

LOS PROCESOS DE PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD E INTERSECTORIALIDAD

INTRODUCCIÓN

La importancia de la participación de la comunidad y del ciudadano en los esfuerzos de desarrollo ha sido bien reconocida durante décadas. La tradición de una “animación rural” utilizada durante los años 50 fueron uno de los primeros intentos que se conoce para promover la participación del pueblo en el desarrollo rural [\(a\)](#). Otros describieron el papel de la educación en la participación comunitaria a favor del desarrollo y el proceso de la participación comunitaria como algo efectivo en el fomento del crecimiento y de la creatividad [\(b\)](#). Sin embargo, otros describen la importancia de la participación comunitaria de prevenir las enfermedades y mejorar la atención primaria de salud [\(c\)](#).

Una revisión de las diferentes interpretaciones de la participación comunitaria muestra un continuo que va desde el modo cooperativo donde la comunidad brinda información y mano de obra hasta formas de participación más activas y creativas en la toma de decisiones, negociación y presentación de propuestas y coadministración de los recursos. Un aspecto clave es la capacidad y el adiestramiento que precisan los trabajadores de salud y desarrollo en la comunidad para facilitar la participación social. [\(d\)](#)

“La participación es un proceso a través del cual las partes involucradas influyen y comparten el control sobre las iniciativas de desarrollo y las decisiones y recursos que los afectan.”[\(e\)](#) Se recomienda la metodología participativa a patrocinadores y elaboradores de política a la hora de organizar e implementar actividades de desarrollo. Un reconocimiento explícito de la importancia de la participación de las partes en el proceso empleado para planificar y ejecutar las mencionadas actividades.

“El capital social se refiere a las instituciones, relaciones y normas que conforman la calidad y cantidad de las interacciones sociales de una sociedad. Evidencias crecientes muestran que la cohesión social es fundamental para las sociedades a fin de prosperar económicamente y para el desarrollo sostenible. El capital social no es sólo la suma de instituciones que sostiene una sociedad, es el mecanismo que las mantiene unidas”

La combinación de las cinco acciones estratégicas de promoción de salud, particularmente la participación social en las decisiones sobre políticas públicas saludables, ambientes saludables, se basan en la importancia de involucrar y empoderar a los ciudadanos y comunidades (Capítulo de Ottawa 1986). La participación social y el mejoramiento de la salud y la calidad de vida se consideran mutuamente dependientes. La participación social y el

empoderamiento son fundamentales en un esfuerzo sostenido para promover estilos de vida saludables y mejorar las condiciones para evitar enfermedades y factores de riesgo.

Se comprende que la participación social abarque el cuestionamiento de las condiciones sociales y como tal requiere de conocimientos y experiencias en la solución de conflictos. El problema no es la existencia de conflictos sino la falta de reconocimiento y de manejo de los conflictos sociales a la hora de crear un consenso y asociaciones. La participación social como medio de crear una cultura participativa depende del proceso de lograr un equilibrio de poder entre los diversos actores y sectores participantes. Existen evidencias abundantes de que la participación social es crítica para los esfuerzos en pro del desarrollo.

Sin embargo, el concepto y el propósito de la participación social no siempre se comprende de forma plena. Además, muchos trabajadores de la salud comunitarios no tienen capacidad para facilitar la participación social que es la clave en el establecimiento de formas de relaciones sociales basadas en la necesidad de involucrar a los actores sociales y posibilitarles tomar parte en las decisiones y los procesos encaminados a mejorar los determinantes de salud y lograr un bienestar colectivo. Esto requiere la solución de conflictos a fin de llegar a una comprensión común y un consenso sobre los problemas, necesidades y prioridades de la comunidad, la ciudad, la municipalidad, la escuela, el lugar de trabajo u otro entorno. Los procesos de participación social ocurren en momentos y no por etapas. Son procesos interactivos y en espiral que necesitan consolidarse a medida que maduran, erigidos en experiencias, conocimientos y creando una cultura de decisiones democráticas y de gobernanza.

Aunque es una función crítica en cuanto a promover la salud y el desarrollo, pocos países han invertido en el fomento de capacidades de su propio personal de salud para que pueda diseñar, aplicar y evaluar el papel y aporte de la participación social en la esfera de la salud y el desarrollo. Existen evidencias de que sin participación, los resultados de proyectos y actividades son menos efectivos y menos sostenibles.

Se decía hace más de 20 años que la red de movimientos sociales en Latinoamérica traería cambios duraderos en los esfuerzos por el desarrollo. La mayoría de los ejemplos de la Región tienen ciertos elementos en común, de los cuales la energía social es quizás la más notable. [\(f\)](#) Garantizar la participación formal e informal adecuada, el debate y la consulta alrededor de las políticas y los planes de acción para promover la salud es especialmente fundamental en la Iniciativa de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de la OPS.

CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN

El concepto de participación implica la acción de ser parte de algo, de intervenir o compartir en un proceso, denota decisión y/o acción. Sin embargo, definir la participación es un concepto con amplia diversidad conceptual probablemente por la vaguedad que se ha generado en torno a su significado real, sus expectativas e implicaciones.

La participación, en un sentido genérico, tiene que ver con “la pretensión del hombre de ser autor de su propio drama, que se desenvuelve en un escenario preconstruido en el que, simultáneamente, están presentes otros actores con variados libretos”¹ por tanto la participación está referida a acciones colectivas provistas de un grado relativamente importante de organización y que adquieren sentido al orientarse en una decisión colectiva. Para este autor los mecanismos de decisión colectiva suponen dos elementos: un conjunto de reglas que determinen los criterios de membrecía en el proceso de decisión; y una regla de agregación de las decisiones individuales que concurren a la formación de la voluntad colectiva.

Autores como Mills la definen como "un proceso permanente de formación de opiniones, dentro del seno de los grupos de trabajo y organismos intermedios, en torno a todos los problemas de interés común, a medida que estos vayan surgiendo y requieran de soluciones, es decir, de decisiones" mientras Gyarmati² G. plantea que es "la capacidad real, efectiva del individuo o de un grupo de tomar decisiones sobre asuntos que directa o indirectamente afectan sus actividades en la sociedad y, específicamente, dentro del ambiente en que trabaja"

PARTICIPACIÓN CIUDADANA, COMUNITARIA Y SOCIAL

Cunill tomando como base el involucramiento de los ciudadanos en los asuntos públicos, diferencia tres conceptos: la **participación ciudadana**, en la cual, el involucramiento de los individuos conduce a la creación de formas específicas de relación con el Estado. La **participación política**, en la que se establece una injerencia sobre las cuestiones públicas, involucrándose con órganos de intermediación como los partidos políticos. La **Participación Comunitaria**, en la cual la relación con el Estado es sólo de carácter asistencial, es decir, se refiere a las gestiones de la comunidad para obtener recursos que solucionen problemas de su vida diaria³.

La participación comunitaria fue definida en la Declaración de Alma Ata como “el proceso mediante el cual los individuos y familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar, así como por la salud de su comunidad y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y al de su comunidad”⁴

Posteriormente la Carta de Ottawa al definir la promoción de la salud como “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, enuncia el papel de los individuos y los grupos en alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social identificando y realizando sus aspiraciones, satisfaciendo sus necesidades y

¹ Flisfisch A., Problemas conceptuales en el análisis de la participación. Participación Social. Conade. Ilpes. CEpal. Quito 1982. Citado por Fuentes R. Participación ciudadana en el espacio local: hacia la construcción de una nueva ciudadanía en Chile. Estudio de Caso N° 50. consultado en <http://www.dii.uchile.cl/~webmgpp/estudiosCaso/CASO50.pdf>. Diciembre 2008

² Gyarmati, G. (1992): "Reflexiones teóricas y metodológicas en torno a la participación", Estudios Sociales, N° 73.

³ Cunill N, Participación ciudadana. Centro Latinoamericano para el Desarrollo. Caracas. 1991

⁴ World Health Organization/ Fondo de las Naciones unidas para la Indancia. Primary health care. report of the International Conference on Primary Health care.. Alma-Ata. URSS. Ginebra WHO, 1978.

adaptándose al medio ambiente. Por tanto enfatiza en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud⁵.

La primera conferencia internacional sobre promoción de salud celebrada en Canadá en 1986 elaboró la Carta de Ottawa que definió la salud como “un recurso de la vida diaria, un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas”. Esencial entre las estrategias esbozadas por la carta está que el empoderamiento de las comunidades a través de mayores oportunidades para que las personas participen en las decisiones que afectan su salud y la de sus familiares y comunidades. La evidencia muestra que entre más involucradas y comprometidas estén las personas en el análisis de situaciones, creando una visión para el desarrollo futuro de la comunidad, valorando necesidades y bienes, identificando prioridades, planificando, monitoreando y evaluando el progreso y los resultados de los programas, proyectos o actividades, más su capacidad se fortalece.

La Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud⁶ (Sundsvall, 1991) se centró en el concepto y la práctica de creación de ambientes saludables, y en factores físicos y sociales que promueven la salud donde las personas viven, estudian, trabajan y disfrutan. En todas las experiencias documentadas en la creación de entornos saludables, el papel principal de la participación comunitaria se reconoce y resalta, se observa particularmente que la sostenibilidad y el desarrollo sostenible están estrechamente vinculados a la extensión y calidad de la participación comunitaria.

La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud⁷ continuó fortaleciendo el enfoque de entornos saludables y se centró en la formación de asociaciones para el nuevo siglo; fueron particularmente analíticos los debates sobre asociaciones privadas.

La Quinta Conferencia Global sobre Promoción de Salud⁸ (México, 2000) anunciada como la última de las Conferencias Globales de la OMS, brindó un foro para la presentación, análisis y adopción de los documentos de posición con respecto al tema. Uno de ellos se refirió a la importancia de fortalecer la participación social y el empoderamiento de las comunidades en el desarrollo y evaluación de los planes nacionales de acción para promover la salud.

ENFOQUES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

⁵ Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986

⁶ Declaración de Sundsvall sobre la promoción de la Salud. Entornos Propicios para la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Sundsvall 1997

⁷ Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Yakarta 1997

⁸ Declaración de México sobre promoción de la Salud hacia una mayor equidad. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. México. 2000.

La participación social ha sido entendida de diversas formas: como beneficiario, como contribución a la promoción de la salud y participación comunitaria, esta última con dos miradas diferentes.

En la primera se considera a las personas como simples receptoras o beneficiarias de la atención de salud; esta ha sido la visión predominante en las organizaciones creadas bajo el concepto de gratuidad de la salud en aquellos países donde el sector público de la salud ha tenido un papel y desarrollo preponderantes. En la **participación como contribución a la promoción de la salud** se define la participación como el apoyo voluntario de la población a determinados programas y proyectos de desarrollo social establecidos por los servicios de salud o las autoridades locales pero implica una relación de verticalidad entre el agente público y las personas, que son vistas como un instrumento o recurso que facilita la acción del Estado.

La **participación comunitaria**, promovida principalmente por los organismos multilaterales, se interpreta la participación como la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social con una asignación de mayores espacios de acción a la ciudadanía, su principal dificultad es que es difícil identificar a la “comunidad” como una entidad que actúe ante el sector de la salud como interlocutor único o en representación de la diversidad social y por tanto los instrumentos de participación tradicionales son poco eficaces frente a las demandas de los ciudadanos y en regiones donde el desarrollo de las redes sociales es escaso como en el caso de América Latina⁹.

Una visión más moderna de participación en la salud reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. En tal sentido requiere una mayor responsabilidad de los sistemas de salud frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección de la salud¹⁰

HISTORIA DE LOS PROCESOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Briceño- León en una revisión sobre las distintas significaciones que ha tenido el concepto de participación comunitaria en salud observa cómo los cambios en la sociedad latinoamericana han obligado a producir transformaciones radicales en la idea de participación con énfasis en los últimos cuarenta años del siglo pasado. En tal sentido asocia los cambios en la concepción de la participación comunitaria con los cambios de la sociedad, así en el contexto de la se plantean cuatro modalidades: la participación como manipulación ideológica,

⁹ Organización Panamericana de la Salud. Silos N° 35. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. En: La participación social en el desarrollo de la salud. Experiencias latinoamericanas. Washington, D.C.: OPS; 1995.

¹⁰ Celedón C, Noé M. Participación y gestión en salud. En: Hacia la implantación de modelos de administración gerencial en salud pública. XII Concurso de Ensayos del CLAD. Ensayos Premiados. Washington, D.C.: CLAD, OPS/OMS; 1999. Citado por Celedón C., Noé M. 2 Reformas del sector de la salud y participación social Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.99-104.

como mano de obra barata, como facilitadora de la acción médica y como subversión. Luego en el contexto de la crisis de las ideologías describe dos modalidades: la participación como movimiento de base y como promoción popular. Finalmente interpreta las maneras que la participación adquiere en el contexto de los programas de ajuste donde la presenta como un complemento del Estado y como privatización¹¹.

PARTICIPACIÓN COMO FUNCIÓN ESENCIAL EN SALUD PÚBLICA

La idea central de la Participación Social en la Salud como función esencial de salud pública (FESP) es fortalecer la participación ciudadana y empoderar a las comunidades para cambiar sus estilos de vida al involucrarse activamente en el establecimiento de ambientes saludables que influyan en los diferentes tipos de conductas, en comunidades, y en individuos u organizaciones. La participación social es una piedra angular del fortalecimiento de la democracia, la gobernancia y el desarrollo sostenible.

Esta función comprende diversas dimensiones de la participación social y ciudadana en su definición¹².

- Fortalecimiento del poder de la sociedad civil al incrementar la capacidad de toma de decisiones de los ciudadanos para cambiar sus estilos de vida y desempeñar un papel activo en el desarrollo de comportamientos saludables.
- Fortalecimiento de la participación social para crear ambientes saludables, mejorar los determinantes de salud e incrementar la participación ciudadana a fin de influir en las decisiones que afectan su salud y su acceso a adecuados servicios de salud
- Facilitar la participación de la comunidad en las decisiones y acciones con respecto a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y restauración de la salud a fin de mejorar el estado de salud de la población y promover ambientes que fomenten los estilos de vida saludables.
- Fortalecer la capacidad en los niveles local, provincial y nacional para garantizar la participación social en la salud y el desarrollo.

COHESIÓN SOCIAL EN SALUD Y SU IMPORTANCIA EN EL DESARROLLO

El capital social se refiere a las instituciones, a las relaciones y a las normas que forman la calidad y la cantidad de interacciones sociales de una sociedad. La evidencia demuestra que la cohesión social es crítica para que prosperen las sociedades económicamente, y para que el desarrollo sea sostenible.

El capital social tiene implicaciones importantes para la teoría, la práctica y la política de desarrollo. Las prescripciones convencionales destinadas a realzar las perspectivas económicas de las comunidades y naciones comprenden mejorar las instalaciones de educación y salud, desarrollar instituciones

11 Briceño-León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2):141-147, 1998

12 OPS 2002. La salud en las Américas. Función Esencial de Salud Pública 4

políticas competentes y facilitar el surgimiento de los mercados libres, capaces de competir en la economía global. El capital social se expresa en cada uno de estos aspectos:

Capital social y Educación	Capital social y salud
Capital social y privatización	Capital social y acceso a los mercados formales
Capital social y salud, nutrición y población	
Redes sociales promueven una mejor educación en salud	El capital social facilita la prestación de atención sanitaria
Capital social apoya los esfuerzos de prevención	El capital social puede mejorar la salud a través de la puesta en vigor de normas o

CAPITAL SOCIAL Y EDUCACIÓN

Las escuelas son más efectivas cuando los padres y los ciudadanos locales participan activamente. Los maestros están más comprometidos, los alumnos alcanzan un mejor desempeño y se hace un mejor uso de las instalaciones escolares en aquellas comunidades hay un gran interés en el bienestar educacional de los niños (1998).

CAPITAL SOCIAL Y SALUD

Los doctores y las enfermeras son más propensos a aparecer para trabajar o ejecutar sus deberes atentamente cuando sus acciones están apoyadas y monitoreadas por grupos de ciudadanos (Dreze y Sen, 1995).

CAPITAL SOCIAL Y PRIVATIZACIÓN

El caso de Rusia resalta cómo el no comprender bien las formas preexistentes de capital social puede obstaculizar la implementación de políticas. Los esfuerzos rusos por privatizar las industrias estatales en un ambiente social donde la fuerza de la ley es débil mientras las facciones étnicas y el nepotismo se resisten, han creado una situación caracterizada por mayores desigualdades, crímenes violentos y violaciones de los derechos humanos (Holmes, 1997).

CAPITAL SOCIAL Y ACCESO A LOS MERCADOS FORMALES

Asegurar el acceso a los mercados es un paso crucial para mejorar la situación económica de los pobres. Uno de los rasgos que define la pobreza es la incapacidad de insertarse en la economía formal. El capital social del pobre,

derivado principalmente de familias y vecinos, puede servir como una importante “red de protección” diaria, pero no es suficiente. Ayudar al pobre a trascender sus redes para acceder a recursos adicionales es uno de los desafíos del desarrollo económico.

CAPITAL SOCIAL Y SALUD, NUTRICIÓN Y POBLACIÓN

La relación entre el capital social y la salud ha sido documentada desde 1901 cuando Emile Durkheim identificó una relación entre las tasas de suicidio y el nivel de integración social. Desde entonces, la investigación ha continuado demostrando que mayor capital social y cohesión social lleva a mejoras en las condiciones de salud. Las investigaciones recientes muestran que entre menor sea la confianza entre ciudadanos, mayor será la tasa de mortalidad promedio (Baum, 1997; Kawachi y colegas, 1997).

REDES SOCIALES PROMUEVEN UNA MEJOR EDUCACIÓN EN SALUD

Se acepta ampliamente que la educación en nutrición y cuidados prenatales mejora los resultados de salud en niños. Hay también un vínculo entre la educación general de niñas y mejores condiciones de salud de sus familias (Informe de Desarrollo Mundial, 1993). Esto se debe a que las mujeres son a menudo quienes dan la atención primaria y la educación les ofrece acceso a la información en salud ya sea en una escuela o mediante materiales impresos o redes sociales ampliadas.

EL CAPITAL SOCIAL FACILITA LA PROVISIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La atención a la salud se brinda por el gobierno (oferta pública), mercado (oferta privada) o la comunidad/familia (oferta voluntaria) o por una combinación de estos. El capital social y las relaciones entre cada grupo de proveedores pueden mejorar los resultados en salud. (Cox, 1998).

El capital social entre los proveedores y las comunidades beneficiarias garantiza que haya rendición de cuentas en relación a los servicios prestados. Por ejemplo en zonas rurales remotas, es difícil y costoso para las agencias gubernamentales asegurarse que los trabajadores de la salud estén en sus puestos, y brinden atención de calidad. Algunas veces, las relaciones que el proveedor tiene con las comunidades es el principal incentivo para un buen desempeño.

EL CAPITAL SOCIAL APOYA LOS ESFUERZOS DE PREVENCIÓN

La prevención es crítica para mejorar los estándares de salud de las comunidades y naciones, pero solo es efectiva si se apoya en redes formales e informales, a través de la cuales las personas reciben información y medicamentos, como por ejemplo las vacunas. La prevención es fundamental para los pobres: la enfermedad o la muerte de alguien que obtiene el alimento a menudo tiene consecuencias económicas devastadoras para toda la familia.

EL CAPITAL SOCIAL PUEDE MEJORAR LA SALUD A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN O EL CAMBIO DE LAS NORMAS DE LA SOCIEDAD

El tabaquismo, el saneamiento y las prácticas sexuales son conductas que impactan en la salud pública y están muy interconectadas con la cultura y las normas. Las normas y las redes sociales pueden promover prácticas saludables o no. El capital social y la educación pueden ayudar a las personas a tomar decisiones informadas acerca de cómo su conducta impacta en su salud mientras brinda apoyo social para tomar decisiones sanas (o en muchos casos no saludables). Valores y normas compartidos pueden tener su efecto en el nivel de violencia comunitaria y por tanto en la salud.

LA ACCIÓN INTERSECTORIAL EN SALUD Y LAS METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO

El compromiso de los Estados para el logro de los objetivos del sistema de salud de mejorar el nivel de salud y de reducir las desigualdades entre grupos poblacionales en los niveles de salud, se expresa en las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) que requieren de políticas públicas coherentes que refuercen la acción intersectorial y que estén dirigidas a las poblaciones más necesitadas. Las MDM se derivan de la noción de derechos económicos, sociales y culturales que asignan valor a las inversiones dirigidas en los segmentos de la población que vive en extrema pobreza y privada de los servicios y derechos básicos. Las MDM colocan al ser humano en el epicentro mientras que ponen metas medibles y alcanzables dentro de un marco de tiempo preciso.

Es imposible avanzar hacia el logro de las MDM sin la creación de estrategias basadas en el análisis de los determinantes sociales de salud y del establecimiento de políticas que requieran de la participación de múltiples sectores en un esfuerzo al unísono. Los determinantes sociales de la salud han de analizarse teniendo en cuenta los factores históricos y estructurales que han colocado a la mujer y a las minorías étnicas en desventaja. Y también requiere el atento estudio y consideración de la geografía, la etnicidad, la raza y los grupos generacionales. Los determinantes sociales no están encaminados a detener el desarrollo o sencillamente a justificar el marginalismo sino mas bien intentan colocar los cimientos para la acción intersectorial y por ende el mejoramiento sustancial de las condiciones. Al hacerlo, estamos alentando la participación de todos los interesados en el proceso de transformación requerido.

La acción intersectorial es necesaria para lograr las MDM en salud porque los resultados dependen no solo de la atención médica sino también de una variedad de factores que van más allá. Algunos de ellos son obstáculos al acceso a la atención incluyendo barreras financieras y físicas como la distancia desde una instalación de salud o los costos de llegar a una instalación y obtener la atención; otros factores que minan la efectividad del cuidado, por ejemplo, es la falta de medicinas, el pobre desempeño del proveedor del servicio y un inadecuado tratamiento. Los economistas en salud también reconocen que los individuos y las familias son “productores” claves de los

resultados finales en la salud y que las conductas individuales y colectivas, el ingreso y la solvencia económica de las familias, los sistemas de apoyo a la comunidad, la nutrición, la educación, el agua y el saneamiento así como las políticas públicas afectan los resultados directa o indirectamente.

Los determinantes sociales de la salud tienen que ver con las características específicas del contexto social así como las formas en que las condiciones sociales afectan la salud y cómo estas pueden modificarse mediante una acción informada. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud decidió crear la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (creada en el 2004 e inaugurada en Santiago de Chile en marzo del 2005). Los determinantes sociales de la salud pueden entenderse como las condiciones sociales en las cuales vive y trabaja el pueblo y estas se relacionan con la salud. Tarlov las define como “las condiciones sociales en que se desarrolla la vida”. Marmot y Wilkinson ponen énfasis en que al comprender cómo el ambiente social afecta la salud del pueblo, somos capaces de transformar las condiciones contextuales específicas y los ambientes sociales y así tener un impacto positivo en la salud. En este sentido, los ambientes de los niños y los trabajadores, el desempleo, los patrones de relaciones sociales, la exclusión social, la nutrición, las conductas adictivas e incluso los medios de transportación tienen un impacto en la salud del pueblo. Además de esto, son determinantes de varios tipos y gravedad de las enfermedades dentro y fuera de los países.

IDENTIFICANDO POTENCIALES ACCIONES INTERSECTORIALES

Las investigaciones para identificar las formas en que las acciones de otros sectores afectan los resultados en salud son un requisito fundamental para el diseño de las acciones intersectoriales. Una reciente valoración del avance hacia la consecución de las Metas de Desarrollo del Milenio identificó el potencial para la sinergia intersectorial en una gama de sectores incluidas las carreteras y el transporte, el agua, la higiene y el saneamiento, la contaminación del aire en el interior del hogar y la agricultura como se muestra en la tabla 1

La investigación y las valoraciones sectoriales pueden ayudar a identificar acciones en estos sectores, incluyendo:

- Carreteras y transporte
- Educación
- Agua y saneamiento
- Medio ambiente, y
- Política de nutrición y alimentación¹³

Carreteras y transporte

Las demoras en llegar a la instalación de salud representa obstáculos que

¹³ Ver Wagstaff and Claeson, 2004, and Merrick, 2004

amenazan la vida en las mujeres que enfrentan la urgencia obstétrica. Tales demoras pueden ser el resultado de factores de accesibilidad como es la distancia hasta la instalación, la disponibilidad y el costo del transporte y las condiciones de las carreteras, todo lo cual afecta el tiempo necesario para llevar a la futura madre a la instalación una vez que se ha decidido buscar la ayuda médica. En Zimbabwe, la no disponibilidad de transporte ha sido, según informes, un factor en el 28% de las muertes en una zona rural. En el caso de hemorragias, el 50% de las muertes son atribuibles a las demoras relacionadas con el transporte.

Las investigaciones sobre respuestas de conductas en busca de atención médica con respecto a la recuperación de los costos muestra que las personas pobres de Tanzania viajaron como promedio unos 60 kilómetros para ver al médico mientras que los no pobres viajaron solo 15 km. Hay varias razones posibles incluyendo la posibilidad de que los no pobres tengan su propio transporte y que los pobres viajen más lejos para atenderse en una instalación donde sea gratis el servicio. En su revisión sobre los obstáculos a la atención en salud, Ensor y Cooper (2004) hallaron estudios que reportaban que el transporte representaba el 28% de los costos totales de los pacientes en Burkina Faso, el 25% en el noreste de Brasil y el 27% en el Reino Unido. En Bangladesh, se reportaba que el transporte era el segundo renglón más costoso para pacientes luego de las medicinas. Citando a uno de los grupos focales de ese estudio “El hospital está muy lejos y cuesta mucho viajar hasta allá. Fácilmente podemos comparar las medicinas a los doctores de la aldea con este dinero. Gastamos dinero para ir al hospital pero allí ni siquiera obtenemos las medicinas, por lo que entonces ¿por qué debo ir allí? (CIET-Canada, 2001, p.38).

Los análisis de nivel de pobreza en los países realizado por el Banco Mundial ha mostrado la calidad de las redes viales rurales es un factor de aislamiento social y económico para las personas pobres del campo. Las investigaciones acerca del impacto del mejoramiento de las vías rurales se ha centrado principalmente en el tiempo de viaje. Por ejemplo, una valoración de la pobreza en Guatemala encontró que los cierres de carretera eran una seria limitación en el acceso a las escuelas, el trabajo y los mercados y que las familias en el quintil de ingresos más pobres estaban mucho más afectadas (45 vs 12 por ciento) que los ricos. Los aldeanos identificaron el “dar a luz” como un riesgo porque las madres no podían llegar a los centros de salud debido al inadecuado acceso vial, particularmente en temporadas lluviosas. La reparación de carreteras redujo el tiempo de viaje de la granja al mercado de más de 10 horas a 1-2 horas. Si bien el impacto en el acceso a la atención obstétrica de urgencia no se evaluó en el estudio, estas reducciones en el tiempo de viaje tienen una clara incidencia por reducir los obstáculos relacionados con la distancia que impiden un oportuno manejo de las urgencias. Un estudio anterior del impacto de las carreteras en el acceso a los servicios en Marruecos halló patrones similares. El proyecto vial contribuyó a logros definidos en la utilización de los servicios de salud por la mujer.

La calidad y la disponibilidad de carreteras es solo una faceta de los obstáculos del transporte. La disponibilidad, el tipo y costo del transporte es claramente otro. Las investigaciones realizadas por colegas africanos en la Red de Prevención de la Mortalidad Materna también descubrió que vías deficientes, falta de vehículos y

altos costos de transporte fueron las principales causas de la demora en decidir si buscar o no ayuda y en llegar al cuidado obstétrico de urgencia. Ese estudio reporta el impacto positivoJ apoyo comunitario y las actividades de educación sobre la cantidad de mujeres que buscaron tratamiento en emergencia obstétrica, con las consiguientes reducciones en el número de muertes maternas en el área del proyecto. Los estudios de Nigeria, Uganda y Tanzania resaltan el papel de la organización de la comunidad en la planificación de emergencias cuando ocurren incluida la preparación de planes de parto, movilización de recursos por fondos de la comunidad, reducción de costos de transporte y fortalecimiento de la cadena de remisión a otra instalación

Tabla 1. Potencial para la sinergia intersectorial a fin de lograr las Metas de Desarrollo del Milenio en salud y nutrición.

MDM	Objetivo	Aportes multisectoriales	Ejemplos de países	Sectores fundamentales
Reducir la mortalidad materna	Mejorar el acceso a la atención obstétrica de urgencia	Disponibilidad del transporte y de las instalaciones de remisión	Bangladesh Tanzania Vietnam	Transporte, carretera, infraestructura, salud
	Reducir la contaminación del aire en los interiores	Mejoramiento de las prácticas culinarias, del combustible y la ventilación	China, Guatemala India, Kenya	Energía, vivienda, salud
Reducir la mortalidad infantil	Reducir las enfermedades diarreicas en los niños mediante el lavado de las manos, uso de letrinas y adecuada evacuación de las heces de niños pequeños	Mejorar las prácticas de cómo lavarse las manos usando jabón y mucha agua	Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Ghana, India, Nepal, Perú, Senegal	Agua y saneamiento, salud y sector privado (jabón fabricantes)
	Reducir el aire contaminado en los interiores	Mejorar combustible, la ventilación y los estilos de juego de los niños	China, Guatemala, India, Kenya, Mongolia, Nicaragua	Energía, alojamiento, sector de salud privado (mejor producción de estufas)
Reducir el hambre y mejorar la nutrición	Regular los precios de los alimentos, elevar los ingresos de las mujeres y promover la diversidad dietética y la seguridad de la comida en la casa.	Mejores prácticas en la agricultura, mejores tarifas y comercio, reducción de las horas de trabajo de la mujer; mejores relaciones entre géneros y toma de decisión en el seno familiar	Bangladesh, India, Kenya, Tanzania y Vietnam	Agricultura, desarrollo rural, género y comercio.

Educación

La educación afecta los resultados de la salud directamente (mediante el contenido educacional de la salud y la higiene así como de la salud escolar y los

programas de alimentación) e indirectamente mediante una capacidad mejorada para practicar conductas saludables. La educación de las mujeres influye en los resultados de la salud por una variedad de canales incluido las actitudes hacia el embarazo, comportamientos en busca de la salud y oportunidades para ganarse la vida. Los primeros logros en la alfabetización femenina desempeñó un importante papel en el descenso de la mortalidad materna en Malasia y Sri Lanka. En la revisión de los vínculos entre la educación de la mujer, la autonomía y la conducta reproductiva, Jejeebhoy (1995) apunta que la educación realza el conocimiento de las mujeres acerca del mundo externo y las hace más conscientes que las mujeres analfabetas de la importancia de la salud y la higiene familiares así como del tratamiento y la prevención de las enfermedades. Otra consecuencia que la autora apunta es que la educación les da una autonomía mayor a la hora de tomar decisiones dentro del hogar. Al mismo tiempo, llama la atención de que los factores contextuales influyen en el impacto de la educación en la participación de la mujeres en la toma de decisiones concerniente a la familia de manera que esta participación probablemente sea más débil en una sociedad caracterizada por un alto grado de estratificación por géneros.

Al centrarse específicamente en la mortalidad materna, McCarthy (1997) declaró varios canales posibles mediante los cuales la educación de la mujer podría afectar la mortalidad materna:

- Reduciendo la cantidad de embarazos (riesgo permanente de las complicaciones) al recurrir a un matrimonio tardío y un mayor uso de anticonceptivos;
- Posibilitando a las mujeres estar mejor informadas acerca de los síntomas de las complicaciones y con mayores probabilidades de tomar decisiones oportunas en busca de tratamiento;
- Siendo más saludables y menos propensas a sufrir complicaciones
- Teniendo mejor acceso físico a las instalaciones de tratamiento (por ejemplo porque una mayor proporción de mujeres con nivel educacional viven en centros urbanos) y
- Estando en mejores condiciones económicas y siendo más capaces de pagar la asistencia médica o de ser mejor tratadas por los que brindan asistencia médica debido a su status.

La educación está estrechamente vinculada al status del género y a las formas en que la estratificación por género afecta el acceso a los recursos familiares y la utilización de los servicios de salud. En su trabajo sobre el poder de negociación intrafamiliar en Indonesia, Beegle y colegas (2001) encontraron que las mujeres con mayor nivel educacional que sus maridos tenían más posibilidades de obtener atención prenatal y que, por lo general, la educación posibilita a la mujer tomar decisiones acerca de su salud reproductiva. La educación también se relaciona con otros factores que suelen resaltar o limitar el acceso a intervenciones que salven la vida. Las investigaciones sobre el impacto de la recuperación de los costos sobre el aprovechamiento de los servicios han demostrado que las mujeres educadas comprenden y emplean mejor los esquemas de exenciones, y la literatura sobre medios de transporte resalta asimismo los vínculos entre educación y acceso y utilización del transporte para llegar a instalaciones de

salud.

Agua y Saneamiento

El suministro de agua potable en buenas condiciones ha contribuido a los descensos en la mortalidad de los países en desarrollo. Se conoce que un deficiente saneamiento, mala calidad del agua junto con una deficiente higiene personal son factores de peso en la amplia prevalencia de las enfermedades parasitarias en los países pobres. Las enfermedades transmitidas por el agua pueden socavar la salud de las mujeres embarazadas porque causan anemia, un factor de riesgo para madres y sus niños. El suministro de agua insalubre y de los contaminantes provenientes de combustible usado para cocinar son factores de riesgo que inciden en las altas tasas de mortalidad materna existentes en varios países africanos. El enlace entre suministro de agua y la salud de las madres y los niños implica tanto factores en el hogar como en la comunidad. El consumo de agua en el hogar puede estar restringido por los precios, los ingresos y otras variables incluso si el agua fuera suministrada en la misma comunidad. Jalan y Ravallion (2001) observaron que se producen mejoras en la salud de los niños pobres cuando se dispone de agua por tuberías en sus comunidades, especialmente cuando las madres tienen un bajo nivel educacional.

La evaluación de las Metas de Desarrollo del Milenio del Banco Mundial señala que una mejor higiene (lavado de las manos) y un mejor saneamiento (uso de letrinas, evacuación segura de las heces de los niños) son al menos tan importantes como la calidad del agua potable para obtener buenos resultados en salud, especialmente en la reducción de diarreas y la mortalidad infantil que trae consigo. Se ha demostrado que disponer de una mayor cantidad de agua tiene más efecto que una mejor calidad del agua, posiblemente porque el adecuado suministro de agua hace más factible adoptar conductas higiénicas seguras y reducir el periodo de tiempo de almacenamiento de agua durante el cual puede contaminarse con la manipulación. Tal como nos muestra el caso de Ghana, el sector de salud puede dirigir las acciones en pos de una educación que favorezca la higiene así como también ofrecer a otros sectores datos confiables en cuanto a las enfermedades asociadas al consumo de agua y la efectividad de las intervenciones.

Factores Ambientales

La disminución de la contaminación del aire interior (CAI) en los países en vías de desarrollo es otra área de potencial acción intersectorial. La CAI es causada por el uso de fuentes de energía tradicionales de bajo costo como el carbón y la biomasa (madera, excremento de ganado, residuos de cosechas) en cocinas primitivas para cocinar y proporcionar calor, lo que constituye la principal fuente de energía de unos 3.5 mil millones de personas. La afectación a la salud de la contaminación del aire interior es mucho mayor en comunidades rurales situadas a gran altura donde familias pobres utilizan biomasa como combustible en cocinas primitivas sin una adecuada ventilación. La contaminación del aire interno es un factor de riesgo significativo en la muerte por neumonía y otros malestares asociados en los niños y por cáncer del pulmón en las mujeres quienes siempre

corren riesgo al ser las más expuestas durante el acto de cocinar. Finalmente, muchos países en desarrollo ascenderán por la escalera de la energía pero ese ascenso se demorará por la escasez de recursos y el acceso limitado a combustibles de alta calidad. Cocinas con un combustible de biomasa mejorado han sido efectivas en cuanto a elevar los resultados en salud en la India y otros lugares. Grandes pruebas de intervención en el seno de la comunidad están facilitando los datos en cuanto a la costeabilidad, efectividad de los costos, factibilidad y sostenibilidad de las intervenciones multisectoriales.

Se encuentran en marcha estudios en China, Guatemala y la India con el fin de mejorar el acceso a fuentes de energía eficientes y costeables mediante el diseño, la fabricación y la divulgación de tecnologías de bajo costo, alternativas de combustibles modernos y soluciones de energía renovable a escala nacional. En China, el sector de la salud inició un gran proyecto comunitario para reducir la contaminación del aire interior en las zonas rurales tras entrar en problemas los encargados de elaborar la política sanitaria cuando se elevaron los índices de mortalidad infantil entre la gente pobre de áreas rurales (caso 5). Habiendo logrado ya altos índices de vacunación y otras intervenciones exitosas en cuanto a la salud infantil, China busca ahora la forma de reducir los factores de riesgo más allá del sector de salud. El sector de la salud está generando información, valorando el impacto de las intervenciones y promoviendo cambios de conducta que hagan decrecer la exposición a la contaminación del aire interior y complementen el suministro de equipos como ejemplo mejores cocinas y más ventilación.

Nutrición y Alimentación

La nutrición deficiente es otro cofactor clave que afecta la salud materna e infantil. Este aspecto presente en las mujeres embarazadas de un número de países con altísima mortalidad materna y neonatal es un factor que contribuye a estos índices. En la India, la anemia se reporta como un factor indirecto en el 64.4% de las muertes maternas. La estratificación de géneros y las actitudes sexistas también contribuyen a través de las conductas en el hogar que privan a las mujeres pobres de una adecuada nutrición no solo durante el embarazo sino en su niñez y adolescencia, lo que conduce a la baja estatura y el mayor riesgo de complicaciones a la hora del parto.

Las políticas y las prácticas agrícolas que afectan los precios de los alimentos, los ingresos por cosechas, la diversidad y la calidad de las dietas y la seguridad del alimento que se consume en el hogar también requiere del liderazgo por parte del gobierno para lograr mejores resultados en la salud. Las políticas agrícolas que se centran en el acceso de la mujer a los recursos (tierra, preparación, insumos agrícolas); su papel en la producción y sus ingresos derivados del trabajo agrícola probablemente tengan un mayor impacto en la nutrición que las políticas que no se centran en la situación de la mujer, particularmente si estas políticas se combinan con otras estrategias como las de elevar la educación de la mujer y de impulsar la comunicación en pos de cambios en el comportamiento.

CRITERIOS PARA EL DISEÑO Y LA EJECUCIÓN DE ACCIONES

INTERSECTORIALES

La acción intersectorial requiere del compromiso de una variedad de actores y partes interesadas en el esfuerzo por mejorar los resultados en la salud. Los “sectores” incluyen pero no se limitan a esferas de la actividad gubernamental (educación, transporte y comunicaciones, justicia, finanzas, etc) o a la actividad económica (servicios, agricultura e industria); asimismo incluyen una gama de sectores sociales como grupos comunitarios y profesionales, los medios de difusión, los grupos religiosos así como individuos y familias.

El Centro Nacional para la Promoción de Salud de Australia ha definido la acción intersectorial como sigue:

“una relación reconocida entre parte o partes del sector de la salud con parte o partes de otro sector que ha sido forjada para emprender acciones sobre un asunto a fin de lograr resultados en la salud (o resultados intermedios) pero de una forma más efectiva, eficaz y sostenible que la forma que hubiese empleado el sector de salud si actuara solo”

El diseño de las acciones intersectoriales precisa prestar atención tanto al contenido (lo que se hará) como a la organización y financiamiento de las acciones (cómo se hará). Al afectar muchos factores fuera del marco de la asistencia sanitaria los resultados de salud, una efectiva acción intersectorial requerirá de una cuidadosa valoración y selección de acciones que deberán emprenderse. Este es un importante paso si bien igualmente importante es la cuestión de cómo implementar estas acciones intersectoriales: quiénes deben ser los socios, cómo apoyarlos, quién coordinará las acciones y cómo se manejará la contabilidad.

Los criterios acerca de la acción intersectorial puede tomar diversidad de formas:

Proyectos centrados en un problema de salud específico, por ejemplo:

- El Proyecto de Seguridad Vial de Vietnam
- Proyecto de Respuesta nacional de Zambia al VIH/SIDA (ZANARA).

Métodos programáticos más amplios basados en el análisis y el cambio de políticas, por ejemplo:

- Bolivia

Esfuerzos para introducir los impactos en la salud dentro de los proyectos de otros sectores, por ejemplo:

- Campaña sobre el lavado de las manos en Ghana.

En la práctica, las acciones intersectoriales pueden combinar más de un criterio.

PROYECTO DE SEGURIDAD VIAL DE VIETNAM

Un ejemplo de enfoque de proyecto es el Proyecto de Seguridad Vial de Vietnam (caso 1) que busca reducir la carga de muertes y discapacidad derivada de los accidentes de tránsito. Las investigaciones sobre accidentes en Vietnam revelaron varias causas importantes incluyendo el no cumplimiento y la débil aplicación de las regulaciones del tránsito, la deficiente infraestructura vial y el rápido crecimiento en el número de vehículos, 90% o más de los cuales son motocicletas. El proyecto apoya el trabajo del Comité Nacional del Transporte (CNTV) de Vietnam que sirve de órgano coordinador de las acciones intersectoriales por parte de diversas agencias del sector público incluyendo los Ministerios de Transporte, Educación, Salud y Organos de Seguridad Interna. Sobre la base de un preproyecto de investigación, se desarrolló la estrategia de seguridad vial que incluye desarrollo de capacidades, mejoramiento de las condiciones de las carreteras en tres corredores propensos a accidentes, más aplicación de las leyes de seguridad vial y educación a los conductores, educación para la seguridad en el seno del aula, monitoreo de accidentes y mejores servicios de respuesta a emergencias. Un aspecto clave en el diseño del proyecto fue la decisión acerca de qué agencia sería el “dueño” del proyecto. El Banco Mundial recomendaba que la Comisión Nacional de Transporte desempeñara este papel mientras que el gobierno sugería que fuese el Ministerio del Transporte. Al final se acordó que la Comisión Nacional de Transporte fuera la agencia responsabilizada

PROYECTO RESPUESTA NACIONAL DE ZAMBIA ANTE EL VIH/ SIDA.

Otro ejemplo de un enfoque basado en proyectos para la acción intersectorial es el proyecto respuesta nacional de zambia al vih/sida (zanara en inglés), financiado por el banco mundial, que se propone reducir la propagación del vih/sida, mitigar el impacto socioeconómico de la enfermedad e incrementar el acceso a la atención médica y apoyar a las personas infestadas o afectadas por la epidemia. Tras reconocer que el vih/sida es algo más que un problema de salud, zambia se involucra en variadas iniciativas multisectoriales contra el vih/sida (caso 2). Un número de donantes y de agencias internacionales apoyan estas actividades.

El consejo nacional del sida de zambia (nac en inglés) es el responsable de planificar y movilizar los recursos, pero el dinero es distribuido directamente a los grupos privados o a través de la junta central de salud y el ministerio de finanzas y planificación que es el encargado del proyecto zanara. Este proyecto brinda apoyo financiero a nac y para actividades anti-sida en una serie de ministerios (incluyendo educación, salud, agricultura, desarrollo comunitario y bienestar social, desarrollo de la juventud y del niño y asuntos legales).

El proyecto asimismo apoya las respuestas al vih/sida en la comunidad a

través de una red de organizaciones comunitarias incluidas la juventud y grupos religiosos, personas que viven con el sida, y huérfanos y viudos por causa del sida. Los recursos para las actividades comunitarias se canalizan por el fondo de inversiones sociales de zambia (zamsif) y se beneficia de la red de mecanismos coordinadores de las ong que el fondo utiliza para aprobar y monitorear un gran número de proyectos pequeños financiados a este nivel. Basándose en la experiencia de zamsif, zanara fue capaz de crear su propio mecanismo de coordinación que implica a ONG de mayores dimensiones que prestan ayuda a grupos a escala comunitaria.

Bolivia

Los esfuerzos de Bolivia por mejorar la salud materno-infantil refleja un enfoque alternativo hacia la acción intersectorial – uso del apoyo programático multisectorial vinculado a la estrategia de ayuda a países /estrategia de reducción de la pobreza. En el caso de Bolivia (caso 3) el proyecto de salud buscaba reducir los obstáculos financieros para la atención sanitaria por medio de la creación de un fondo municipal de seguros encaminado a un paquete básico de servicios maternos e infantiles. Sin embargo, Bolivia reconoció que las mejoras en este aspecto, particularmente para el pobre, demandaba acciones más allá de la salud pública. En lugar de incluir estas acciones en el proyecto sanitario, optó por un enfoque pragmático de estas acciones. En contraposición a un enfoque de proyecto que financia las actividades intersectoriales a través de un ministerio sectorial o de un órgano coordinador, el enfoque programático canaliza los recursos por el tesoro nacional y vincula los desembolsos a periódicas valoraciones del progreso alcanzado en pos de las metas acordadas y la implementación de los acuerdos políticos.

Cuando se evaluó la primera fase del proyecto de salud de Bolivia y se descubrió que no tenía el éxito esperado en cuanto a llegar a los grupos indígenas social y geográficamente excluidos, la segunda fase involucró a los agentes encargados de gestionar la ayuda social para que trabajasen en contextos diversos desde el punto de vista étnico. La segunda fase se complementa con el apoyo de un diapasón de actividades comunitarias a través del crédito programático de los sectores sociales (cpss) que respalda las iniciativas en cuanto a nutrición, educación, agua y saneamiento, protección social y participación comunitaria, con enfoque específico en el logro de las MDM en materia de salud, educación, suministro de agua y saneamiento. El ministerio de finanzas recopila información sobre los gastos del sector social en diferentes niveles administrativos (central, departamental y municipal), las cuales se desagregan por funciones y clasificación económica de los desembolsos. A esta información puede accederse por parte de todos los usuarios y es empleada con el fin de mejorar la planificación del presupuesto y de los programas. Mientras que los enfoques de proyectos hacia la acción intersectorial identifican un conjunto de acciones y acuerdan

un mecanismo coordinador, el enfoque programático funciona a través de un marco más amplio para la acción intersectorial que se expresa en documentos núcleo como la estrategia de asistencia a los países y la estrategia de reducción de la pobreza y utiliza los marcos asociados de gastos multisectoriales para canalizar los recursos hacia los sectores como parte del apoyo presupuestario total.

Campaña para lavarse las manos en ghana

Una tercera alternativa es realzar el impacto de las acciones de otros sectores en la salud. Un ejemplo de esto es la campaña de lavarse las manos realizada en ghana (caso 4), una sociedad pública y privada coordinada por la agencia de agua y saneamiento de comunidades de ghana y que abarca donantes (incluido el banco mundial) los fabricantes de jabones a escala nacional e internacional, los ministerios de educación, vivienda y obras, de asuntos de la mujer y la infancia, y de gobiernos locales y desarrollo rural. La campaña busca reducir la transmisión de enfermedades mediante una mejor higiene y combina campañas en los medios de difusión y la educación pública a favor del lavado de las manos. La campaña se basó en una investigación cuidadosa de las prácticas a la hora de lavarse las manos antes de la campaña

LISTA DE PASOS

Si bien es importante que el contenido de las acciones intersectoriales sea correcto, en última instancia el éxito de la acción intersectorial también requiere que se aborden importantes asuntos en el proceso. el “cómo” es tan importante como el “qué” en el accionar intersectorial.

La siguiente lista de pasos fundamentales identifica algunos de los pasos claves del proceso para el diseño efectivo y la puesta en práctica de acciones intersectoriales.

TRABAJO DEL SECTOR INVESTIGATIVO

El sector investigativo trabaja para identificar los factores que afectan los resultados en la salud y las acciones intersectoriales que los abordan. como se apuntaba anteriormente, existe ya un amplio conjunto de investigaciones sobre estos temas y una sinopsis de los hallazgos podría servir para guiar el diseño de la acción intersectorial. el caso de la contaminación del aire interior en china ilustran este criterio. otro criterio es basarse en las experiencias de otros países que han puesto en práctica las acciones intersectoriales. Vietnam se basó y adaptó el trabajo que había hecho Nueva Zelanda para desarrollar su proyecto intersectorial de seguridad vial. las revisiones a mediano plazo de los proyectos continuos y las evaluaciones al final del proyecto son otro vehículo potencial para identificar las acciones intersectoriales necesarias, particularmente en casos donde el proyecto puede que no haya alcanzado sus objetivos. los pasos correctivos que Bolivia adoptó para mejorar el acceso de los grupos indígenas socialmente excluidos a la atención médica tanto a través de una mejor dirección de las intervenciones en salud y las

intervenciones intersectoriales mediante su crédito programático para sectores sociales muestra este criterio. el caso de Bolivia señala asimismo la importancia de incorporar evidencias sobre los factores intersectoriales que afectan los resultados en salud en documentos básicos del país como las estrategias de asistencia a países y las estrategias de reducción de la pobreza.

Preguntas a debatir: mencione uno o dos ejemplos de su propia experiencia de investigación o análisis del sector salud que haya resaltado la necesidad de la acción intersectorial para lograr mejores resultados en salud. ¿qué acciones sugiere esta investigación?

ASOCIACIÓN EFECTIVA

Las asociaciones efectivas son fundamentales para el éxito de las acciones intersectoriales. la identificación de los principales partes interesadas y el análisis de sus opiniones y de la influencia potencial en las acciones intersectoriales puede estar presente en el diseño de la defensa de las acciones intersectoriales así como la creación de una base institucional / organizativa para la acción intersectorial. las herramientas de análisis de las partes interesadas puede ayudar a guiar este proceso (schrneer 2000) a través de técnicas como el mapeo posicional que identifica las opiniones, el conocimiento y el poder de potenciales interesados en un asunto y puede utilizarse para crear una estrategia para involucrar a los principales interesados en la acción intersectorial.

Preguntas a debatir: a partir de su experiencia, enumere los actores que necesitarían involucrarse en el proyecto para lograr una efectiva acción intersectorial en uno de los países donde ha trabajado. ¿cuál era su papel en relación a la acción intersectorial y cómo se involucraron?

DECISIONES SOBRE CÓMO ORGANIZAR Y FINANCIAR LAS ACCIONES INTERSECTORIALES

Las decisiones sobre cómo organizar y financiar las acciones intersectoriales también merecen una consideración cuidadosa. como se apuntaba, existen varias modalidades potenciales para financiar acciones intersectoriales: los componentes intersectoriales presentes en proyectos del sector de la salud incluidos los componentes específicos de la salud en proyectos de sectores afines, resaltando las acciones intersectoriales a través de mecanismos de apoyo programático o de proyectos de protección social. en dependencia del criterio de financiamiento, se precisará tomar decisiones acerca de quien “poseerá” el proyecto o la iniciativa de acción en términos de responsabilidades financieras y de dirección de programas. la decisión acerca de la provisión de fondos y la gestión organizativa dependerá del asunto que se trate y el contexto institucional en que se emprenda la acción. cada criterio tiene ventajas y limitaciones. los proyectos del sector de la salud pueden llevar un

enfoque sanitario efectivo pero puede que no sean efectivos en cuanto a involucrar otros sectores si el ministerio del ramo es débil o inefectivo en su relación con socios externos – situación que es muy típica en muchos países. los grupos coordinadores independientes podrían ayudar a ampliar esta apropiación, pero regularmente se requiere de un desarrollo sustancial de las capacidades. pueden tornarse inefectivos una vez que el entusiasmo inicial de los socios se desvanezca o el control del proceso de coordinación se desvíe hacia las manos de un ministerio sectorial. el financiamiento programático es gestionado por los ministerio de finanzas/ planificación que son fuertes en la gestión financiera pero puede que tengan poca experiencia o interés en el contenido técnico de las acciones intersectoriales. en la mayoría de los casos, los fondos programáticos se canalizan de vuelta a los ministerios ramales, con el riesgo de que la coordinación intersectorial sea débil.

Preguntas a debatir: Enumere las fortalezas y las posibles limitaciones de diferentes criterios para organizar y financiar las acciones intersectoriales, por ejemplo un proyecto vs fondos programáticos o acciones intersectoriales en un proyecto de salud vs una iniciativa de salud en otro sector. A partir de su experiencia, ¿Qué podría hacerse para vencer algunas de las limitaciones que ha identificado?

Como se señala en el Marco de Vías, la política y los factores regulatorios pueden influir en los resultados en salud. La investigación y el análisis sectorial pueden identificar estos factores mientras que el mapeo de participantes puede orientar el desarrollo de las estrategias para introducir un cambio de política. En algunos casos por ejemplo, la sustitución de los combustibles de biomasa por otras alternativas para cocinar podría requerir cambios en las políticas de establecimiento de precios para los combustibles además de la promoción de alternativas de cocinas a bajo costo y esquemas promocionales y de financiamiento en la comunidad. Las investigaciones pueden ayudar a valorar el impacto de las políticas macroeconómicas cuyos efectos adversos en los resultados de la salud tal vez no se hayan tomado en consideración en los diálogos políticos cuyo punto central es las limitaciones fiscales o los flujos financieros internacionales. Al igual que se afirmó anteriormente, los topes en los gastos de contratación de personal pueden ser obstáculos para las acciones intersectoriales, particularmente cuando esas acciones caen fuera del programa de trabajo básico de los ministerios ramales o falta un sentido de pertenencia institucional fuerte y por ende estas acciones caen al fondo de la lista de prioridades.

Preguntas a debatir: A partir de su experiencia, mencione 2 o 3 políticas macroeconómicas que pudieran tener un impacto adverso en los resultados de salud. ¿Se reconocieron estos impactos? ¿Qué pasos se tomaron para mitigar los efectos adversos?

MONITOREO, CONTABILIDAD

El monitoreo y la contabilidad: Una acción intersectorial efectiva también necesita que se establezcan mecanismos de monitoreo, evaluación y

contabilidad. La responsabilidad de estas funciones se asigna por lo general a la unidad coordinadora y suele requerir de inversiones en el fomento de capacidades en casos donde la experiencia anterior sea limitada. La selección de los indicadores de monitoreo y el establecimiento de mecanismos para la recopilación, procesamiento y disseminación de datos son pasos claves en el proceso de diseño. Asimismo es importante rastrear los gastos incurridos en acciones intersectoriales, particularmente cuando estas acciones están siendo financiadas por los canales programáticos que tal vez no puedan rastrear los gastos con el nivel de detalle que se exige para determinar si se han hecho o no gastos en acciones intersectoriales específicas. El proceso de contabilidad también determinará cómo se empleará la información para hacer correcciones a medida que se apliquen las acciones.

Preguntas a debatir: A partir de su experiencia, mencione 2 o 3 indicadores pertenecientes a un sector que no sea salud pública y que usted recomendaría de manera que hubiera un mejor reconocimiento al aporte de otros factores fuera de la asistencia médica en cuanto a la elevación de los resultados en salud.

SOSTENIBILIDAD

La efectividad de las acciones intersectoriales también requiere de que se institucionalicen y mantengan. Ello dependerá de la fuerza que tenga la agencia de acción por las partes principales. En algunos casos, un programa de acción intersectorial con objetivos de cumplimiento en un marco de tiempo (sustitución de nuevas formas de combustible para cocinar, aumento de la prevalencia del lavado de manos y de las prácticas de higiene personal, mejoramiento de las condiciones viales), aspectos que una vez logrados, no necesitarían de un alto nivel de atención para garantizar que no se erosionen las conquistas. Otras iniciativas (cumplimiento de las leyes del tránsito en cuanto a la velocidad, apoyo comunitario para la prevención del VIH/SIDA) necesitan financiamiento y apoyo a más largo plazo. Parte de la agenda de fomento de capacidades debe ser el establecimiento de instituciones de defensa y supervisión, siendo lo ideal el sector de las ONG privadas, cuya misión sería ejercer esta función.

Preguntas a debatir: ¿Cuál en su opinión es el mayor riesgo para la sostenibilidad de las acciones intersectoriales que emprenden los países?
¿Qué recomendaría para aumentar las posibilidades de que se mantengan las acciones intersectoriales?
