS**

La estrategia Salud en Todas las Políticas (STP) fue la política de salud europea presentada por el gobierno finlandés durante su presidencia en el año 2006<sup>iii</sup>.

Se trata de una nueva, y cada vez más aceptada, perspectiva para reducir la inequidad en la salud poblacional, y describe un modelo de acción de gobierno basado en la visión del mismo como un “todo” (*whole-of-government*). Para ello, propone el uso formal y sostenible de las estructuras, mecanismos y acciones gestionadas principalmente fuera del sector de la salud.

Su finalidad es la de mejorar la salud de la población a través del aumento de los impactos positivos de las políticas sectoriales del gobierno, a la vez que contribuye al logro de los principales objetivos de los sectores no sanitarios.

La STP se basa en el conocimiento de que la salud de la población no es solo un producto de las actividades del sector de la salud, sino de un amplio conjunto de factores relacionados con las condiciones de vida y otros agentes sociales y económicos, que dependen de políticas y acciones implementadas más allá del mismo. Dichos factores se han denominado Determinantes Sociales de la Salud (DSS), y sustentan la base conceptual de los modelos de salud que tratan de explicar las causas de la salud y la enfermedad desde un punto de vista más amplio que el marco biomédico.

Las estrategias de salud que abordan los DSS son muy apropiadas en acciones de Salud Pública con la visión de los llamados “activos en salud”. Generalmente enmarcadas en actuaciones de promoción de la salud, centran su atención en los recursos “salutogénicos<sup>1</sup> (generadores de salud)” y tienen un acercamiento positivo e inclusivo a la acción en salud. Se trata de recursos y capacidades que crean salud mediante el uso de los ya antiguos conceptos psicosociales de resiliencia, bienestar y capital social<sup>iv</sup>.

Pero no solo son aplicables en el área de promoción de la salud, sino que también proporcionan un adecuado marco de actuación en aquellas

---

<sup>1</sup> En contraste con los “patogénicos” que causan enfermedades (bacterias, virus, factores genéticos, mecanismos, inmunológicos, etc.)

intervenciones que, desde la óptica “patogénica”, se dirigen hacia la prevención y protección de las causas de enfermedad.

Y lo que es más, gracias a la creciente difusión de la evidencia científica sobre la relación entre los determinantes sociales y la salud y bienestar de las personas, organismos como el Instituto de Medicina (IOM) de EEUU han promulgado la implementación de la STP. En este caso, se centra la atención en políticas sociales de efectividad probada para mantener la funcionalidad y autonomía de las poblaciones con enfermedades crónicas. Así, plantean la necesidad de optimizar las sinergias en las políticas públicas, y consideran la STP como un enfoque apropiado para mejorar la calidad de vida y disminuir la discapacidad de las personas que viven con enfermedades crónicas, y no solo para disminuir la incidencia de estas últimas<sup>v</sup>.

## **EXPERIENCIAS EN LA IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE STP**

A continuación se presentan seis casos estudio sobre los métodos de implementación de la STP de diferentes países o regiones, recogidos en un trabajo de revisión sobre herramientas de gobernanza y marcos para la STP, publicado en 2009<sup>vi</sup>. Los casos estudio fueron seleccionados en base a su trayectoria histórica. Todos emplean el enfoque referido anteriormente que consiste en concebir el gobierno como una sola unidad (*whole-of-government*), y no como un conjunto de sectores fragmentados, donde la colaboración transversal de los departamentos se establece desde el más alto nivel político. También se ha denominado pan-gubernamental, cuando se hace alusión al trabajo intersectorial que combina la relación horizontal entre los sectores y la gestión vertical entre los diferentes niveles de los gobiernos.

En cada caso estudio la Evaluación del Impacto en Salud (EIS) se analiza con un énfasis especial, al concebirse como una herramienta de ayuda a la toma de decisiones informadas, en lo que se refiere a las consecuencias en la salud de las diferentes opciones políticas. Todos los países incluyen el uso de los principios de la EIS con diferentes grados de extensión.

En todos los casos se utilizan herramientas de gobernanza para la implementación de la STP relativas a las estructuras organizativas, procesos, financiación o regulación.

A pesar de que no se ha podido definir un *gold standar* para la evaluación de estrategias y herramientas de gobernanza, y de la falta de evidencia científica sobre las mismas, sí se han identificado los siguientes elementos esenciales para la implementación exitosa de la STP:

1. Fuerte liderazgo desde el sector de la salud y desde el más alto nivel político,
2. Visión clara de la salud, con políticas bien articuladas que incluyan objetivos y meta,s
3. Autoridad u organización supradepartamental encargada de la STP,
4. Creación de nuevas estructuras de soporte para la STP en la organización, o asignación de nuevas responsabilidades a la estructura existente,
5. Soporte legal a través de la revisión de las leyes de Salud Pública,
6. Soporte legal para las actividades específicas derivadas (endorsing)
7. Acciones simultáneas en diferentes niveles institucionales
8. Unidades de EIS con financiación sostenible

Las vías de implementación de la STP y las herramientas de gobernanza elegidas en los diferentes países son muy dependientes del contexto, ya que no hay una solución apta para todos debido a las distintas realidades políticas, sociales, económicas e institucionales.

Para el análisis de los estudios de caso se ha utilizado un marco conceptual sobre la gobernanza y la acción intersectorial en salud, compuesto por los siguientes elementos (Anexo 1):

1. La visión de la salud
2. Las vías para ejercer influencia
3. El soporte:
  - a. Vías para reunir y usar de la inteligencia
  - b. El desarrollo de la capacitación
4. Evaluación y ejercicio de la responsabilidad

Además, el Anexo 2 contiene las herramientas para la gobernanza que fomentan la coherencia, la colaboración y el partenariado.

Los casos estudio que se analizan son los de Inglaterra, Finlandia, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia y Québec

## **Inglaterra**

El Departamento de Salud está dirigido por el Secretario de Estado y tres Ministros de Estado incluido el Ministro de Salud Pública. Inglaterra se subdivide en 9 regiones administrativas divididas, a su vez, en entidades administrativas. El nivel regional incluye una estructura de gobierno compuesta por los *Government Offices* que son representativos de los 11 Departamentos del Whitehal. Los gobiernos locales no tienen responsabilidades formales respecto a los servicios sanitarios, pero sí en relación a determinantes de la salud como la vivienda, el transporte la calidad de vida y el bienestar.

Se trata de un país con liderazgo reconocido en políticas transversales de gobierno, y ha sido pionero en su compromiso por reducir las desigualdades sociales en salud.

Tras el informe Acheson, la lucha contra las desigualdades sociales fue ratificada de manera conjunta por el Departamento de Finanzas y el de Salud. Se desarrollo un plan de financiación y otro de reforma, y se creó la Unidad de Desigualdades en Salud. Localizada en el seno del Departamento de Salud, trabaja para aunar esfuerzos y promover la coordinación entre diferentes organizaciones, principalmente a nivel local.

A nivel nacional cuenta con dos mecanismos de gestión para reforzar la lucha contra las desigualdades. El primero se materializa en los informes de revisión del grado de alcance de los objetivos, y el segundo consiste en los *Public Service Agreements (PSAs)*, que son acuerdos entre el gobierno central y los departamentos locales. Las metas propuestas en el programa *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action* forman parte de estos acuerdos.

Inglaterra también ha sido líder en la EIS de las políticas extrasanitarias y frecuentemente se ha recomendado en los documentos oficiales sobre desigualdades sociales en salud.



Otra de las fortalezas identificadas es la existencia de 9 Observatorios de Salud Pública que llevan a cabo la monitorización de las desigualdades de cada región administrativa. Para completar las actuaciones cuentan con el Council for Science and Technology que elaboró una Guía de EIS y un documento que presentaba una estrategia a través del gobierno. Además, la página web de los observatorios acogen un sitio específico para la EIS, y la Universidad de Liverpool es la encargada de impartir los cursos de aprendizaje.

Además de la evaluación regular de los objetivos del programa *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action* el gobierno acordó la creación de un Grupo Científico de Referencia en Desigualdades en salud dirigido por Sir Michael Marmot. Tras la evaluación de la última actualización (2006) se identificó la dificultad en la implementación al nivel local, debido a la falta de liderazgo en algunas áreas. La Secretaría de Estado para la Salud encargó al grupo el desarrollo de una nueva estrategia más centrada en la incentivación local: *Post 2010 Strategic review of Health Inequalities*.

Como herramientas de gobernanza cuentan en la estructura con un Comité a nivel de subsecretaría y la unidad en el Departamento de Salud. El proceso lo desarrollan mediante un enfoque conjunto para el desarrollo de la estrategia nacional, y la financiación se garantiza con la revisión de los gastos y presupuestos. Desde el punto de vista legal existen los PSAs y la inclusión de la EIS en las evaluaciones de impacto que son obligatorias.

## **Finlandia**

Al igual que el resto de países nórdicos, Finlandia tiene un sistema social basado en los principios de la universalidad. La certeza de que la mejora de la salud poblacional requiere de la acción intersectorial es una de las características intrínsecas del modelo finlandés. El Ministerio de Asuntos Sociales y Salud gestiona las políticas sociales, la salud, la equidad de género y la seguridad laboral, y la gestión de las políticas de salud se realiza tanto a nivel nacional como municipal.

Finlandia fue el primer país que adoptó en 1986 un programa de salud alineado con la declaración de la OMS: Salud para Todos en el año 2000.

Posteriormente se realizaron varias adaptaciones hasta que en 2001 se publicó

*Health 2015 public health program.* Cuenta con un presupuesto específico para los planes intersectoriales y en este contexto se elaboró el Plan Nacional para Reducir las Desigualdades en Salud (2008).

Su aportación durante la presidencia europea con la iniciativa STP tuvo como objetivo el demostrar la necesidad de la colaboración entre todos los sectores para lograr una mejora de la salud poblacional real y sostenible.

El Ministerio de Asuntos Sociales y Salud es el responsable de implementar y coordinar los programas de Salud Pública mediante diferentes herramientas de gobernanza.

Uno de los mecanismos más importantes de coordinación es el Comité Asesor de Salud Pública, que se creó a través de diferentes normativas en 1997. Un segundo mecanismo destinado a promover la acción intersectorial en salud son los programas de Política Intersectorial (*Intersectoral Policy programs*) que dan respuesta a la oficina del Primer Ministro. Uno de ellos es el *Policy program for health promotion* que estructura los esfuerzos de las municipalidades para alcanzar los objetivos de salud. Un tercer mecanismo es la Ley de Salud Pública de 2006 que favorece la gestión pan-gubernamental.

La EIS se concibe como una importante herramienta de colaboración intersectorial. Su práctica está muy extendida y se fomenta a nivel nacional en las diferentes estrategias y planes de acción en salud, pero es de carácter obligatorio.

Existe un especial impulso para la investigación que se materializa en institutos de investigación como el Instituto Nacional de Salud Pública (KTL), el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para el Bienestar (STAKES?) y el Instituto Finlandés de Salud Ocupacional.

Con respecto a la evaluación, en todas las estrategias, programas y planes se incluyen de manera rutinaria mecanismos de evaluación y monitorización. Todos los ministerios están legalmente obligados a proporcionar suficiente información para la preparación de los informes de seguimiento de salud Pública. Cada cuatro años se debe presentar un informe al gobierno y se discute en el Parlamento.

## Nueva Zelanda

La Ley de Salud Pública y Discapacidad del año 2000 produjo un cambio organizativo en el sistema de salud y discapacidad. Esta ley produjo una nueva estructura mediante la creación de 21 Comités de Salud de Distrito.

Actualmente el Ministerio de Salud determina la orientación de los programas y servicios a nivel nacional, y los citados comités son responsables de su gestión a nivel de distrito en función de las necesidades prioritarias de las comunidades locales. Desde que las desigualdades fueron consideradas un serio problema de salud, se trabaja intensamente para reducirlas, principalmente mejorando la salud de los Maoris. Con un 14,6% del total de la población, constituyen la minoría étnica más numerosa y son una de las más desaventajadas comunidades de Nueva Zelanda.

A partir de 1989 la acción intersectorial ha sido un eje prioritario de las estrategias de salud, tanto a nivel central como local. En el año 2003 se publicó un marco conceptual para desarrollar la Estrategia de Salud de Nueva Zelanda, titulado *Achieving Health for All People*, que tuvo un alto componente de participación.

En los últimos años se han aprobado cuatro leyes que involucran a las autoridades locales. Para las agencias responsables de dichas leyes la EIS es una herramienta disponible. Por ello, en Nueva Zelanda la EIS se beneficia de un alto nivel de obligatoriedad.

En 2007 el Primer Ministro instó a las agencias del gobierno a proveerse de los medios necesarios para llevar a cabo la EIS de las nuevas leyes y políticas. En respuesta a este mandato se acordó la creación de una Unidad de Apoyo a la EIS (HIASU) en el Ministerio de Salud. Dicha unidad es asesorada por el Grupo de Referencia de la EIS compuesto por responsables políticos, expertos/as y representantes de diferentes sectores.

En 2005 el Comité Asesor de Salud Pública desarrollo una guía de EIS

Con respecto al soporte financiero, el Ministerio de Salud destina una importante parte del presupuesto a actividades de promoción de la salud orientadas a prácticas intersectoriales, al fomento de la EIS y a la investigación. A nivel local existe además el *Learning by Doing Fund* para el apoyo de la EIS.

En relación a la evaluación, el Ministerio de Salud elabora informes anuales de progreso de la implementación a nivel central y local.

## **Noruega**

El sistema de salud noruego se estructura en tres niveles administrativos, el nacional, los condados y las municipalidades. Las líneas estratégicas de salud se desarrollan a nivel nacional pero la mayoría de servicios se prestan por las municipalidades. Aunque Noruega ha sido uno de los países industrializados con mejor estado de salud, en las dos últimas décadas los indicadores han empeorado, principalmente en lo que respecta a las desigualdades en salud. Como consecuencia el gobierno noruego puso en marcha una serie de acciones para corregir la situación.

El reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales de la salud y la necesidad de la acción intersectorial data de muchos años atrás. En 1987 se elaboró un libro blanco titulado Salud para Todos en el año 2000 que ya mencionaba la reducción de las desigualdades y reconocía la importancia de incluir la salud en todas las políticas. Tras la puesta en marcha de diferentes tipos de políticas que apostaban por la acción intersectorial, la Dirección de Salud y Asuntos Sociales desarrolló en 2005 *The Challenge of the Gradient*, un plan para el desarrollo de las bases de conocimiento necesarias para establecer una estrategia comprehensiva sobre la reducción de las desigualdades sociales. Así, en 2007 se publicó la Estrategia Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud.

Se trata de una estrategia con el enfoque *whole of government* y propone numerosas actuaciones en diferentes sectores, tales como medidas sobre la redistribución de la riqueza o la promoción de la inclusión en los objetivos de Empleo. Además, actúa como guía para el trabajo del gobierno y los ministerios en lo referente al presupuesto anual, la gestión con agencias subordinadas, la legislación y la colaboración interministerial.

Para avanzar en el trabajo intersectorial se han establecido dos instrumentos: la EIS y la planificación social y del uso de la tierra a nivel local, apoyada Por la Ley de Planificación y Urbanismo.

A nivel nacional se ha hecho un esfuerzo por integrar la EIS en los procesos oficiales de análisis de impacto económico y administrativo de las propuestas del gobierno.

En el contexto de las municipalidades, se incentiva el trabajo con el sector de la salud a través de ayudas dirigidas a las actuaciones intersectoriales que promuevan la mejora de la salud poblacional.

La Dirección de Salud es quien se encarga del soporte de la estrategia en cuanto a coordinación, desarrollo de habilidades, mantenimiento del portal en Internet y desarrollo de conocimiento en EIS.

## **Suecia**

Los tres niveles del gobierno implicados en la organización de servicios de salud son el central, regional y municipal. El Ministerio de Salud y Asuntos Sociales colabora con otros dos Ministerios, el de Atención a la Población Mayor y el de Salud Pública. El nivel regional es responsable de los cuidados sanitarios y asume algunas responsabilidades de salud pública, mientras que las municipalidades toman decisiones que afectan a los determinantes de la salud. A pesar de que las directrices principales se determinan a nivel central, los otros dos niveles cuentan con gran autonomía en su aplicación.

Suecia adoptó la perspectiva social de la salud hace años. Ya en 1984 la ley de servicios sanitarios se inspiró en la declaración de la OMS, Salud para Todos en el año 2000. Uno de los hitos en esta trayectoria fue constitución del Comité Nacional de Salud Pública por encargo del parlamento en 1997. Tras el informe *Health on equal terms*, el gobierno propuso sus objetivos sociales en salud en the *Government's Public Health Bill* que fue aceptado en 2003 por todos los partidos políticos.

La meta del Plan Nacional de Salud Pública fue la de “crear las condiciones sociales que aseguren la buena salud, en términos de igualdad, para toda la población”. En el año 2008 el plan fue renovado, y aunque mantuvo los objetivos del 2003, ponía un mayor énfasis en las responsabilidades individuales.

Los términos en los que se formuló esta política de salud contenían los ingredientes principales que definen una perspectiva transversal de gobierno: la

visión social de la salud, un fuerte respaldo político, y la inclusión de los agentes de interés. No obstante, los mecanismos formales para promover la intersectorialidad no son suficientemente explícitos. En 2003 se creó un Grupo Director Nacional de Salud Pública bajo el liderazgo del Ministerio de Salud Pública, pero su papel no quedó claro. Tampoco se ha identificado la existencia de medidas coercitivas o incentivos destinados a la implantación del plan.

El informe de evaluación del año 2005 señaló progresos a nivel local en cuanto al sentimiento de apropiación de los objetivos, pero notificó debilidades en la coordinación horizontal y vertical. Se propuso reforzar los mecanismos de coordinación mediante la mejora de las relaciones dentro de las regiones y la elaboración de informes de progreso destinados a la organización central.

La principal herramienta de soporte para el logro de los objetivos de Salud Pública es el Instituto Nacional Sueco de Salud Pública (SNIPH). Se encarga de la monitorización de los indicadores y de proponer herramientas de planificación a nivel local, de organizar talleres en salud y en los otros sectores y de desarrollar herramientas de EIS.

Tras el plan de salud del año 2003 debe presentarse al parlamento sueco un informe de evaluación cada cuatro años, aunque la implantación de los objetivos resulta difícil de evaluar debido a la gran descentralización administrativa del país y a los numerosos actores implicados en los diferentes niveles.

### **Québec (Canada)**

Cada una de las 10 provincias de Canadá define sus propias políticas de salud. Québec es una de las provincias más progresistas en términos de programas de infraestructura social y de salud. Los programas de Salud Pública se respaldan con leyes y regulaciones que promueven la acción intersectorial y los determinantes socioeconómicos de la salud.

El gobierno de Québec definió la *Health and Welfare Policy* (1992-2002) con el fin de orientar las actividades del Dpto. de Salud y Servicios Sociales, y ya entonces incorporó los determinantes de la salud. El Programa de Salud Pública actualmente en vigor (2003-2013) forma parte de la Ley de Salud

Pública y contiene claras directrices para las oficinas regionales y locales de salud.

La citada Ley de Salud Pública (2001) es una potente herramienta para la gobernanza, ya que la Sección 54 obliga a los departamentos y agencias a colaborar con el Dpto. de Salud. La implementación de esta sección ha llevado a la creación de un Comité de Soporte Interdepartamental compuesto por *staff* responsable de coordinar las necesidades de sus respectivos departamentos con las directrices del Dpto. de Salud en materia de EIS. Todos los departamentos deben llevar a cabo la EIS de las leyes o regulaciones que desarrollan

Como consecuencia del contenido de la sección 54 de la ley, el gobierno ha puesto en marcha diferentes medidas para avanzar en el desarrollo del conocimiento sobre la acción intersectorial. Así, se ha creado una Web para el personal funcionario, se financian programas de investigación sobre metodología de la EIS y los impactos de las políticas públicas en la salud, existe un convenio de colaboración con el *Institut de Santé Public du Québec* para la asesoría y respuesta a las necesidades de los diferentes departamentos, y se ha puesto en marcha un programa de formación para las personas que toman las decisiones en los departamentos y los/as expertos/as en Salud Pública del nivel regional y local.

En el año 2008 se publicó el primer informe de evaluación de la sección 54. A lo largo de los cinco años analizados se ha observado que, aunque los ministerios de finanzas son todavía reacios a incorporarse en la acción intersectorial, en los otros ministerios se han observado verdaderos progresos.

## BUENAS PRÁCTICAS

### El caso de la Columbia Británica y el enfoque de Australia del Sur

#### *Using Windows of Opportunity*

##### The British Columbia (Canada) Case

One of the principles of governance is a government's ability to take advantage of windows of opportunity for mobilizing a number of the society's actors to work together towards a common goal. British Columbia (Canada), is a case in point. By capitalizing on the effervescence around the 2010 Winter Olympics, the Premier of this province of four million inhabitants launched an imposing partnership initiative to support the adoption of healthy lifestyle habits. The Premier invited all of the actors in the society to get involved in a joint effort "to make BC the healthiest jurisdiction to ever host the Winter Olympic and Paralympic Games" (British Columbia, 2006: p.5). This objective is one of five in the British Columbia government's Strategic Plan for the year 2006/2007-2007/2008 ([www.gov.bc.ca](http://www.gov.bc.ca)). The *ActNow BC* initiative (<http://www.actnowbc.gov.bc.ca/>) proposes specific and measurable objectives in relation to five lifestyle habits (e.g. increasing physical activity by 20%) by 2010. The government program requires all of the province's ministries to specify in their strategic plans how they intend to meet the health objectives. A partnership support strategy under the responsibility of the Ministry of Tourism, Sport and the Arts, aims to group together a large number of provincial, regional and local organizations, both private and public, in order to meet these objectives. The strategy will be evaluated based on the processes, the outcomes, and the use of resources allocated for the strategy. This initiative encompasses many conditions that foster the integrated governance approach: a mobilizing objective and precise and measurable success indicators, a high-level political and administrative commitment, a responsabilized government authority (accountability), a coordination mechanism, and a comprehensive evaluation program.

##### The South Australia Case

For the past two years, the state of South Australia has been developing the health in all policies (HiAP) approach at the central level of government. This innovation was possible because the Department of Health took advantage of a broad consultation the state government conducted during the development of its latest Strategic Plan (2007-2014). The department put forward the relevance of including health as a transversal concern in the plan's objectives. This influence work was facilitated by the momentum created by Ilona Kickbusch, a leading international expert on healthy public policy, who was assigned in Adelaide during this period as a thinker in residence.

##### A strategic plan based on the interconnectivity of the State's objectives

This plan was seen as a "plan for everyone -for business, for the community, and for the government - not for the government alone", and the population was asked to help identify target principals for action and for their realisation. The 84 targets chosen were grouped into six broad objectives, all presented as inter-related. The plan states that growing prosperity, improving well-being, attaining sustainability, fostering creativity

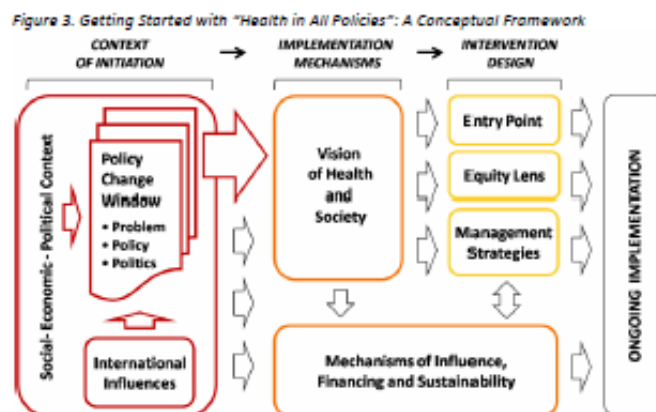
### El modelo de Nueva Gales del Sur

Guía para el desarrollo urbanístico en base a los determinantes sociales de la salud

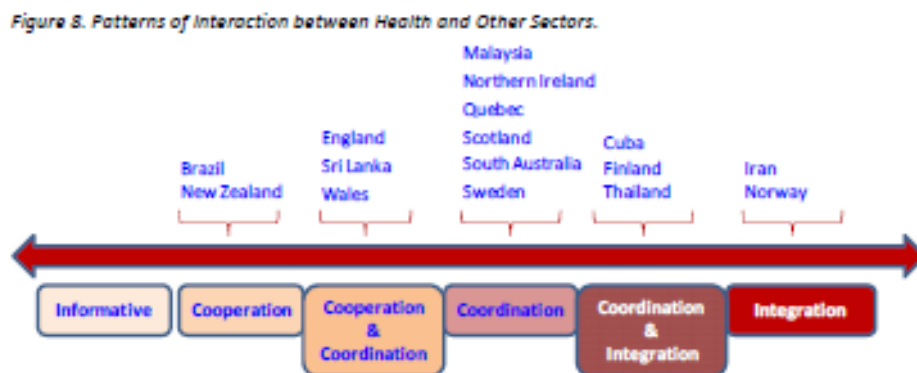


## Marco conceptual para la revisión de la literatura del informe de revisión realizado para el Ministerio de Salud de Ontario<sup>vii</sup>

Este documento analiza el grado de implantación de la STP en 16 países o regiones. Fue un trabajo realizado para su presentación en el Ministerio de Salud de Ontario. Para la revisión se utiliza el siguiente marco conceptual compuesto por tres apartados que determinan el curso de las intervenciones y del proceso de decisión.



Cada apartado analiza sistemáticamente diferentes elementos. Por ejemplo, en el apartado sobre los mecanismos de implementación se evalúa el tipo de relación intersectorial. La siguiente figura describe el tipo de acción intersectorial que ha adoptado cada caso estudiado y se puede apreciar la más frecuente es la coordinación.



## Anexo 1: Marco de análisis para de la gestión administrativa, gobernanza y acción intersectorial en salud

Analysis Framework for case studies of countries

<i>Key functions</i>	Providing broad vision of health	Exerting influence	Collecting and using intelligence	Support / Developing capacity building	Evaluation/ Accountability
<i>Mechanisms/ measures</i>	Vision for health and society	Consensus building	Intelligence gathering	Knowledge development and transfer	Formal control mechanisms and procedures
	Comprehensive national strategy for health (overarching goals)	Incentives for health and other sectors	Monitoring and evaluation of public health	Skills development	Public reports
	Commitment from high level (investment and resource allocation)	Coordination/ collaboration mechanisms	Dissemination of health status (reports)	Concrete tools	Targets evaluation
	Involvement from stakeholders and civil society groups	Laws, regulations and enforcement		Ongoing support from the high level	

## Anexo 2. Herramientas de gobernanza que fomentan la coherencia, la colaboración y el partenariado

Governance tools that foster coherence, collaboration and partnership		
Nature	Tools	Comments on effectiveness
<b>Structures</b>	Cabinet committee	The high level of political commitment which conveys this structure is one of the keys for success most often identified for interdepartmental work (Bourgault et al., 2008).
	Interdepartmental committee	This is the most frequent structure put in place to fostering intersectorial work. It promotes understanding of the different mandates but may produce additional bureaucratic burden (Barr et al., 2008). To counter this negative effect, certain countries opted for redefining the mandates of existing committees. It is often suggested to tend towards permanent committees for greater viability and profound change. However, according to (IPAA, 2002) governance by committee is not necessarily more effective than top-down governance.
	Steering committee	According to ANAO (2003), experience indicates that the likelihood of effective cross-agency implementation is greater when there is an overarching, high-level implementation plan that is coordinated by a nominated lead agency and has clearly defined critical cross-agency dependencies and responsibilities.
	Network	This structure offers a more flexible coordination mechanism, but whose existence is not assured. Joining a network is usually voluntary and there is a high level of confidence between members which favours mutual understanding, coordination and the development of a common goal (Rounce & Beaudry, 2002).
	Organisations/units	Represents an important investment of resources but ensures a real, stable and long-term commitment, which is necessary for creating the cultural change and practice which must be operative in the context of HiAP. Often, this structure assumes a role of skill development and sharing and support for the development of new practices.

Nature	Tools	Comments on effectiveness
<b>Processes</b>	Planning and priorities setting process	Sharing common goal is one of the important conditions of success of collaborative work (Ling, 2002). Within this task, leadership was shown critical to successful integration. Such arrangements must be initiated as soon as a transversal task is identified (Barr et al., 2008).
	Joined-up evaluation	Government level integration can be assisted through the option of integrated outcome (ANAO, 2003). This process was also found to promote recognition of the correlation between the missions of the different organizations participating with the health sector (Lundgren, 2008).
<b>Financial</b>	Grants or financial support mechanisms for partnership activities	Certainty around funding commitment is seen as an essential ingredient of success (Rounce & Beaudry, 2002).
	Joint agreement on financing	Conveys a strong commitment among the partners.
<b>Mandates</b>	Laws and regulations	Powerful levers that ensure profound changes (Gagnon et al., 2008). Depending on the context, can generate controversy.
	Agreement protocols	Important that the documents clearly identify: the objectives of the arrangement, the roles and responsibilities of each of the resources and the evaluation methods (Barr et al., 2008). Consideration should be given to formalising such arrangements through MOUs, agreements, contracts (ANAO, 2003).
	Accountability frameworks	Where there is multifaceted implementation it is recommended to have a lead agency/person, otherwise things fall through the cracks (ANAO, 2003).

The table represents a comprehensive, but by no means exhaustive list of governance tools. These are the tool most often cited in the literature and they are those which we have examined in the case studies.

---

<sup>i</sup> Solar Orielle, Valentine Nicole, Rice Marilyn, Albrecht Daniel. Moving forward to equity in health. Partnership and intersectorial action. Conference working document. Nairobi: 7<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion, October 2009:

<sup>ii</sup> Meijers Ever, Stead Dominic. Policy integration: what does it mean and how can it achieve?. Berlin: Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies – Interlinkages and Policy Integration, 2004.

<sup>iii</sup> Stahl Timo et al. Health in All Policies. Prospects and potentials. Finland:Ministry of Social Affairs and Health, 2006

<sup>iv</sup> Francisco Rivera, Pilar Ramos, Carmen Moreno Rodríguez, Mariano Hernán. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Pública 2011; 85: 129-139

<sup>v</sup> Institute Of Medicine. Living well with Chronic Disease: a call for Public Health Action. Washington: The National Academies Press, 2012.

<sup>vi</sup> St. Pierre L, et al. *Governance tools and framework for Health in All Policies*. 2009, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education and European Observatory on Health Systems and Policies: Quebec City.

<sup>vii</sup> Centre for Research on Inner City Health. Getting Started with Health in All Policies. A resource pack. 2011.