

Gobernanza Intersectorial para la Salud en Todas las Políticas

26
Serie de
Estudios del
Observatorio

Estructuras, acciones y experiencias

Editado por
David V. McQueen
Matthias Wismar
Vivian Lin
Catherine M. Jones
Maggie Davies



IUHPE-UIPES

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION
UNION INTERNATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTE ET D'EDUCATION POUR LA SANTE
UNION INTERNACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION PARA LA SALUD



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR
Europe

European

Observatory



on Health Systems and Policies

Gobernanza Intersectorial para la Salud en Todas las Políticas



Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

Estructuras, acciones y experiencias

Editado por

**David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin,
Catherine M. Jones, Maggie Davies**

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2012 under the title **Intersectoral governance for health in all policies.**

© World Health Organization 2012 (acting as host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

Publicado en Inglés por la Oficina Regional de la OMS para Europa en 2012 con el título **Intersectoral governance for health in all policies.**

© Organización Mundial de la Salud 2012, en nombre del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.

El traductor de esta publicación es responsable de la exactitud de la traducción.

La traducción al español de este documento ha sido co-financiada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Unión Europea en el marco de la Equity Action.

This work is part of EQUITY ACTION which has received funding from the European Union, in the framework of the Health Programme. The sole responsibility for this work lies with the author.



© The Ministry of Health, Social Services and Equality, 2015

© Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015

Reservados todos los derechos. El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud atiende solicitudes de permiso para reproducir o traducir sus publicaciones, en forma parcial o completa.

Todas las sugerencias en relación a las publicaciones deberán dirigirse a: Publicaciones, Oficina Regional para Europa de la OMS, Scherfigsvej 8, DK-2100, Copenhagen Ø, Dinamarca.

También se facilita un formulario online para obtener documentación, información sobre salud o permiso para citar o traducir en la página web de la Oficina Regional (<http://www.euro.who.int/pubrequest>)

Las denominaciones empleadas y la presentación del material en la presente publicación no implican expresión alguna de juicios personales por parte del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud en relación con la situación legal de ningún país, territorio, ciudad o área ni de sus autoridades ni en relación con la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas que aparecen en el mapa representan las fronteras aproximadas cuyos límites pueden no estar del todo acordados.

Las alusiones a empresas específicas o a ciertos productos de fabricantes concretos no implican que el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud avale o recomiende su uso ante otros de similar índole que no se mencionan. Exceptuando posibles errores, las denominaciones de productos patentados se distinguirán por su mayúscula inicial.

El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. No obstante, el material publicado es distribuido sin garantía expresa o implícita alguna. La responsabilidad de la interpretación y el uso del presente material recaen en el lector. Las opiniones expresadas por los autores, editores o grupos de expertos no representan necesariamente las decisiones o la política establecida por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud o por alguno de sus socios.

ISBN 978 92 890 0281 3

Diseño de la portada realizado por M2M

Contenidos

Prólogo de Marie-Claude Lamarre, Directora Ejecutiva de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud	vii	
Prólogo de Zsuzsanna Jakab, Directora Regional de la Oficina Regional para Europa de la OMS	ix	
Agradecimientos	xii	
Lista de estudios de caso	xiii	
Lista de tablas, gráficos y cuadros	xv	
Lista de abreviaturas	xvii	
Lista de participantes	xix	
Parte I	Cuestiones normativas y resultados de investigaciones	2
Capítulo 1	Introducción: Salud en Todas las Políticas, los determinantes sociales de la salud y la gobernanza <i>David V McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin and Catherine M Jones</i>	3
Capítulo 2	Sintetizar la evidencia: cómo las estructuras de gobierno pueden desencadenar acciones de gobernanza en apoyo de la Salud en Todas las Políticas <i>Vivian Lin, Catherine M Jones, Anneliese Synnot and Matthias Wismar</i>	26
Parte II	Análisis de la Gobernanza Intersectorial para la STP	64
	<i>Gobierno y parlamento</i>	
Capítulo 3	Gabinetes ministeriales y secretarías de gabinete <i>Owen Metcalfe and Teresa Lavin</i>	65
	<i>Burocracia y administración</i>	
Capítulo 4	El papel de los parlamentos: el caso del escrutinio parlamentario <i>Ray Earwicker</i>	75
Capítulo 5	Unidades y comités interdepartamentales <i>Scott Greer</i>	92
Capítulo 6	Fusiones y megaministerios <i>Scott Greer</i>	108
	<i>Gestión de acuerdos de financiación</i>	
Capítulo 7	Presupuestos conjuntos: ¿pueden facilitar la acción intersectorial? <i>David McDaid</i>	119

vi Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

Capítulo 8	Financiación delegada	138
	<i>Laura Schang and Vivian Lin</i>	
	<i>Participación más allá del gobierno</i>	
Capítulo 9	Participación de la sociedad para facilitar o poner en marcha acciones de gobernanza que contribuyan a la STP	158
	<i>François-Pierre Gauvin</i>	
Capítulo 10	Gobernanza colaborativa: el ejemplo de las conferencias de salud	178
	<i>Helmut Brand and Kai Michelsen</i>	
Capítulo 11	Implicación de la industria	205
	<i>Monika Kosińska and Leonardo Palumbo</i>	

Prólogo

Desde la llegada del nuevo milenio, varios ámbitos relacionados con la salud, con su campo de interés y con su acción se han sumado a la promoción de la salud.

Muchos de estos ámbitos se habían mencionado ya en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Sin embargo, en los últimos años, tres ámbitos suscitaron un creciente interés: los determinantes sociales de la salud, la gobernanza y la Salud en Todas las Políticas, más concretamente, en el «traslado de la Salud en Todas las Políticas de un principio normativo a una práctica normativa». Ahora disponemos de un libro nuevo y significativo que aborda estos tres ámbitos de una forma más interesante.

La Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES) reconoce que muchas de las soluciones sugeridas para los problemas de salud más acuciantes proceden de fuera del sector salud. Por ello, es indispensable propiciar las prácticas de gobernanza que faciliten una mejora del trabajo intersectorial por parte del gobierno, del sector no gubernamental, de las instituciones académicas y del sector privado, en todas las escalas territoriales.

En el transcurso de las conversaciones entre promotores de salud, la conclusión obtenida no fue otra que la falta de un entendimiento sólido de los mecanismos que favorecen el desarrollo de la Salud en Todas las Políticas. Sabíamos que algunos países europeos habían tomado la iniciativa de desarrollar su propio enfoque de la Salud en Todas las Políticas y observamos que se centraban mayoritariamente en temas tales como la equidad, la justicia social y la reducción del impacto de la pobreza, todas ellas dimensiones sociales clave relacionadas con la mala salud. Sin embargo no teníamos una idea clara de lo que sucedía en el mundo de la gobernanza en estos países que crearon con éxito un marco de Salud en Todas las Políticas. Este libro ofrece una ayuda a la hora de comprender con exactitud los procesos que desembocan en políticas de salud, a la vez que se reconoce la necesidad de debatir más en profundidad y de investigar para «documentar la experiencia, evaluar la evidencia y comparar la efectividad de las diferentes estructuras de gobierno para llevar a cabo una acción sobre los determinantes sociales de salud y, en última instancia, sobre los resultados de salud de la población». Al investigar más en profundidad el trabajo diario de la gobernanza, se descubren más procesos internos.

En esta época de turbulencias en Europa, donde los conceptos básicos de equidad y solidaridad se están viendo socavados, la promoción de la salud

viii Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

desempeña un papel especialmente importante a la hora de estimular y apoyar el diálogo intersectorial, el intercambio de conocimientos y el desarrollo de una orientación con el fin de lograr una verdadera «acción conjunta» intersectorial entre investigadores, profesionales y responsables políticos.

La UIPES está orgullosa de haber colaborado en la elaboración de este libro. En efecto, la participación de la UIPES en la labor de edición y de redacción del libro ha conducido a nuevas ideas sobre gobernanza que están presentes en el mismo. Ha sido además un placer para la UIPES trabajar con el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud en la tarea de planificar reuniones y teleconferencias así como asistir a los esfuerzos diarios realizados para sacar adelante esta publicación. Esperamos poder presenciar pronto el impacto de los frutos de este trabajo conjunto.

Marie-Claude Lamarre

Directora ejecutiva de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud

Prólogo

Salud 2020 es el nombre que recibe el nuevo marco político de salud de la Región Europea de la OMS. El objetivo de esta política es mejorar de manera significativa la salud y el bienestar de las poblaciones, reducir las desigualdades en salud, fortalecer la salud pública y asegurar sistemas estables de salud dirigidos específicamente a las personas. Salud 2020 engloba al gobierno y a la sociedad en su totalidad. Dicha política prevé acciones y resultados más allá de las fronteras del sector salud y más allá de la jurisdicción del Ministerio de Sanidad. Por tanto, Salud 2020 propone un trabajo conjunto con otros ministerios, departamentos, sectores, organizaciones, partes interesadas y organizaciones de la sociedad civil. Además, propone tener alcance y trabajar conjuntamente con ciudadanos, pacientes y consumidores, proporcionando más oportunidades para empoderarles.

El logro de dichos objetivos se obtendrá mediante una acción política en cuatro ámbitos: invertir en salud a través de un enfoque de curso vital y de otorgar más poder a los ciudadanos; luchar contra las principales cargas de enfermedad, transmisibles y no transmisibles, en Europa; fortalecer los sistemas de salud centrados en las personas y las capacidades de salud pública, incluida la preparación y la capacidad de respuesta ante emergencias; y crear medios de apoyo y comunidades resilientes.

Este documento presenta un análisis práctico sobre cómo alcanzar los objetivos y trabajar unidos. Proporciona consejos y se centra en las estructuras de gobernanza intersectorial que pueden propiciar la acción intersectorial. Se espera que esta publicación ayude a los Estados Miembros de la OMS a evaluar y a revisar sus prácticas de colaboración intersectorial y que inspire nuevas vías para alcanzar los objetivos propuestos y el trabajo conjunto. Esperamos además que impulse el intercambio de buenas prácticas entre países.

Este libro fue desarrollado en paralelo con Salud 2020 y se ha informado de forma continua de las consultas técnicas con los Estados miembros y con los expertos, que han tenido lugar durante los últimos dos años. Éste forma parte de un conjunto de estudios que ha proporcionado un trasfondo científico al desarrollo de Salud 2020, incluido un estudio sobre la gobernanza para la salud en el siglo XXI y un análisis sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud. Ambos proporcionan ejemplos sobre cómo poner en marcha enfoques conjunto de toda la sociedad y de todo el gobierno.

x Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

Por este motivo, es un honor para mí presentar este volumen sobre acción intersectorial sobre Salud en Todas las Políticas con la ocasión de la sexagésima segunda sesión del Comité Regional de la OMS para Europa en Malta.

Zsuzsanna Jakab
Directora Regional de la Oficina Regional para Europa de la OMS

Agradecimientos

La idea de elaborar este libro surgió de la promoción de la Salud en Todas las Políticas (STP) como tema principal de la presidencia finlandesa en el Consejo de la Unión Europea en el año 2006, y en la posterior cumbre ministerial sobre el mismo tema en 2007 en Roma. Los editores estamos muy agradecidos por todo el apoyo y el ánimo que recibimos en estos importantes eventos.

Durante la duración de este proyecto nos hemos beneficiado enormemente de los comentarios recibidos en las reuniones, talleres y conferencias en las que presentamos el proyecto. Esto incluye la conferencia de 2010 sobre STP en Adelaida y en nuestro simposio en la conferencia mundial de la UIPES en Ginebra en 2010.

Nos gustaría también agradecer la oportunidad que se nos concedió de poder asistir a una serie de reuniones, talleres y conferencias en apoyo al desarrollo de Salud 2020, el nuevo marco político para la Región Europea de la OMS, incluida la conferencia que tuvo lugar en noviembre de 2011 en Jerusalén, en la que presentamos algunos de nuestros resultados preliminares.

Agis Tsouros y Roberto Bertollini de la Oficina Regional para Europa de la OMS organizaron un taller en el verano de 2011 con el objetivo de tratar los resultados preliminares de nuestro estudio con los compañeros de la OMS y de contribuir con su amplia experiencia en el campo. Agis Tsouros fue además una pieza clave en la conexión entre el proyecto de este libro y el desarrollo de Salud 2020.

Queremos agradecerles también a Ilona Kickbusch (Suiza), Vesna-Kerstin Petric (Eslovenia), Bosse Pettersson (Suecia), Graham Robertson (Escocia, Reino Unido), Lea den Broeder (Países Bajos) y Maris Jesse (Estonia) su participación en el intercambio de ideas. Gracias también a los revisores del manuscrito del libro, Horst Noack (Austria) and Marilyn Wise (Australia). Laura Schang, Maria Teresa Marchetti y Burcu Tigli, cuyos servicios de apoyo a la realización y edición de los capítulos y de los mini estudios de caso han sido altamente valiosos. Queremos dirigir un especial agradecimiento a Louise St.-Pierre (Canadá) por su relevante contribución a la discusión conceptual entre editores.

Por último, agradecemos sinceramente el generoso apoyo recibido por parte del Departamento de Salud del Reino Unido desde el inicio del proyecto.

Lista de estudios de caso

	Estudio de caso	Autor	Capítulo	Página
1	Liderazgo del Ministerio de Finanzas ucraniano: incrementos en los impuestos del tabaco	Kristina Mauer-Stender	1	5
2	Gobierno conjunto: Plan de Acción de Alimentación y Nutrición en Albania	Trudy Wijnhoven y Ehadu Mersini	2	37
3	Gobierno conjunto: el Plan de Acción para el Control del Tabaco y el Consejo para el Control del Tabaco en Serbia	Kristina Mauer-Stender	2	41
4	Gobierno conjunto: El Sistema de gobierno finlandés	Juhani Lehto	2	45
5	La experiencia de Australia Meridional: ExComm y Salud en Todas las Políticas	Carmel Williams	3	70
6	Informe de un Auditor General australiano sobre la promoción de una mejor salud mediante una alimentación saludable y actividad física	Vivian Lin	4	84
7	Desarrollar un enfoque intergubernamental de la salud a nivel administrativo	Nicolas Prisse	5	93
8	Comité de seguridad vial del gobierno de Eslovaquia	Gabriel Gulis	5	94
9	El Comité Interdepartamental de Salud Pública asiste a la implementación del Programa Nacional de Salud Pública en Hungría	Roza Adany	5	96
10	Comité Intersectorial a nivel estatal: Grupo de trabajo para la Salud en Todas las Políticas, California	Linda Rudolph, Aimee Sisson y Julia Caplan	5	98
11	Comités interdepartamentales: El sistema del gobierno finlandés	Juhani Lehto	5	99
12	Acción intersectorial y comités interdepartamentales: la Década de Acción para la Seguridad Vial (2011-2020)	Dinesh Sethi	5	103
13	Creación de megaministerios en Hungría: ¿oportunidades para la gobernanza intersectorial?	Roza Adany	6	109
14	El legado de un «megaministerio»: El Departamento de Servicios Humanos de Australia Meridional	David Filby	6	112
15	Presupuestos conjuntos en Suecia: la colaboración en la rehabilitación profesional en todos los sectores y niveles de la sociedad	Runo Axelsson	7	126

xiv Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

16	Financiación conjunta en Viena: sALTo – la mejora de la calidad de vida de las personas mayores	Sabine Haas y Elisabeth Teuschl	7	132
17	Financiación delegada y asociación público-privada en Singapur: el caso de la Comisión de Promoción de la Salud	Ling Chew	8	150
18	Llegar a las partes interesadas y sociedad civil: el proceso de desarrollo de políticas municipales de salud en Esbjerg, Dinamarca	Gabriel Gulis	10	185
19	Participación de las partes interesadas en Dinamarca: negociaciones entre distintos niveles	Gabriel Gulis	10	190
20	Participación de las partes interesadas y grupos de trabajo intergubernamentales: un plan de acción para el alcohol para la República de Moldavia	Lars Møller	10	191
21	La colaboración entre el sector privado y la sociedad civil: la política de tráfico «Objetivo Cero» de Suecia	Dinesh Sethi	11	207
22	Sensibilizar al sector de la construcción: la colaboración OMS-CIB por edificios saludables.	Matthias Braubach	11	210
23	Asociación público-privada entre diversos niveles de gobernanza: el Plan de la UE de consumo de fruta en las escuelas	João Breda y Caroline Bollars	11	211
24	Asociaciones público-privadas en la atención sanitaria: promoción de la salud en Kansas, Estados Unidos	Sara Poage and Wendy Heaps	11	216

Lista de tablas, gráficos y cuadros

Tablas

Tabla 1.1	Marco analítico para la gobernanza intersectorial	13
Tabla 1.2	Glosario de términos de conceptos clave del estudio	14
Tabla 1.3	Definición de las nueve acciones de gobernanza en el marco conceptual	17
Tabla 2.1	Visión general de cómo las estructuras de gobernanza intersectorial podrían abordar la acción de gobernanza de apoyo a Salud en Todas las Políticas	34
Tabla 3.1	Nivel de representación de salud en gabinetes ministeriales seleccionados	69
Tabla 3.2	Indicadores y alcance de la efectividad de los gabinetes ministeriales	73
Tabla 4.1	Extractos de pruebas escritas al comité	79
Tabla 4.2	Algunas organizaciones y testigos de las pruebas orales	80
Tabla 5.1	Conflicto, importancia y retos de coordinación	102
Tabla 6.1	Conflicto político y problemas de coordinación	114
Tabla 8.1	Impacto de la cofinanciación en los fondos disponibles para la promoción de la salud.	140
Tabla 8.2	Actividades de financiación intersectorial de organismos de financiación delegados	142
Tabla 8.3	Fuentes de ingresos básicos y reglamentarios de las entidades financieras delegadas	144
Tabla 8.4	Representación de intereses en las juntas directivas	148
Tabla 9.1	Nueve claves por una participación ciudadana efectiva	171
Tabla 10.1	Gestión de redes políticas	194
Tabla 10.2	Diferentes tipos de redes	197

Figuras

Figura 9.1	Cinco etapas del ciclo político	165
Figura 9.2	Niveles de participación ciudadana	166
Figura 9.3	Grado de inclusión	169
Figura 9.4	Proximidad en la toma de decisiones	170

xvi Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

Cuadros

Cuadro 4.1	Comisiones parlamentarias de investigación	77
Cuadro 7.1	Diferentes enfoques para los presupuestos conjuntos	123
Cuadro 7.2	Factores que pueden ayudar en la implementación de los presupuestos conjuntos	129
Cuadro 8.1	¿Por qué delegar?	139
Cuadro 8.2	Cómo puede la financiación provocar la acción intersectorial: un ejemplo de VicHealth	143
Cuadro 10.1	Ejemplos de asuntos tratados en las conferencias de salud	183

Lista de abreviaturas

Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
CIB	International Council for Research and Innovation in Building and Construction (Consejo Internacional de Investigación e Innovación en la Construcción)
CNSP	Comite national de sante publique (Comité nacional de salud pública)
CSDH	Commission on Social Determinants of Health (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud)
DEFRA	Department for Environment, Food and Rural Affairs (Departamento de Medio Ambiente, Alimentación y Asuntos Rurales)
DG	Dirección General [EU]
DG Sanco	Dirección General de Salud y Protección al Consumidor [EU]
DH	Department of Health (Departamento de Salud)
DHS	Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos)
EEE	Espacio Económico Europeo
EPHA	European Public Health Alliance (Alianza Europea de la Salud Pública)
UE	Unión Europea
CMCT	Framework Convention on Tobacco Control (Convenio Marco para el Control del Tabaco)
STP	Salud en Todas las Políticas
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
HPB	Health Promotion Board (Consejo de Promoción de la Salud)
HSC	Health Select Committee (Comité Selecto de Salud)
IPHC	Intersectoral Public Health Committee (Comité Intersectorial de Salud Pública)
UIPES	Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud
MACHC	Mid-America Coalition on Health Care (Coalición de Asistencia Sanitaria de Mid-America)
MAFF	Ministry of Agriculture, Fisheries and Food (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación)
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
MP	Miembro del parlamento
MSAH	Ministry of Social Affairs and Health (Ministerio de Asuntos Sociales y de Salud)
NAO	National Audit Office (Oficina Nacional de Auditoría)
ENT	Enfermedad no transmisible
ONG	Organización no gubernamental
NHS	National Health Service (Servicio Nacional de Salud)
ODPHP	Office of Disease Prevention and Health Promotion (Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud)
PAC	Public Account Committee (Comité de Cuentas Públicas)

xviii Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

APP	Asociación público-privada
SASP	South Australia's Strategic Plan (Plan estratégico de Australia Meridional)
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
SGC	Strategic Growth Council (Consejo de Crecimiento Estratégico)
GAF	Grupos de altos funcionarios
UNGA	United Nations General Assembly (Asamblea General de las Naciones Unidas)
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UV	Radiación ultravioleta
vECJ	Variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
OMS	Organización Mundial de la Salud

Lista de participantes

Roza Adany, Profesora, Jefa del Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Salud Pública, Universidad de Debrecen, Hungría

Runo Axelsson, Profesor, Academia Sahlgrenska, Universidad de Gotemburgo, Gotemburgo, Suecia

Caroline Bollars, Responsable técnica, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Copenhague, Dinamarca

Helmut Brand, Profesor, Jefe de Departamento de Salud Internacional, Universidad de Maastricht, Países Bajos

Matthias Braubach, Responsable técnico, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Centro Europeo de Medio Ambiente y Salud, Bonn, Alemania

João Breda, Gestor de programas, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Copenhague, Dinamarca

Julia Caplan, Departamento de Salud Pública de California, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, Sacramento, California, Estados Unidos

Ling Chew, Director, Departamento de Investigación y Planificación Estratégica, Consejo de Promoción de la Salud, Singapur

Maggie Davies, Directora Ejecutiva, Health Action Partnership International, Londres, Reino Unido

Ray Earwicker, Coordinador Superior de Políticas, Departamento de Salud, Londres, Reino Unido

David Filby, Consultor Ejecutivo, Departamento de salud y envejecimiento, Australia Meridional y Comité consultivo de Ministros de Sanidad, Australia

François-Pierre Gauvin, Investigador, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (Centro Nacional de Colaboración para Políticas Públicas Saludables) Quebec, Canadá

Scott Greer, Profesor Asociado, Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan, Ann Arbor, Estados Unidos

Gabriel Gulis, Profesor Asociado, Unidad de Salud, Universidad del Sur de Dinamarca, Esbjerg, Dinamarca

Sabine Haas, Jefa de la Unidad de Prevención, Gesundheit Österreich GmbH, Viena, Austria

xx Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

Wendy Heaps, Asesora Superior de Política, Oficina del Director, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia, Estados Unidos

Catherine M Jones, Directora de Programas, Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, París, Francia (Estudiante de doctorado en Salud Pública, Universidad de Montreal, en el momento de la redacción)

Monika Kosińska, Secretaria General, Alianza Europea de la Salud Pública, Bruselas, Bélgica

Teresa Lavin, Desarrollo de la Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Dublín, Irlanda

Juhani Lehto, Profesor de Política Social y de Salud, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de Tampere, Finlandia

Vivian Lin, Profesora de Salud Pública, Facultad de Ciencias de Salud, Universidad de La Trobe, Melbourne, Australia

David McDaid, Responsable técnico, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud y Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres, Reino Unido

David V McQueen, Asesor de Promoción de Salud Mundial, Ex presidente inmediato de UIPEs y antiguo Director Asociado para la Promoción de la Salud Mundial, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia, Estados Unidos

Kristina Mauer-Stender, Gestora de Programas, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Copenhague, Dinamarca

Ehadu Mersini, Administrador Nacional, Oficina de la OMS en Albania, Tirana, Albania

Owen Metcalf, Director, Instituto de Salud Pública, Dublín, Irlanda

Kai Michelsen, Profesor Asociado, Departamento de Salud Internacional, Universidad de Maastricht, Países Bajos

Lars Møller, Gestor de Programas, Alcohol y Drogas Ilícitas, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Copenhague, Dinamarca

Leonardo Palumbo, Responsable de Políticas para asuntos de la UE, Alianza Europea de la Salud Pública, Bruselas, Bélgica

Sara Poage, Vicepresidenta, Miembro de la Asociación Nacional de Negocios sobre la Salud, Washington DC, Estados Unidos

Nicolas Prisse, Oficina de la programación, síntesis y evaluación, Secretaría General de la Dirección General de Salud, París, Francia

Linda Rudolph, Directora adjunta, Departamento de Salud Pública, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, Sacramento, California, Estados Unidos

Laura Schang, Investigadora asociada, Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres, Reino Unido (en la Universidad de Maastricht, Países Bajos, en el momento de la redacción)

Dinesh Sethi, Gestor de Programas, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Copenhague, Dinamarca

Aimee Sisson, Departamento de Salud Pública, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, Sacramento, California, Estados Unidos

Anneliese Synnot, Investigadora, Grupo de Revisión Cochrane sobre Comunicación y Educación, Universidad de La Trobe, Melbourne, Australia (era investigadora en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de La Trobe en el momento de la redacción)

Elisabeth Teuschl, Gesundheit Österreich GmbH, Viena, Austria

Trudy Wijnhoven, Responsable técnica, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Copenhague, Dinamarca

Carmel Williams, Supervisor, Salud en Todas las Políticas, Salud en la Australia Meridional, Australia

Matthias Wismar, Analista Senior en Política de Salud, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, Bruselas, Bélgica

Parte I

**Cuestiones políticas y
resultados de las
investigaciones**

Capítulo 1

Introducción: Salud en Todas las Políticas, los determinantes sociales de la salud y la gobernanza

David V McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin y Catherine M Jones

Introducción

La evolución de las principales políticas de salud a nivel internacional pone de manifiesto la importancia de la práctica política emergente de «Salud en Todas las Políticas» (STP). Para empezar, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han estado detrás de muchos de los esfuerzos realizados en salud. Sin embargo, en sus inicios no estaban explícitamente orientados a las amplias causas de los problemas de salud, como muchos en el sector de salud pública habría deseado. Actualmente esto ha cambiado notablemente a raíz de las recientes actividades de Naciones Unidas, que han culminado en resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU) de septiembre de 2011. Dicha actividad reúne los tres conceptos de STP, Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y gobernanza, en el centro de atención; haciendo especial hincapié en el impacto global de las Enfermedades No Transmisibles (ENT). En segundo lugar, la presidencia finlandesa del Consejo de la Unión Europea (UE) en el año 2006 (Ståhl et al., 2006), la Declaración de Roma de 2007¹ sobre STP, seguida de la Declaración de Adelaida de 2010 sobre STP, con especial atención en «avanzar hacia una gobernanza compartida para la salud y el bienestar», tuvieron muy en cuenta el papel de la gobernanza. En tercer lugar, el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su publicación del informe final, *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes de la salud*

¹ La Conferencia Ministerial de la UE sobre «Salud en Todas las Políticas: Logros y Retos» tuvo lugar el 18 de diciembre de 2007 en Roma. A ella asistieron todas las delegaciones ministeriales de sanidad de los 27 Estados Miembros de la UE

4 Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

(Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health), impulsó una larga historia de preocupación por los factores socioculturales que subyacen bajo la salud y la enfermedad, expresando con toda claridad la necesidad de abordar ciertos temas como la equidad y la justicia social (CSDH, 2008). La reciente Declaración sobre Determinantes Sociales de Salud (Río de Janeiro, OMS, 2011) adoptada durante la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud en octubre de 2011, sigue poniendo de relieve la importancia del trabajo de las instituciones internacionales para abordar la STP y los determinantes sociales de la salud y la gobernanza. Este libro hace especial alusión y apoya los temas de la política de salud de la OMS para Europa, el marco político de Salud 2020; subrayando la importancia de los DSS y de las ideas de STP, que permiten explicar el papel de la gobernanza en la salud.

Esta introducción sitúa el esfuerzo colectivo recogido en este libro en el contexto de la integración de los tres conceptos principales: DSS, STP y gobernanza. La suma de estos conceptos hace de este trabajo algo único. La integración de estos tres conceptos radica en unas conversaciones iniciales editoriales sobre los aspectos conceptuales de STP y recalca que las ideas expuestas en los DSS y la STP ayudan a explicar el papel de la gobernanza en la salud.

La comprensión entre los tres conceptos clave requeriría una buena narrativa para ilustrar cada concepto y cómo están interrelacionados entre ellos. Por este motivo, hemos querido ver esta intersectorialidad como un mecanismo o un componente de acción que actúa en los tres conceptos. La gobernanza es el concepto más relevante de los tres, aquel que se impone ante los otros dos. Sin embargo, muchas de las explicaciones publicadas acerca del concepto de gobernanza eran pasivas o estructurales en lugar de activas, es decir, describían generalmente qué agencias u órganos de gobiernos estaban tomando decisiones sobre gobernanza, en vez de explicar cómo las agencias estaban tomando esas decisiones. Este libro trata de ambas estructuras, comités o estructuras institucionales y el concepto de agencia, en el sentido de actores y sus acciones.

Conceptos básicos

Analicemos ahora brevemente los tres conceptos. El propósito no es repetir la definición de cada uno de los tres conceptos, puesto que el glosario incluido en este libro (ver Tabla 1.2) y las muchas otras fuentes ofrecen una excelente caracterización de dichos conceptos, como pueden ser las ideas del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS o la extensa documentación que lo avala. Buscaremos pues un entendimiento

común de cada uno de estos conceptos abordando sus fundamentos teóricos, tanto implícitos como explícitos, con el fin de establecer los cimientos de este libro. Nos ayudaremos además de la historia de la salud pública para ilustrar dichos conceptos.

Liderazgo

del Ministerio de Finanzas ucraniano: incrementos en los impuestos del tabaco

Kristina Mauer-Stender

En poco más de dos años, desde septiembre de 2008 hasta enero de 2011, los impuestos sobre los productos del tabaco se multiplicaron por más de siete veces en Ucrania. El precio medio de los cigarrillos con filtro se triplicó y se cuadruplicó en el caso de los cigarrillos sin filtro. Los ingresos presupuestarios procedentes de los impuestos del tabaco aumentaron de 2.500 millones en 2007 a 13.000 millones en 2010, es decir, tres veces más. Al mismo tiempo, las ventas de cigarrillos disminuyeron más del 20% en dos años. Según el Comité Estatal de Estadística, la prevalencia de tabaquismo diario en la población adulta equivalía al 24,0% en el año 2010, frente al 27,5% en 2008. Esto significa que en dos años, los fumadores diarios se redujeron en 3,5 puntos porcentuales o, lo que es lo mismo, un 13%.

Este progreso no habría sido posible sin la colaboración intersectorial ni sin la participación del Ministerio de Finanzas ucraniano. En 2008, el Primer Ministro lideró una estrategia de aumento del impuesto sobre los productos del tabaco, justificada por una urgente necesidad de ingresos adicionales con el fin de paliar las consecuencias de las inundaciones en el país. En marzo de 2009 se aumentaron los impuestos sobre el tabaco. En febrero de 2010, se eligió un nuevo presidente y se constituyó un nuevo gobierno. En esta ocasión, ante la necesidad de más ingresos, el Ministerio de Finanzas ucraniano tomó la iniciativa de proponer una ley para un aumento continuo de los impuestos.

La posición firme y el sólido liderazgo del Ministerio de Finanzas en los últimos años han sido los principales factores para el continuo incremento de los impuestos sobre los productos del tabaco en Ucrania. Esta medida ha supuesto un claro beneficio para la salud, además de aumentar los ingresos presupuestarios.

Fuente: estudios de caso no publicados que están siendo preparados en la implementación del CMCT OMS en la Región Europea. El programa «Tobacco Control in Practice» de la Oficina Regional para Europa de la OMS, se centrará en el arte de lo posible. Para más información consulte: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2012/tobacco-control-in-practice>.

El ámbito de la STP se puede ver, desde una perspectiva histórica, como parte de una base teórica enraizada en una salud pública asociada con el poder, la política y los movimientos sociales. Sus cimientos teóricos europeos

6 Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

se remontan a los escritos de los pensadores del siglo XIX, tales como Engels, Virchow y Durkheim. Virchow concretamente hizo especial hincapié en la naturaleza política de muchas de las acciones necesarias para abordar la salud de la población. Estos visionarios concluyeron que la salud de la población quedaba determinada por largos procesos sociales y adaptaciones culturales a una sociedad cada vez más urbanizada e industrializada. Dado que la medicina y la salud pública adoptaron un punto de vista biomédico, más bien orientado a las enfermedades, basado en la teoría de las infecciones y centrado en el individuo durante la mayor parte del siglo XX, se tendía a dejar más de lado estos enfoques sociales y éticos. Hacia finales del siglo XX, el enfoque individualista de la higiene en la salud pública se vio constantemente retado por una nueva forma de sociedad postindustrial. De nuevo, el reto teórico y la lógica de la causalidad adquirieron relevancia en la producción de salud. Así pues, la STP podría considerarse la heredera de la gran tradición de la salud pública.

Asimismo, dos aspectos críticos del pensamiento actual conforman los fundamentos de la STP: 1) los factores socioculturales definen los requisitos previos de la salud y limitan la elección de las personas a la hora de adoptar un nuevo comportamiento supuestamente más sano, y 2) la carga de enfermedad y su diferente distribución está en relación directa con las desigualdades sociales. La STP es una respuesta a este pensamiento crítico renovado y a menudo se manifiesta a través de la gobernanza. En las economías más avanzadas, la gobernanza tiene, por definición, un papel importante en todos los sectores de la sociedad. El gobierno, ya sea central, regional o local, asume la responsabilidad de varios aspectos de la sociedad, desde lo mundano (alcantarillado, transporte, vivienda, energía, comercio...) hasta lo humano (educación, arte, deporte...). La teoría social subyacente afirma que estos sectores de la sociedad y sus concomitantes sistemas de gobernanza, desempeñan un papel importante en la salud de la población. Así, éstos sectores se componen de las instituciones para la acción para en STP. Las herramientas para la acción son aquellas de las que dispone la gobernanza: persuasión, regulación, derecho y legislación. Las agencias del gobierno son las encargadas de manejar dichas herramientas. Por ello, el concepto de STP ha surgido paulatinamente a lo largo del tiempo, no solamente como un principio, sino también como una forma de práctica de la política.

Las ideas que hay detrás del concepto epidemiológico de los DSS se ven altamente influidas por los cambios históricos a los que se hace alusión en el párrafo anterior. Sin embargo, el concepto de «determinantes sociales de la salud», aunque parezca general, lleva de la mano algunos fundamentos teóricos obvios así como algunas asunciones críticas sobre agencia y

causalidad. En primer lugar, este concepto está muy arraigado en una epistemología epidemiológica. Esta noción implica que hay una sólida relación causal unidireccional entre los determinantes sociales y la salud. Dado que la epistemología subyacente está basada en una perspectiva médica, implica también que existe una relación entre la causalidad y las enfermedades observadas o las condiciones médicamente definidas. Debido al poder de la orientación médica intrínseca de los DSS, conviene examinar más en profundidad cada uno de los componentes verbales y lingüísticos del concepto.

El término «social» tiene múltiples acepciones, pero su significado más común hace alusión a una sociedad humana y las interacciones de los individuos y los grupos dentro del bienestar de toda la sociedad. Sin embargo, el discurso epidemiológico a lo largo de gran parte del siglo XX tendía a tratar este aspecto en términos de factores de riesgo de enfermedades relacionados con el comportamiento. Probablemente esta definición sea la que más se acerque a los fundamentos de la literatura moderna sobre DSS, puesto que en la mayoría de las publicaciones el término «social» alude a la posición o estatus de los individuos en una sociedad. Así pues, se puede apreciar un mayor énfasis en las nociones de clase y gradiente de clases en el concepto de DSS, que están más derivados a partir del individuo.

El término «determinantes» tiene especial relevancia cuando se utiliza en la conceptualización de los DSS. En la filosofía de la ciencia que trata la causalidad, esta palabra sería vista como una palabra muy poderosa, significando un altísimo grado de causalidad directa, basada en la ciencia. Cabe preguntarse si realmente la evidencia epidemiológica subyacente podría soportar un nivel de determinación tan alto y la palabra «factor» es probablemente la más apropiada para estos casos porque implica una contribución activa de un elemento a un resultado complejo. Sin embargo, las palabras desempeñan varias funciones y, desde el punto de vista de la abogacía, la palabra «determinantes» sea probablemente más eficaz que los «factores», más opacos. Es posible que esto se deba a que el concepto de DSS está muy relacionado con el de STP. Además, la fuerza de la palabra «determinante» puede ser más defendible en gobernanza.

La palabra «de» refuerza el argumento de la causalidad. Esto contrasta con la elección de la palabra «en», que implica un argumento de causalidad más difuso y correlativo. Cabe mencionar que un sociólogo posiblemente suscribiría el concepto de los factores sociales «en» salud, debido a la causalidad difusa y probablemente multidireccional que se pretende expresar.

8 Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

Sin embargo, esta terminología surge de un modelo médico y no de un modelo social de salud.

Por último, la palabra «salud» debería examinarse brevemente en relación con los DSS, debido en parte a que tenemos la cuestión de si la palabra significa lo mismo o si es sólo similar a la utilización que se le da a la misma palabra en la STP. La lectura exhaustiva de la literatura publicada sobre los DSS revela que se centra más en las enfermedades que en la salud. Existen incontables ejemplos de enfermedades en esas publicaciones, particularmente de enfermedades crónicas y ENT. En el mejor de los casos, la salud se trata y se define en términos de esperanza de vida. Este no es el sitio adecuado para entrar en discusiones sobre qué es la salud, tema que ha ocupado durante décadas el campo de la promoción de la salud. Es más bien el lugar propicio para aceptar que el concepto de salud planteado por el enfoque de DSS es un enfoque del concepto de salud «libre de enfermedad» y sigue siendo bastante biomédico.

La existencia de un «gradiente», el hecho de que la variación de los resultados de salud se pueda representar gráficamente mediante una línea inclinada ascendente, es la idea principal en la discusión actual en torno a los DSS. La idea se basa simplemente en que se han observado disparidades en salud dentro de los países, generalmente relacionados con conceptos como la clase social. Del mismo modo, también se han detectado diferencias entre distintos países. Por ejemplo, hay mucha literatura que muestra que, en el seno de los países económicamente desarrollados, hay diferencias abismales en los resultados de salud relacionados con el estatus social. Estas diferencias quedan bien ilustradas por las diferencias entre los Estados Unidos y otros países europeos desarrollados. Los intentos de explicar por qué existen tales diferencias no han desembocado aún en ninguna respuesta concluyente pero sí han suscitado muchas especulaciones. Una pregunta que se formula en este libro es la siguiente: ¿cuál es el papel, si lo tuviese, de la STP en estas diferencias tan significativas?

El concepto de gobernanza es antiguo, pero no lo es la preocupación de considerarlo un ámbito prioritario. El análisis de los significados subyacentes en los conceptos de STP y DSS es imprescindible para entender por qué se debate en torno a la importancia de la gobernanza para lograr un mundo más sano. En primer lugar, las agencias del gobierno, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales (ONG) debaten, apoyándose en la gobernanza, la importancia que tiene la salud a la hora de enmarcar el éxito de sus esfuerzos. Como muchos han adelantado, la salud se convierte en una metáfora para el éxito del Estado respecto a aquellos que son gobernados. El hecho de que se sitúe la «salud» como criterio principal para el exitoso

funcionamiento estatal es una de las ideas principales tanto de la STP como de los DSS y la manifiestan explícitamente.

De manera implícita, la salud ha sido siempre un factor subyacente en la gobernanza. La reconstrucción de París bajo el mandato de Napoleón III es muy ilustrativa. Cuando el barón Haussmann decidió «fortalecer» las calles de París y crear los grandiosos bulevares que hoy en día podemos presenciar, el motivo posiblemente fue la defensa de la monarquía. Sin embargo, el resultado fue la eliminación de las viviendas precarias, la reducción de la contaminación y una notable mejora en los servicios de saneamiento parisinos. Enfocándolo desde otra perspectiva, se realizó una gran labor para abordar los determinantes sociales de la salud a través del cambio social y del paisaje físico. No cabe duda de que esta acción fue un acto claro de gobernanza, incluso si se trataba de una gobernanza monárquica. Pueden observarse incontables ejemplos similares en muchos movimientos que combinaron la acción del gobierno y la sociedad civil para ampliar las infraestructuras urbanas, sobre todo en la creación de grandes parques en la mayoría de las ciudades occidentales, particularmente en América. El propósito de todo aquello probablemente fuese crear lugares bellos y de ocio, pero es fácilmente traducible a la concepción actual de ciudad sana. La mayoría de estos trabajos y de otros para mejorar los espacios públicos fueron el resultado de las acciones de gobernanza, y es precisamente el proceso de estas acciones lo más revelador y lo que nos conduce a los temas que se presentan en esta publicación.

El concepto de gobernanza incluye la historia previa de salud pública en la que la acción del Estado tenía gran importancia: limpieza de los pantanos, construcción de un sistema de alcantarillado en Roma, empleo de la cuarentena como medida preventiva para la peste, leyes de salud pública y seguridad para reducir las lesiones y enfermedades relacionadas con la salud y la seguridad en el trabajo. La STP además se construye a partir de las experiencias de promoción de salud que sustenta la primera de las cinco áreas de acción mencionadas en la Carta de Ottawa (OMS, 1986) «crear políticas públicas saludables».

La idea de responsabilidad gubernamental ha sido clave en los esfuerzos por la salud pública. El gobierno ha desempeñado un papel de liderazgo en este «esfuerzo organizado» de la sociedad, con el fin de proteger y de promover la salud así como de prevenir enfermedades y lesiones. Incluso en el pensamiento económico contemporáneo, que constituye la base de la mayoría de las administraciones públicas del mundo, la salud pública se concibe como un bien público y la intervención del gobierno en proyectos

10 Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

relacionados con la salud podrían considerarse un posible primer paso para corregir los fallos del mercado. Los poderes coercitivos del gobierno han sido el núcleo de los esfuerzos de protección de la salud mientras que los poderes redistributivos del gobierno, por su parte, han sido de vital importancia para el abordaje de las inequidades sociales y de salud.

A finales del siglo XX se produjo un cambio en el discurso sobre políticas públicas, del gobierno a la gobernanza. Esto refleja varios cambios en la perspectiva filosófica así como en la sociedad. La llegada del gerencialismo y del neoliberalismo en el gobierno («dirigir, no remar», «que los gestores gestionen», separación del comprador y del proveedor, centrarse en los resultados, etc.) ha conducido a un cambio hacia la desregulación, gobiernos más pequeños, financiación basada en los resultados y evaluación basada en el desempeño. El cambio ideológico hacia el mercado también permite que el gobierno delegue los riesgos políticos y financieros, adoptando la gestión de los contratos (en vez de la prestación de servicios) como parte principal del trabajo del gobierno. Al mismo tiempo, los movimientos sociales han hecho un llamamiento para una mayor participación, transparencia y rendición de cuentas en el proceso de elaboración de políticas. Existe un reconocimiento generalizado de que el aumento de las complejidades de la sociedad y de la economía requiere una mayor capacidad colectiva (con la participación de la sociedad civil y el sector privado) para hacer las cosas, en lugar de depender únicamente del poder y los recursos del gobierno.

No obstante, la gobernanza sigue siendo un concepto y una práctica que evoluciona y tiene múltiples acepciones. El Banco Mundial contempla la gobernanza como la forma en que se ejerce el poder a la hora de gestionar los recursos económicos y sociales de un país (Banco Mundial, 1992). Los académicos han adoptado un enfoque más abstracto pero interesado tanto en la estructura como en la acción - mediante acciones y medios para promover la acción colectiva y ofrecer soluciones colectivas, o mediante redes interorganizacionales y autoorganizativas que son interdependientes. El proceso de orientación se refleja en más teorías post-modernistas a su vez; siendo la gobernanza un proceso de interacción continua entre los participantes dentro y fuera de las estructuras formales de gobierno, que aporta la diversidad de marcos a través de los cuales se ven los asuntos que necesitan atención y evaluación de sus respuestas (Colebatch, 2002), o más simplemente, como medios de manejar el transcurso de los acontecimientos en un sistema social complejo (Burris, Drahos y Shearing, 2005).

Independientemente de la definición concreta, Stoker (1998) sugiere algunos elementos clave:

- instituciones y actores dentro y fuera del gobierno;

- red autónoma de actores;
- equilibrio de derechos y responsabilidades para todas las personas participantes en el proceso;
- dependencia de poder entre instituciones, con normas de conducta definidas para la gestión de las relaciones;
- capacidad para conseguir que se hagan las cosas no dependiente de un control jerárquico;
- cambio de una dirección autoritaria del gobierno (a una burocracia subordinada) a la negociación entre las partes interesadas.

Nuestra perspectiva en este libro, en relación a la gobernanza, vista como el principal elemento para actuar sobre los elementos sociales y para lograr una STP, se basa esencialmente en dos dimensiones: 1) las estructuras que unen a los actores y 2) las acciones que surgen de su compromiso y de sus deliberaciones mutuas (por ejemplo el acuerdo por el que se articulan las políticas de una manera concreta, la decisión de adoptar algunas políticas, la utilización de instrumentos de política concretos para hacer efectiva su implementación, etc.). Nos centramos tanto en el trabajo interno del gobierno, entre sectores o entre distintos niveles políticos y burocráticos de elaboración de políticas, y en el compromiso que el gobierno adquiere para con la sociedad civil y el sector privado. La Tabla 1.1 resume el marco analítico que constituye el esqueleto del libro. Nosotros concebimos el gobierno como el centro del sistema de gobernanza para la STP, pero reconocemos la importancia de las diversas voces que forman parte del proceso de elaboración de las políticas.

La STP sigue siendo un trabajo en curso y tiene lugar en diferentes contextos, ya sean nacionales, culturales, económicos o públicos. Los capítulos de este libro analizan nuestras experiencias hasta la fecha, al igual que un proceso de aprendizaje entre países, con el fin de dar una respuesta a preguntas como: ¿cómo podemos combinar de manera efectiva a las instituciones y a los procesos de toma de decisiones para darle forma a las políticas públicas y mejorar los determinantes sociales de la salud?, ¿cómo podemos organizar a los actores estatales, económicos y de la sociedad civil con el fin de contribuir a una mejora de la salud que sea sostenible y equitativa?

La política pública es un proceso iterativo variable que históricamente consta de varias capas, pero se ha caracterizado siempre por sus intereses opuestos dentro y fuera del gobierno. Las estructuras de gobernanza actúan de mediadoras en este proceso, permitiendo un cambio de las influencias

12 Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

estructurales en la salud de la comunidad a través de espacios creativos y de aperturas de las políticas.

En la Parte II se tratan algunos de los nuevos y variados ámbitos en los que la STP está ganando fuerza con los responsables políticos y los gobiernos. Del mismo modo, se tratan también algunos de los retos a los que nos hemos tenido que enfrentar.

Métodos

Para lograr el objetivo de este libro, el estudio se sirvió de múltiples métodos, clasificados en cuatro fases. En primer lugar, el trabajo de exploración que se desarrolló durante las conversaciones con expertos internacionales para la clarificación de asuntos conceptuales fundamentales. Esta fase de consulta a los expertos dio lugar al primer borrador del marco y a la propuesta de estudio.

Tabla 1.1 Marco analítico para la gobernanza intersectorial

		Acciones de gobernanza								
		Apoyo de la evidencia	Establecimiento de objetivos	Coordinación	Abogadía	Monitorización y evaluación	Orientación normativa	Apoyo financiero	Provisión de mandato jurídico	Implementación y gestión
Estructuras de gobernanza intersectorial	Relaciones ministeriales									
	Comités ministeriales y secretarías									
	Ministros de salud pública									
	Comités parlamentarios									
	Comités y unidades interdepartamentales									
	Megaministerios y fusiones									
	Elaboración conjunta del presupuesto									
	Financiación delegada									
	Participación ciudadana ²									
	Implicación del interesado									
	Implicación de la industria									

Se localizó entonces a los autores a través de la red profesional mundial de expertos de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES), de la red de expertos en políticas de la promoción del diálogo sobre políticas del Observatorio Europeo, y a través de la técnica de «la bola de nieve».

Por otro lado, se organizó un taller de autores en Bruselas en junio de 2010 con el fin de reunir a todos los participantes, además de expertos, socios colaboradores y partes interesadas adicionales, para debatir sobre los asuntos metodológicos del estudio y los retos y oportunidades relacionados con los diversos contextos culturales y políticos de los autores y los estudios de caso. Basándose en las reflexiones de los autores sobre sus casos y en sus perspectivas críticas del uso del marco propuesto, los editores y otros socios

² *Public engagement* en el original (N. del T.)

14 Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

colaboradores modificaron y terminaron el marco, llegando a un consenso sobre su valor como herramienta analítica, sobre un glosario de términos³ y sobre la identificación de posteriores mini estudios de caso, que se utilizarían para complementar los estudios de caso.

Tabla 1.2 Glosario de términos de conceptos clave del estudio

Efectividad	Una estructura de gobernanza intersectorial es efectiva en la medida en la que contribuya a la integración de la salud en otras políticas. Por este motivo, la efectividad debería diferenciarse de las meras palabras o de una justificación post -decisión. La efectividad incluiría acciones intersectoriales que hubiesen marcado una diferencia en el resultado final.
Resultado final	Los resultados finales de las acciones intersectoriales tienen como objetivo efectuar cambios en otras políticas, como por ejemplo variar la justificación, la base informativa, los contenidos, su financiación e implementación o su base jurídica para estas políticas, con el fin de que ejerzan una influencia positiva en la salud o en los determinantes de la salud. Los cambios de los determinantes o de la salud de la población no se consideran resultados finales, debido a que ello implicaría la realización de un análisis de las intervenciones realizadas.
Gobernanza	La gobernanza es el sistema de toma de decisiones en el que se marcan las pautas, se ejerce la autoridad legislativa y se controlan y gestionan los eventos. Los gobiernos que reconocen la complejidad de los factores sociales y económicos gobernarán mediante una colaboración con el mercado y con los actores de la sociedad civil, para la implementación y el desarrollo de las políticas. La Gobernanza puede incluir la acción que va mucho más allá del gobierno, mediante la delegación de la formulación de políticas y la implementación de políticas o partes de ella a las partes interesadas u organizaciones interesadas. En esencia, la gobernanza se basa en relaciones de poder.

³ El taller de autores puso de relieve la importancia de definir una serie de términos que ellos mismos podrían utilizar para elaborar su trabajo. Se propuso la realización del glosario de términos y posteriormente se envió a todos los participantes como punto de partida para su trabajo, con el fin de crear un denominador común sobre el que proponer perspectivas críticas y definiciones alternativas. El objetivo de los autores no era imponer definiciones estándar basadas en el consenso, sino más bien crear un pilar que sostuviese sus capítulos. El glosario de términos, tal y como se envió a los autores, se incluye en la Tabla 1.2

Salud en Todas las Políticas	La Salud en Todas las Políticas es la práctica política de incluir, integrar o internalizar la salud en otras políticas que dan forma o ejercen alguna influencia en los DSS. Estos determinantes, incluyen las políticas de transporte, vivienda, impuestos y agricultura, entre otros. La Salud en Todas las Políticas se centra más en las «grandes cuestiones» y menos en los programas o proyectos individuales. Dependiendo del contexto institucional de cada país, estas políticas pueden darse a nivel nacional, regional, local o incluso repartidas en los distintos niveles de gobierno. La STP es una práctica política que los líderes y responsables políticos adoptaron con el fin de concienciar más sobre la salud, el bienestar y la equidad durante el desarrollo, la implementación y la evaluación de las políticas. Esta práctica política «requiere una forma de gobernanza en la que exista un liderazgo común entre gobiernos, entre todos los sectores y entre los distintos niveles de gobierno» (Acuerdo de Adelaida, 2010).
Sector salud	Con objeto de estudio, el «sector salud» se define como todas las organizaciones, participantes y procedimientos de la jurisdicción del ministro responsable de la salud, que incluye el propio ministerio y otras organizaciones legales relacionadas. Por esta razón, aquello que se considera sector salud puede variar de un país a otro. El término «sector salud» es diferente del «sistema de salud» puesto que este último se basa en un modelo abstracto de funciones y objetivos.
Sistema de salud	Los sistemas de salud tienen varias funciones (gobernanza, financiación, generación de recursos, prestación...) que contribuyen al logro de los objetivos propuestos (salud de la población, equidad, justicia, expectativas no médicas de ciudadanos y pacientes...). Un sistema de salud se compone de todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya principal finalidad es promover, restaurar o mantener la salud. Esto incluye los intentos de ejercer una influencia en los determinantes de la salud así como en las actividades de mejora de la salud más directas. Un sistema de salud es pues más que una pirámide de servicios públicos que ofrecen servicios sanitarios, incluye también una acción intersectorial llevada a cabo por personal de salud. (OMS, 2007).
Estructuras de gobernanza intersectorial	Se trata de estructuras que existen con el fin de facilitar la colaboración entre los distintos ministerios, departamentos o sectores. Las estructuras intersectoriales son «tangibles» o «visibles» en el sentido de dejar huella en el organigrama o de designar distintas entidades o procedimientos dentro del gobierno y la administración. Las estructuras de gobernanza intersectorial son, en este sentido, diferentes de la colaboración basada meramente en las relaciones personales. Las estructuras intersectoriales pueden pertenecer al ministerio responsable de la salud o a todo el gobierno. Cabe incluir también las estructuras de gobernanza intersectorial de otros ministerios, en la medida en que estén accesibles para el ministerio de sanidad.
Acciones de gobernanza intersectorial	Las estructuras de gobernanza intersectorial son las que facilitan estas acciones, con el objetivo de alinear otras políticas de gobernanza con los objetivos de salud. Algunos ejemplos de las distintas acciones de gobernanza intersectorial son el apoyo a la evidencia, el establecimiento de objetivos, la coordinación, la abogacía, la monitorización y la evaluación, la orientación normativa, el apoyo financiero, la provisión de mandato jurídico y la implementación y gestión. Así pues las intervenciones se pueden clasificar de «suaves» a «fuertes» y abarcan todos los estadios del ciclo político.

16 Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

La tercera fase se basó en un esbozo de los capítulos por parte de sus autores, así como en la petición de mini estudios de caso. Se les pidió que revisaran tanto revisiones de la literatura publicadas así como ejemplos nacionales e internacionales de literatura «gris», incluyendo las publicaciones y los informes gubernamentales y no gubernamentales así como otras fuentes que recojan documentación de experiencias. Los mini estudios de caso se entregaron en forma de plantillas con preguntas que cubrían los antecedentes (¿cuándo?, ¿por qué?, ¿quién?), qué problemas pretendía abordar, de qué forma la estructura involucraba a los sectores distintos de salud, cómo esto contribuyó a la acción y qué condiciones se dieron tanto en sus éxitos como en los obstáculos encontrados. Al mismo tiempo, los socios colaboradores y los editores estaban envueltos en una fase de consulta y difusión, en la que compartían información sobre el estudio y su marco analítico en reuniones y conferencias internacionales, con el fin de obtener retroalimentación y sugerencias, y de establecer conexiones con otros trabajos realizados en otros lugares.

La cuarta fase la conformaban las opiniones de los capítulos, tanto internas como externas y la incorporación de mini estudios de caso. Se invitó a dos críticos externos a leer la publicación entera y a dar su opinión en función de tres criterios: 1) rigor metodológico/científico (en relación con el contexto político, la perspectiva analítica y la acción de gobernanza), 2) validez de las recomendaciones y 3) relevancia y utilidad para los responsables políticos. Los editores debatieron todas las opiniones para asegurar un escrutinio coherente de la publicación.

Marco analítico

El marco analítico refleja la estructura de la publicación. Se identificaron once estructuras de gobernanza intersectorial como mecanismos con capacidad para facilitar nueve acciones de gobernanza. El uso de las estructuras de gobernanza como categoría analítica se basa en un trabajo conceptual existente, que distingue los instrumentos políticos esenciales de los de procedimiento (Howlett, 2005) y que propone una clasificación de las herramientas de gobernanza, incluidas las estructuras, los procesos, los marcos y los mandatos (St. Pierre, 2009).

Las acciones de gobernanza establecen objetivos para la evaluación de la efectividad de las estructuras de gobernanza. La identificación y definición de la acción de gobernanza para este estudio, estuvo influida en parte por el Marco de Acción para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud de la OMS (OMS, 2000), puesto que tiene la finalidad de vincular la gobernanza del sistema de salud con los objetivos de dicho sistema. De igual modo, las

acciones de gobernanza intersectorial son propuestas como una unión entre la gobernanza intersectorial y el objetivo de la STP. En este sentido, se contemplan las acciones como un resultado (intermediario). La investigación política general sobre la gobernanza intersectorial propone el objetivo de sensibilizar, producir y compartir experiencias y aprender de manera continua (Bourgault, Dupuis y Turgeon, 2008). Además, la definición de acciones de gobernanza está estrechamente relacionada con la idea del ciclo político (Howlett, Ramesh y Perl, 2009). La Tabla 1.3 muestra una visión de conjunto de cómo se definieron las acciones de gobernanza para este estudio. El orden de las acciones de gobernanza puede corresponderse a varias partes del ciclo político, aunque se reconoce la naturaleza iterativa y recursiva del ciclo.

Organización de la publicación

El libro está compuesto por dos secciones. La Parte I (incluidos los capítulos 1 y 2) analiza la razón y la teoría de la gobernanza intersectorial, y resume el análisis interdisciplinar de las evidencias obtenidas por los estudios de caso de la Parte II sobre cómo las estructuras de gobernanza facilitan las acciones de gobernanza. Los capítulos de la Parte II muestran las ilustraciones detalladas de los debates y los estudios de caso de las estructuras en acción, con un análisis de las condiciones necesarias para la efectividad y la superación de las barreras encontradas.

Los nueve capítulos de estudios de caso engloban un amplio elenco de ejemplos procedentes de la Región Europea de la OMS, Norteamérica y Australia. Además, se incluyen numerosos mini estudios de caso a lo largo del libro para complementar los capítulos principales con más ejemplos procedentes de diferentes países y contextos. Ambos capítulos, así como los mini estudios de caso, presentan y examinan una serie de ejemplos a escala nacional y subnacional y algunos internacionales obtenidos de la Unión Europea, de Naciones Unidas y de la OMS.

Tabla 1.3 *Definición de las nueve acciones de gobernanza en el marco conceptual*

Apoyo de la evidencia	El factor principal para el apoyo de la evidencia como acción es la coproducción de la evidencia y el concepto de evidencia «compartida». Ello implica un sentido de aceptación de la evidencia obtenida y reunida por todas las partes involucradas.
Establecimiento de objetivos	El establecimiento de objetivos radica en alcanzar un acuerdo multisectorial sobre los objetivos y los resultados de las políticas públicas deseados. Este acuerdo puede traducirse al idioma de cada sector creando objetivos más específicos que contribuyan a la totalidad. Además, pueden conducir al desarrollo de planes y estrategias más concretos para lograr los objetivos propuestos

18 Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

Coordinación	La coordinación hace referencia a un ajuste mutuo en los campos de acción acordados. Para mejorar las sinergias entre sectores, reducir la fragmentación de la acción y reducir las duplicidades, es necesario centrarse en la acción de coordinación. La coordinación se refiere a los esfuerzos que se realizan para organizar y coordinar la acción, y llega más allá de la comunicación y del intercambio de información.
Abogacía	La abogacía como acción tiene dos focos potenciales. En primer lugar, puede pretender promover un cambio de actitudes, cultura y del entorno social, político o físico. En segundo lugar, su finalidad puede ser apoyar o estimular los cambios jurídicos o legislativos. A grandes rasgos, las acciones de abogacía pueden hacer referencia a la concienciación o al establecimiento de una agenda para las políticas de gobierno, las leyes y los reglamentos.
Monitorización y evaluación	La monitorización y evaluación son acciones de gobernanza que sirven para medir el progreso en los DSS. Esto puede realizarse a través de indicadores acordados y acuerdos de gestión del conocimiento o incluso adoptar la forma de informes de evaluación.
Orientación normativa	La orientación normativa como acción incluye una orientación política o recomendaciones realizadas por otros sectores, incluido el sector salud. La acción de gobernanza se basa en este caso en que se facilitan unas directrices para indicar las pautas que deben seguirse, en términos de políticas conjuntas, incluidos los planes nacionales o las políticas estratégicas, entre otros. Se distingue del apoyo a la implementación en que se centra más en «qué» recomiendan las políticas en lugar de en «cómo» se implementan.
Apoyo financiero/económico	El apoyo financiero/económico abarca la movilización de fondos específicos. Con apoyo financiero nos referimos a la acción de asignar, definir y desembolsar los fondos para financiar la acción intersectorial y los programas conjuntos de salud.
Provisión de mandato jurídico	La provisión de un mandato jurídico es una acción de gobernanza que refleja un sólido apoyo a la acción de los DSS. En calidad de acción de gobernanza, apoya la implementación o adopción de la STP, ofreciendo un mandato para alinear los diferentes sectores y lograr dicho objetivo.
Implementación y gestión	La gestión e implementación están situadas al final del espectro de las acciones de gobierno. Esto se debe a que hacen referencia a la implementación de las propuestas resultantes de otras acciones y de la administración, además de a la supervisión y a la gestión de las actividades relacionadas con la implementación de la STP.

Cada uno de los capítulos de la Parte II presenta una definición de la estructura de gobernanza abordada, una descripción de la acción de gobernanza facilitada, un debate sobre efectividad y una serie de lecciones aprendidas y de condiciones que apoyan o desafían la efectividad de las estructuras de gobernanza para desencadenar acciones. Muchos de los capítulos contienen un par de mini estudios de caso representados en cuadros, en los que se incluye una breve descripción de una estructura de gobierno y una corta valoración sobre cómo esto facilita la acción. Se incorporan junto con los argumentos de los autores en los capítulos individuales, para aportar ejemplos alternativos. Los mini estudios de caso tienen como finalidad aumentar la cobertura nacional para que incluya más variedad de ejemplos de los 53 Estados Miembros de la Región Europea de la OMS.

Puntos clave de los capítulos

Muchos sostienen que la STP debe darse a través de la acción en los niveles más altos, especialmente si se cuenta con la participación de todo el gobierno. A escala ministerial, en el gabinete, existe una estructura de gobierno muy poderosa. El capítulo 3, de Owen Metcalfe y Teresa Lavin, ofrece opiniones críticas sobre este nivel de acción. Aunque los gabinetes ministeriales y las secretarías no existan en todas las estructuras gubernamentales, siguen siendo una característica de la mayoría de las democracias al estilo occidental. En mayor medida, tal y como los autores subrayan, los gabinetes proyectan una imagen al exterior de «caja negra» y rara vez tienen documentos identificativos relacionados con su trabajo. Como bien saben los historiadores, muchos documentos importantes acaban saliendo a la luz, pero esto suele ocurrir años o incluso décadas después de que los responsables hayan fallecido. Así pues, quizá debido al secretismo que existe en torno a ellos, no hay actualmente evidencia sólida de la efectividad de la acción de los gabinetes en la STP. Mientras dicha evidencia siga sin llegar, los expertos podrían considerar buscar en otro lugar. Si el secretismo es una característica del gabinete de toma de decisiones, se aprecia casi lo contrario en el ámbito parlamentario (o Congreso). La gran mayoría de los procedimientos parlamentarios, informes y otros documentos representa el otro extremo en la búsqueda de evidencias de la acción de la STP. En pocas palabras, hay demasiada información. En el capítulo 4, Ray Earwicker analiza hábilmente esta situación en un caso de escrutinio parlamentario. Su ejemplo del uso de comités elegidos ayuda a dilucidar una parte de la complejidad que envuelve el entendimiento de cómo se toman las decisiones relativas a la STP. En este capítulo, Earwicker hilvana el proceso de escrutinio junto con los

20 Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas

debates en torno a los hallazgos de Wanless y Marmot e ilustra cómo este proceso aúna las cuestiones de los DSS.

Mientras los gabinetes y parlamentos representan el aspecto político y electo del gobierno, existe una enorme estructura subyacente de burocracia gubernamental que consta de agencias, despachos, departamentos y secciones, en definitiva, trabajo diario de gobernanza realizado por parte de los funcionarios estatales. En el Capítulo 5 de Scott Greer, se trata esta área de gobernanza. En él se examina el papel de la acción interdepartamental tal y como se ve desde los comités y unidades especiales. La historia en torno a la salud pública en estas estructuras departamentales así como su influencia es amplia. Sin embargo, tal y como se recalca, estos comités actúan normalmente sólo en un área de gobierno, que suele ser un ministerio. Afortunadamente también se incluyen ejemplos que demuestran lo contrario. Generalmente existe evidencia convincente de que estas estructuras creadas realmente trabajan y proporcionan una sólida estructura potencial para la acción sobre la STP. Scott Greer recoge en el Capítulo 6 el fenómeno, más bien inusual, de las fusiones y de los megaministerios. Este cambio estructural afecta a la totalidad del gobierno y al personal político, ministerial y burocrático del gobierno. En muchos casos, el resultado sería agrupar al personal que hasta ahora no tenía un mecanismo sencillo que permitía el trabajo conjunto de los sectores afectados. El capítulo trata los puntos fuertes y débiles de este cambio estructural, pero además ilustra que hasta ahora existe poca evidencia de los efectos de tal cambio.

El seguimiento presupuestario es el principal indicador de las acciones que lleva a cabo el gobierno. David McDaid examina este aspecto en el Capítulo 7 sobre elaboración conjunta de presupuestos. En teoría se da por sentado que el hecho de elaborar presupuestos conjuntos es un enfoque lógico de cara a la acción intersectorial. Sin embargo, McDaid señala que la elaboración conjunta de presupuestos tiene varias formas y varias consecuencias. El caso para el contexto particular de cualquier estructura de gobernanza es acertado. El capítulo 8 de Laura Schang y Vivian Lin analiza el proceso de elaboración de presupuestos más detalladamente, examinando la financiación delegada. Esto incluye, en la mayoría de los casos, la financiación delegada a agencias externas (organismos públicos) con una relación, en cierto modo, sinérgica. No obstante, estas entidades permiten a los gobiernos establecer un mecanismo para la liberación de los fondos que, de otra manera, a menudo estaban unidos a la presupuestación legislativa cerrada. Si bien los ejemplos proporcionados representan los patrones comunes de este tipo de financiación que se encuentran en Europa occidental y Australia, se analizan las fortalezas y debilidades de estos acuerdos, así como las lecciones aprendidas.

En los últimos años, se ha promovido la importancia de la sociedad civil en el diálogo sobre salud pública. François-Pierre Gauvin explica en el Capítulo 9 cómo el público puede involucrarse en la creación de la STP. Es difícil determinar el grado en que la gobernanza refleja la voluntad pública y la interrelación entre ambos actores. Sin embargo, las dimensiones de la participación ciudadana directa con el gobierno aparecen muy bien representadas en la iniciativa de promoción de la salud en la población estadounidense, United States of America's Healthy People initiative. Pese a todo, el autor destaca algunas de las dificultades que supone encajar los resultados de estas acciones con los deseos de la población. Este es claramente un ámbito que requiere una mayor comprensión empírica. El Capítulo 10 de Helmut Brand y Kai Michelsen, analiza otra dimensión del papel que desempeña la sociedad civil en la STP y en la gobernanza. Las conferencias sobre salud se caracterizan por estar compuestas por un mecanismo estructural basado en la participación voluntaria de los representantes del gobierno, del sistema de salud y de la ciudadanía. Su objetivo es lidiar con los grupos destinatarios, áreas o problemas que necesiten recomendaciones relacionadas con la salud. Los autores ilustran varios aspectos críticos que surgen de las conferencias de salud. La evidencia de la efectividad de estas conferencias y de las redes en relación con la STP están aún por analizar. Monika Kosińska y Leonardo Palumbo analizan, en el Capítulo 11 sobre la implicación de la industria, el mundo emergente de las asociaciones público-privadas. Si bien muchos afirman que la STP necesita integrar al sector privado en el proceso de gobernanza, hay relativamente poco acuerdo sobre cómo o incluso sobre si esto debería llevarse a cabo. Los autores revelan que el panorama se encuentra en continuo cambio y el papel que las agencias adoptan para facilitar esta actividad como un asunto de gobernanza.

Limitaciones

Debemos reconocer que este estudio tiene sus limitaciones. Si bien este capítulo presenta los argumentos del enfoque del estudio sobre la gobernanza y sobre las estructuras de acción, la gobernanza no es el único factor que influye en la acción en STP. Las estructuras gubernamentales, procesos y sistemas que han dado forma a la conceptualización de la práctica de la STP pueden hacer referencia a varios modelos de organización democrática y burocrática que, a su vez, refleja la cultura y la historia.

El marco conceptual también es una limitación puesto que la lista de estructuras de gobernanza no es exhaustiva sino que es más bien un punto de partida basado en la literatura y que refleja la práctica en plena evolución de

la STP. No obstante, el objetivo de este estudio de desglosarlos en unidades más discretas y manejables fue una decisión adoptada con el propósito de apoyar un análisis más detallado de la perspectiva analítica y política de cada estructura. Cabe señalar que se han omitido dos de las estructuras para analizar. Los capítulos originales sobre ministros de salud pública y relaciones ministeriales no se completaron tal y como se planificó, y en su lugar se elaboraron los mini estudio de caso como ejemplos. Sin embargo, aunque el estudio mantiene la importancia de los ministros de salud pública y de las relaciones ministeriales como estructuras de gobernanza, se han dejado fuera del análisis debido a la escasez de material sobre esta estructura, en comparación con las otras incluidas en el estudio.

Al igual que la categorización de las estructuras de gobierno, la lista de acciones de gobernanza tampoco es exhaustiva ni representativa de la lista de categorías comúnmente aceptada. Debemos reconocer que aquellas que están incluidas en el marco de este estudio podrían ser desmenuzadas en más partes pero también reducidas a un menor número. Los autores y editores reconocieron que las categorías de las acciones eran lo suficientemente diferentes como para ser incluidas en una lista de actividades concretas para esas acciones. Ciertamente es que sigue habiendo un solapamiento entre categorías de acciones, lo cual supone un obstáculo para la identificación específica de acciones facilitadas por estructuras, así como dificultades para definir dichas acciones.

A pesar de que los niveles de las estructuras de gobernanza fuesen creados como una herramienta de organización para la publicación, el análisis de la relación entre las estructuras y las acciones está abierto a futuras investigaciones, con el fin de examinar cómo estas estructuras y acciones interactúan en varios niveles con otros niveles de una perspectiva más amplia.

Por último, la metodología, la literatura disponible, las ambigüedades conceptuales y el alcance por países son las que establecen las limitaciones de la publicación. Pese a que para su redacción se empleó una gran variedad de métodos, este libro no ofrece ni una imagen completa ni un análisis exhaustivo de las estructuras de gobernanza o de la práctica en constante evolución de la STP. La mayoría de la literatura sobre ejemplos no pone necesariamente de relieve los aspectos de la gobernanza. La diversidad conceptual y de definición sobre cómo se manejan las estructuras de gobernanza y las acciones a lo largo de los capítulos refleja la falta de consenso en torno a algunos conceptos fundamentales, además de la influencia del contexto en este proceso.

Conclusión

La Salud en Todas las Políticas como concepto sigue cobrando impulso. La falta de evidencia no ha impedido que los responsables políticos y los gobiernos continúen experimentando con las estructuras de gobernanza intersectorial como medios para apoyar la estrategia política de la STP. El reto para el futuro desarrollo y para el análisis crítico de esta práctica reside en documentar la experiencia, evaluar la evidencia y comparar la efectividad de las diferentes estructuras de gobernanzas a la hora de llevar a cabo una acción sobre los DSS y, en última instancia, sobre los resultados de salud de la población.

Esta publicación propone un posible marco analítico para apoyar la organización de la documentación de estas experiencias y de una agenda de investigación. Nuestra intención es, por un lado, que esta publicación muestre ejemplos que demuestren el potencial de este marco para involucrar y apoyar la STP y, por otro lado, lanzar un debate sobre las posibles modificaciones del marco y cómo podría adaptarse para sostener futuras investigaciones. Es nuestro deseo que el objetivo general de esta publicación se haya cumplido demostrando cómo las estructuras de gobernanza están experimentándose actualmente, y cómo los análisis de estas experiencias, con la utilización de este marco, pueden promover un enfoque más estructurado por parte de los responsables políticos que buscan varios mecanismos y métodos para abordar la STP a través de la gobernanza.

Creemos que la característica distintiva de este estudio monográfico, que lo diferencia de otros estudios sobre gobernanza, es la ilustración a través de ejemplos prácticos y teóricos de cómo la toma de decisiones tiene lugar en las estructuras de gobernanza. Lo que aquí se revela es una complicada, tal vez incluso compleja, interacción entre estructura y agencia que permite el surgimiento del concepto de STP. No es algo fácil de entender, pero para alguien que ha trabajado para el gobierno, ya sea como funcionario o como supervisor, muchos de los puntos tratados en esta publicación, junto con los estudios de caso, significan mucho. Además, le proporcionará al lector una idea de los retos de cara a futuras investigaciones y debates en torno a este ámbito tan cambiante como es el de la salud pública.

Fuentes bibliográficas

Adelaide Statement on Health in All Policies (2010). Adelaide, World Health Organization & the Government of South Australia (http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf, accessed 4 July 2012).

24 Gouvernance intersectorielle pour la santé dans toutes les politiques

Bourgault J, Dupuis S & Turgeon J (2008). *Les conditions de succès des dispositifs interministériels : rapport de recherche*. Québec, Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS).

Burris S, Drahoš P & Shearing C (2005). Nodal governance. *Australian Journal of Legal Philosophy* 30:30–58.

Colebatch H (2002). Government and governmentality: using multiple approaches to the analysis of government. *Australian Journal of Political Science* 37(3):417–435.

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.

Howlett M, Ramesh M & Perl A (2009). *Studying public policy: policy cycles & policy subsystems*. Canada, OUP.

Howlett M (2005). What is a policy instrument? Policy tools, policy mixes, and policy implementations styles. In: Eliadis P, Hill MM & Howlett M, eds. *Designing government: from instruments to governance*. Québec, McGill-Queen's University Press:31–50.

St.-Pierre L (2009). *Governance tools and framework for Health in All Policies*. The Hague, National Collaboration Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education & European Observatory on Health Systems and Policies (http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework.pdf, accessed 23 July 2012).

Ståhl T et al. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, Health Department.

Stoker G (1998). Governance as theory: five propositions. *International Social Science Journal* 50(155):17–28.

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO/HPR/HEP/95.1. Geneva, World Health Organization.

WHO (2000). *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2007). *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 4 July 2012).

WHO (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf, accessed 4 July 2012).

WHO Regional Office for Europe (2012). *The European Health 2020 policy framework – a common purpose, a shared responsibility*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.

World Bank (1992). *Governance and development*. Washington DC, World Bank.

Capítulo 2

Sintetizar la evidencia: cómo las estructuras de gobierno pueden desencadenar acciones de gobernanza en apoyo de la Salud en Todas las Políticas

Vivian Lin, Catherine M Jones, Anneliese Synnot y Matthias Wismar

Introducción

Salud en Todas las Políticas (STP) es un principio político creado para mejorar la salud de la población, que aborda factores externos al sistema de salud y sectores políticos distintos del sector salud (Sihto, Ollila & Koivusalo, 2006). La STP es una práctica nueva y cambiante (Kickbusch, 2010; Puspa & Ståhl, 2010) construida sobre la base de las prácticas previas de colaboración intersectorial y de políticas de salud pública. Se centra en la acción (dentro del ámbito político) de una manera más sistemática, en lugar de ser aplicada a cuestiones de salud puntuales. La STP ha ido adquiriendo cada vez más importancia a medida que los gobiernos han ido reconociendo los logros de los objetivos de salud y bienestar, como por ejemplo los ODM o Salud 2020, que requieren un enfoque conjunto de todo el gobierno. La finalidad de esta publicación es demostrar el cambio de la STP de un principio político a una práctica política a través de ejemplos prácticos.

La evidencia que apoya a la STP suelen ser escasa, preliminar o anecdótica. Sin embargo, los responsables políticos están experimentando con un amplio

número de mecanismos para ejercer una influencia en la política de salud y en la salud en otras políticas. Este estudio fue desarrollado para fomentar el conocimiento sobre cómo poner en práctica la STP a través de la gobernanza intersectorial, con el fin de ayudar a los responsables de las políticas de salud a construir puentes entre distintos ministerios y sectores para implementar acciones de gobernanza. Los capítulos presentan literatura y estudios de caso que arrojan luz sobre cómo se está poniendo en marcha esta práctica política en las estructuras tanto existentes como emergentes, propicias para la experimentación.

La Declaración de Adelaida sobre Salud en Todas las Políticas (2010) recoge el enfoque de la STP e identifica el papel del sector salud de «crear plataformas regulares para el diálogo y la resolución de problemas con otros sectores» para una innovación política conjunta e iniciativas intersectoriales. Tal y como trata el Capítulo 1, la gobernanza ofrece un mecanismo de acción sobre los DSS a través de la STP. Existe cada vez más literatura sobre herramientas de gobernanza, estructuras y procesos del estudio sobre las acciones que realizan los gobiernos cuando participan en la colaboración y el diálogo intersectorial. Este cuerpo de conocimiento analiza las experiencias nacionales o se centra en herramientas y estructuras individuales (Shankardass et al., 2011; Gilson et al., 2007; Ritsatakis y Järvisalo, 2006; St. Pierre, 2009; Wise, 2007; OMS, 1986). El presente estudio recoge este trabajo utilizando un marco analítico que propone una relación entre las estructuras de gobernanza intersectorial y las acciones de gobernanza (ver Tabla 1.1). Abordando ambas dimensiones juntas, el marco perfila su estructura y establece una conexión con la acción o las acciones que propicia (ver Tabla 1.3 para la definición de acciones de gobernanza). Este marco sirve como base conceptual para el análisis de los ejemplos publicados en este libro.

Este capítulo presenta una síntesis de los análisis presentados en esta publicación sobre cómo las estructuras de gobernanza pueden estimular las acciones para facilitar la puesta en práctica de la STP. Se incluye una comparación sobre cómo las estructuras de gobernanza actúan como mecanismos en cada una de las nueve acciones de gobernanza dadas. Estas acciones reflejan el contenido de los estudios de caso en vez de las posibilidades teóricas que ofrece la estructura. También se tratan los elementos comunes y las diferencias en las condiciones para la efectividad de las estructuras de gobernanza. Por último, las cuestiones prácticas que se identifican en las lecciones aprendidas de estos ejemplos aparecen resumidas. Pueden ser consideraciones útiles para los responsables políticos que deban reflexionar a la hora de considerar los mecanismos disponibles para facilitar la

STP, como el contexto, el nivel de compromiso político y el ciclo de las políticas.

Identificación de estructuras de gobernanza

La gobernanza incluye por definición múltiples actores en varios niveles de gobierno. Los ejemplos que se presentan en esta publicación abordan acuerdos de gobernanza intersectorial en los niveles gubernamental, político y burocrático; desde el nivel de la perspectiva de acuerdos de financiación y fondos, y desde el nivel de compromiso más allá del gobierno y de cómo las estructuras de gobernanza, incluyendo actores no gubernamentales, contribuyen a la acción. Las características principales y las tendencias identificadas en los estudios de caso vienen resumidas debajo.

Las relaciones ministeriales suelen verse como un requisito previo para la acción de la gobernanza intersectorial sobre la STP. El término se suele referir al trabajo conjunto en el gabinete, mediante una variedad de estructuras y procesos y, normalmente, se utiliza como sinónimo de gobierno «conjunto», «enfoque conjunto de todo el gobierno» y «gestión horizontal». El intento de los gobiernos de adoptar perspectivas más coordinadas para abordar los persistentes e irresolubles problemas sociales, económicos y medioambientales es un desarrollo emergente. Puede incluir la forma en que los miembros y los sectores del gobierno trabajan juntos a diferentes niveles (de nacional a local) y puede centrarse en la colaboración horizontal intergubernamental en el mismo nivel o incluso entre varios niveles. La intensidad y la duración de las relaciones ministeriales pueden variar puesto que incluyen actividades que van más allá de la toma de decisiones conjunta del gabinete. Pueden englobar a todos, o a un gran número de ministerios y pueden basarse en los objetivos comunes de los protocolos de acción que se centran en una sola cuestión política o en todas las carteras del gobierno. El poder de dirigir recaería bien en el Primer Ministro o bien en otro ministro. La evidencia empírica de las relaciones ministeriales es limitada, a menudo debido a la dificultad de documentarse o de investigar sobre los procesos políticos confidenciales. Este capítulo incluye tres mini estudios de caso que ilustran algunas nociones básicas de cómo los gobiernos trabajarían con la STP.

Los **gabinetes ministeriales** permiten a los ministros comprometerse con las cuestiones políticas de ámbito interdepartamental y ofrecen un mecanismo para que los ministros trabajen con intereses externos. Las **secretarías del gabinete** se ocupan de coordinar y facilitar la toma de decisiones conjunta en nombre de todos los ministros del gobierno y de las distintas Direcciones, para asegurar que una reflexión colectiva adecuada y en

tiempo de la política se lleva a cabo antes de tomar decisiones. Si bien algunos gobiernos pueden usar mecanismos más informales para facilitar la participación interdepartamental, es bien sabido que los gabinetes ministeriales son capaces de facilitar el diálogo y de llegar a un acuerdo sobre asuntos políticos comunes. Según un análisis de los gabinetes ministeriales y de las secretarías del gabinete de Irlanda, Escocia, Gales, Nueva Zelanda y Australia, el Capítulo 3 afirma que los ejemplos de gabinetes ministeriales con un mandato expreso en lo relativo a la salud son inusuales. Lo más frecuente es que el Ministro de Sanidad sea miembro de un comité que trata ámbitos de políticas tales como la renovación económica, la inclusión social, la política interior y el cambio climático. Debido a la naturaleza confidencial de los gabinetes ministeriales, la evidencia para apoyar su capacidad de influir en las acciones de gobernanza para la STP son anecdóticas. Sin embargo, como órganos superiores de toma de decisiones, los gabinetes ministeriales tienen la capacidad de poner en marcha o de interrumpir la STP.

Aunque no suelen estar asociados con el fomento de la gobernanza intersectorial, los parlamentos también pueden contribuir a la STP mediante la formación de **comités parlamentarios**. El Capítulo 4 considera el papel del proceso de escrutinio parlamentario por parte del Health (Select) Committee de la Cámara de los Comunes en Reino Unido sobre desigualdades en salud. El ejemplo del Reino Unido sugiere que los comités parlamentarios pueden tener influencia en los ministros, elevando el perfil de un tema de salud interdepartamental y formulando recomendaciones. Los comités parlamentarios compuestos por todos los partidos invitan a adoptar una perspectiva más consensuada y mejoran la influencia potencial de los hallazgos, además de apoyar la permanencia de una cuestión como prioridad política, pese a que tenga lugar un cambio de gobierno.

Los **comités y unidades interdepartamentales** operan a nivel burocrático y tienen como finalidad reorientar a los ministerios hacia una prioridad común. Tanto los comités como las unidades interdepartamentales están compuestos por funcionarios. Sin embargo, los comités pueden contar también con responsables políticos y las unidades pueden incluir a aquellos externos al gobierno. La ventaja de estos comités y unidades es que ofrecen un foro único para la resolución de problemas y el debate, que a su vez disminuye los costes de implementación involucrando a los departamentos participantes en la toma de decisiones. De acuerdo con el Capítulo 5, la relevancia y los papeles de una unidad o un comité interdepartamental dependen mucho del contexto, sobre todo la relativa importancia política de una cuestión y el nivel de consenso que existe sobre esta cuestión entre departamentos.

30 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

El fin último de las reorganizaciones burocráticas en forma de **fusiones** departamentales/ministeriales y **megaministerios** es mejorar la capacidad de movilizar los recursos internos para la salud. Sin embargo, los beneficios imprevisibles y los altos costes de tales reorganizaciones necesitan de una mayor consideración. Existen algunos ejemplos de megaministerios (donde todos los ministerios están fusionados). El tipo de fusión más corriente es la fusión de unidades y el cambio de carteras para alinear los ámbitos políticos. La literatura presentada en el Capítulo 6 propone cuatro mecanismos de reorganización que pueden sostener la acción de gobernanza, mayoritariamente en particular poniendo la burocracia al servicio de una estrategia para facilitar la STP.

El Capítulo 7 incluye cinco formas de **elaboración conjunta de presupuestos** y todas ellas requieren algún tipo de puesta en común de recursos económicos. Esta idea es particularmente útil a la hora de emprender una acción para la salud en los departamentos que no disponen de un presupuesto específico para las cuestiones de salud intersectoriales. El Capítulo 7 destaca algunos ejemplos de elaboración conjunta de presupuestos, ya sea obligatoria o voluntariamente, utilizados en diferentes países y contextos. Algunas iniciativas de elaboración conjunta de presupuesto se han centrado, hasta la fecha, en cubrir las necesidades de los grupos de población fácilmente identificables. La evidencia del efecto sobre la salud de la elaboración conjunta de los presupuestos son ambiguas y la mayoría están relacionadas con la utilización de presupuestos conjuntos para la prestación de servicios. Sin embargo, existe evidencia que sostiene la capacidad de este método para evitar los intereses particulares sectoriales y apoyar el establecimiento de alianzas.

Si la elaboración conjunta de presupuestos es un ejemplo de financiación intersectorial, la **financiación delegada** lo es de financiación más allá del gobierno, normalmente asegurada por la legislación y otorgada a un organismo estatutario semiautónomo. Tal y como ilustran los ejemplos del Capítulo 8, la financiación delegada puede facilitar la STP a través de los acuerdos de cofinanciación para la salud y de otorgar fondos para financiar los programas y proyectos intersectoriales. La financiación delegada se apoya firmemente en una infraestructura completa para la promoción de la salud, con el fin de estimular la acción intersectorial.

Pese a que el término de **participación ciudadana** es poco entendido y articulado, la se ha convertido en una actividad intersectorial cada vez mayor para la promover la STP. El Capítulo 9 propone un marco conceptual para analizar dos ejemplos procedentes de Canadá y de Estados Unidos. Las contribuciones de esta investigación se reflejan en el desglose del concepto

de participación ciudadana en cinco dimensiones, que permiten un uso más controvertido y un entendimiento más crítico del término para esta estructura de gobernanza. Si bien se utiliza a menudo contra el descontento sobre la formulación tradicional de políticas, la evidencia empírica que sostiene su utilización es escasa, especialmente en algunos de los debates complejos sobre salud pública. Este capítulo apoya un mejor entendimiento de las formas que puede adoptar la participación ciudadana y cómo esto podría repercutir sobre la acción en la STP.

La **implicación de las partes interesadas** es una acción colaborativa de gobernanza iniciada por parte de las agencias o instituciones públicas, que incluye oficialmente en la toma de decisiones a actores no estatales. Mediante el ejemplo de las conferencias de salud en el estado alemán de Renania del Norte-Westfalia incluido en el Capítulo 10, se sugieren las consideraciones prácticas y los potenciales resultados positivos, a través de un análisis de dichas conferencias como redes de gobernanza colaborativa. Si bien la implicación de las partes interesadas ofrece la oportunidad de elaborar políticas intersectoriales, los temas seleccionados para debate suelen ser de ámbito regional y local.

La **implicación de la industria**, en forma de asociaciones público-privadas (APP) en salud, es un mecanismo de gobernanza relativamente nuevo y un tanto controvertido. Sin embargo, el establecimiento de las APP como actores no estatales que combinan intereses industriales, gubernamentales y relativos a la sociedad civil es cada vez más común. El Capítulo 11 menciona la Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud como un ejemplo del uso de las APP como herramienta política para la gobernanza. El capítulo resalta dos modelos principales de literatura que caracterizan la práctica actual y el establecimiento de las APP como estructuras de gobierno que crean relaciones entre la industria y el sector público. Las APP a menudo se desarrollan para alcanzar un reto de salud particular y, por lo general, intentan mejorar algunos aspectos de las infraestructuras de salud. El capítulo recaba una serie de cuestiones que aúnan las acciones de gobernanza sobre la STP con los retos de gobernanza para las propias APP.

Esta publicación no sugiere que las estructuras de gobernanza aquí identificadas y presentadas sean todas necesariamente nuevas configuraciones dentro del gobierno o de las instituciones. Sin embargo, aunque muchas de las estructuras de gobierno tratadas en la publicación no son conceptos nuevos, lo innovador y prometedor es la forma en la que se están utilizando para facilitar la práctica política de la STP. Las **comisiones parlamentarias** de investigación del Reino Unido introdujeron un escrutinio

departamental después de que se detectara que existía un desequilibrio de poder entre el ejecutivo y el Parlamento. Por este motivo, las comisiones parlamentarias están surgiendo como parte de los procedimientos y procesos parlamentarios. Son reconocidas como estructuras equipadas con poder y recursos para ver más allá de los departamentos de salud relevantes con el fin de investigar las desigualdades de salud y reafirmar su influencia en las acciones de gobernanza intersectorial. Del mismo modo, **los gabinetes ministeriales y secretarías de gabinete** y los **comités y unidades interdepartamentales** no son mecanismos nuevos de gobernanza en salud pública. No obstante, los comités ministeriales están siendo poco a poco reemplazados por formas de comunicación interdepartamentales más informales. Las unidades y comités interdepartamentales siguen siendo muy utilizados por parte de los gobiernos con el fin de facilitar la gobernanza intersectorial, aunque no suelen ser visibles desde fuera. Las fusiones de ministerios para crear **megaministerios** son más populares en la teoría que en la práctica y hay una base informativa inadecuada para este tipo de reorganizaciones. Pese a que las fusiones de unidades o áreas políticas con otras unidades o ministerios son normales, no suelen utilizarse como mecanismos de gobernanza intersectorial, a excepción de Australia.

La **elaboración conjunta de presupuestos** en calidad de estructura de gobernanza se ha desatendido históricamente teniendo en cuenta la perspectiva habitual de trabajar en silos verticales y proteger los territorios fiscales. Se ha aumentado la experimentación con presupuestos conjuntos, especialmente en Reino Unido y en Suecia, con un creciente interés en la evaluación de su éxito. La **financiación delegada** es un avance relativamente nuevo en lo que se refiere al establecimiento del «impuesto al vicio»⁴ para crear autoridades legales para financiar la promoción de la salud y los programas de salud preventiva.

La democracia deliberativa y la participación de múltiples partes interesadas constituyen los conceptos y prácticas en constante evolución en la política pública. El reto es mantener un continuo proceso de participación en lugar de eventos puntuales de consulta. Sucesivas cartas de promoción de la salud han puesto de relieve la participación ciudadana, que se percibe cada vez más como un ingrediente esencial en las iniciativas de gobernanza intersectorial para la salud con éxito, teniendo en cuenta el conocimiento extendido y la voz de la ciudadanía en lo relativo a las necesidades, valores y preferencias. La **implicación de las partes interesadas** ha ido adquiriendo impulso en Alemania gracias a las conferencias sobre salud celebradas desde los años 80 y fue consagrado en la ley de 1997 de Renania del Norte-Westfalia. De todas

⁴ *Sin tax* en el original (N. del T.)

Sintetizar la evidencia: cómo las estructuras de gobierno pueden desencadenar acciones de gobernanza en apoyo de la STP **33**

las estructuras de gobernanza, la **implicación de la industria** es quizá el concepto más nuevo. Ha recibido apoyo mundial, fue aprobado en la Carta de Bangkok (OMS, 2005) y recibió el reconocimiento de las APP de Naciones Unidas.

Abordar las acciones de gobernanza

La lógica que existe tras esta publicación reside en que la mejora de la salud de la población está producida por una acción de gobernanza sobre los DSS, que, a su vez, se generan a través de las estructuras de gobernanza intersectorial.

Las acciones de gobernanza que facilita cada estructura de gobernanza, tal y como se aprecian en los capítulos de los estudios de caso, quedan representadas en la Tabla 1.3.

Las acciones de gobernanza vistas a través de estas estructuras, como describen los estudios de caso, ofrecen algunos indicios sobre qué estructuras serían las más útiles o efectivas y qué acciones cabría llevar a cabo. Como complemento a la representación visual de este análisis en la Tabla 2.1, se incluye debajo un análisis más detallado de las estructuras de gobernanza que desencadenan cada una de las nueve acciones de gobernanza, haciendo referencia a ejemplos específicos incluidos en los capítulos de la Parte II.

Apoyo de la evidencia

El ejemplo del Health Select Committee (HSC) del Reino Unido sobre las desigualdades de salud muestra que las comisiones parlamentarias pueden contribuir al apoyo de la evidencia. Las investigaciones parlamentarias solicitan y comparan evidencia anecdóticas y de expertos en materia de salud, y pueden cuestionar la base de la evidencia y la metodología empleada por los programas del gobierno. Un aspecto único del apoyo a la evidencia facilitado por las comisiones parlamentarias es la variedad de fuentes de evidencias, tanto orales como escritas, tal y como se recaba en los 11 testimonios de expertos anteriores a la elaboración del informe del HSC. En el caso del informe del Auditor General australiano (mini estudio de caso, Capítulo 4), la evidencia también incluía perspectivas de las comunidades de los gobiernos locales y de las organizaciones de comunidades aborígenes. El enfoque del HSC entre las partes impulsó una perspectiva ante la evidencia más basada en el consenso, que puede llevar consigo un mayor apoyo a una visión más abierta de la acción a través de la política intersectorial. El apoyo de la evidencia es también una función desempeñada por los **comités y unidades interdepartamentales**, aunque normalmente se ocupan de ello las

34 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

unidades, más que los comités. De acuerdo con una revisión de la bibliografía incluida en el Capítulo 5, estas funciones incluyen la recolección de la información existente, el encargo o realización de investigaciones, la participación en debates públicos o el hecho de informar a los ministros. Las unidades interdepartamentales pueden contribuir a estas cuatro funciones, sirviendo de foro para recoger evidencia e información.

Tabla 2.1 *Visión general de cómo las estructuras de gobernanza intersectorial podrían abordar la acción de gobernanza de apoyo a Salud en Todas las Políticas*

		Apoyo de la evidencia	Establecimiento de objetivos	Coordinación	Abogacía	Monitorización y evaluación	Orientación normativa	Apoyo financiero	Proporcionar mandato legal	Implementación y gestión
Estructuras de gobernanza intersectorial	<i>Nivel de gobierno</i>	Gabinetes ministeriales y secretarías de gabinete	√	√	√					
	<i>Nivel parlamento</i>	Comisiones parlamentarias	√			√	√		√	
	<i>Nivel burocrático/ (funcionariado)</i>	Comités y unidades interdepartamentales	√		√	√	√			√
		Megaministerios y fusiones			√					√
	<i>Gestión mecanismos financiación</i>	Presupuestos conjuntos			√				√	√
		Financiación delegada			√	√			√	√
	<i>Participación más allá del gobierno</i>	Participación ciudadana	√	√		√		√		
		Implicación de las partes interesadas				√		√	√	√
		Implicación de la industria			√				√	

El mini estudio de caso de Eslovaquia del Capítulo 5 incluye un ejemplo de cómo el comité interdepartamental de la seguridad del tráfico por carretera contribuye a la recopilación de evidencia, además de su papel de coordinación. Por último, según una revisión bibliográfica del Capítulo 9, el conocimiento experiencial de los ciudadanos, producido por la participación ciudadana, se considera un tipo de evidencia legítima que puede contribuir a hallar

soluciones innovadoras a los problemas colectivos. El marco conceptual propuesto en el Capítulo 9, subraya que los retos asociados al uso de la evidencia generadas por la participación ciudadana quedan puestos de relieve por la cercanía de las decisiones y el grado de integración y estructuración de la participación ciudadana⁵. El apoyo de la evidencia podría ser únicamente simbólico, debido a la dificultad de sintetizar tanta variedad de contribuciones.

Establecer objetivos

Un gobierno conjunto, en sus diferentes formas, puede apoyar la acción para, en consenso, definir y aprobar los objetivos y metas establecidos; y este tipo de acción podría ser vista en los «acuerdos globales» resultantes, que surgen de las negociaciones políticas sobre indicadores y monitorización. El hecho de establecer objetivos y metas se considera un componente esencial de las reuniones de los **gabinetes ministeriales**. De acuerdo con el análisis del Capítulo 3 sobre los gabinetes ministeriales de cuatro jurisdicciones, el objetivo principal del gabinete ministerial está enteramente vinculado al establecimiento y al acuerdo de objetivos y metas. Específicamente, permiten la priorización de objetivos y metas. En los mini estudios de caso sobre la experiencia de Australia Meridional en el Capítulo 3, el gabinete ministerial ejecutivo ofrece una oportunidad para analizar las conexiones entre los objetivos del South Australia's Strategic Plan (SASP), en relación con la STP. Según la revisión bibliográfica del Capítulo 9, la función de la **participación ciudadana** es alcanzar un acuerdo sobre los objetivos establecidos para una cuestión concreta, así como identificarlos. Esta acción depende del momento del ciclo político en el que se produce la participación ciudadana así como del nivel de participación, tal y como muestran los ejemplos proporcionados por la Strategic Meeting on Health en Canadá y Healthy People 2020 en Estados Unidos. La participación ciudadana puede crear una oportunidad para los ciudadanos de contribuir al establecimiento de objetivos y metas, y les proporciona un mecanismo para que sus voces, como actores importantes, se incluyan en la elaboración de sus objetivos y metas.

Coordinación

La coordinación surge de las experiencias y los análisis presentados en esta publicación como la acción de gobernanza más citada en la mayoría de las estructuras de gobernanza. Los acuerdos gubernamentales de alto nivel, que constituyen la base del gobierno conjunto, aumentaron la sinergia interministerial a través de acuerdos prácticos y de coordinación. La firma de

⁵ *Public involvement* en el original (N. del T.)

un Memorando de Entendimiento entre cinco ministerios albaneses, con el fin de establecer un mecanismo de coordinación de alto nivel para el Plan de Acción Nacional de Alimentación y Nutrición, presentado en el siguiente mini estudio de caso, muestra cómo las relaciones ministeriales pueden sostener la coordinación como una acción de gobernanza intersectorial.

Los **gabinetes ministeriales** permiten una mejor coordinación intersectorial de la planificación y pueden ser especialmente eficientes a la hora de facilitar la coordinación entre departamentos «sociales» como el de salud o educación, y de construir una cooperación ante asuntos políticos complejos de gran relevancia política. De acuerdo con la evidencia anecdótica recogida en el Capítulo 3, existen también mecanismos prometedores para solucionar problemas que suponen un reto interdepartamental, como por ejemplo la carencia de vivienda y la discapacidad. El estudio de caso de Australia Meridional, incluido en el mismo capítulo, se centra en la capacidad de los gabinetes ministeriales para apoyar la reflexión conjunta sobre política y trabajar en colaboración para identificar problemas y coordinar decisiones. En virtud del marco presentado en el Capítulo 5 para la comprensión de los problemas de gobernanza intersectorial en función de diferentes dificultades de coordinación, un **comité interdepartamental** puede contribuir a la coordinación entre sectores en una situación poco conflictiva en la que la coordinación es una necesidad evidente y los problemas y recursos están claramente identificados. Esto refleja el reconocimiento de que el nivel burocrático cumple mejor la labor de coordinación, incluida la adjudicación de responsabilidades y la tarea de asegurar los procesos de resolución de diferencias, y de construcción de lazos de confianza para promover el trabajo intersectorial. Sin embargo, en una situación de conflicto, los comités interdepartamentales sólo suelen coordinar si hay una clara demanda política de resolución de un problema o si forma parte de un largo proceso político para la solución del mismo. El mini estudio de caso de Finlandia del Capítulo 5, cita algunos comités interdepartamentales cuya principal función es coordinar los mecanismos entre ministerios. La **fusión** estimula la cooperación realineando las unidades departamentales para que trabajen juntas. En este sentido, la reorganización se convierte en un mecanismo para la coordinación por el cual la burocracia se pone al servicio de la coordinación de una estrategia. De acuerdo con la literatura tratada en el Capítulo 6, esta estrategia conlleva unos costes muy elevados de transición y supone dificultades a la hora de encajar correctamente todas las unidades ya existentes y, por tanto, hace que los beneficios de coordinación sean inciertos. No obstante, el mini estudio de caso procedente de Hungría incluido en el capítulo presenta la creación de tres ministerios paraguas, con unos intereses administrativos multisectoriales

Sintetizar la evidencia: cómo las estructuras de gobierno pueden desencadenar acciones de gobernanza en apoyo de la STP **37**

aunque interrelacionados, para coordinar acciones como la armonización de las políticas y servicios o la movilización de recursos como una estructura administrativa para apoyar la gobernanza intersectorial para el desarrollo humano, económico y nacional.

Gobierno conjunto: Plan de Acción de Alimentación y Nutrición en Albania

Trudy Wijnhoven y Ehadu Mersini

Cinco ministerios albaneses acordaron formalmente en Junio de 2010 adoptar una acción intersectorial para mejorar la situación alimentaria de la población albanesa. Con la firma del Memorando de Acuerdo sobre malnutrición, el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Protección del consumidor, el Ministerio de Educación y Ciencia, el Ministerio de Trabajo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades y el Ministerio de Economía se comprometieron a llevar a cabo una acción conjunta intersectorial con el fin de mejorar el estado nutricional de la población albanesa para cumplir los ODM, establecer un mecanismo de coordinación nacional y sostenible en el más alto nivel de la toma de decisiones, con la participación de partes signatarias y trabajar conjuntamente para elaborar e implementar un Plan de Acción de Alimentación y Nutrición nacional e intersectorial. El Ministerio de Sanidad tomó las riendas de la preparación y del acuerdo consensuado del Memorando de Entendimiento. Para ello organizó reuniones, tanto bilaterales como en grupo, con los representantes de los otros ministerios para modificar el borrador del Memorando y abordar los problemas de nutrición existentes y sus posibles soluciones. Este proceso fue respaldado y guiado técnicamente por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación a través del Programa Conjunto de Nutrición de las Naciones Unidas en Albania, que fue fundado por el Fondo español para el logro de los ODM a los niños, la seguridad alimentaria y la nutrición. Por invitación del Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Protección del consumidor, tras la firma del Memorando, los cinco ministerios participantes designaron algunos puntos focales para crear un grupo de trabajo intersectorial e interministerial con el fin de evaluar la implementación del plan actual y formular un nuevo Plan de Acción de Alimentación y Nutrición. Este grupo se estableció formalmente antes del verano de 2011.

La **elaboración conjunta del presupuesto** ha demostrado su capacidad de promover la colaboración entre departamentos ensanchando el campo de interés y la responsabilidad de las partes interesadas, particularmente cuando

existen marcos institucionales y legales para apoyar las asociaciones en actividades presupuestarias, de acuerdo con la literatura tratada en el Capítulo 7. La elaboración conjunta del presupuesto puede contribuir a la colaboración, desarrollando una cultura de trabajo común entre socios colaboradores, especialmente en el caso de los acuerdos voluntarios, como podemos observar en los mini estudios de caso de Suecia y Viena en el Capítulo 7. Los acuerdos de gestión financiera común pueden ayudar también a fomentar la coordinación, a través del desarrollo de servicios conjuntos y de un enfoque más integrado en las actividades. El mini estudio de caso sueco es un ejemplo excelente de cómo la financiación conjunta respalda una perspectiva integrada de los servicios, en especial en contextos regionales y locales. Aunque no es un resultado primario, la **financiación delegada** también puede mejorar la coordinación dada la posición única de interacción de este tipo de órganos con el estado, la sociedad civil y el sector privado. Según la opinión, incluida en el Capítulo 8, de cuatro órganos de financiación delegados en el Reino Unido, Australia, Suiza y Austria y el mini caso de estudio de Singapur, se ha demostrado que tienen el potencial de servir como mediadores y como puente, dada su relación con el gobierno y la representación en sus juntas de partes interesadas relevantes, puede apreciarse su diversidad en los ejemplos de la Tabla 8.4.

La **implicación de la industria** proporciona un mecanismo para establecer una cultura de cooperación entre actores de la sociedad, tanto públicos como privados, que puede resultar en una coordinación de actividades que responden a los intereses respectivos sobre asuntos de importancia comunes. Los mecanismos que esta estructura proporciona, sobre todo las APP, se discuten en la síntesis de la revisión bibliográfica del Capítulo 11 y a través de un ejemplo de la Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud, que se centra en los intereses intersectoriales e industriales relacionados con el tema de la obesidad. Estas estructuras brindan una oportunidad de coordinar la implicación de la industria y de los actores económicos, junto con los actores públicos e intergubernamentales, tal y como muestra el mini estudio de caso sobre el plan europeo de consumo de fruta en las escuelas. Ofrecen plataformas para la coordinación del reglamento y de la responsabilidad común en relación a cuestiones que revisten interés para todos los actores, como por ejemplo el mini caso de estudio sobre la política Sueca de seguridad en carretera «Objetivo Cero».

Abogacía

Se dice que los **gabinetes ministeriales** pueden ejercer una abogacía influyente, ya que hacen que el sistema político a nivel gubernamental se comprometa con una causa. La capacidad de los gabinetes ministeriales de

facilitar el diálogo puede aumentar la relevancia de la cuestión, tal y como se puede apreciar en el debate sobre el impacto de los gabinetes ministeriales, incluido en el Capítulo 3. El escenario común de liderazgo por parte de la oficina del primer ministro para los gabinetes ministeriales puede abogar por un cambio o una mayor atención a una política comunitaria. El parlamento puede ser un importante defensor de la gobernanza intersectorial. Una **comisión parlamentaria** puede hacer más visible un problema de salud intersectorial y puede avalar la importancia de abordar la cuestión a través de un informe de una investigación parlamentaria. La investigación del HSC en el Reino Unido muestra que el parlamento puede ser un defensor de la gobernanza intersectorial y de la STP. En este sentido, el proceso de escrutinio puede estimular un debate que puede conducir a la inclusión de una cuestión dentro del alcance de la acción parlamentaria, de su incorporación en los medios de comunicación y su inclusión en un debate público más amplio y dentro de una variedad de redes de políticas para la acción, como se aprecia en el estudio de caso de Australia en el Capítulo 4.

Una **unidad interdepartamental** también puede contribuir a la abogacía, siempre y cuando trabaje en cuestiones que no sean demasiado polémicas y tenga un apoyo político sólido. La contribución principal de una unidad interdepartamental a la abogacía, es la energía y el impulso que pueda aportar a los esfuerzos por la abogacía, como se indica en el Capítulo 5. En este sentido, para los asuntos de poca relevancia, las unidades interdepartamentales pueden ser muy útiles, ya que es probable que el asunto no esté recibiendo impulso externo; para situaciones poco conflictivas con asuntos de gran relevancia, las contribuciones a la abogacía de las unidades interdepartamentales suelen tener éxito. A este respecto, el ejemplo incluido en el Capítulo 5 del Comité Nacional de Salud Pública francés es muy ilustrativo, puesto que refleja con fidelidad el papel de abogacía que los acuerdos interdepartamentales pueden tener, en el que el comité sea un foro único donde muchos departamentos pueden beneficiarse de la información y ser formados en los DSS.

La poca proximidad a las prioridades del gobierno implica que las organizaciones o agencias sostenidas con la **financiación delegada**, pueden abogar por un cambio social, como se debate en la literatura y en las lecciones de los ejemplos del Capítulo 8. Su estatus independiente les otorga una mayor oportunidad de abogacía al experimentar con ideas innovadoras o controvertidas, debido a su distancia con respecto a las limitaciones políticas y administrativas. Puesto que estos grupos pueden contratar a expertos, parlamentarios y al público general, también sirven como mecanismo de

40 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

facilitación para retroalimentar las experiencias de la práctica en el campo a nivel político.

Por último, la participación más allá del gobierno es un ámbito crítico de las estructuras de gobernanza que puede desencadenar una acción de abogacía. De acuerdo con la revisión bibliográfica del Capítulo 9, **involucrar a la población** puede contribuir a la STP, apoyando el desarrollo de un compromiso de la población con la agenda de promoción de la salud y ofreciendo medios para empoderar a la población para promover el cambio. La participación ciudadana puede proporcionar un mecanismo para promover un cambio basado en la información, para concienciar a la población de las implicaciones en salud de las políticas para mejorar los diálogos públicos. Los métodos de implicación ciudadana, tales como la consulta y la participación, pueden contribuir a la abogacía captando el sentido de los valores de la población, las necesidades y las preferencias; e involucrándolos activamente en el proceso de elaboración de las políticas como pase para una deliberación pública de las cuestiones, como parte de un proceso de abogacía.

Para concluir, la **implicación de las partes interesadas** a través de redes de colaboración como las conferencias de salud descritas en el Capítulo 10, están relacionadas, en algunos casos, con la abogacía, puesto que brindan oportunidades de proporcionarles una voz y una plataforma a las cuestiones locales de salud con el fin de suscitar un interés por la acción política. El mini estudio de caso de este capítulo, de Esbjerg, Dinamarca, da un ejemplo concreto con una explicación sobre cómo el hecho de llegar a las partes interesadas fue útil para la abogacía de una política de salud municipal, apoyando una mayor comprensión sobre la necesidad de desarrollar una política de salud intersectorial, y asegurando su aceptación futura entre sectores.

Monitorización y evaluación

El gobierno conjunto podría proporcionar potencialmente una estructura a través de la cual se pueden desarrollar y acordar las estrategias para monitorizar las políticas transversales, en función de los indicadores para la evaluación. En Serbia, hay trece ministerios representados en el Consejo para el Control del Tabaco, un órgano establecido con el fin de controlar el plan de acción del país como parte de sus compromisos adoptados en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT).

Las **comisiones parlamentarias** de investigación pueden suscribir la necesidad de monitorizar y evaluar las respuestas y acciones del gobierno en relación a la gobernanza intersectorial y a los asuntos de salud y en sus

Sintetizar la evidencia: cómo las estructuras de gobierno pueden desencadenar acciones de gobernanza en apoyo de la STP **41**

acciones para estimular el apoyo a los esfuerzos de evaluación. Más concretamente, el HSC contribuyó al llamamiento para el aumento y la mejora del uso de la evaluación de las intervenciones para reducir las desigualdades en salud. Además, puesto que las comisiones parlamentarias constituyen un puente entre el poder ejecutivo y el poder legislativo del gobierno, pueden también aportar perspectivas alternativas para conciliar los objetivos a corto y a largo plazo, y proponer la evaluación como un medio de mejorar la planificación.

Gobierno conjunto: el Plan de Acción para el Control del Tabaco y el Consejo para el Control del Tabaco en Serbia

Kristina Mauer-Stender

Serbia ratificó el CMCT (OMS, 2012) en el año 2006. Como parte de los compromisos adquiridos en el tratado, en 2007 Serbia adoptó la Estrategia para el Control del Tabaco hasta el año 2015 y el Plan de Acción para el Control del Tabaco hasta 2011.

La implementación del Plan de Acción le fue confiada a la Oficina de Control del Tabaco, perteneciente al Instituto Nacional de Salud Pública, y el Consejo para el Control del Tabaco, fundado por el gobierno serbio en abril de 2006, se ocupó de verificar la efectividad de dicha implementación. El Consejo fue establecido como iniciativa del Ministerio de Sanidad, como un órgano multisectorial compuesto de representantes de los ministerios pertinentes para el control del Tabaco, además de organizaciones sanitarias profesionales y organizaciones internacionales en calidad de observadores (OMS, UNICEF). Muchos ministerios están representados y contribuyen al trabajo del Consejo: Comercio y Servicios, Medioambiente, Planificación Minera y Espacial, Agricultura, Silvicultura y Gestión de los Recursos Hídricos, Justicia, Empleo y Asuntos Sociales, Cultura, Asuntos Interiores, Educación, Economía y Juventud y Deporte.

El ejemplo del Consejo para el Control del Tabaco es único en la región y se ha demostrado que su trabajo es efectivo, puesto que la prevalencia del tabaquismo en adultos se está reduciendo en Serbia.

Por último, las comisiones parlamentarias pueden usar la monitorización y la evaluación como medio para aumentar la rendición de cuentas del ejecutivo para acciones y políticas relacionadas. Dado que la tarea de una **unidad interdepartamental** es conducir y dirigir una cuestión política, pueden también contribuir a la monitorización. La monitorización se considera una acción que resulta del funcionamiento de una unidad interdepartamental, pero

42 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

un comité interdepartamental podría también designar los recursos de los departamentos miembros para apoyar la monitorización y evaluación.

Orientación normativa

Las **comisiones parlamentarias** pueden ayudar a establecer la agenda para que el gobierno responda a un problema de salud proponiendo soluciones prácticas, a través de recomendaciones y orientaciones normativas.

Los **comités y unidades interdepartamentales** pueden proporcionar además una orientación normativa, pero esas estructuras desempeñan mejor dicha función cuando el problema es más técnico que político. El mini estudio de caso de California, recogido en el Capítulo 5, presenta un ejemplo de orientación normativa por medio de recomendaciones facilitadas por el equipo de trabajo de STP de California para apoyar la colaboración del gobierno estatal en los programas y políticas prioritarias, mientras promueven la salud y la sostenibilidad. La **participación ciudadana** puede también conducir a la orientación normativa, y la literatura revela que este es especialmente el caso al intentar determinar cuáles son las políticas más sólidas; social, ética y políticamente hablando. La capacidad que tiene la participación ciudadana de propiciar una orientación normativa está estrechamente relacionada con el punto del ciclo político en que la ciudadanía participa, así como con la dimensión de la participación, como son el mecanismo, el nivel de implicación, el grado de participación y la proximidad a la toma de decisiones, tal y como ilustran los dos ejemplos de Canadá y Estados Unidos en el Capítulo 9.

La **implicación de las partes interesadas** puede contribuir a la orientación normativa para la elaboración intersectorial de políticas, mediante conferencias sobre salud que sirven de redes políticas en las que se realizan recomendaciones de acción específicas, como revela el Capítulo 10. El mini estudio de caso de este capítulo, procedente de la República de Moldavia, también ilustra cómo la implicación de las partes interesadas, incluido el apoyo internacional, tuvo éxito ya que logró que se proporcionase orientación normativa para el Plan de Acción contra el Alcoholismo del país.

Apoyo financiero

Los mecanismos de gobernanza relativos a los acuerdos financieros pueden contribuir apoyando económicamente a la STP. La **elaboración conjunta de presupuestos** fue elaborada para promover una mayor flexibilidad en la utilización de los fondos y puede aumentar los fondos disponibles para una sola cuestión política, además de estimular los incentivos económicos comunes para lograr la STP. El estudio de caso de Viena del Capítulo 7, da

un ejemplo de cómo la financiación conjunta entre el sector salud y el sector de la planificación urbana brindó una oportunidad de crear estructuras flexibles que propiciaron asociaciones sinérgicas intersectoriales para promover la salud, la movilidad y la calidad de vida de una población que envejece. La fuerza de la **financiación delegada** reside en la aplicación sistemática del principio de cofinanciación, que puede hacer aumentar sustancialmente los fondos disponibles (ver Tabla 8.1). La financiación delegada proporciona una oportunidad para facilitar la distribución intersectorial de los fondos para programas y proyectos, como en los ejemplos incluidos en la Tabla 8.2. Las conferencias sobre salud son un ejemplo de cómo **la implicación de las partes interesadas** a nivel regional puede tener un impacto positivo en la creación de apoyo financiero para asuntos prioritarios de salud y en el cumplimiento de los objetivos de salud. Por último, **la implicación de la industria**, a través de las APP, puede proporcionar un mayor apoyo económico (y también no económico) para los proyectos, tal y como queda reflejado en el mini estudio de caso sobre el ejemplo de la Coalición de Asistencia Sanitaria de Mid-America (Mid-America Coalition on Health Care) en la región de Kansas City. Si bien la literatura sobre APP suscribe por lo general la idea de que estas estructuras pueden ayudar a cubrir el déficit de recursos y a proporcionar inversiones, el análisis realizado por la plataforma europea en el Capítulo 11 presenta una perspectiva más crítica de los retos y consecuencias de los recursos para los diferentes actores (grandes empresas privadas frente a ONG más pequeñas), en cuanto a la distribución de los recursos y su capacidad de contribuir.

Proporcionar un mandato jurídico

El gobierno conjunto puede proporcionar, por definición, un mandato para permitir la gobernanza intersectorial. La provisión de un mandato legal es uno de los resultados más importantes dado que esta estructura de gobernanza horizontal establece la financiación y legitimidad de una serie de acuerdos prácticos que, a su vez, facilitan la gobernanza intersectorial, tal y como se muestra en el mini estudio de caso de Albania mencionado anteriormente en este capítulo. Además, el siguiente mini estudio de caso sobre el sistema de gobierno finlandés muestra la forma en que las relaciones ministeriales, a través de una red de mecanismos para extender el desarrollo de las políticas y la implementación entre ministerios y áreas administrativas del gobierno, crean un mandato legal para las prácticas de gobernanza ministerial e intersectorial de alto nivel.

Las **comisiones parlamentarias** pueden apoyar el establecimiento de un mandato legal, asegurando que los debates políticos se encuentran fuera del

44 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

contexto del gobierno y garantizando que la contribución del parlamento en las políticas ocupe un lugar en los debates políticos, junto con los ministros, los expertos académicos y las élites.

Este aspecto puede facilitar un mandato legal asegurando una agenda compartida entre partidos, como la justicia social, y puede apoyar el cambio del mandato y de la agenda entre los partidos gobernantes. La **financiación delegada** suele estar relativamente asegurada (ver Tabla 8.3), y ello puede facilitar los mandatos estatutarios en relación a la financiación y la implicación de las partes interesadas. Según los argumentos sostenidos en el ejemplo de las conferencias de salud en Renania del Norte-Westfalia, la **implicación de las partes interesadas** requiere un mandato legal para algunas actividades, para entender realmente su potencial para la acción intersectorial de la salud. Las partes interesadas participan sobre la base de sus propios mandatos legales, y la estructura de participación tales como las conferencias de salud tienen también su propio mandato legal. Esto respalda la legitimidad de las recomendaciones para la elaboración pública de políticas que surge de estas estructuras, dados sus vínculos con las estructuras existentes del sistema político.

Gobierno conjunto: el Sistema de Gobierno Finlandés

Juhani Lehto

El gobierno finlandés, sus ministerios y su administración estatal han creado una red de mecanismos para extender el desarrollo, la preparación y la implementación de las políticas entre ministerios u otros sectores administrativos gubernamentales. La historia de estos mecanismos incluye objetivos y aspiraciones tales como mejorar el control financiero del Ministerio de Economía sobre otros ministerios, extender las políticas de seguridad estatal a otros ministerios más allá del Ministerio del Interior, Defensa y Asuntos Exteriores, o coordinar y armonizar los sistemas de gestión de la información de todo el sector público. Además, siempre se han producido intentos de desarrollar políticas que impliquen a todo el gobierno, más allá de los límites del sector administrativo en cuestiones como el medioambiente, las políticas europeas y políticas urbanas, rurales y de empleo.

Un modelo particular finlandés serían los gabinetes ministeriales, permanentes o temporales, sobre cuestiones como la política extranjera, la política macroeconómica y la política financiera y social, con el fin de permitir a los representantes en los ministerios de todos los partidos de los gobiernos multipartidistas que participen en los procesos políticos preparatorios principales de las políticas gubernamentales de alto nivel.

Al nivel de los miembros del gobierno, los ministros, el Ministerio de Sanidad y su personal dedicado a la promoción de la política de salud, las herramientas interministeriales para mejorar la promoción de las políticas de salud en otros ministerios son:

- Las sesiones oficiales de toma de decisiones y (especialmente) las sesiones preparatorias no oficiales de todo el gobierno.
- El gabinete ministerial permanente de política social
- El grupo de trabajo ministerial temporal, que se creó hasta las próximas elecciones, para crear un programa para la promoción de la salud que involucrase a todo el gobierno.

En el siguiente nivel, se llevan a cabo reuniones regulares de los secretarios de estado permanentes de todos los ministerios, en las que se gestiona la coordinación de la preparación y la implementación de las políticas gubernamentales.

[Este mini estudio de caso es el primero de dos partes. Encontrará la segunda parte en el Capítulo 5: Comités interdepartamentales: el sistema de gobierno finlandés]

Implementación y gestión

Los **comités interdepartamentales** proporcionan un mecanismo para reunir a los departamentos de múltiples sectores, para elaborar informes y coordinar la implementación. Si bien los departamentos y agencias implementan, el comité interdepartamental sirve como lugar al que pueden dirigirse las preguntas sobre la implementación en lo que respecta a una agenda intersectorial específica. Esto es apreciable, por ejemplo, en el mini estudio de caso de Francia del Capítulo 5, donde el Comité Nacional de Salud Pública francés hace las veces de comité de dirección para la implementación de algunos planes nacionales. El estudio de caso de Hungría,

incluido en el mismo capítulo, es un ejemplo del Comité Interdepartamental de Salud Pública que actúa como un órgano operativo en la implementación de los programas intersectoriales. Las ventajas de las **fusiones** y los **megaministerios** es que, por un lado, pueden centrar su burocracia al servicio de una cuestión política particular y reforzar las conexiones entre una estrategia del gobierno y, por otro lado, la forma en que la priorización de esa estrategia se traduce en implementación. Un ejemplo de las oportunidades de implementación y gestión a través de la consolidación de servicios y datos se muestra en el mini estudio de caso del Capítulo 6, del Departamento de Servicios Sociales de Australia Meridional, que muestra cómo los megaministerios pueden servir como mecanismo de implementación y gestión. Los acuerdos de **elaboración conjunta de presupuestos** sostienen la implementación, especialmente la de servicios conjuntos. No obstante, ello depende estrechamente de la naturaleza temporal de los marcos legales y financieros para asegurar y gestionar los recursos. La cofinanciación a través de la **financiación delegada** puede fomentar la propiedad y la sostenibilidad, resultando así en unas perspectivas creativas de cara a la planificación, la implementación y la gestión como se muestra en el ejemplo de VicHealth (ver cuadro 8.2). Además, las opiniones de los cuatro órganos de financiación delegados que aparecen en el Capítulo 8, apuntan a la calidad de las relaciones entre los órganos delegados de financiación y el gobierno, con el fin de apoyar una buena administración gubernamental que podría tener un impacto positivo en la implementación y la gestión sin el control gubernamental de las actividades y programas.

Condiciones para una gobernanza intersectorial efectiva

Hay una serie de factores que influyen en el éxito de una estructura de gobernanza al facilitar la acción intersectorial. Algunos de estos factores, o condiciones para la efectividad, son comunes a varios mecanismos de gobernanza, mientras que otros son exclusivos para un solo mecanismo. Estas condiciones para la efectividad pueden dividirse en ocho temas principales: la voluntad política, los intereses de las asociaciones colaborativas y del electorado, el liderazgo, la importancia política de la cuestión, la inmediatez del problema, el contexto para la efectividad, recursos y recursos y aspectos prácticos de la implementación. Estas ocho categorías de factores vienen más detallados debajo, centrándose en las estructuras de gobierno a las que afectan.

Voluntad política

Como reflejo de la necesidad de un impulso o participación ministerial, los **gabinetes ministeriales** y las **comisiones parlamentarias** requieren, de forma inherente, una voluntad política. Sin una gran voluntad política o un gran compromiso político, estas estructuras de gobernanza no pueden existir. En el caso de las estructuras burocráticas, como los comités y **unidades interdepartamentales**, la voluntad política no es un requisito esencial. Sin embargo, la presencia de apoyo o interés político (tales como la solicitud de reuniones informativas periódicas ministeriales) mejora su capacidad de permanecer activos y de mantener su importancia. A este respecto, la voluntad política, como condición para la efectividad, fue explícitamente identificada y mencionada a nivel gubernamental, parlamentario y burocrático, niveles en los que actúan las estructuras de gobernanza intersectorial. Sin embargo, este factor no cobraba tanta relevancia cuando se trataba de casos que abordaban la gestión de los acuerdos de financiación e implicación más allá del gobierno. No obstante, el grado en que estos compromisos más amplios con intereses no gubernamentales tienen un impacto en la evolución de las políticas, depende de la aceptabilidad política, el atractivo político y la voluntad política.

Los intereses de las asociaciones colaborativas y del electorado

Las asociaciones colaborativas dentro y fuera del gobierno dependen de los intereses mutuos y de las relaciones personales, así como del entorno normativo. Las afinidades naturales o cultivadas con otros campos políticos y la familiaridad con otros campos políticos, además de los intereses personales, podrían ser los factores que mejorarían el gobierno conjunto. La calidad de las relaciones entre socios colaboradores en la **financiación delegada** tiene un impacto sobre la administración de la organización: la supervisión adecuada y el compromiso por parte del gobierno puede ayudar a prevenir la fragmentación de la gobernanza. Del mismo modo, los socios colaboradores involucrados en la **presupuestación conjunta** necesitan sentir que lo que se está realizando responde a sus intereses personales para involucrarse. La elaboración conjunta de presupuestos debería tener en cuenta la forma que tienen los acuerdos de asociación de forjar la confianza entre las diferentes culturas institucionales. Los socios colaboradores del sector de la salud reconocerán la importancia que tienen los objetivos no relacionados con la salud para los socios colaboradores no relacionados con la salud, así como la importancia de actuar desde un punto de vista económico.

Las estructuras de gobernanza que operan fuera del gobierno o de los niveles burocráticos siguen necesitando la voluntad y el compromiso de varios socios colaboradores o partes interesadas. Las categorías de gobernanza que

van más allá de lo puramente gubernamental al involucrar a actores no estatales, como la **ciudadanía, las partes interesadas y la implicación de la industria**, confirman la necesidad de apoyo, compromiso e interés de las partes representadas dentro de cada grupo. Se ha demostrado que la implicación **de la industria** funciona mejor cuando existe también una implicación de la comunidad y la participación de la sociedad civil, en el proceso de las APP. Una forma de asegurar el interés de todas las partes en la implicación **de las partes interesadas**, es asegurar que se dispone de los incentivos suficientes para que las partes interesadas quieran participar y dichos incentivos podrían, en parte, equilibrar los desequilibrios potenciales de poder o de recursos. Un foro de colaboración debería facilitarle un lugar exclusivo a las partes interesadas para que puedan abordar asuntos relevantes. Las dimensiones de la **participación de la población** en cuestiones que van más allá de los intereses de los participantes, incluyen la canalización e introducción de dichos intereses en términos de cómo, cuándo y en qué nivel se busca la participación de la ciudadanía y, sobre todo, el grado de inclusión de su participación y la proximidad a la toma de decisiones. La participación de la población involucra, por lo general, a participantes con intereses previamente definidos por una cuestión política.

Así pues, parece que a través de todos los niveles de estructuras hay asuntos importantes que cabe considerar, en relación a los desequilibrios de poder. Aunque varios ejemplos de casos respaldan los intereses de las asociaciones colaborativas y del electorado como condiciones importantes, todas las partes no aceptan las asociaciones colaborativas de igual forma. Muchos de los retos hacen referencia a los mecanismos o acuerdos para lidiar con agendas ocultas y potenciales conflictos de intereses, y para negociar la base de las asociaciones colaborativas. El asociacionismo colaborativo en la gobernanza intersectorial es clave, pero la forma en que los socios colaboradores contribuyen a la base de información y de recursos para la toma de decisiones es más jerárquica que horizontal.

La importancia política de los asuntos específicos de salud identificados

La importancia política de los temas de políticas es esencial para la selección de un mecanismo de gobernanza, especialmente para aquellos mecanismos que requieran una voluntad política. Los **gabinetes ministeriales** y las **comisiones parlamentarias** se crean originariamente en respuesta a cuestiones políticas importantes, donde se requiere un gran apoyo para llevar a cabo la acción. Las **comisiones parlamentarias** pueden tener una gran influencia en promover que los distintos partidos se hagan dueños de manera transversal del problema, en temas como las desigualdades sociales; y ayudan

a mantener el impulso de la cuestión aunque se produzca un cambio de gobierno. En el caso de los gabinetes ministeriales, la cuestión debe albergar también cierta complejidad y requerir una discusión en profundidad. En este caso se requerirían dos o más departamentos gubernamentales para llevar a cabo la acción.

Si bien la «alta proximidad de decisión», es decir, cuando la participación ciudadana está directamente relacionada con una decisión sobre una cuestión o cambio político, favorece más la **participación ciudadana**; la «baja proximidad de decisión» sigue siendo útil para iniciar una reflexión y plantar una semilla en la mente de los responsables políticos en lo que respecta a las necesidades o deseos de la ciudadanía. La **participación ciudadana** sucede normalmente en una fase temprana del ciclo político, en el establecimiento de la agenda o en la fase de formulación de la política.

Inmediatez del problema

Tanto la **elaboración conjunta de presupuestos** como la implicación **de la industria** son buenas opciones para abordar problemas inmediatos. Aunque la sostenibilidad a largo plazo sea un reto para la elaboración conjunta de presupuestos, estas opciones se usan normalmente en proyectos a corto plazo. Las relaciones de la industria están, sin embargo, formadas habitualmente en torno a una cuestión de salud concreta, por lo que se desarrollan rápidamente. Las **comisiones parlamentarias** requieren normalmente una respuesta del gobierno a sus conclusiones, dentro de un plazo de tiempo, lo que sugiere que proporcionan soluciones a corto y a medio plazo. Los **gabinetes ministeriales**, por el contrario, ofrecen más soluciones a largo plazo a través de los diferentes sectores y, dependiendo de la naturaleza de la política o de la decisión de inversión, el plazo podría superar el del gobierno.

Liderazgo

El liderazgo puede ser político o burocrático, y se distingue del liderazgo que puede asociarse a la importancia política del problema mencionado anteriormente. El liderazgo puede estar recogido en los papeles y las responsabilidades de los individuos y/o de los grupos, incluidas la dirección del proceso y la resolución de dificultades. También podría ser visto a través de la influencia ejercida por los individuos o equipos, a través de los ajustes de organización o de red. El establecimiento de **gabinetes ministeriales** requiere un fuerte liderazgo por parte del primer ministro o, en su defecto, de la máxima autoridad del gobierno, con el fin de proporcionar una estructura y unos términos de referencia, así como una lógica de apoyo que permita la consideración de una mayor gama de opciones políticas de ámbito

interdepartamental. De igual modo, las **fusiones y megaministerios** requieren un buen liderazgo y un ministro contundente que lidie con el cambio. Cuando la fusión llega de la mano de una estrategia política identificable apoyada por un líder en concreto (órgano o persona), es más probable que sea efectiva. El liderazgo se considera el aspecto más importante para la **implicación de las partes interesadas**, sobre todo a la hora de gestionar correctamente las tensiones y mediar en los conflictos, con el fin de mantener un diálogo activo y una colaboración entre intereses contradictorios. Cabe prestar especial atención a los posibles desequilibrios de poder entre las partes interesadas, para determinar quién es más adecuado para dirigir el proceso de implicación. Los desequilibrios de poder y de recursos tienen la capacidad de hacer descarrilar la implicación de las partes interesadas. Por último, las estructuras de gobernanza claras y dirigidas que cuentan con papeles y responsabilidades bien definidos son absolutamente necesarias para una efectiva **implicación de la industria**.

Contexto

Cabe considerar el amplio contexto en el que se está implementando la estructura de la gobernanza. Los ejemplos de los contextos de los estudios de caso reflejan el potencial de alineamiento de los intereses. El contexto, en este caso, no sólo se refiere al panorama político, sino también al panorama situacional (eventos focalizados, imágenes políticas y choques internos o externos en un momento concreto), que crea una ventana de oportunidades para hacer efectiva la acción y la estructura de gobernanza intersectorial.

En el ejemplo del Health Select Committee (Comité Selecto de Salud) como una comisión parlamentaria, el contexto ayudó a su proceso de escrutinio, al tener lugar al mismo tiempo que los medios de comunicación comentaban otros informes influyentes sobre desigualdades en salud, ayudando a promover las desigualdades en salud como un asunto político de interés general. El contexto político preferible para una **fusión o un megaministerio** sustancial es después del fracaso percibido de una política, cuando los problemas de coordinación entre departamentos son más significativos y burocráticos que políticos. Los pequeños movimientos de entrada y salida de unidades de otros ámbitos políticos o ministerios están muy extendidos y estas incesantes reorganizaciones suelen ser decepcionantes en términos de su capacidad para mejorar la coordinación y la política intersectorial. Esto contrasta con los **comités y unidades interdepartamentales**, que facilitan con más efectividad la gobernanza intersectorial cuando surge un pequeño conflicto entre departamentos y cuando las cuestiones revisten mucha importancia política. Sigue habiendo dudas sobre el grado en que son adecuados para abordar las situaciones muy

conflictivas o poco conflictivas, cuando su importancia política es mínima. En asuntos muy conflictivos con los departamentos y con gran importancia política, estas unidades y comités pueden contribuir a la clarificación de las cuestiones, pero la resolución depende de la voluntad política.

La necesidad de adaptar los **presupuestos conjuntos** a diferentes contextos y acuerdos institucionales refleja el hecho de que están mejor implementados que a nivel local. Hay varios ejemplos de presupuestos conjuntos a nivel nacional. El enfoque concreto del presupuesto conjunto está muy determinado por el contexto local. La recesión económica también puede afectar a los mecanismos financieros como la **financiación delegada**. Sin embargo, las respuestas creativas que están surgiendo pueden mitigar los posibles impedimentos para la movilización de los fondos.

El grado de implicación (información, consulta o participación) y el grado de inclusión (autoselección, selección aleatoria o selección intencionada) son consideraciones importantes para evaluar la **participación ciudadana**. Sin embargo, sus efectos concretos sobre las acciones y resultados de gobernanza son difíciles de interpretar. La legitimidad de las recomendaciones surgidas de la **implicación de las partes interesadas** puede reforzarse con la relación con las estructuras del sistema político local.

Recursos

La idea de los recursos como condición va más allá de la cuestión de los aspectos prácticos de la implementación y se refiere a los costes de apoyar y sostener las operaciones de las estructuras de gobernanza intersectorial. Los recursos constituyen una condición, porque el reconocimiento de los costes directos e indirectos para el apoyo a las estructuras es un importante compromiso que hay que adoptar para asegurar la eficacia de las estructuras del gobierno. Los costes de transacción son un aspecto inevitable que hay que considerar en lo referente a su viabilidad y capacidad para cumplir con los objetivos fijados. Las **fusiones y megaministerios** van de la mano de costes significativos y a esto hay que sumarle la incertidumbre de los beneficios que podrían reportar. En definitiva, la reorganización de un sistema es una tarea cara. Como alternativa, podría fomentarse la elaboración conjunta de presupuestos utilizando un argumento económico para defender la actuación, por la cual los ministerios serían capaces de proporcionar información más detallada sobre los costes y beneficios relacionados con los programas conjuntos para cada sector involucrado, como una justificación y un incentivo para la gobernanza intersectorial.

52 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

Los recursos pueden ser una condición particularmente importante, especialmente para aquellas estructuras de gobernanza intersectorial que buscan participación más allá del gobierno, puesto que el coste de apoyo a estas estructuras está por encima del coste de apoyo a las estructuras convencionales en el gobierno y en la burocracia, que existen independientemente de sus objetivos de gobernanza. Además, los recursos representan una medida importante y simbólica de la intención del gobierno para la participación genuina de la **población, de las partes interesadas y de la industria**. Esto va implícito en las discusiones de los Capítulos 9, 10 y 11 que tratan de los costes de las conferencias sobre salud, el de organizar y apoyar procesos de participación ciudadana, y la disparidad de costes para la participación y respaldo de una APP, que se experimentan de manera desproporcionada, con una carga mucho mayor sobre las ONG que las grandes empresas. Para la existencia de estas estructuras, la financiación es vital y, por tanto, está de alguna forma relacionada con su efectividad potencial a la hora de impulsar una acción sobre la STP.

Aspectos prácticos de la implementación

Existe un amplio elenco de asuntos prácticos que hay que considerar a la hora de implementar una estructura de gobernanza. Los **comités interdepartamentales**, por ejemplo, han de crearse junto con otras actividades interdepartamentales (como por ejemplo incluir a otros departamentos en la correspondencia) para reforzar las relaciones entre departamentos. Las unidades interdepartamentales deben ser aliados creíbles de al menos algunos intereses de los sectores afectados. Una combinación de unidades y comités en el contexto de un mecanismo político como es un gabinete ministerial debería ser poderosa y efectiva. Las **fusiones y megaministerios** funcionan mejor cuando las unidades fusionadas no tienen una organización demasiado diferente y cuando una unidad pequeña se fusiona con una más grande y se somete a las directrices políticas de la unidad grande. Garantizar el apoyo de un grupo efectivo de los funcionarios de los departamentos gubernamentales pertinentes, incluyendo pero no limitado a una **secretaría del gabinete** eficiente, es fundamental para el funcionamiento óptimo de un **gabinete ministerial** de prestigio, en términos de su capacidad para facilitar el diálogo sobre asuntos identificados de importancia interdepartamental.

La naturaleza de las interacciones personales, sin tensiones personales, y la necesidad de personal especializado son particularmente importantes en las **unidades interdepartamentales**. De igual modo, la involucración voluntaria en la **elaboración conjunta de presupuestos** es más susceptible de ser sostenible como estructura de gobernanza a largo plazo. Además, las

medidas para reforzar la confianza y el capital social entre las partes interesadas podrían ser necesarias para facilitar la cooperación en **la implicación de las partes interesadas**. El punto de partida para un gobierno conjunto podría afectar a los resultados de las acciones intersectoriales, dependiendo de si existe un interés común (situaciones en las que todos salen ganando), intereses neutros o un conflicto de intereses que establece la base para una gestión política horizontal a nivel gubernamental.

Los parámetros estructurales marcan también la diferencia. Se considera de gran relevancia el diseño institucional de los **comités representativos de las partes interesadas**, incluyendo aspectos tales como la legitimidad de procedimiento y protocolos básicos, junto con la interacción cíclica e iterativa. Dentro de los mecanismos financieros, los buenos mecanismos de rendición de cuentas, los marcos jurídicos y financieros claros, los indicadores de resultados de los objetivos de las políticas conjuntas y los incentivos comunes para el rendimiento, revisten una gran importancia para la **elaboración conjunta de presupuestos**, aunque se requieren los fondos adecuados para que la financiación delegada tenga impacto. Además, los parámetros estructurales (tipo de sector abordado y marco temporal) influyen en las inversiones a través de la **financiación delegada**.

Lecciones

La gobernanza intersectorial para facilitar la acción de apoyo a la STP es una práctica en constante evolución. Esto lo demuestran los capítulos de la Parte II, que incluyen mini estudios de caso que proporcionan documentación sistemática de varias experiencias que utilizan diferentes estructuras de gobierno. Los responsables políticos de varios niveles están experimentando con un elenco de mecanismos dentro de estas estructuras que activan o sostienen la acción intersectorial. Estructuras de gobernanza menos formales, tales como los comités y unidades interdepartamentales, se benefician cada vez más, mientras que las comisiones parlamentarias para la salud pueden ver más allá de los intereses inmediatos del departamento de salud. Existe un creciente interés en nuevos mecanismos de financiación para facilitar la STP. En cambio, la participación de socios colaboradores externos, como la industria, la población y otras partes interesadas, es cada vez más común.

Qué nos dicen estas experiencias

Si bien la evidencia disponible no proporcionan conclusiones decisivas sobre los resultados y acciones que pueden alcanzar las estructuras de gobernanza específicas, sí que ofrecen algunas lecciones y principios generales que se pueden aplicar. Las acciones de gobernanza intersectorial no suelen

54 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

funcionar por separado y existe una necesidad de emprender acciones en varios niveles. Es necesario un liderazgo sólido (ya sea político o burocrático) para llevar a cabo la STP, especialmente en el entorno político más amplio, donde el concepto de la STP puede no ser conocido. Sin embargo, la familiaridad con los intereses interdepartamentales e intersectoriales en ámbitos distintos a la salud podría servir como terreno fértil para cultivar el interés por la STP. La voluntad política es indispensable en las estructuras de gobierno en el contexto ministerial, pero es también un elemento de apoyo para las estructuras de gobernanza a nivel burocrático y externo.

Además, hay que enmarcar adecuadamente la STP entre los imperativos más amplios de la política e incluir un enfoque de acción práctico. Los aspectos prácticos (su implementación) podrían presentar diferentes facilitadores así como retos, incluso cuando existe una voluntad política fuerte. Las cuestiones relacionadas con la claridad de las estructuras, los términos de referencia y los mecanismos de rendición de cuentas son importantes para asegurar un aspecto operacional sin complicaciones para los retos de implementación que deben superar día a día las operaciones de las estructuras de gobernanza. Una distribución clara de funciones y responsabilidades puede propiciar el surgimiento de un liderazgo sólido, ya sea gubernamental o departamental. El liderazgo y los acuerdos prácticos pueden también recibir la influencia del contexto en el que se ha implementado la estructura de gobernanza. Uno de los aspectos más complejos es enmarcar el asunto en función de la inmediatez del problema para adoptar la acción, puesto que parece que la cuestión de la inmediatez tiene consecuencias sobre la capacidad y la adecuación de una estructura particular de gobernanza a la hora de apoyar una acción de respuesta ante un problema.

Por último, desde la perspectiva de los cinco niveles que actúan como categorías de organización de las estructuras de gobernanza intersectorial, cabe realizar algunas observaciones acerca de qué estructuras son las que desencadenan qué acciones, según las experiencias presentadas en esta publicación. El apoyo de la evidencia parece tener el potencial de ser desencadenado de manera relativamente uniforme a través de los niveles gubernamentales y burocráticos y de la participación más allá del gobierno. El establecimiento de objetivos y metas es una acción desencadenada por las estructuras del gobierno con influencias de la participación más allá del gobierno. La coordinación resulta ser la acción desencadenada por la mayor variedad de estructuras de todos los niveles. Las acciones de abogacía están desencadenadas principalmente por las estructuras gubernamentales y por la participación más allá del gobierno. La monitorización y la evaluación están, a su vez, desencadenados por estructuras de nivel burocrático. El nivel

burocrático y la función pública, así como la participación más allá del gobierno, son los principales elementos desencadenantes de la orientación normativa. El apoyo financiero está propiciado por las estructuras que gestionan los acuerdos financieros y por la participación más allá del gobierno. La creación de un mandato legal parece desencadenarse a través de los niveles del parlamento, gestionando acuerdos de financiación y participación más allá del gobierno. Crear un mandato legal, establecer objetivos y metas, la monitorización y la evaluación y el apoyo de la evidencia son las acciones más dispersas del presente marco de análisis y podría presentar retos considerables para las estructuras de gobernanza intersectorial para la STP. La implementación y la gestión están desencadenadas por el nivel y las estructuras burocráticas que gestionan los acuerdos financieros.

Muchas de las estructuras con capacidad para desencadenar una acción de gobernanza intersectorial para la STP se localizan en el gobierno, en el parlamento y en niveles burocráticos. Estos tres niveles tienen un gran potencial para las acciones de apoyo a la evidencia, establecer objetivos, coordinar, promover, supervisar, evaluar y orientar las políticas. Las estructuras que gestionan los acuerdos financieros poseen un potencial prometedor para promover asociaciones para una acción coordinada, aumentar el apoyo financiero y estimular la implementación de programas intersectoriales sobre la STP con relación a los acuerdos de gestión y de supervisión. La participación más allá del gobierno sigue siendo un nivel crítico de las estructuras de gobernanza intersectorial con el potencial para facilitar la acción para la STP, pero estas áreas tienen sus dificultades particulares en la investigación y evaluación, en especial en lo relativo a su forma de relacionarse con el gobierno y con los distintos niveles burocráticos en un contexto político y administrativo en concreto.

¿Cuáles son los riesgos y los potenciales abusos de las estructuras de gobernanza intersectorial?

Las experiencias presentadas y analizadas en esta publicación ponen de relieve algunas consideraciones sobre qué evitar al considerar la implementación de una estructura de gobernanza. Por ejemplo, parece poco conveniente confiar en un solo enfoque o en una sola base de apoyo para la implementación de estructuras de gobernanza. En primer lugar, se recomienda unir un enfoque estructural con otro que también se base en el apoyo individual, en lugar de apoyarse el uno en el otro. En particular, los promotores y los líderes son esenciales para el gobierno, así como en las estructuras a nivel parlamentario y burocrático, para asegurar el compromiso de usar estas estructuras como oportunidades para hacer efectiva la STP. En

segundo lugar, es preferible, aunque no obligatorio, contar con un apoyo bipartidista. Por tanto, la actual dependencia de la orientación de un partido único (o líder individual) también debe evitarse en la medida de lo posible. Los estudios de caso destacan la necesidad de un apoyo bipartidista, sobre todo a nivel parlamentario, pero también por parte de otros niveles del gobierno y de la función pública, además de los acuerdos de financiación para los que el apoyo bipartidista podría catalizar los esfuerzos para identificar problemas políticos comunes y fomentar el desarrollo de un lenguaje y de un entendimiento común. No obstante, debemos ser conscientes de los equilibrios políticos y de la posibilidad de revocar políticas partidistas, que puede dar lugar a la marginación de las estrategias (los ministros de salud pública, por ejemplo). El apoyo bipartidista puede resultar útil para la continuidad e institucionalización de esta práctica política.

Esta lista de factores que influyen en la efectividad de utilizar estructuras intersectoriales no difiere tanto de las condiciones que influyen en el uso de las estructuras de gobernanza en general. Esto sugiere que el uso de estructuras de gobernanza intersectorial para la STP podría alejarse de la dirección inicial y, si no se gestiona adecuadamente, la gobernanza intersectorial podría ser vulnerable a un posible sabotaje o abuso. Los mini estudios de caso sobre las relaciones ministeriales, que incluyen una representación del Ministerio de Sanidad o un enfoque sobre la cuestión de la salud, muestran su valor en comparación con los vínculos ministeriales que excluyen la voz del sector salud así como sus intereses y preocupaciones. En el contexto de las políticas de la Unión Europea, la Estrategia de Lisboa y su sucesora, fueron muy criticadas por no incluir la salud como fuerza productiva y como un objetivo en sí del desarrollo de la Unión Europea y de sus Estados Miembros. El Capítulo 5 describe los comités interdepartamentales como una de las estructuras de gobierno intersectoriales más comunes, pero también una de las menospreciadas. En muchos casos, se sospecha que estas estructuras de gobernanza se utilizan intencionadamente para misiones que no pueden cumplir o con términos de referencia inadecuados.

El argumento intersectorial puede ser potencialmente utilizado de manera inadecuada en relación con los megaministerios y fusiones, que se analizan en el Capítulo 6, cuando se promete una política más coherente y eficaz, aunque la motivación subyacente es diferente de la que ha anunciado públicamente y podría estar más vinculada a una estrategia de coalición. El alcance de un ministro o un socio de la coalición se expresa a veces en términos de la cantidad de unidades que tienen bajo su poder. La salud podría incluso quedar excluida de un acuerdo intersectorial horizontal en un megaministerio, si el Ministro de Sanidad no tiene un sitio en la mesa del gabinete, puesto que

su lugar está ocupado por otro ministro. Otro de los riesgos que entraña la utilización de las estructuras de gobernanza para la salud es que ésta podría perder terreno o compromiso intersectorial. Sería erróneo asumir que un enfoque de todo el gobierno resultaría necesariamente en un entorno más propicio para la acción intersectorial, en el que la salud ganaría atención, apoyo y enfoque en política. Mediante el establecimiento de un enfoque de gobernanza horizontal, los gobiernos podrían optar por valores transversales o áreas políticas como objetivos gubernamentales. Por ejemplo, los gobiernos podrían elegir entre orden o libertad y, por tanto, el comportamiento de la policía o la desregulación serían elegidos, respectivamente, como objetivos políticos. La participación más allá del gobierno como estructura de gobernanza intersectorial podría enmascarar la insuficiencia de herramientas políticas o podría ser utilizada inadecuadamente, siendo ésta la única solución aceptable para reconciliar los distintos intereses en relación a la acción de gobernanza intersectorial. Por ejemplo, al mirar el ejemplo de la UE en el Capítulo 11, las preguntas pueden plantearse en relación con la función y el papel del Estado en las APP como intermediario entre la industria y la participación de las ONG, probablemente debido a la incapacidad o reticencia del gobierno a la hora de tomar medidas firmes para actuar en la prevención de la obesidad. Un enfoque más crítico de este tipo de participación más allá del gobierno, en calidad de mecanismo de gobernanza, podría beneficiarse al plantearse por qué las APP son opciones tan interesantes políticamente.

Lo que estos posibles usos indebidos de la finalidad de la gobernanza intersectorial pretenden subrayar es que las relaciones de poder residen en el centro de las consideraciones de los riesgos relacionados con el uso de las estructuras de gobernanza intersectorial. Las relaciones de poder político subyacentes son ubicuas e inseparables de las discusiones de gobernanza. Se propone esta breve serie de ejemplos con el fin de plantear algunas de las posibilidades de uso indebido de las estructuras de gobernanza intersectorial que merecen especial atención.

Conclusión

Lo que aún queda por saber: agenda de investigación y de conocimiento translacional

La escasez de evidencia de la capacidad de gobernanza intersectorial como herramienta para la STP es evidente, pero es necesario considerar la agenda específica de investigación y evaluación y los desafíos metodológicos de la investigación de la STP. De acuerdo con el análisis transversal recabado en esta publicación, sugerimos tres prioridades.

En primer lugar, es necesario que haya un seguimiento continuo de las experiencias de esta gobernanza, incluyendo su impacto y los resultados de las acciones de gobierno. Existen algunas dificultades inherentes a esta acción cuando intervienen asuntos confidenciales, de sensibilidad política, negociaciones poco transparentes y procesos de implementación, entre otros. Por ejemplo, no existe evidencia escrita que apoye la capacidad de los gabinetes ministeriales para influir en la STP, debido, en parte, a la naturaleza confidencial de su estructura. Esto puede contrastarse con la relativa apertura de las comisiones parlamentarias, en las que las pruebas de los esfuerzos de escrutinio parlamentario así como sus informes constan en las actas, asegurando así el acceso público a la información sobre el funcionamiento de la estructura y al resto de información recopilada, incluso si la dinámica política y los tratos podrían no ser captados. La documentación y las tareas de monitorización y evaluación también deberían considerar realizar un seguimiento y analizar las experiencias que utilizan una combinación de enfoques y de estructuras de gobernanza intersectorial a varios niveles.

Está demostrado que la acción coordinada a varios niveles para la promoción de la salud es más efectiva que las intervenciones únicas (Richard, Gauvin y Raine, 2011; Green, Richard y Potvin, 1996; Stokols, 1992, 1996). Se presume que las acciones múltiples de gobernanza serían más efectivas que las acciones únicas (PHAC y OMS, 2008). Los sistemas sociales complejos seguramente requieran acuerdos de gobernanza que incluyan varios niveles, así como varias partes interesadas. El marco analítico que se propone para este estudio ofrece un punto de partida desde el que se puedan realizar posteriores investigaciones. En el Capítulo 1 se ponen de relieve las limitaciones del estudio. Será necesario trabajar más en el perfeccionamiento y modificación del marco analítico mediante tareas de documentación, con el fin de definir y especificar más detalladamente las estructuras y acciones de gobernanza intersectorial.

En segundo lugar, existe la necesidad de entender con más precisión la efectividad condicional de las estructuras de gobernanza. Cabe destacar que los argumentos presentados en este capítulo no abordan las relaciones entre estas condiciones para cada estructura de gobernanza. Los estudios de caso presentados en esta publicación reflejan los contextos particulares y combinaciones de eventos, personas, historiales políticos y estructuras. Se desconoce hasta qué punto son replicables estas estructuras, pero la comprensión de los contextos en los que son eficaces puede constituir ejemplos útiles para otros países. Las dimensiones contextuales y las condiciones para la gobernanza intersectorial podrían también estar interrelacionadas con las de la STP. La breve mención de los malos usos potenciales puede revelar posibles estrategias para la gestión de estos riesgos.

En tercer lugar, es necesario abordar los retos metodológicos que surgen de esta compleja agenda de investigación y evaluación. Estos retos metodológicos requieren la colaboración de equipos de investigación multidisciplinarios, incluidos expertos en ciencias políticas, ciencia de las políticas, sociología y salud pública, e incluyendo derecho, economía y psicología. La documentación y la exploración sistemática de las cuestiones de gobernanza intersectorial podrían también necesitar un aporte interdisciplinar relacionado con los métodos que tratarían más apropiadamente las fuentes de información necesarias para capturar los ejemplos pertinentes. El desarrollo metodológico en este ámbito contribuiría también a la posibilidad de obtener análisis comparativos más significativos a través de una variedad de jurisdicciones. Además, la diversidad metodológica solicitada en esta agenda de investigación se beneficiaría también de una diversidad teórica más amplia. Una serie de teorías de varias disciplinas podrían contribuir a un mejor entendimiento y análisis de los fenómenos en juego, así como a la identificación de los objetos de investigación correspondientes y de las variables relevantes en relación con las estructuras de gobernanza específicas. Esta tarea de investigación y documentación podría sacar a colación la cuestión de si las asociaciones entre instituciones gubernamentales y académicas deberían establecerse con el propósito de estudiar la gobernanza intersectorial para la salud.

La agenda de investigación y de conocimiento traslacional propuesta anteriormente refleja el carácter distintivo del sistema propugnado, que invita a la búsqueda de la evidencia. Las tres prioridades mencionadas se beneficiarían de ser abordadas mediante el diálogo político actual con los productores y usuarios de conocimientos en materia de gobernanza intersectorial. Esto se debe a que el enfoque defendido anteriormente está íntimamente ligado con un interés en el propio proceso de investigación que se utiliza para conectar la evidencia con su uso y sus usuarios. Una agenda como ésta se caracterizaría por su intento de integrar la investigación y la traducción de conocimientos en otras tareas más interrelacionadas y se parece más a una investigación de acción participativa. Los diálogos sobre políticas serían especialmente útiles para discutir los esfuerzos de documentación, así como para estimular conversaciones acerca de las condiciones para la gobernanza intersectorial eficaz para apoyar la STP. Representan una oportunidad única para convocar a los investigadores, a los responsables políticos y decisores del gobierno y de la administración pública, y otros actores fuera del gobierno, para intercambiar y compartir experiencias. Dada la escasez de evidencias de la capacidad de gobernanza intersectorial como herramienta para la STP, el establecimiento de diálogos políticos sería una

manera de asegurar la constante confrontación de la agenda de investigación con la realidad de los participantes en el proceso político. Por último, dotar de una dimensión internacional a estos diálogos sobre políticas sería beneficioso para asegurar la consideración de una amplia gama de perspectivas y contextos políticos.

¿Cuáles son las implicaciones para las estructuras de gobernanza intersectorial en el futuro?

La STP, como concepto, principio político y práctica política, sigue ganando impulso con el apoyo de documentos internacionales como la Declaración de Roma sobre la STP en 2007 y la Declaración de Adelaida sobre la STP en 2010. Esto queda aún más patente con la amplia gama de iniciativas políticas que existen, como por ejemplo Salud 2020 en Europa o la resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre acción mundial sobre enfermedades no transmisibles (ENT). La falta de evidencia definitiva no ha detenido a los responsables políticos ni a los distintos niveles de los gobiernos a la hora de experimentar e innovar con estructuras de gobernanza intersectorial como forma de apoyar la práctica de la STP. Nuestra intención es, por un lado, que esta publicación proporcione ejemplos que demuestren el potencial de este marco para iniciar un debate sobre el papel de las estructuras de gobernanza en el logro y el apoyo de la STP y, por otro lado, iniciar un debate sobre cómo podría modificarse y adaptarse el marco con el fin de respaldar futuras investigaciones. Este doble objetivo de la publicación se basa en el interés de este estudio en apoyar la construcción de puentes entre el ámbito académico y la política.

Esta publicación propone un posible marco analítico para apoyar la organización de la documentación de estas experiencias y de la agenda de investigación. De acuerdo con el marco, este libro propone una serie de ejemplos sobre cómo se está experimentando en algunos países con las estructuras de gobernanza intersectorial con el objetivo de incorporar un enfoque de la acción intersectorial sobre la salud. Si bien no tiene por qué representar todo el espectro de prácticas políticas aquí definidas y descritas, sí arrojan algo de luz sobre las formas en que se utilizan las estructuras en los diferentes países y regiones, como respuesta a las dificultades que tuvieron que superar cuando intentaban aplicar algunas de las iniciativas políticas mencionadas en el Capítulo 1. A nuestro juicio, las iniciativas políticas que requiere la STP se beneficiarían de la disponibilidad de documentación sistemática de las experiencias de gobernanza intersectorial para apoyar el diálogo entre los ministerios y los sectores que están pensando en la forma más viable para comenzar a abordar la STP o mejorar su actual implementación. La finalidad de esta publicación es proporcionar un recurso

para la reflexión de los responsables políticos, ministros, consejeros y personal administrativo como vía de acceso a una variedad de ejemplos. Los ejemplos son meras instantáneas de esta práctica política en acción. Como se mencionó anteriormente en este capítulo, hay una serie de factores condicionales que fueron identificados a través de los ejemplos. Dadas estas condiciones que influyen en la eficacia de la gobernanza, la siguiente lista de preguntas puede ayudar a los responsables políticos a identificar los factores clave a considerar que podrían destacar las circunstancias en que conviene más utilizar una estructura que otra. Empezando por la necesidad de entender qué son los resultados y acciones deseados y qué nivel de la estructura gubernamental se está investigando, algunas de las preguntas para orientar la investigación del proceso en una fase de exploración podrían ser las siguientes:

- ¿Cuál es el contexto general para un cambio político? ¿Qué se había intentado anteriormente? ¿Qué otros factores externos entran en juego (interés creciente del público, el informe publicado, fracaso/acontecimiento político...)?
- ¿Quién se encarga de dirigir el proyecto de la STP?
- ¿Existe una voluntad política? o ¿Quién más está «a bordo»?
- ¿Existe un liderazgo sólido? ¿Quién está al frente?
- ¿Qué partes interesadas se han comprometido?
- ¿Cuáles son las necesidades de recursos? ¿Cuánto dinero, de haberlo, es necesario aportar para contribuir?
- ¿Cuál es el marco temporal? ¿Existe una solución a largo plazo o una solución única?
- ¿Es este el momento adecuado - por el clima político, la fase del ciclo político o el interés electoral?

El reto para el futuro desarrollo y análisis crítico de esta práctica es documentar la experiencia, evaluar la evidencia y comparar la eficacia de las diferentes estructuras de gobierno, en la puesta en marcha de una acción sobre los determinantes sociales de la salud y, en última instancia, en la mejora de los resultados de salud de la población. Desde aquí instamos a la iniciación de un diálogo político dentro y entre los países, que pueda apoyar los argumentos y el intercambio sobre la acumulación de evidencia a lo largo del tiempo y poner de relieve las consecuencias de la modificación de esta práctica política. Deseamos que las innovaciones políticas en STP cuenten con el apoyo de la investigación, y que las redes de políticas interesadas en la

STP deben desempeñar un papel principal en la difusión de la investigación. El desafío del futuro es vincular la investigación y la práctica política de manera que proporcionen un diálogo permanente entre las perspectivas teóricas y empíricas sobre la gobernanza de la STP. Esperamos que el objetivo general de esta publicación se pueda cumplir mediante una demostración de cómo se está experimentando actualmente con las estructuras de gobierno; y de cómo, utilizando este marco, los análisis de estas experiencias pueden promover un enfoque más estructurado por parte los responsables políticos que buscan diversos mecanismos y métodos para hacer frente a la STP a través de la gobernanza.

Fuentes bibliográficas

Adelaide Statement on Health in All Policies (2010). Adelaide, WHO & Government of South Australia.

Gilson L et al. (2007). *Challenging inequity through health systems*. Final report, Knowledge Network on Health Systems. Geneva, WHO Commission on the Social Determinants of Health.

Green LW, Richard L & Potvin L (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion* 10(4):270–281.

Kickbusch I (2010). Health in All Policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. In: Kickbusch I & Buckett K, eds. *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia:11–23.

Public Health Agency of Canada (PHAC) & WHO (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Ottawa, Health Canada Publications.

Puska P & Ståhl T (2010). Health in All Policies – The Finnish initiative: background, principles and current issues. *Annual Review of Public Health* 31:315–328.

Richard L, Gauvin L & Raine K (2011). Ecological models revisited: their uses and evolution in health promotion over two decades. *Annual Review of Public Health* 32:307–326.

Ritsatakis A & Järvisalo J (2006). Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In: Ståhl T, Wismar M, Ollia E, Lahtinen E, Leppo K, eds. *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Finnish Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies:145–168.

Shankardass K et al. (2011). *Getting started with Health in All Policies: A resource pack. Results of a realist-informed scoping review of the literature*. Report to the Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario, Li Ka Shing Knowledge Institute of St. Michael's Hospital.

Sihto M, Ollila E & Koivusalo M (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. In: Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, eds. *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Finnish Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies:3–20.

St. Pierre L (2009). *Governance tools and framework for Health in All Policies*. The Hague, National Collaboration Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education & European Observatory on Health Systems and Policies.

Stokols D (1992). Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist* 47(1):6–22.

Stokols D (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion* 10(4):282–298.

WHO (1986). *Intersectoral action for health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005). *Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2012). *WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)*. Geneva, World Health Organization (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/policy/who-frameworkconvention-on-tobacco-control-who-fctc>, accessed 16 February 2012).

Wise M (2007). The role of governance in health promotion effectiveness. In: McQueen DV & Jones CM, eds. *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York, Springer:259–278.

Parte II

**Análisis de la Gobernanza
Intersectorial para la STP**

Capítulo 3

Gabinetes ministeriales y secretarías de gabinete

Owen Metcalfe y Teresa Lavin

Introducción

Este capítulo tiene como objetivo contribuir a la comprensión de los gabinetes ministeriales y las secretarías del gabinete como estructuras de apoyo a un enfoque integral de gobierno, centrándose sobre todo, en la medida de lo posible, en los gabinetes y secretarías que se esfuerzan por desarrollar la agenda de STP.

Proporciona información sobre las razones para el establecimiento de gabinetes ministeriales y de las secretarías, así como sus funciones, términos de referencia y pertenencia. En él se examinan ejemplos de gabinetes ministeriales y secretarías de Irlanda, Escocia, Gales, Nueva Zelanda y Australia, identifica los posibles impactos y explora las ventajas y desventajas asociadas a estas estructuras.

Gabinetes ministeriales

Un gabinete ministerial es un grupo compuesto por los ministros⁶, creado con el fin de debatir en profundidad una cuestión, concreta o general, de relevancia para el gobierno. Se compone de los ministros, subsecretarios o funcionarios, que asesoran al gabinete y al primer ministro sobre ciertos asuntos. Algunos gabinetes son permanentes y tienen un mandato amplio, otros son gabinetes especiales que se establecen para tratar asuntos específicos. Los gabinetes *ad hoc* son más inusuales ahora que durante la mayor parte del siglo XX. Actualmente, las cuestiones se resuelven de forma bilateral entre los departamentos o a través de discusiones más informales en lugar de recurrir a la constitución de un gabinete.

⁶ En Escocia, Japón y Estados Unidos, el título de secretario del gabinete puede usarse como término alternativo al ministro del gabinete. N del T: en el original *cabinet ministers*

Razones para su establecimiento/función

La función principal de los gabinetes ministeriales es permitir la participación de los ministros en importantes cuestiones políticas interdepartamentales. Si bien el gabinete sigue siendo el órgano de decisión final, existen comités para permitir a los ministros considerar opciones políticas generales y su desarrollo de una manera más reflexiva y deliberativa cuando se trata de cuestiones intersectoriales. Los gabinetes ministeriales también proporcionan un mecanismo para que los ministros trabajen, si corresponde, con los intereses externos. A diferencia del gabinete, los funcionarios pueden ser invitados a asistir a una de las reuniones para ayudar a los ministros si el comité lo desea.

Estructura, términos de referencia y pertenencia

La mayoría de los gabinetes ministeriales son permanentes y se reúnen regularmente. El gabinete también podrá establecer comités ministeriales *ad hoc* para llevar a cabo tareas particulares o de considerar propuestas sobre un tema específico que requieren la cooperación entre departamentos.

La iniciativa para la creación de un gabinete ministerial por lo general proviene de la oficina del Primer Ministro o Presidente. El Presidente del gobierno es quien decide la estructura, el términos de referencia, la presidencia y la composición de cada gabinete, en consenso con el líder de la coalición, si lo hubiese.

Los gabinetes ministeriales están compuestos por dos o más miembros del gobierno. En general, los gabinetes ministeriales están presididos por el Presidente del gobierno junto con un ministro, designado como coordinador, en quien recae una responsabilidad funcional, para abordar las cuestiones del día a día en relación con las actividades del gabinete.

El (re)establecimiento de un gabinete ministerial por parte del gobierno debe ser registrado, formal o informalmente. Los gabinetes ministeriales, a excepción de aquellos formados *ad hoc*, deben tener un programa de trabajo para el próximo año, que establece las prioridades explícitas y los objetivos para la evaluación comparativa del logro de los objetivos principales del programa del gobierno u otro marco de referencia. Deben proporcionar un informe de situación al gobierno al menos una vez al año, a menos que se hayan especificado previamente otros mecanismos de información. Debe remitirse además un informe final al gobierno al término de su mandato, tras el cual el gabinete queda disuelto.

Los gabinetes deben tratar las cuestiones de fondo del gobierno para su posterior aprobación, salvo que una comisión se haya encargado

expresamente de tomar las decisiones pertinentes. Los memorandos gubernamentales responsables de las cuestiones de fondo, que incluyen la competencia de un gabinete ministerial, deberán, cuando el tiempo lo permita, ser considerados por el gabinete antes de ser llevados ante el gobierno.

Las discusiones que tienen lugar en las reuniones del gabinete están sometidas a obligaciones de confidencialidad. Una notable excepción a esto se encuentra en Gales, donde las actas de la reunión del gabinete, así como los papeles y agendas se publican habitualmente en la página web del gobierno a menos que existan razones imperiosas para no hacerlo.

Secretarías del gabinete

La secretaria del gabinete trabaja en nombre de todos los ministros y todas las direcciones del gobierno para coordinar y facilitar la toma de decisiones colectiva. La función de la secretaria del gabinete incluye:

- proporcionar asesoramiento sobre la gestión de los asuntos y sobre la elaboración y distribución de los documentos para su análisis por parte de los secretarios del gabinete y otros ministros en otros foros;
- recopilar y distribuir los documentos para las reuniones del gabinete, informar al Primer Ministro del gabinete, si se estima oportuno, y registrar las conclusiones del gabinete y el seguimiento de las decisiones;
- trabajar en colaboración con las direcciones y los ministros para ayudar a organizar las actividades del gabinete mediante un diálogo asiduo y ejercicios de prospectiva;
- realizar el mantenimiento de los subcomités del gabinete, trabajando en estrecha consulta con los homólogos de las direcciones de políticas relevantes; y
- emitir la correspondencia del gabinete y ofrecer asesoramiento coordinado al Primer Ministro o Presidente en los asuntos pertinentes.

El papel de la secretaria del gabinete es asegurar que se realiza una reflexión colectiva adecuada de la política cuando es necesario, antes de tomar decisiones políticas y para garantizar que los negocios del gobierno progresan de manera oportuna y eficiente. La secretaria del gabinete no solamente prepara el orden del día de las reuniones del gabinete, con el visto bueno del presidente y del vicepresidente, sino que también les proporciona asesoramiento y apoyo en sus funciones, y emite las actas de los gabinetes. Además, sus funciones de apoyo van más allá de las que figuran en esta guía. La secretaria del gabinete se encuentra en la oficina del gabinete y envía

informes al Primer Ministro, al Secretario y a los ministros que presiden los gabinetes ministeriales.

Otras estructuras relevantes: grupos de altos funcionarios

Los grupos de altos funcionarios⁷ (GAF) se crean con el fin de sustentar el trabajo de los gabinetes ministeriales y de otras estructuras interdepartamentales. Se componen de altos funcionarios que se reúnen y preparan de antemano los puntos de la orden del día de las reuniones ministeriales. Los altos funcionarios discuten y negocian posibles soluciones con el fin de acelerar las reuniones de ministros para que puedan tratar directamente los puntos que revisten más complejidad. En Irlanda, se han establecido una serie de grupos de altos funcionarios a modo de espejo de los gabinetes ministeriales, para tratar incluso asuntos europeos, de inclusión social, de salud y cambio climático o de seguridad energética. Los GAF elaboran sus propios informes.

Ejemplos de gabinetes ministeriales

Las estructuras gubernamentales se sometieron a un análisis en Reino Unido, Irlanda, Nueva Zelanda y en la administración descentralizada de Gales con el fin de establecer los tipos de gabinetes ministeriales y el alcance que iban a tener en el ámbito de salud. El nivel de representación en salud fue determinado tanto por el nombre del gabinete como por la inclusión o no del Ministro de Sanidad en su pertenencia (Tabla 3.1).

En Irlanda, por ejemplo, el gabinete ministerial de salud incluye al Primer Ministro, al Viceprimer Ministro, al Ministro de Finanzas, al Ministro de Salud e Infancia y al Ministro de Estado de Asuntos de los Niños y Jóvenes. El objetivo del gabinete es supervisar la implementación del programa de reforma de los servicios de salud e impulsar mejoras en las áreas de prestación de servicios seleccionadas como prioritarias. Se convocó en ocho ocasiones en 2009.

⁷ *Senior officials groups* en el original (N. del T.)

Tabla 3.1 Nivel de representación de salud en gabinetes ministeriales seleccionados

Nombre del gabinete ministerial	País	Gabinete ministerial con mandato intersectorial sobre la salud	Gabinete ministerial con mandato sobre la salud	Otros gabinetes ministeriales	
				Pertenencia incluye al Ministro de Sanidad	Pertenencia excluye al Ministro de Sanidad
Salud pública	Reino Unido	√			
Salud	Irlanda		√		
Justicia social	Reino Unido				√
Inclusión social, niños e integración	Irlanda			√	
Política social	Nueva Zelanda			√	
				(Presidencia)	
Niños y jóvenes	Gales			√	
Renovación económica	Irlanda			√	
Renovación económica	Gales			√	
Crecimiento económico e infraestructuras	Nueva Zelanda				√
Asuntos económicos	Reino Unido				√
Asuntos internos	Reino Unido			√	
Política doméstica	Nueva Zelanda			√	
Cambio climático y seguridad energética	Irlanda			√	
Futuros sostenibles	Gales				√
Asuntos europeos	Irlanda			√	
Asuntos europeos	Reino Unido				√

Transformación de los servicios públicos	Irlanda	√
Directrices estratégicas para el gobierno local	Irlanda	√

En Australia Meridional, el recién establecido gabinete ministerial ejecutivo se ha utilizado para impulsar un enfoque de la STP, como se describe en el estudio de caso.

La experiencia de Australia Meridional: ExComm y Salud en Todas las Políticas

Carmel Williams

El gobierno de Australia Meridional estableció un gabinete ministerial ejecutivo, también conocido como ExComm, para impulsar la implementación del Plan estratégico de Australia Meridional (SASP). El SASP esboza una visión a largo plazo de toda Australia Meridional, comprometiéndolo al gobierno para alcanzar 98 metas de alto nivel en seis objetivos interrelacionados que cubren la economía, el entorno, las comunidades, el bienestar, la educación y la innovación. Ha marcado un punto de partida para que el gobierno adopte un enfoque integrado del desarrollo de una política conjunta. El ExComm, dirigido por el Presidente de Australia Meridional junto con otros ministros del gobierno, a excepción del Ministro de Sanidad, entre otros, controla la prestación de los jefes ejecutivos departamentales, sobre quienes recae la responsabilidad de propiciar el progreso de los objetivos individuales del SASP.

Los objetivos son ambiciosos, abordan asuntos políticos de gran complejidad que normalmente van más allá de los límites del sector. Aunque el ExComm y el gobierno tienen esperanzas en que los departamentos no persigan únicamente sus propios intereses o de sus respectivos proyectos, se ha invertido una cantidad limitada en el desarrollo de los procesos de elaboración de políticas conjuntas.

Al mismo tiempo, el sistema de salud ha estado luchando contra el incremento de los costes de los servicios sanitarios, la creciente carga de una población que envejece y la incidencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas. A esto se añadió el aumento de la evidencia científica que afirmaba que las mejores oportunidades o factores para el cambio quedaban fuera de la influencia directa del sector salud. Estos factores, los determinantes sociales de la salud, proporcionan resortes sociales, económicos y medioambientales para influir en los resultados de salud de la población. En este contexto, la profesora Ilona Kickbusch propuso que Australia Meridional adoptase un enfoque hacia la STP y que aplicase dicho enfoque a los objetivos establecidos en el SASP.

La única ventaja de esta propuesta fue la importancia estratégica y significativa del SASP para todas las agencias gubernamentales. Éstas deben cumplir los objetivos relacionados con sus respectivas carteras y en los jefes ejecutivos departamentales recae la responsabilidad de la

consecución de los objetivos ante el Primer Ministro, que es controlada a través de un subgrupo de ExComm, el grupo de jefes ejecutivos. La STP brinda la oportunidad de analizar las interconexiones entre los objetivos del SASP y de identificar las áreas conjuntas de trabajo para alcanzar una solución beneficiosa para todos o, lo que es lo mismo, trabajar para lograr un objetivo así como para mejorar la salud de la población.

La STP también ha aportado un mecanismo para que las agencias reflexionen conjuntamente sobre una política en particular y trabajen de manera colaborativa y deliberativa, para determinar distintas cuestiones y tomar a tiempo las decisiones políticas adecuadas. Los departamentos del gobierno se han mostrado muy receptivos ante el proceso de STP de Australia Meridional y las respuestas del ExComm, en particular de su subgrupo, el grupo de jefes ejecutivos, han sido muy positivas.

Con el respaldo del ExComm, el SASP proporcionó un mandato para que el sector salud se involucrara en asuntos como la elaboración conjunta y colaborativa de políticas, que normalmente saldrían de su capacidad de influencia directa, tales como la migración, la tecnología digital, la seguridad del agua, la alfabetización infantil y los permisos de conducir. Como resultado de este enfoque de la STP, el sector salud ha empezado poco a poco a darle forma a las condiciones económicas, sociales y medioambientales que crean la salud, mediante un trabajo de colaboración sobre las políticas en otros sectores.

El impacto y la efectividad de los gabinetes ministeriales

Por asuntos de confidencialidad, no se puede encontrar información escrita sobre el impacto y la efectividad de los gabinetes ministeriales. No obstante, los indicios revelan que las siguientes cuestiones son importantes:

- El liderazgo de la oficina del Primer Ministro es importante para conceder al gabinete la suficiente autoridad y asegurar el compromiso de todos los ministros relevantes.
- La cuestión requiere un compromiso político: por ejemplo, un gabinete ministerial sobre salud permite que el sistema político se comprometa con el establecimiento de un nuevo mecanismo de prestación de servicios para la salud.
- La cuestión requiere la toma de decisiones políticas complejas. Los asuntos que precisan un debate en profundidad para progresar o ser resueltos son los más propicios para el mecanismo del gabinete ministerial puesto que allí se puede tratar con más detalle el asunto y, además, tienen acceso al consejo de agencias externas.
- La cuestión requiere una acción realizada por dos o más departamentos gubernamentales para progresar o resolverse.

- La importancia política del asunto objeto de discusión es importante (es difícil obtener un compromiso si el asunto no se estima políticamente importante):
 - situación general: ej. recesión económica;
 - agenda política: ej. cambio climático, especialmente relevante para el Partido de los Verdes (así como ser un tema de importancia mundial).
- La inmediatez del problema es importante: por ejemplo, el gabinete ministerial sobre recuperación económica no se centra concretamente en la promoción de la salud; sin embargo, se presupone que la creación de empleos y la estabilidad económica será beneficiosa para la salud.
- El GAF respalda el trabajo de los gabinetes ministeriales. Está compuesto de altos funcionarios de departamentos relevantes del gobierno, que se reúnen más asiduamente que el gabinete para preparar los documentos y los asuntos que tratar. Un trabajo efectivo del GAF, incluida la cooperación entre los altos funcionarios de distintos departamentos, es esencial para el buen funcionamiento de los gabinetes ministeriales.

Se han acordado una serie de indicadores mediante los cuales se prueba cada estructura. De nuevo, los indicios demuestran que los gabinetes ministeriales son efectivos en los siguientes ámbitos:

Conclusiones y lecciones aprendidas

Este capítulo presenta una visión general sobre cómo trabajan los gabinetes y las secretarías ministeriales para respaldar un enfoque conjunto de todo el gobierno. Aporta ejemplos de gabinetes en algunos países, poniendo de relieve aquellos que favorecen el progreso de la STP. Es difícil analizar el impacto y la efectividad de estas estructuras debido a la naturaleza confidencial de las cuestiones que se tratan. Se han tomado varias medidas para intentar superar esta barrera, incluidas algunas reuniones con personal especializado, analizar las minutas públicamente accesibles de las reuniones del gabinete ministerial en Gales y analizar otras estructuras, como el GAF, que respaldan a los gabinetes ministeriales pero cuyo trabajo no está sujeto al mismo grado de confidencialidad.

Tabla 3.2 *Indicadores y alcance de la efectividad de los gabinetes ministeriales*

Indicador	Dimensión de la efectividad
Apoyo de la evidencia	No se han encontrado evidencias
Establecimiento de objetivos	Permitido para identificar prioridades Considerado una parte esencial de todo gabinete ministerial y sin el cual las reuniones no tienen sentido.
Coordinación	Mejor funcionamiento intersectorial en lo relativo a la planificación Mejor coordinación entre departamentos «sociales» como la salud y la educación. Mejor trabajo en «problemas reales interdepartamentales que necesitaban ser resueltos», como la falta de hogar o la discapacidad. Mejor cooperación interdepartamental en una cuestión de gran relevancia política
Abogacía	Permitió el compromiso del sistema político con un nuevo mecanismo de prestación de servicios para la salud
Monitorización y evaluación	No se han encontrado evidencias
Orientación normativa	No se han encontrado evidencias
Provisión de mandato jurídico	No se han encontrado evidencias
Implementación y gestión	No se han encontrado evidencias

Los hechos observados permiten pensar que la fuerza de los gabinetes ministeriales y sus estructuras de apoyo como los GAF residen en su capacidad para facilitar el diálogo y llegar a un consenso sobre asuntos de relevancia interdepartamental. Este podría ser el caso de los gobiernos que utilizan otros mecanismos para el trabajo interdepartamental y gubernamental y que podrían no depositar tanta confianza en que los gabinetes ministeriales consigan facilitar el diálogo y la negociación.

Fuentes bibliográficas

Cabinet Office (2010). *Cabinet committee system*. London, United Kingdom Cabinet Office (<http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/409188/cabinetcommitteesystemmay2010.pdf>, accessed 21 June 2010).

Cabinet Office (2010). *Guide to cabinet and cabinet committees*. London, United Kingdom Cabinet Office (<http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/411741/cabinet-committees.pdf>, accessed 21 June 2010).

Department of the Taoiseach (2007). *Cabinet handbook*. Dublin, Department of the Taoiseach (http://www.taoiseach.gov.ie/eng/Publications/Publications_Archive/Publications_2007/, accessed 17 June 2010).

Department of Health and Children Parliamentary Affairs Unit (2010). Factsheet. Dublin, Department of Health (http://www.dohc.ie/fact_sheets/pau_factsheet_201005.pdf?direct=1, accessed 31 August 2010).⁸

New Zealand Department of the Prime Minister and Cabinet (2010). *Cabinet committees* (<http://www.dPMC.govt.nz/cabinet/committees>, accessed 26 July 2012).

The Scottish Government (2008). *Guide to collective decision making*. Edinburgh, Scottish Government (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/11/12105442/0>, accessed 21 June 2010).

Welsh Government. *Cabinet committees*. Cardiff, Welsh Government (<http://wales.gov.uk/about/cabinet/cabinetsubcommittees/;jsessionid=bj4HMFtZSyJ616qGH7QTxG0SnpMITvlfS12Vs43f1J1g7gMJT4R!-612830727?lang=en>, accessed 21 June 2010).

⁸ La ficha técnica online ha sido actualizada desde entonces y la original se encuentra disponible bajo demanda en el Department of Health, Dublin.

Capítulo 4

El papel de los parlamentos: el caso del escrutinio parlamentario

Ray Earwicker

Introducción

El presente capítulo analiza la contribución de los parlamentos a un marco de gobernanza intersectorial que promueve la STP, basándose en el sistema del escrutinio parlamentario en Inglaterra, utilizando una investigación de 2009 sobre desigualdades en salud del Health (Select) Committee (Comité Selecto de Salud) (HSC) de la Cámara de los Comunes y haciendo referencia a los casos de Australia y Estonia. Se identifican algunas lecciones generales y prácticas que pueden extraerse de este proceso.

La gobernanza intersectorial se ve normalmente como el ámbito particular de los ministros del gobierno, de los responsables políticos y de otras partes interesadas, incluidos los gobiernos regionales y locales y otras agencias como el sector voluntario y privado. Los parlamentos también desempeñan su papel a través del establecimiento de la agenda, promoviendo enfoques intergubernamentales y una mayor implicación política, y proporcionando soluciones prácticas para mejorar la calidad de la elaboración de las políticas y obtener una mayor focalización en la implementación y la acción.

Este documento muestra el proceso de los trabajos del escrutinio parlamentario en Inglaterra, obtenido mediante una investigación del HSC. Se tratará el impacto sobre la acción intergubernamental y los acuerdos estructurales que constituyen los fundamentos de dicha acción. Se considerará también la relación entre esta investigación y la perspectiva ante las crecientes desigualdades en salud, elaborada por Sir Michael Marmot (Marmot, 2010).

El estudio del HSC muestra que el parlamento puede ser un importante defensor de la gobernanza intersectorial para la STP y cómo una clara evaluación del desarrollo y de la acción política puede traducirse en una mejor

gobernanza. El HSC apoyó la importancia de la cuestión de las desigualdades en salud y, mediante un informe claro, crítico y constructivo (Cámara de los Comunes, 2009), confirmó la validez del enfoque general. Resaltó la importancia de las desigualdades sociales e impulsó una mayor conciencia de todos los partidos sobre esta cuestión.

Un marco para el escrutinio

El papel del parlamento

Un gobierno democrático se compone de dos elementos: el poder ejecutivo (ministros), que formula las políticas, y el poder legislativo (parlamento), que transforma las propuestas en leyes.⁹ El papel del parlamento puede verse minado si un gobierno tiene un claro mandato sobre la acción y una gran mayoría que reduzca la efectividad de la voz del parlamento. El proceso de escrutinio puede ayudar al parlamento a reafirmar su influencia. En el parlamento de Reino Unido, el escrutinio es bipartidista, racional, basado en las evidencias y orientado a las mejoras y a evitar los errores (Sear et al., 2002). Cada Departamento de Estado está «a la sombra» de un comité selecto de todos los partidos. Para el Departamento de Salud (DH), esta «sombra» es el HSC. Los comités selectos son instituciones parlamentarias que pueden influir y dar forma al futuro de la elaboración de políticas a través de informes y recomendaciones.

El comité selecto

El cometido del HSC es analizar los gastos, la administración y la política del DH y de sus órganos públicos asociados en Inglaterra¹⁰ (Cámara de los Comunes, 2002), puesto que el poder DH es sólo aplicable a Inglaterra. Los comités selectos departamentales tienen un mínimo de 11 miembros que normalmente ocupan su sitio durante todo el mandato del parlamento, representando ampliamente la fortaleza del partido en la cámara¹¹. Las decisiones se toman sobre una línea de investigación y sobre las pruebas escritas y orales reunidas, incluidas las de testigos expertos. Por lo general, se realizan varias investigaciones al año. Todas las pruebas son publicadas y el

⁹ El Parlamento del Reino Unido tiene dos cámaras: la Cámara de los Comunes (formulación de políticas/finanzas) y la Cámara de los Lores (revisión). Ambas cámaras tienen por finalidad que los gobiernos rindan cuentas, por ejemplo, a través de preguntas parlamentarias de miembros individuales del parlamento (MP) u homólogos (miembros de la Cámara de los Lores) al primer ministro, ya sea de forma oral o escrita.

¹⁰ El reglamento del comité le otorga poderes para nombrar subcomités y publicar sus informes, enviados por cualquier persona, periódico o registro, y nombrar asesores especialistas.

¹¹ Miembros del HSC a 15 de marzo de 2009: Rt Hon Kevin Barron MP (presidente) (Laborista (L)), Charlotte Atkins MP (L), Peter Bone MP (Conservador (C)), Jim Dowd MP (L), Sandra Gidley MP (Demócrata Liberal), Stephen Hesford MP (L), Dr Doug Naysmith MP (L), Mr Lee Scott MP (C), Dr Howard Stoaite MP (L), Robert Syms MP (C), Dr Richard Taylor (Independiente).

informe de la investigación requiere una respuesta oficial y lo sigue un debate parlamentario al que responde el ministro del gobierno pertinente.¹²

Cuadro 4.1 *Comisiones parlamentarias de investigación*

- Elaboran un análisis independiente fiable y transparente en nombre de todo el parlamento. Piden cuentas a los ministros.
- Cuestionan abiertamente la base empírica y la metodología utilizadas en los programas de gobierno, con peritos y otros testigos.
- Determinan cómo actuar a la luz de sus investigaciones, incluido el establecimiento de conexiones transversales intergubernamentales
- Exigen una respuesta del gobierno a sus conclusiones dentro de un plazo
- Promueven un enfoque revisado de las políticas del gobierno, como una monitorización y evaluación mejoradas y una mejor orientación normativa.
- Emprenden y fomentan seguimientos, manteniendo el asunto vigente mediante un debate parlamentario, entre otras acciones.

Un proceso de desarrollo

Si bien los procedimientos y procesos parlamentarios están sólidamente establecidos en el Reino Unido, las disposiciones para un escrutinio efectivo del ejecutivo son mucho más recientes. Los comités selectos, tal y como los conocemos actualmente fueron establecidos en 1979. Los comités ya existían anteriormente, pero los cambios, así como la introducción del escrutinio departamental, llegaron después y se reconoció que «el equilibrio entre el poder ejecutivo y el parlamento estaba tan ponderado a favor del gobierno que despertaba la ansiedad generalizada y era reacia al buen funcionamiento de la democracia parlamentaria» (Sear et al., 2002).

No todos los países siguen el mismo camino. El modelo de gobierno federal, como Australia, asegura que los estados individuales tengan sus propias normas y procesos independientes para el escrutinio parlamentario. Las democracias nuevas y emergentes, como Estonia, siguen dándole forma al papel del parlamento y la función del escrutinio aún no está desarrollada. Incluso en el Reino Unido, se han realizado numerosos esfuerzos para fortalecer más el poder de los comités selectos ampliando su papel, proporcionando más recursos y nombrando un presidente del comité (Cámara de los Comunes) para evitar las interferencias del gobierno. Estas elecciones no tuvieron lugar por primera vez hasta junio de 2010.

¹² Un número reducido de comités selectos trabaja en el ámbito interdepartamental, como por ejemplo, el comité de cuentas públicas (PAC). El PAC examina los gastos públicos y está respaldado por la National Audit Office (NAO), que examina la rentabilidad y la relación coste-eficacia. En julio de 2010, la NAO publicó un estudio sobre la relación coste-eficacia de las desigualdades en salud y el objetivo de esperanza de vida (National Audit Office, 2010).

Aplicar el proceso de escrutinio

La investigación del HSC sobre desigualdades en salud (2007-2009) muestra cómo este proceso puede permitir que el parlamento se implique en reducir las desigualdades y en promover un enfoque sobre la STP.

Solucionar las desigualdades en salud en Inglaterra

Encontrar una solución para las desigualdades en salud ha sido una prioridad política en Inglaterra desde 1997. La cuestión goza ahora de apoyo bipartidista, desde que su estatus prioritario fue reafirmado por el nuevo gobierno de coalición en mayo 2010. El gobierno de coalición recalcó la importancia de la justicia social. (HM Government, 2010a).

El estudio de Acheson sobre desigualdades en salud identificó una brecha cada vez mayor y proporcionó una base científica para la acción en este ámbito (Acheson, 1998). El primer objetivo nacional de la historia en materia de desigualdades en salud, se basó en la mortalidad y la esperanza de vida infantil y fue adoptado en 2001. Este objetivo recibió el respaldo de una estrategia nacional que aportó una base para la colaboración intersectorial con el fin de reducir las desigualdades en salud e impulsó un enfoque de la STP en 12 departamentos gubernamentales (Departamento de Salud, 2003).

Los resultados en relación con el objetivo y los determinantes de la salud fueron controlados anualmente, a través de una serie de informes de situación y otras actualizaciones (Departamento de Salud, 2005) y las desigualdades en salud se convirtieron en una de las «seis principales» prioridades para el Servicio Nacional de Salud (NHS). El desarrollo de la prioridad política de las desigualdades en salud y su creciente notoriedad atrajo la atención del HSC a finales del año 2007. El comité opinaba que ese objetivo era difícil de cumplir, como dijo el presidente del HSC Kevin Barron: «sobre esta base iniciamos la investigación» (Hansard, 2009).

La investigación del HSC sobre desigualdades en salud: un estudio de caso

El HSC anunció su investigación sobre desigualdades en salud en octubre de 2007 y solicitó formalmente pruebas escritas. Era bien sabido que la brecha en salud seguía creciendo y la acción de las políticas del momento no estaba siendo efectiva. La relación entre una acción y su impacto se complicó por los desfases temporales de los datos. Esta incertidumbre se reflejó en el informe de situación de 2007, publicado el primer día de la escucha de las pruebas orales (Departamento de Salud, 2008). Sin embargo, estaba claro que la acción efectiva requería un equilibrio entre los determinantes de la salud,

como la vivienda, la pobreza y la educación infantil, y los servicios de salud y factores del estilo de vida.

Pruebas escritas

La investigación solicitó información sobre:

- la medida en que el NHS puede contribuir a reducir las desigualdades en salud
- la distribución y calidad de los servicios de los médicos de familia
- la efectividad de los servicios de salud pública
- la efectividad de las intervenciones específicas
- el éxito en la coordinación actividades del NHS
- la efectividad del Departamento de Salud
- las probabilidades del gobierno de lograr sus objetivos de solucionar las desigualdades en salud.

Durante la investigación, se enviaron ciento cincuenta y cuatro documentos escritos que conformaron las pruebas, procedentes del ámbito farmacéutico, de los productores de alimentos, del colegio de médicos, de los expertos académicos y del DH. Las respuestas individuales solían centrarse en los ámbitos más conocidos para los testigos.

Tabla 4.1 *Extractos de pruebas escritas al comité*

«Dada la naturaleza transversal de las desigualdades en salud y el papel transversal que el fútbol puede desempeñar para reducir las, un Ministro de Sanidad debería ser considerado como un embajador para el fútbol y para el deporte en general» (Football Foundation, p.165).

«Los individuos deberían ser animados a cambiar la comida «menos saludable» por la comida «más saludable» dentro de las categorías de alimentos de primera necesidad en el centro de asesoramiento dietético destinado a contrarrestar la creciente obesidad» (McCain Foods (GB) Ltd, p.24).

«Consideramos que existe una necesidad de un enfoque estratégico que incluya la colaboración entre los departamentos del gobierno en el desarrollo de programas conjuntos para llenar las lagunas en la base de evidencia sobre acción multisectorial para lidiar con los problemas de salud pública» (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), p.116).

Las pruebas que el DH aportó a la investigación (Cámara de los Comunes, 2008) revelaba que reducir las desigualdades en salud:

80 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

requiere un enfoque equilibrado de un amplio frente entre el papel del NHS en la prevención y el tratamiento de las enfermedades y el gobierno local que trabaja sobre todo en los determinantes sociales de la salud.

También se destaca que:

- Hay margen para mejorar los servicios de los médicos de familia y de atención primaria. Se está desarrollando una acción para reducir las desigualdades en salud.
- La salud pública es más efectiva cuando la acción para la mejora de la salud coincide con la acción para reducir las desigualdades en salud.
- Los programas específicos aumentan la notoriedad de las desigualdades en salud, promueven un trabajo innovador y actúan como elemento catalizador para futuras acciones locales.
- Los sistemas, procesos y herramientas están disponibles para permitir una acción efectiva.
- Las asociaciones colaborativas efectivas (para alcanzar el objetivo) existen desde 2002.
- El objetivo es difícil: se han realizado algunos progresos pero será difícil lograr todos los objetivos.

Pruebas orales

El comité procedió a clarificar las cuestiones tratadas en las pruebas escritas y en otros documentos tomando declaraciones o pruebas orales de una serie de expertos o testigos interesados en 11 sesiones a lo largo de 18 meses, desde el 13 de marzo de 2008. Los testigos tenían un amplio elenco de intereses, incluidos expertos científicos, partes interesadas, funcionarios y ministros.

El comité también realizó una serie de visitas a Glasgow, Países Bajos y Noruega, en el transcurso de la investigación y recibió el apoyo de consejeros especiales.

Tabla 4.2 *Algunas organizaciones y testigos de las pruebas orales*

Jueves 13 de marzo de 2008 – altos funcionarios, Departamento de Salud

Jueves 27 de marzo de 2008 – Profesor Sir Michael Marmot (University College, London y presidente de la CSDH [OMS]); Profesor Richard Wilkinson (University of Nottingham)

Jueves 5 de junio de 2008 – British Medical Association, Age Concern, Men's Health Forum

Miércoles 5 de noviembre de 2008 – Jamie Oliver (chef y presentador)

Jueves 6 de noviembre de 2008 – funcionarios de HM Revenue and Customs, de la Dirección de Fronteras del Reino Unido, y de NHS London Healthy Urban Development Unit

Jueves 13 de noviembre de 2008 – Baronesa Morgan of Drefflin, Subsecretaria parlamentaria (ministra), Departamento de la Infancia, la Escuela y la Familia

Miércoles 19 de noviembre de 2008 – Rt Hon Alan Johnson MP, Secretario de Estado de Salud

El informe del comité

El informe se publicó el 15 de marzo de 2009 y reveló que las causas de las desigualdades en salud eran complejas. Estas causas incluían el factor del estilo de vida, así como los DSS, pero el acceso a la atención sanitaria no parecía ocupar un lugar importante en la lista (Cámara de los Comunes, 2009).

Los múltiples elogios y el respaldo de las acciones del gobierno para reducir las desigualdades en salud tanto en el contexto nacional como internacional, contrastan con la continua escasez de evidencia adecuada y con la falta de una adecuada evaluación de las políticas vigentes, que impidieron el diseño y la introducción de nuevas políticas. Si bien el informe reveló que esta debilidad podría ser atajada por sencillos cambios del diseño de la política, señaló que la Marmot Review, constituía una oportunidad ideal para que el gobierno mostrase su compromiso con los métodos rigurosos para la introducción y evaluación de nuevas iniciativas.

El informe identificó una serie de retos principales, incluida la necesidad de:

- diseñar y evaluar las políticas de manera efectiva (párrafo 75);
- analizar la distribución de los recursos del NHS (párrafo 105), el coste-efectividad (párrafo 200) y la distribución (párrafo 219) de los servicios del NHS;
- reconocer los aspectos más amplios de las desigualdades en salud más allá de las desventajas socioeconómicas (párrafo 160);
- centrarse en la prestación y ejecución, especialmente en las áreas desfavorecidas (párrafo 138);
- desarrollar el liderazgo local en el NHS para respaldar la agenda (párrafo 218);
- fortalecer la contribución de la atención hospitalaria (especializada) (párrafo 245);

82 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

- elaborar un método de trabajo intergubernamental efectivo (párrafo 268).

También se le solicitó al gobierno que reforzase su compromiso con las desigualdades en salud reafirmando sus objetivos para los próximos 10 años (párrafo 159).

La necesidad de una acción efectiva coordinada por parte del gobierno a través de un enfoque de STP consta de forma muy relevante en el informe. Muchas de las causas directas de las desigualdades en salud residen fuera de salud y de la política de salud, y se dice que el DH tenía «un papel importante de liderazgo que desempeñar para todos los sectores y departamentos del gobierno, con el fin de promover un trabajo conjunto y así reducir dichas desigualdades» (párrafo 379). Este descubrimiento sobre la dirección quedó reflejado en la Marmot Review¹³ y en el libro blanco del gobierno sobre salud pública *Healthy lives, healthy people* (HM Government, 2010c).

La respuesta del gobierno

La respuesta del gobierno se hizo pública el 18 de mayo de 2009 (HM Government, 2009).

La respuesta afirmaba que el gobierno había utilizado la experiencia de los últimos 10 años para darle forma al enfoque para abordar las desigualdades en salud. Desde el principio el gobierno supo que no sería fácil y reconoció que las causas ya estaban muy arraigadas y, a menudo, socialmente determinadas. El gobierno:

- reforzó y renovó su determinación para reducir las desigualdades en salud y a esta determinación le añadió una serie de acciones interdepartamentales, a nivel local y regional;
- aprendió de la evidencia: hace una década existía poca evidencia sobre qué hacer y la acción era aleatoria e inefectiva; y
- se centró en el objetivo nacional de identificar las prioridades para la acción, entender qué es lo que funciona y desarrollar recursos basados en las evidencias para uso local.

La recomendación del estudio sobre el debate en torno a la evidencia y a la evaluación suponía un reto. La respuesta del gobierno citó la conclusión de

¹³ «el liderazgo transversal sobre las desigualdades en salud debería residir en el gabinete, y la responsabilidad de liderar debería recaer en el Secretario de Estado, para trabajar con otros ministros dentro del gobierno y para cumplir con la agenda interdepartamental» (Marmot, 2010, p.152)

Derek Wanless¹⁴ en su revisión sobre el futuro de la salud en la población: «la necesidad de actuar es demasiado apremiante para que la falta de una base empírica completa pueda ser utilizada como una excusa para la inercia» (Wanless, 2004). Un reciente documento académico afirmó que la posición ha cambiado y que ahora se conoce lo suficiente como para emprender una acción sobre las desigualdades sociales en salud. Sin embargo, en una referencia explícita al informe del HSC, el documento reconoció la visión general de que todo el mundo «al igual que nosotros, quiere una evidencia más sólida que sustente la acción» (Marmot, Allen y Goldblatt, 2010).

Los resultados del proceso de escrutinio

Establecimiento de la agenda

El informe del HSC contribuyó a establecer la agenda, especialmente a través del reconocimiento a la gran importancia de actuar frente a las desigualdades en salud, el valor de un enfoque intergubernamental, el empleo de un objetivo como elemento catalizador para la acción y la necesidad subyacente de un enfoque científico y de evaluación.

El ejemplo australiano (véase el estudio de caso mostrado a continuación) muestra que el escrutinio en un sistema diferente, federal, plantea las mismas ideas sobre el papel potencial del parlamento como responsable del establecimiento de una agenda para la acción intergubernamental, para mejorar los resultados y reducir las desigualdades sociales.

El margen de acción de la comisión parlamentaria varía en función del país. Si bien no todos los países tienen la supervisión sistemática de los departamentos, como es el caso del sistema del Reino Unido, la mayoría poseen otros medios que permiten al parlamento analizar las cuestiones de la STP. En Estonia, el parlamento (o Riigikogu) tiene el poder de formar comités selectos para tratar asuntos legales y acuerdos internacionales y de crear comités de estudio para analizar los **problemas de gran relevancia**, solicitando evidencia y consejos de expertos y publicando un informe sobre sus actividades (Parlamento estonio, 2003).

¹⁴ El gobierno le pidió a Derek Wanless, ex jefe ejecutivo del NatWest bank, que analizase la asequibilidad a largo plazo del NHS. A su informe *Securing our future health: taking a long-term view* (2002), le siguió un segundo informe en 2004 sobre el futuro de la salud de la población.

Informe de un Auditor General australiano sobre la promoción de una mejor salud mediante una alimentación saludable y actividad física.

Vivian Lin

En Australia, el Auditor General informa al parlamento sobre el trabajo de los departamentos del gobierno y de otros órganos del sector público.

En 2007, el Auditor General de Victoria presentó un informe al parlamento de Victoria en el que analizaba si la inversión del gobierno en la promoción de la salud había alentado a las personas a adoptar hábitos alimentarios más saludables, a comer más asiduamente y a alcanzar niveles de peso saludables. Y preguntaba: ¿se está haciendo lo suficiente?

Debido a la amplia gama de factores que contribuyen a una mala salud y a la diversidad de actores y acciones que se requieren para mejorar la salud, la auditoría elaboró un enfoque en torno al conjunto del gobierno. Además, la auditoría tomó como muestras a siete áreas locales de gobierno y comunidades, incluida la comunidad aborígen.

El informe constató que, aunque la creciente importancia de la obesidad ha ido adquiriendo reconocimiento y se han dado algunos pasos positivos en el ámbito, se necesitaba un enfoque más sólido del gobierno, además de mejor evidencia, datos y procesos de monitorización y evaluación.

El proceso de escrutinio a través del Auditor General había establecido el tema de manera sólida en el ámbito parlamentario, asegurando que el parlamento ayudara avanzar en la agenda y que fuera parte del debate público más amplio y de las acciones de seguimiento.

Fuente: Oficina del Auditor General de Victoria, 2007.

¿Una ventana de oportunidades?

La cita en noviembre de 2008 del estudio independiente Marmot Review sobre desigualdades sociales, dio un nuevo impulso al debate y ofreció una ventana de oportunidades para incorporar las desigualdades en salud en la agenda política general.

El informe del HSC fue publicado entre el informe de la CSDH de la OMS (2008), *Closing the gap in a generation*, y la publicación del informe Marmot Review, *Fair society, healthy lives* (2010). El informe *The spirit level* fue publicado el mismo mes que el informe del HSC y explicaba que las sociedades más igualitarias siempre obtienen mejores resultados que aquellas menos igualitarias (Wilkinson y Pickett, 2009).

No es sorprendente que el informe del HSC no fuese tan influyente como las otras publicaciones, pero sí mostró que el parlamento podría contribuir a la agenda de las desigualdades en salud con sugerencias reales y prácticas a través del proceso de escrutinio.

Una combinación de actividades parlamentarias locales y nacionales, incluso a través de los proyectos de ley que surgieron de la pobreza y la igualdad infantil, aprobadas en marzo de 2010, reforzó la atención sobre las cuestiones de las desigualdades en salud, las desventajas y la pobreza.

El interés en el trabajo del comité, y su capacidad para contribuir a esta agenda más amplia, quizás se reflejó mejor en la decisión de la BBC de dedicar casi la totalidad de su programa de noticias del mediodía a las desigualdades en salud, coincidiendo con la apertura de la investigación de las sesiones de pruebas orales el 13 de marzo de 2008.

El debate parlamentario

El debate sistemático sobre los informes del comité selecto de la Cámara de los Comunes ha visto incrementada su influencia y su capacidad para contribuir al establecimiento de la agenda, mediante la relación directa con el gobierno e instando al ministro responsable a responder a sus preguntas.

El estudio del 12 de noviembre de 2009 supuso una oportunidad para que los miembros del comité y otros diputados instasen al ministro a que impulsase un enfoque del gobierno para hacer frente a las desigualdades en salud y establecer una base común. Desde el principio, se reconoció la dificultad y complejidad del desafío. Kevin Barron (laborista), presidente del comité, dijo: «espero que el informe haya cumplido los objetivos que se pretendía, comprobar que no hay ninguna solución milagrosa para las desigualdades en salud. No la hay porque, de haberla habido, habríamos hecho algo al respecto hace años» (Hansard, 2009).

De igual modo, pese a que la falta de evidencia y la evaluación deficiente hacían «casi imposible saber qué hacer», y aunque el objetivo fuese «probablemente el más difícil del mundo», el HSC concluyó que el objetivo fue «un elemento catalizador útil para mejorar y recomendamos que se reafirme el compromiso para los próximos 10 años».

El papel de los determinantes sociales –y del enfoque de la STP– fue un aspecto destacado del debate, dado que la «falta de acceso a buenos servicios de salud no parece ser una de las principales causas de las desigualdades en salud», y se necesitaba un enfoque más amplio. Esto implicó una mayor atención a los programas y a la acción local, como los centros infantiles¹⁵ Sure Start. Peter Bone (conservador), dijo que estos programas tenían que «ir

¹⁵ Los centros infantiles Sure Start nacieron de un programa intergubernamental nacional dirigido por el Departamento de Educación para niños de 0 a 4 años y sus familias para asegurar una mejor preparación para el colegio y para mejorar la salud, inicialmente en áreas desfavorecidas pero, posteriormente, se desarrollaron en ámbitos más generales.

destinados a los casos más difíciles... está funcionando bien, pero no está llegando a los casos más complejos y... es a las voces silenciosas a las que [tenemos que llegar]».

Howard Stoate (laborista) planteó la cuestión del entorno físico de los barrios locales. Se dijo que, «si bien no hay duda de que las condiciones de vivienda de las personas han mejorado... el estado de sus barrios deja mucho que desear y no ha mejorado en la misma medida. Del mismo modo, había que examinar las estrategias para reducir la delincuencia y mejorar el acceso al empleo, a la educación y a los servicios de salud».

Mike Penning (conservador) puso de relieve el consenso de todos los partidos para lograr mejoras y evitar errores. Penning dijo también que: «las contribuciones que hemos escuchado hoy han sido muy sensatas. Demuestran que la Cámara realmente se preocupa por el tema. No es un partido político».

Gillian Merron (laborista), la ministra de salud pública, respondió a los asuntos del debate. Retomando comentarios previos sobre un enfoque constructivo entre partidos, acogió bien «la crítica constructiva del comité sobre cómo deberíamos mejorar».

Recalcó la complejidad de las desigualdades en salud y la necesidad de establecer un enfoque intergubernamental sobre STP: «Las personas que sufren desventajas materiales, precariedad de la vivienda, menor nivel educativo, precariedad en los empleos o carencia de vivienda son más susceptibles de tener también peor salud y una muerte temprana en comparación con el resto de la población».

Para un futuro, indicó que la Marmot Review «nos colocará sobre una base más firme para el desarrollo de una estrategia nacional de todo el gobierno contra las desigualdades en salud» (Hansard, 2009).

Después del debate

La atención y la acogida de esta publicación de la Marmot Review en febrero de 2010 mostró lo lejos que había llegado el debate sobre desigualdades en salud en los últimos 10 años. Ahora era una cuestión política muy vigente. Esto requería una cobertura y una discusión entre los medios y los foros políticos. Todos los partidos políticos participaron en el debate. Además, también se reconoce cada vez más como parte de la forma de hacer negocios del NHS y en otros servicios públicos, incluso a través de los procesos de planificación, ejecución y rendimiento. También fomentó una mejor gobernanza y la promoción de un enfoque de la STP.

El ejercicio de escrutinio previsto por el informe de las desigualdades en salud del HSC contribuyó a este debate que informaba del desarrollo de la Marmot Review. También contribuyó directamente a sus ideas sobre varios puntos principales, entre ellos el uso de la evaluación.

«El Comité Selecto de la Salud ha identificado la necesidad de intervenir en las desigualdades en salud para evaluarlas de forma más adecuada... ha identificado una serie de pasos básicos que se pueden dar para asegurar que se implementan nuevas intervenciones, de manera que reduzcan significativamente los retos relacionados con la evaluación de las intervenciones sociales» (Marmot, 2010). La revisión mostró también la preocupación reflejada en el informe sobre el alcance y el plazo de las políticas, la necesidad de reconciliar los objetivos a largo plazo con los beneficios a corto plazo y la necesidad de prestar más atención al proceso de planificación como forma de integrar la acción en los DSS, incluida la planificación, el transporte, la vivienda y los sistemas del entorno y la salud.

La prueba de fuego llegó con el cambio de gobierno en mayo de 2010, cuando se estableció un nuevo gobierno de coalición de conservadores y liberal demócratas, reemplazando a la nueva administración de los laboristas que llevaba en el poder desde mayo de 1997. La administración anterior había establecido las desigualdades en salud como la base de su agenda de justicia social, asignó el estudio de Acheson y estableció el objetivo y la estrategia nacional sobre desigualdades sociales. El informe del HSC aportó al menos un veredicto parcial sobre la forma práctica de trabajo de este sistema y realizó algunas sugerencias prácticas para fortalecerla.

El nuevo gobierno estableció desde el principio su compromiso con la equidad y la justicia social proponiendo un enfoque basado en los resultados, en lugar del sistema de objetivos nacionales y haciendo especial hincapié en las acciones locales y comunitarias. Las desigualdades en salud han seguido desempeñando un papel relevante en el desarrollo de las políticas y en la prestación de servicios, en particular, a través de una nueva norma sobre desigualdades en salud propuesta por el NHS (HM Government, 2010b).

Las elecciones de 2010 supusieron también la elección de nuevos presidentes y miembros para los comités selectos. El nuevo presidente del HSC es Stepehn Dorrell (conservador), ex Secretario de Estado para la Salud. Las propuestas prácticas del informe de 2009 sobre desigualdades sociales siguen siendo relevantes. Por ejemplo, recurrió a las intervenciones de años previos para mantenerse «centrado en los niños que viven en las circunstancias más desfavorecidas» (Cámara de los Comunes, 2009). La política del nuevo gobierno encarnó esta recomendación «reorientando los centros infantiles

Sure Start para aquellos que más los necesitan» (HM Government, 2010c). Estos centros proporcionan apoyo en salud y educación a niños de 0 a 4 años y a sus familias.

Conclusión

Este estudio muestra el impacto que tiene el proceso de escrutinio parlamentario a la hora de impulsar los puntos principales de la agenda de desigualdades en salud y de reivindicar una voz para el parlamento en el debate. Sus propuestas y recomendaciones prácticas forman parte de una amplia discusión sobre el futuro de la promoción de una gobernanza efectiva en la STP, para reducir la brecha y las desigualdades en salud.

Asimismo, muestra cómo el HSC, con representación de todos los partidos, impulsó un enfoque bipartidista más consensado entre los partidos, utilizando la evidencia y los datos disponibles, ayudó a obtener un mayor apoyo para un enfoque que reconociera las causas más amplias de las desigualdades en salud y las posibilidades de acción a través de una serie de políticas necesarias para hacerles frente. Reflejaba un enfoque de todos los partidos hacia la mejora.

El informe del HSC fue publicado en un momento muy oportuno en el marco de un debate más amplio sobre justicia social en 2009/2010 que perseguía abordar las cuestiones de las desigualdades, las desventajas y la pobreza, tales como la estrategia de salud de los niños, incluyendo el desarrollo de centros infantiles Sure Start, la pobreza infantil y las leyes de igualdad.

Los hallazgos del informe siguen siendo relevantes en el contexto del compromiso explícito del gobierno de coalición para la equidad y la justicia social, reflejado en la creación de un nuevo gabinete ministerial de justicia social y salud pública. La Marmot Review también ha llevado adelante estas cuestiones vigilando el terreno para un enfoque más amplio después de 2010. Este informe proporciona la base para el trabajo del nuevo University College London Institute of Health Equity dirigido por Sir Michael Marmot, y en parte financiado por el DH. Las conclusiones del informe del HSC de 2009 les ayudarán a mantener estas previsiones.

Las desigualdades en salud siguen siendo una prioridad política a pesar del cambio de gobierno en mayo de 2010. Esto lo demuestra la adopción de la Marmot Review por parte del gobierno de coalición en el libro blanco sobre salud pública (HM Government, 2012) así como la decisión de crear una nueva norma para el Secretario de Estado y el NHS que obliga a tener en cuenta la necesidad de reducir las desigualdades en salud antes de tomar las

decisiones, desde el 1 de abril de 2013 (Departamento de Salud, 2012). La apropiación de la agenda de justicia social por parte de todos los partidos durante la transición de los partidos en el gobierno en mayo de 2010 es un fenómeno relativamente nuevo. Las transiciones previas fueron más abruptas, como fue el caso de 1979, con consecuencias adversas para las desigualdades en salud. El Black Report, encargado por el gobierno laborista en 1977, fue entregado al gobierno conservador en 1980. Sus hallazgos fueron ignorados y, en el año 1997, con otro cambio de gobierno, se llevó a cabo otra investigación para analizar el origen de las causas de la mala salud abordando «la relación entre la salud y la riqueza» (Hansard, 1997). Mientras tanto, la brecha de salud se había ensanchado entre las décadas de los 70 y los 90 (Acheson, 1998).

Existen claros signos de que, desde 1979, los comités departamentales selectos han reforzado la capacidad del parlamento para controlar y pedir cuentas al ejecutivo y para concienciar al Ejecutivo de la importancia de rendir cuentas. Esta gran efectividad se puede ver a lo largo de las conclusiones del HSC y de las siguientes investigaciones del PAC. Estas investigaciones plantean las desigualdades en salud como un problema para el conjunto del gobierno, para lo cual deben centrarse en encontrar una solución consensuada a través del proceso de escrutinio. Además, también le ha dado una voz al parlamento en el debate existente, mayoritariamente a través de los ministros y académicos.

En general, el proceso de escrutinio parlamentario muestra cómo los parlamentos pueden participar en los debates políticos independientemente de los intereses del gobierno. Se trata de una agenda en desarrollo, tal y como muestran las distintas experiencias en Australia y Estonia, así como la adopción de un proceso de escrutinio por parte del gobierno local inglés.

El proceso de participación de todos los partidos mejora la influencia potencial de los hallazgos, y puede desafiar el enfoque del gobierno, haciendo finalmente que éste sea más efectivo en disminuir la brecha de salud, así como en promover un enfoque más consensuado entre los límites de cada partido para asuntos como las desigualdades en salud.

Fuentes bibliográficas

Acheson D (1998). *The independent inquiry into health inequalities*. London, The Stationery Office.

90 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.

Department of Health (2003). *Tackling health inequalities: programme for action*. London, Department of Health.

Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the programme for action*. London, Department of Health.

Department of Health (2008a). *Tackling health inequalities: 2007 status report on the programme for action*. London, Department of Health.

Department of Health (2008b). *Health inequalities – progress and next steps*. London, Department of Health.

Department of Health (2009). *Tackling health inequalities: 10 years on – a review of developments in tackling health inequalities in England over the last 10 years*. London, Department of Health.

Department of Health (2012). *Health and Social Care Act explained*. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/health/2012/06/act-explained>, accessed 2 July 2012).

Estonian Parliament (Riigikogu) (2003). *Rules of Procedure Act*, 11 February 2003. Tallinn, Estonian Parliament (<http://www.legaltext.ee/text/en/X70029K2.htm>, accessed 7 July 2012).

Hansard (1997). *House of Commons Parliamentary debate. 11 June 1997*. col. 1139–1140. London, House of Commons (http://hansard.millbanksystems.com/commons/1997/jun/11/engagements#S6CV0295P0_19970611_HOC_182, accessed 23 July 2012).

Hansard (2009). *House of Commons Parliamentary debate, 12 November 2009*, col. 133–165. London, House of Commons.

HM Government (2009). *The Government's response to the Health Select Committee report on health inequalities* (Cm 7621). London, The Stationery Office.

HM Government (2010a). *The Coalition: our programme for government*. London, Cabinet Office.

HM Government (2010b). *Equity and excellence: liberating the NHS* (CM 7881). London, Department of Health.

HM Government (2010c). *Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England* (CM 7985). London, The Stationery Office.

House of Commons (2002). *Select Committees: Standing Order 152*. London, House of Commons (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200102/cmstords/27519.htm>, accessed 2 July 2012).

House of Commons (2008). *Health Committee: health inequalities – written evidence, session 2007-08*, volume 2 (HC422-II). London, The Stationery Office.

House of Commons (2009). *Health Committee: health inequalities – third report of the session 2008-09*, volume 1 (HC286-I). London, The Stationery Office.

Marmot M (2010). *Fair society, healthy lives* (The Marmot Review). London, University College London.

Marmot M, Allen J & Goldblatt P (2010). A social movement, based on evidence, to reduce inequalities in health. *Social Science & Medicine* 71:1254–1258.

National Audit Office (2010). *Tackling health inequalities in life expectancy in areas with the worst health and deprivation, Session 2010-11* (HC186). London, The Stationery Office.

Sear C et al. (2002). *Departmental Select Committees*, House of Commons' Library Research Paper 02/35. London, House of Commons (<http://www.parliament.uk/documents/commons/lib/research/rp2002/rp02-035.pdf>, accessed 2 July 2012).

Victorian Auditor-General's Office (2007). *Promoting better health through eating and physical activity*. Melbourne, Victorian Auditor-General's Office.

Wanless D (2004). *Securing the good health of the population: final report*. London, The Stationery Office.

Wilkinson R & Pickett K (2009). *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London, Allen Lane.

Capítulo 5

Unidades y comités interdepartamentales

Scott Greer

Introducción

Tanto los comités como las unidades interdepartamentales son estructuras de gobernanza intersectorial que intentan reorientar los ministerios del gobierno en torno a una prioridad intersectorial común. Trabajan a escala burocrática sin organizaciones que dificulten su labor. Poseen muchas ventajas y usos, pero también cuentan con la desventaja de que necesitan apoyo político para realizar mejor su trabajo y, como estructuras burocráticas, normalmente no pueden obtener tal apoyo político por sí mismas.

Ambos mecanismos son fundamentalmente burocráticos. Actúan dentro de la burocracia, su justificación fundamental es que pueden mover a la burocracia por una prioridad intersectorial particular, y su fuerza depende de su capacidad para persuadir a otros burócratas para trabajar con ellos (lo que es más factible si tienen un respaldo político sólido).

Es importante destacar que los comités, en especial, no abarcan toda la coordinación burocrática interdepartamental del gobierno. Se centran en ello pero, probablemente, sólo sea una pequeña parte de la coordinación. El hecho de centrarse en la coordinación no debe excluir las técnicas más rutinarias como la copia de documentos para contactar personas de otros departamentos. Asimismo, tampoco implica que los únicos comités y unidades de interés sean aquellos dirigidos por especialistas en salud. El servicio en los comités y unidades dirigidas por otros departamentos, y la participación en su mecanismo de consulta, es ubicuo y una técnica fundamental para la gobernanza intersectorial.

Comités interdepartamentales

Los comités interdepartamentales son comités compuestos por representantes de la administración pública (o, posiblemente, cargos políticos) a escala departamental. Podrían hacer sombra a un comité

ministerial o contar con los servicios de una unidad interdepartamental. Consulte el Capítulo 3 para la discusión de los comités ministeriales o a nivel político.

Los comités interdepartamentales aparecieron a lo largo de la historia de la salud pública moderna, como en el caso del Comité Interdepartamental sobre Deterioro Físico (Interdepartmental Committee on Physical Deterioration) en 1904 en el Reino Unido o del Comité Interdepartamental de Nutrición de los Estados Unidos para la Defensa Nacional (Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense). Las anteriores recomendaciones, formuladas a raíz de los problemas para reclutar tropas sanas para la Guerra de los Boers, contribuyeron a la campaña emergente para la nutrición infantil y las comidas escolares en el Reino Unido y en todo el mundo (Soloway, 1995). Esto último se debió a las preocupaciones estadounidenses de que las tropas y poblaciones de sus aliados de la Guerra Fría (en especial la República de Corea y Taiwán, China) estuviesen desnutridos, e hizo que Estados Unidos invirtiese más en el estudio de alimentación de la población y en explicar la importancia de las vitaminas dentro y fuera del país (Hegsted, 2005). En ambos casos, los comités canalizaron los recursos departamentales y externos para producir datos y recomendaciones importantes, aunque en ambos casos fueron las preocupaciones sobre la salud de los reclutas militares las que estaban detrás de su formación e importancia.

Actualmente, hay numerosos ejemplos de comités interdepartamentales, muchos de los cuales no son apenas visibles para los observadores externos. Los dos estudios de caso que aparecen a continuación dan algunos ejemplos. El Comité Nacional para la Salud Pública de Francia es el comité directivo de los planes de salud intersectoriales, asociando (y educando) a varios ministerios importantes.

Desarrollar un enfoque intergubernamental de la salud a nivel administrativo

Nicolas Prisse

El Comité Nacional de Salud Pública (Comité National de Santé Publique, CNSP) fue creado en 2004 por la Ley de Salud Pública. Su misión es actuar como grupo intergubernamental para mejorar la coordinación y la información dentro de los ministerios principales cuyas políticas podrían tener un gran impacto en la salud, especialmente en los ámbitos de prevención y seguridad en salud.

Las siguientes instituciones son miembros del CNSP: ministerios a cargo de la Sanidad, Asuntos Sociales, Educación, Universidades, Seguridad, Defensa, Justicia, Economía, Agricultura y Medioambiente, así como el servicio nacional de seguros de salud. El Directeur Général de la Santé, el equivalente al Ministro de Sanidad, dirige este comité. Al igual que el Ministerio de Sanidad, los otros

ministerios no están representados por un cargo político sino por funcionarios.

El comité se reúne cada tres meses. Si es necesario, puede organizarse en subgrupos.

El CNSP fue elegido para desempeñar el papel de un comité directivo para la implementación de algunos planes nacionales de salud, cuando tienen un amplio campo de aplicación dependiente de varias administraciones.

No obstante, también tiene que mejorar su capacidad para tomar decisiones comunes, especialmente durante la fase de elaboración de políticas públicas.

Fuente: Gobierno de Francia

Comité de seguridad vial del gobierno de Eslovaquia

Gabriel Gulis

El gobierno de Eslovaquia creó un comité intersectorial permanente para la seguridad vial («el comité») por un decreto gubernamental de diciembre de 2004. El gobierno delegó la dirección del comité al Ministerio eslovaco de Transportes, Correos y Telecomunicaciones, que creó una unidad especial para proporcionar coordinación, administración y respaldo en materia de contenidos al comité.

Los miembros del comité son los Ministerios de Asuntos Interiores, Finanzas, Justicia, Educación y Ciencia, Medioambiente, Sanidad y Construcción y Desarrollo Regional. El objetivo del comité es mejorar la seguridad vial en Eslovaquia y reducir el número de accidentes y muertes en carretera en calidad de comité consultivo del gobierno.

La unidad responsable del comité debe rendir cuentas al Ministerio de Transportes, Correos y Telecomunicaciones y el comité, a su vez, al gobierno de Eslovaquia. Las actividades llevadas a cabo por el comité incluyen la recolección de información y la evaluación, el establecimiento de objetivos y metas, la defensa, la educación para la salud, la monitorización y la evaluación de las tendencias y de la dirección del asunto. Para realizar todas estas tareas, la unidad del Ministerio de Transporte, Correos y Telecomunicaciones desempeña un papel imprescindible. El impacto del trabajo se evalúa en base a las estadísticas nacionales sobre accidentes en carretera, número de muertes y pérdidas económicas, en su mayoría relacionadas con los costes directos de propiedades destruidas.

El trabajo del comité está reconocido como la contribución más importante al notable descenso de los accidentes y muertes en carretera que se ha registrado en Eslovaquia entre 2008 y 2009. Los datos de este descenso, así como otras referencias, están disponibles en la página web del comité (<http://www.becep.sk>) (de momento disponible únicamente en eslovaco).

Fuente: Estudio de caso realizado por Gabriel Gulis, SDU Esbjerg, Dinamarca, en 2010, basado en la comunicación con Milos Dunaksky, Unidad BECEP del Ministerio de Transportes, Correos y Telecomunicaciones, Eslovaquia.

El comité eslovaco de seguridad vial, que tiene una jurisdicción más reducida y herramientas más detalladas, ha contribuido a una fuerte disminución del número de muertes en carretera.

Además, el Reino Unido brinda numerosos ejemplos, en gran parte porque su Oficina del Gabinete realiza esfuerzos significativos en la investigación, creación, evaluación y publicación sobre el asunto bajo el mandato de Tony Blair, aunque otros países con la forma gobierno de Whitehall¹⁶ se esforzaron mucho para formular y evaluar modelos de gobernanza intersectorial (Sabel, 2001). Una forma de estructura que se encuentra en casi todos los Estados miembros de la UE es el órgano responsable para la coordinación política de la UE. Hay una gran diferencia en sus tareas y en su efectividad, pero a menudo son los comités de coordinación más efectivos en muchos Estados miembros (la necesidad de formular una posición coherente para las discusiones de la UE es un imperativo que a menudo falta en la política interna). Estos comités están supervisados normalmente por un ministerio central (suele ser el primer ministro) y se encargan de identificar, establecer y resolver las disputas interdepartamentales (Greer, 2010).

La ventaja de los comités interdepartamentales es la misma que cualquier otro comité funcional: los representantes de las diferentes unidades los usan como foro para la resolución de problemas. Los comités reducen los costes de una decisión maximizando la información relevante de que se dispone y disminuyen los costes de la implementación involucrando los intereses afectados (departamentos) en la decisión. En principio, los grupos afectados saben que el comité podría tomar una decisión tras expresar y debatir sus preocupaciones. Las reuniones ordinarias del comité también pueden ser un estímulo para la acción, puesto que permiten a los participantes comprobar la nueva información, las acciones y el progreso. Un informe, como los de Estados Unidos y de Reino Unido, puede tener el mismo impacto que otros informes bien documentados de mayor índole.

El punto débil es que el comité sea víctima de los riesgos que presentan los comités, y que han sido objeto de tantos chistes, caricaturas y sátiras de toda cultura que haya conocido la burocracia. Estos riesgos pueden clasificarse en varias categorías muy sencillas. Uno de ellos es la energía agotada: el comité deja de cumplir con su cometido, los altos cargos envían diputados de bajo rango, su misión se olvida. Una segunda categoría es la irrelevancia: los departamentos envían representantes pero no se sienten comprometidos con

¹⁶ El modelo de Whitehall se refiere a países con un servicio civil generalista no partidista, típico de Reino Unido y coexistiendo con un estilo de gobierno "Westminster" en el que el gobierno procede del Parlamento elegido por miembros electores únicos. Ver Greer y Jarman (2010).

la agenda ni con su puesta en marcha. La tercera categoría es el sabotaje: los departamentos lo utilizan únicamente como forma de espiar a personas que les soliciten realizar cosas que les desagradan.

El Comité Interdepartamental de Salud Pública asiste a la implementación del Programa Nacional de Salud Pública en Hungría

Roza Adany

Comparado con la media de los 27 Estados miembros de la UE, el riesgo relativo de mortalidad prematura en la población húngara es el doble en el caso de los hombres y 1,7 veces superior en el caso de las mujeres. Estos datos reflejan, no solamente un grave problema de salud pública en el país, sino que también podría debilitar el desarrollo sostenible y la competitividad internacional de la economía húngara, debido a una pérdida de recursos humanos.

El gobierno reconoció la absoluta necesidad de mejorar la salud de la población y aseguro que ello requiere una acción a largo plazo a nivel intersectorial. En 2001, se desarrolló un programa para la salud pública «For a Healthy Nation» que, más tarde, fue aceptado por el gobierno (Decreto del gobierno 1066/2001) y, posteriormente, puesto en marcha. También se creó un Comité Intersectorial para la Salud Pública (IPHC) con representación de todos los ministerios. Entre las muchas acciones del programa, se empezaron a realizar mamografías. Pese al cambio de gobierno que se produjo en 2002, el Programa de salud pública siguió en vigor como Programa Nacional para el Decenio de la Salud (Decreto parlamentario 46/2003).

Se creó una oficina para el programa con el fin de coordinar las tareas operacionales, bajo el mando de la Secretaria de Estado, Zsuzsanna Jakab. El papel del IPHC fue reforzado hasta convertirse en un órgano operacional, que tomaba las decisiones de las acciones que se emprendían y sobre la distribución del presupuesto. Se lanzaron programas intersectoriales en los que los distintos ministerios trabajaban juntos en la planificación e implementación de los programas. El Programa de Salud Pública alcanzó su pico máximo de éxito en el período 2002-2006, con la introducción de normativas de la UE sobre salud pública, la continuación del cribado de cáncer de mama, el lanzamiento de un programa de cribado de cáncer de cérvix, la elaboración de una Estrategia de Sida y del Programa Nacional de Seguridad Alimentaria, la creación de programas de promoción de la salud en asentamientos, el lugar de trabajo y la escuela.

Fuente: Ministerio húngaro de Sanidad

Unidades interdepartamentales

Las unidades interdepartamentales son grupos de funcionarios, creados y organizados específicamente para abordar una política o una agenda en concreto. Suelen ser delegados de otro órgano: un comité ministerial, un comité interdepartamental o un ministro del gobierno central. Se diferencian de las agencias en que no son responsables de la prestación de servicios, son órganos surgidos por la necesidad de coordinar más que de prestar un servicio de manera autónoma, que es la finalidad de las agencias (Talbot 2004). Por otro lado, el lenguaje suele ser distintivo localmente, con grupos sustancialmente similares llamados «unidades», «oficinas» u otros nombres distintos, dependiendo del lugar y del tiempo. Lo que las distingue de otros órganos, más que su nombre, es su pequeño tamaño, su plantilla de funcionarios y sus funciones de coordinar y establecer prioridades.

La ventaja de las unidades interdepartamentales, por encima de todo, es que tienen personal. El trabajo para la gobernanza intersectorial puede requerir más tiempo y esfuerzo que el trabajo burocrático convencional. La actividad de los gobiernos es, demasiado a menudo, difícil de redirigir puesto que está fijada por los ritmos de las burocracias establecidas y el frenesí de la política cotidiana. La política cotidiana hace que sea más difícil para los ministros centrarse en reorientar la burocracia y el resultado de las máquinas burocráticas puede cruzarse en su camino.

Una unidad es una solución parcial porque puede continuar con las misiones políticas de gobernanza intersectorial cuando los políticos deben dedicarse a otras tareas. Como delegado, puede continuar trabajando en una prioridad independientemente de los compromisos de sus patrocinadores políticos. Todo lo que necesita para mantener su relevancia política es un compromiso creíble por parte de los patrocinadores de que respaldarán el órgano ante cualquier posible adversidad.

El punto débil de una unidad interdepartamental es, lógicamente, que nadie escucha. Es normal oír que las unidades están apartadas por ser demasiado intelectuales o poco prácticas, o demasiado alejadas de las preocupaciones principales de la burocracia. Hay tres tipos de respuestas. Una de ellas es que la voluntad política sí importa. Toda unidad tiene la oportunidad de ser efectiva si se conoce que «pertenece» a un ministro, quien se ocupará de defenderla si procede. La segunda es que el personal importa. Las circunstancias individuales de cada unidad pueden variar, al igual que puede hacerlo la presencia de externos (en la medida en que se necesiten nuevas ideas). El requisito fundamental es que la unidad se componga de personal que combine competencia técnica, energética y nociones de cuestiones burocráticas y políticas. La tercera respuesta reside en la estrategia. Un

escollo, por ejemplo, es que la unidad se constituye como una especie de crítico interno, lo que es probable que aleje sus objetivos y reduzca su valor para sus partidarios. Otra razón es que sus propuestas parecen poco prácticas. La solución estratégica puede cambiar, pero el requisito principal es que se convierta en un aliado fiable para, al menos, algunos intereses del sector afectado. Esto implica «buenos modales» burocráticos y grandes esfuerzos para ayudar a los departamentos a solucionar sus problemas. La inteligencia y un enfoque de enfrentamiento únicamente tienden a terminar mal, puesto que los departamentos y sus ministros repelen las críticas que no aporten soluciones. (House of Lords, Select Committee on the Constitution, 2010).

Comité intersectorial a nivel estatal: Grupo de trabajo para la Salud en Todas las Políticas, California

Linda Rudolph, Aimee Sisson y Julia Caplan

Con el fin de reconocer el impacto que tienen sobre la salud las políticas que no son del sector salud, así como la compleja relación que hay entre la sostenibilidad y la salud, el estado de California creó un grupo de trabajo para la Salud en Todas las Políticas en 2010. Este grupo de trabajo utiliza la salud como el enlace para unir a las personas a través de los sectores del gobierno estatal, para abordar asuntos como la equidad y la sostenibilidad medioambiental y económica. La perspectiva del grupo de trabajo en relación a la Salud en Todas las Políticas, se centra en los beneficios mutuos y en las estrategias ventajosas para todos. El grupo de trabajo fue creado por orden del gobernador y situada bajo los auspicios del State's Strategic Growth Council (SGC). Asimismo, se le atribuyeron las responsabilidades de identificar «los programas prioritarios, las políticas y las estrategias necesarias para mejorar la salud de California, a la vez que se intentan lograr los objetivos del SGC de mejorar la calidad del agua y del aire, proteger los recursos naturales y las tierras agrícolas, aumentar la disponibilidad de una vivienda asequible, mejorar las infraestructuras, promover la salud pública, crear comunidades sostenibles y cumplir los objetivos del estado sobre el cambio climático».

El Grupo de trabajo de California para la Salud en Todas las Políticas representa el primer uso formal de la STP por parte de un grupo gubernamental estatal de Estados Unidos. Durante un período de unos ocho meses, los representantes de las 19 entidades ejecutivas de California se reunieron en grupos de trabajo, organizaron talleres de participación ciudadana y recibieron comentarios escritos de una larga lista de partes interesadas. Estos líderes estatales desarrollaron una amplia serie de recomendaciones destinadas a mejorar la eficiencia, la rentabilidad y la naturaleza colaborativa del gobierno estatal, a la vez que se promovían la salud y la sostenibilidad.

Las recomendaciones del grupo de trabajo abordan dos direcciones estratégicas:

1. crear comunidades sanas y seguras con oportunidades para el transporte activo, la seguridad, la vivienda sana y asequible; lugares donde ser activo, como los parques, espacios verdes y doseles de árboles, que ofrezcan la posibilidad de ser activo sin temer la violencia o la delincuencia y de tener acceso a alimentos saludables a precios asequibles;
2. encontrar oportunidades para aplicar una lente de salud durante la política pública y los programas de desarrollo.

El abanico de recomendaciones engloba desde acciones puntuales realizadas por parte de una sola agencia hasta las oportunidades disponibles para que todas las agencias tengan en cuenta la salud a la hora de tomar decisiones. Muchas de estas recomendaciones se pueden aplicar a través de una acción administrativa, mientras que otras requieren una legislación al respecto. Algunos ejemplos de recomendaciones son la eliminación de las barreras para la adquisición institucional de productos locales, añadirle una lente de salud a los documentos orientativos sobre el transporte y la planificación urbana, y crear herramientas de evaluación para prever los costes de los proyectos a largo plazo y los beneficios de la legislación propuesta.

Fuente: The Strategic Growth Council

Estas unidades suelen atraer a académicos, consultores y empresarios políticos – son interesantes pequeños grupos de personas que trabajan por una misión. La mayor parte de la atención ha ido dirigida recientemente al Reino Unido, así como a la Unidad de Prestación de Servicios del Primer Ministro (Barber, 2007) y a la Unidad de Rendimiento e Innovación (Performance and Innovation Unit, 2000) o unidades similares más antiguas (Klein and Plowden, 2005).¹⁷ Las experiencias del Reino Unido incluyen una unidad para lidiar con las personas sin techo que duermen en las calles y que a menudo tienen problemas muy complejos. Se centró en reunir todos los aspectos relevantes del gobierno local, la vivienda, el trabajo social y los servicios de salud (Page, 2005) así como la reducción de daños asociados a drogas.

Comités interdepartamentales: el sistema de gobierno finlandés

Juhani Lehto

A nivel de los altos y medios funcionarios de diferentes ministerios, la red de comités permanentes y temporales y los grupos de trabajo y proyectos de

¹⁷ El trabajo del centro de revisión de políticas centrales de personal era desarrollar un pensamiento independiente fuera de los departamentos, al servicio del Primer Ministro y no tenía por qué mantener buenas relaciones con los departamentos. La Unidad de Rendimiento e Innovación era un grupo pequeño cuya tarea era identificar las maneras en que el gobierno podía organizarse para rendir mejor. Si bien corría el peligro constante de ofender, parece que ha lidiado correctamente con la situación y ha publicado varios informes influyentes. La Unidad de Prestación de Servicios del Primer Ministro, una de las muchas unidades que se superponen, se encargaba de realizar el seguimiento de los objetivos clave, tan dispares como menores tiempos de espera para la cirugía electiva y la introducción de nuevo material rodante ferroviario.

cooperación entre ministerios es muy amplia. De acuerdo con los datos del registro oficial del gobierno sobre estos órganos, el gobierno ha creado, cada año entre 2008 y 2011, entre 75 y 120 órganos de esta índole que incluyen a los representantes del Ministerio de Asuntos Sociales y de Salud (MSAH) y de algunos ministerios más. Estos órganos incluyen:

- El Comité Permanente Interministerial sobre Salud Pública, coordinado por el MSAH, con la tarea principal de mejorar la implementación del programa integral del gobierno Salud 2015 de promoción de la salud;
- otros comités interministeriales permanentes coordinados por el MSAH, con tareas relacionadas con algunos aspectos de las políticas de promoción de la salud, como comités sobre salud ocupacional, rehabilitación, igualdad de género y salud y bienestar de niños y adolescentes;
- otros comités interministeriales permanentes coordinados por otros ministerios con tareas relacionadas con algunos aspectos de las políticas de promoción de la salud, como los comités para los fondos estructurales de la UE y trabajo, iniciativas empresarias y vida laboral (coordinado por el Ministerio de Industria y Empleo), la sociedad de la información en la vida cotidiana (Ministerio de Comunicación y Tráfico) y en el ejercicio físico (Ministerio de Educación y Cultura);
- un gran número de grupos de trabajo con diversas y relevantes tareas (también desde el punto de vista de la promoción de la salud), como el Grupo de Trabajo para la Reforma Integral de la Seguridad Social y el Grupo de Trabajo para la Reforma del Gobierno Local y los Servicios Públicos;
- un mayor número de grupos de trabajo interministerial con tareas más restringidas (aunque importantes desde el punto de vista de la promoción de la salud), como los grupos de trabajo para la reducción de la indigencia, para el empleo y la integración de los inmigrantes, para la reducción de la pobreza y la exclusión, para la mejora de las condiciones para el crecimiento económico, para el cuidado de las personas mayores y para la financiación de las autoridades locales.

Además de los comités interministeriales, los grupos de trabajo y los proyectos oficiales y registrados, hay grupos de trabajo ad hoc que no se encuentran registrados, así como redes de información, comunicación de responsabilidades y muchos otros mecanismos de colaboración y coordinación entre ministerios. Una gran parte del tiempo de trabajo de los funcionarios principales se dedica a las reuniones, a las funciones de preparación y secretaría de los comités, grupos de trabajo, proyectos y cooperación *ad hoc*.

Desde la perspectiva de la Ministra de Sanidad y de su personal principal para las políticas de promoción de la salud, el problema podría residir no tanto en si hay herramientas administrativas para mejorar la promoción de la salud intersectorial, sino más bien en cómo usar los mecanismos ya existentes para alcanzar un resultado óptimo.

Problemas que pueden resolver

Si la solución es un comité interdepartamental (con todos los grupos relevantes alrededor de la mesa con una agenda) o una unidad (que puede

aportar dinamismo a una agenda específica), ¿cuál sería el problema? Hay una variedad de tareas de gran relevancia. El problema principal es definir qué tipo de tareas podría realizar una unidad o un comité en cualquier circunstancia.

Circunstancias relevantes

La gobernanza intersectorial, y coordinación en general, no suele ser únicamente un problema burocrático, y las reformas burocráticas solucionan algunos problemas de gobernanza mejor que otros. Suele ser un problema político puesto que no se llega a un acuerdo dentro del gobierno.

Podemos comprobarlo si pensamos en cuatro situaciones comunes.

1. Dos ministerios se niegan a aceptarlo porque sus ministros también lo hacen. Un ejemplo muy común de este conflicto es entre ministerios de Sanidad y de Finanzas en relación con el control del tabaco. Otro ejemplo puede ser entre programas para poblaciones vulnerables, como los inmigrantes en situación de irregularidad o los usuarios de drogas, y programas para el cumplimiento de la ley. En este caso el problema es político; no podemos echarle la culpa a los procedimientos administrativos si el Ministro de Sanidad está enfrentado con el de Finanzas o el de Interior.
2. Dos ministerios se niegan a llegar a un acuerdo sobre un problema menor y ningún superior se ocupa de ello lo suficiente como para resolver el problema. Por ejemplo, a menudo hay discusiones sobre el papel y el coste de la atención sanitaria en las escuelas y en las prisiones: ¿quién debería pagarlo (educación, prisiones o el Ministerio de Sanidad) y cuánto tendrían que aportar?
3. Dos ministerios no han anunciado ningún desacuerdo particular pero necesitan pulir algunos detalles y no se deciden a hacerlo. Por ejemplo, con frecuencia podría ser útil para las personas que visitan a domicilio a las personas mayores llevar a cabo múltiples tareas (visitas de salud, comprobación de los detectores de humo y asesoramiento sobre los problemas fiscales). A nivel práctico, esta integración es difícil. Asimismo, las medidas para proteger a los más vulnerables ante las olas de calor (por ejemplo, pagar para que las bibliotecas estén abiertas hasta tarde) implican una gran coordinación burocrática que no siempre se da.
4. Dos ministerios están de acuerdo en que deben cooperar el uno con el otro porque es una agenda importante del gobierno, no discrepan demasiado y los ministros quieren cooperación. Este era, por ejemplo, el

caso del grupo de trabajo británico para las personas que duermen en la calle.

Estos asuntos son comunes a todos los gobiernos, pero los problemas difieren y necesitan distintas soluciones. La reorganización burocrática no va a resolver la batalla entre dos ministros con poder (situación 1).

Page (2005) presenta este marco para el entendimiento de los problemas de gobernanza intersectorial que recoge tres tipos diferentes de problemas de coordinación. Una situación conflictiva es aquella en la que existe un acuerdo mínimo o incluso en la que no existe acuerdo alguno. La importancia política es la medida en que esto importa al gobierno y sobre todo a los altos cargos del gobierno. La tabla 5.1 presenta las cuatro situaciones comentadas anteriormente, junto con el papel potencial de las unidades y comités interministeriales.

Tabla 5.1 *Conflicto, importancia y retos de coordinación*

	Gran relevancia política	Poca relevancia política
Muy conflictivo	Situación 1. Los comités y unidades interdepartamentales pueden clarificar los asuntos, pero la resolución depende de la voluntad política.	Situación 2. Un comité o unidad interdepartamental con un sólido respaldo político podría imponer una solución. Riesgo de sabotaje departamental.
Poco conflictivo	Situación 4. Óptima para los comités y unidades interdepartamentales – respaldo político sólido y algunos conflictos políticos	Situación 3. Comités y unidades interdepartamentales muy útiles – los comités pueden clarificar los problemas y soluciones, mientras que las unidades pueden aportar el dinamismo que falta para la tarea de búsqueda

Fuente: Page, 2005

Las situaciones respetan las unidades y los comités en estricto orden numérico. En general, la peor situación para una unidad o comité es la situación 1, cuando son demasiado propensos a sufrir daños en el conflicto entre los principales políticos como para ser efectivos en la mediación de los conflictos entre personas de los niveles políticos más altos. Esta es la situación estructural básica de algunas de las famosas unidades abolidas, como es el caso de la Office of Technology Assessment, en Estados Unidos, la Comisión de Salud Pública de Nueva Zelanda y la Central Policy Review Staff del Reino Unido. La Comisión neozelandesa de Salud Pública es el ejemplo más emblemático de este problema: se creó en 1992 como una

agencia de salud pública con buenos recursos y buena reputación, con la capacidad de lanzar debates. Ofendió a tantos políticos y afectó a tantos intereses que se abolió en 1995 (Barnett y Malcolm, 1996). La situación 4 es la mejor para las unidades y los comités. Pueden aportar sus respectivas ventajas para influir en una tarea de gobierno intersectorial que el gobierno apoya y que no implique demasiados conflictos interdepartamentales.

Acción intersectorial y comités interdepartamentales: la Década de Acción para la Seguridad Vial (2011 – 2020)

Dinesh Sethi

El ministerio de interior de la Federación Rusa presentó la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas (A/Res/64/255), sobre «mejora de la seguridad vial en el mundo» e hizo un llamamiento, entre otros, a la Década de Acción para la Seguridad Vial (2011 – 2020). Esta resolución, al igual que una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA57.10) sobre «seguridad vial y salud» hizo un llamamiento a la colaboración intersectorial y a la OMS para que coordinase la acción intersectorial para reducir la mayor causa de fallecimientos de jóvenes de entre 10 y 29 años de edad.

Como respuesta, 37 países de la Región europea han celebrado el lanzamiento del Década de Acción desde su impulso, el 11 de mayo de 2011. Este lanzamiento está asociado a los planes de acción nacional para la seguridad vial de la Década. En algunos países, la participación del primer ministro o del presidente, otorgaba a la acción intersectorial una alta prioridad (por ejemplo, Chipre, Eslovenia y Reino Unido). En otros países, los ministros de sanidad y los altos funcionarios de los ministerios de sanidad dirigieron el debate para poner en marcha los programas de seguridad vial que requerían una acción intersectorial (Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bosnia y Herzegovina, Croacia, España, Hungría, Italia, Lituania, Portugal, Serbia y Uzbekistán). La resolución de Naciones Unidas, el Plan de Acción mundial y el lanzamiento de la Década han permitido que los ministerios de sanidad tomen las riendas en materia de seguridad vial. La política internacional colaboró con este ámbito de trabajo intersectorial creciente que exigía una respuesta coordinada. Se evaluará la efectividad a largo plazo de esto en cuanto a los resultados en salud. Por ejemplo, en Eslovenia se ha creado un comité interdepartamental con acciones bien delimitadas y un presupuesto asignado con el fin de asegurar el cumplimiento del objetivo de seguridad vial de reducir a la mitad la mortalidad en carretera para el año 2020, y está siendo estrechamente monitorizado.

Fuentes: Naciones Unidas, 2010; OMS, 2004

Resultados de la gobernanza

Podemos entonces utilizar este mapa de situaciones para considerar cuál de las acciones de gobernanza que aparecen en este libro podría asumir y emprender una unidad o un comité.

- *Evidencia.* Un comité interdepartamental es un foro para recabar información. Esto incluye información procedente del entorno del gobierno, pero podría no ser eficiente. Es más normal encontrar una unidad desempeñando este papel, con tareas que engloban desde reunir la información existente hasta poner en marcha y realizar una investigación, participar en debates públicos o simplemente informar a los ministros. Cada uno a su manera, este era el trabajo del Central Policy Review Staff en el Reino Unido y de la Comisión para la Salud Pública de Nueva Zelanda. En principio, proporcionar evidencia es una función que tanto un comité como una unidad podrían cumplir en cualquiera de las cuatro situaciones, aunque un gran conflicto dificulta la obtención de información y supone un riesgo mayor de que la evidencia se ignore o provoque represalias.
- *Coordinación.* La coordinación, el «Santo Grial» administrativo, se basa en los procesos necesarios para promover el trabajo intersectorial. Esto incluye la asignación de responsabilidades y asegurarse de que las burocracias están realizando sus correspondientes tareas de una manera adecuada. También, tiene la capacidad de reducir o eliminar las diferencias e incluso de construir confianza. Quienes mejor realizan esta tarea son los expertos en burocracia, preferiblemente, los propios burócratas, puesto que conocen los problemas y los recursos y su cooperación es, obviamente, muy necesaria. Por este motivo, un comité sería la solución más lógica y podría ocuparse de las tareas en situaciones poco conflictivas. Un comité interdepartamental sólo puede coordinar en situaciones poco conflictivas, como por ejemplo si existe una petición política clara de resolver el problema o si trabaja con un comité ministerial o cualquier otro ente político que puedan ofrecer una solución al problema.
- *Abogacía.* La ventaja de una unidad es que aporta dinamismo. La abogacía requiere dinamismo. Una unidad debería ser adecuada para la abogacía, siempre y cuando trabaje en asuntos que no sean polémicos o tenga un apoyo político sólido (o ambas). Una unidad, ante una situación conflictiva, de gran peso político, probablemente necesitará el respaldo de la mayoría de los altos cargos políticos, ya no para ganar sino para sobrevivir. Ante situaciones poco relevantes, una unidad puede resultar especialmente útil porque nadie más se encarga de ellas. Por otro lado,

ante una situación poco conflictiva pero de gran relevancia política, una unidad suele tener mucho éxito por razones evidentes.

- *Monitorización.* La unidad es la más idónea para realizar la monitorización, pese a que un comité de alto funcionamiento podría, en teoría, designar los recursos de los departamentos miembros. La Unidad de Prestación del Primer Ministro (Delivery Unit) fue un éxito en este sentido. Esto se debe a que la monitorización necesita dinamismo y genera conflicto. Es más probable que actúe en situaciones poco conflictivas, pero también puede trabajar en aquellas más conflictivas.
- *Desarrollo del asesoramiento.* Si la realiza un comité, puede reducir los conflictos, pero (en la clásica situación de un gobierno de “pez que se muerde la cola”¹⁸) es más probable que suceda si la situación no es muy conflictiva. En el caso de que la realice una unidad, puede reducir los costes de transacción en la formulación, pero requiere un apoyo político y diplomático para ser implementado. De nuevo, esto significa que funciona mejor en las situaciones 3 y 4, donde el problema es técnico y no político.
- *Implementación y gestión.* Los departamentos y agencias son los que implementan, no las unidades. Podrían alimentarse de otras actividades (seguimiento y evidencia), pero un comité es un lugar donde los departamentos y las agencias pueden dirigir sus informes y coordinar la implementación. Coloca a los actores principales alrededor de la mesa con una agenda y, a ser posible, a un presidente con poder.

Ni las unidades ni los comités interdepartamentales pueden resolver las cuestiones más conflictivas de gran trascendencia política (situación 1). Ambas tienen casi asegurado el éxito en situaciones como la 4. Las preguntas reales se plantean en torno a si son capaces de actuar en las situaciones 2 y 3.

Conclusión: evidencia, coordinación, abogacía, monitorización, orientación, implementación y gestión

El atractivo de estas dos estructuras de gobernanza es que trabajan dentro de la burocracia, no requieren de los importantes costes de reestructuración, puede trabajar con los departamentos durante tiempo y puede ejercer una presión continua. Ambas trabajan en numerosas situaciones, pero como recursos burocráticos son menos eficientes a la hora de resolver conflictos políticos. Así, una unidad o comité que se involucre en un conflicto político de gran trascendencia, puede terminar siendo eliminada.

¹⁸ *Catch-22 situation typical of government* en el original (N. del T.)

En resumen, existen dos lecciones. En primer lugar, el apoyo político es de gran ayuda para que funcionen mejor. Incluso si no es más que un mensaje repetido por parte de los altos cargos políticos - solicitud de reuniones informativas periódicas, menciones en sus discursos, etc. - protege a las unidades del aislamiento y a los comités de estar inactivos. En segundo lugar, una combinación de ambos es buena idea, una unidad para proporcionar dinamismo, un comité para resolver problemas técnicos y un líder político como un comité ministerial para canalizar y contener las disputas políticas. Si una unidad, un comité o cualquier otro mecanismo político se reúnen, la combinación debería ser poderosa y efectiva.

Los comités son una de las instituciones humanas más ridiculizadas y las unidades pequeñas con personas dinámicas en una delegación pueden resultar aburridas. Sin embargo, este análisis argumenta que los gobiernos los utilizan tan a menudo por una razón muy simple: muchos de los problemas de gobernanza intersectorial y muchas de las soluciones, proceden de dentro del gobierno y los comités y las unidades interdepartamentales se dirigen directamente ahí.

Fuentes bibliográficas

Barber M (2007). *Instruction to deliver: Tony Blair, the public services, and the challenge of delivery*. London, Politico's.

Barnett P & Malcolm LA (1996). To integrate or deintegrate? Fitting public health into New Zealand's reforming health system. *European Journal of Public Health* 8(1):79–86.

Greer SL (2010). Standing up for health? Health departments in the making of EU policy. *Social Policy and Administration* 44(2):208–224.

Greer SL & Jarman H (2010). What Whitehall? Definitions, Demographics and the Changing Home Civil Service. *Public Policy and Administration* 25(3):251–270.

Hegsted M (2005). Symposium: History and legacy of the interdepartmental committee on nutrition for national defense (national development). *The Journal of Nutrition* 135:1284–1285.

House of Lords Select Committee on the Constitution (2010). *The Cabinet Office and the Centre of Government: report with evidence, HL Paper 30*. London, The Stationery Office.

Hungarian Ministry of Health (2006). *National public health programme summary*. Budapest, Hungarian Ministry of Health (<http://www.eum.hu/english/public-health-programme/national-public-health>, accessed 16 February 2012).

Klein R & Plowden W (2005). JASP meets JUG: lessons of the 1975 joint approach to social policy for joined-up government. In: Bogdanor V, ed. *Joined-up government*. Oxford, Oxford University Press/British Academy.

Government of France (2004). *Code de la santé publique - Article L1413-1*. Paris, Government of France (<http://www.legifrance.gouv.fr/. /affichCodeArticle.do?i dArticle=LEGIARTI000006686952&cidTexte=LEGITEXT000006072665 &dateTexte=20100729&fastPos=18&fastReqId=626784231&oldAction=rechCodeArticle>, accessed 29 July 2010).

Page EC (2005). Joined-up government and the civil service. In: Bogdanor V, ed. *Joined-up government*. Oxford, Oxford University Press/British Academy.

Performance and Innovation Unit (2000). *Wiring it up: Whitehall's management of cross-cutting policies and services*. London, Cabinet Office.

Sabel C (2001). A quiet revolution of democratic governance: towards democratic experimentalism. In: OCDE, ed. *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Soloway RA (1995). *Demography and degeneration: Eugenics and the declining birthrate in twentieth-century Britain*. 2nd ed. Chapel Hill, University of North Carolina Press.

Strategic Growth Council. *Health in All Policies Task Force*. Sacramento, Strategic Growth Council (www.sgc.ca.gov/workgroups/hiap.html, accessed 16 February 2012).

Strategic Growth Council (2010). *Executive Order S-04-10*. Sacramento, Strategic Growth Council (http://www.sgc.ca.gov/docs/workgroups/EO_S-0410_SGC_Health_Task_Force.pdf, accessed 16 February 2012).

Talbot C (2004). The agency idea: sometimes old, sometimes new, sometimes borrowed, sometimes untrue. In: Pollitt C & Talbot C, eds. *Unbundled government: a critical analysis of the global trend to agencies, quangos and contractualisation*. Abingdon, Routledge.

United Nations (2010). *Resolution adopted by the General Assembly. 64/255. Improving global road safety*. Geneva, United Nations (<http://daccessddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/477/13/PDF/N0947713.pdf?OpenElement>, accessed 16 February 2012).

WHO (2004). *WHA57/10. Road safety and health*. WHA 57 Resolutions and Decisions. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R10-en.pdf, accessed 16 February 2012).

Capítulo 6

Fusiones y megaministerios

Scott Greer

Introducción: unir las funciones como manera de incidir en las políticas¹⁹

Queda claro que la reorganización ministerial no es, en absoluto, una actividad gratificante. Es costosa, invisible para los votantes, sus beneficios no son siempre obvios y no tiene que hacer mucho para ser criticada. Los observadores de los distintos sistemas políticos utilizan a diario la reorganización departamental como signo de que el gobierno se está quedando sin poder político o sin dinamismo (en algunos países, los grandes cambios en el gabinete han pasado a la historia popular como el momento en que la desesperación de un gobierno moribundo se hizo evidente).

Sin embargo, es la forma más extendida para crear una gobernanza intersectorial de cualquier tipo y un tema de conversación recurrente entre las élites políticas, incluso en sistemas en los que no se da mucho. Es un derivado de la política del gabinete, un indicador y la base del poder de los distintos políticos y partidos. Es divertido dejar que la mente imagine las afinidades entre los campos políticos desconectados en el ámbito organizativo. Además, una solución lógica al problema de coordinación es la siguiente: si dos unidades no pueden trabajar juntas, hay que ponerlas en un ministerio con altos funcionarios y un ministro para que les hagan comportarse.

Este capítulo repasa las razones para la reorganización, los efectos comunes y las expectativas que deberíamos tener de cara a una estructura de gobernanza intersectorial. Se basa en la literatura que existe sobre ministerios, reorganización ministerial y ministros de sanidad (Rose, 1987; Pollitt, 1984; Briatte, 2010; Ettelt et al., 2010; Greer, 2010; Jarman y Greer, 2010; Mätzke, 2010).

¹⁹ Me gustaría dar las gracias a Edward Page, a los editores y a los participantes del taller por sus comentarios.

Tipos de reorganización

La reorganización puede adoptar dos formas. Una de ellas es el enfoque del megaministerio, en el que un gobierno combina las amplias y clásicas funciones del gobierno (salud, transporte, trabajo, seguridad social, educación, asuntos internos...) para crear ministerios de gran envergadura y poder con un gran número de ministros poderosos (sanidad y asuntos sociales, medioambiente y sanidad...). No existen muchos casos en el mundo. No sólo el tamaño y la complejidad de los grandes ministerios crean un problema administrativo, sino también que el nombramiento de un ministro nuevo con tanto poder puede alterar las relaciones internas del gobierno. En la UE, tenemos un caso de este tipo de gran reorganización: la creación de la propia DG Sanco es una gran fusión que se realizó con el fin de centrarse especialmente en la salud pública, incluso desvinculando la seguridad alimentaria (y ahora también de los medicamentos) de las DG dominadas por la industria y juntándolas en una DG dedicada a la salud (Grant, 2012).

La otra es la reorganización simple, en la cual una cartera estable de sanidad gana o pierde algunas unidades, como fue el caso de España, cuando añadió en primer lugar la investigación y posteriormente la política social a su Ministerio de Sanidad, o de Escocia y Francia, que añadieron los deportes a la cartera de sanidad. La idea es tomar alguna función, normalmente pequeña, e incorporarla a la dirección estratégica de otro departamento. Por ejemplo, los deportes podrían ser vistos como el trabajo conjunto de varios departamentos (o como algo que no incumbe al gobierno en absoluto), pero introducir una unidad pequeña de deportes en un gran Ministerio de Sanidad aumenta las posibilidades de que la política de deportes esté encaminada a mejorar la salud de la población en vez de promocionar el fútbol profesional.

Creación de megaministerios en Hungría: ¿oportunidades para la gobernanza intersectorial?

Roza Adany

Tras las últimas elecciones parlamentarias en Hungría, se promulgaron nuevas leyes (XLII and XLIII/2010) sobre la estructura gubernamental y se aprobaron en mayo de 2010. En lugar de los 12 ministerios que tenía el gobierno anterior, se crearon 8 ministerios «para hacer más efectivo el trabajo del gobierno». Además de los tradicionales (Ministerio de Asuntos Exteriores, Ministerio de Defensa, Ministerio de Asuntos Interiores, Ministerio de Desarrollo Rural, Ministerio de Administración Pública y Asuntos Internos), se crearon tres ministerios más (el Ministerio de Recursos Nacionales, el Ministerio de Desarrollo Nacional Económico y el Ministerio de Desarrollo Nacional), que son ministerios coordinadores que realizan una administración multisectorial aunque muy interrelacionada.

Las secretarías del Ministerio de Recursos Nacionales son de salud, educación, bienestar, cultura y deportes. Si bien hay algunas voces escépticas que dicen que un ministerio de semejante envergadura no puede dirigir adecuadamente ni trabajar de manera efectiva, la opinión dominante es que el marco legal y la estructura administrativa permite la gobernanza intersectorial al menos en el campo del desarrollo humano. Existe la creencia general de que si el ministerio puede armonizar las políticas sociales, de salud, educación y de cultura para ofrecer los servicios adecuados (entre los cuales se encuentran los servicios de salud y salud pública) y movilizar los recursos pertinentes, puede multiplicar los efectos beneficiosos de las acciones destinadas al desarrollo de los recursos humanos y puede ofrecer orientación de STP a nivel gubernamental. Una colaboración intensa y continua con otros ministerios y órganos gubernamentales es un requisito para que tenga éxito. Las preguntas que siguen abiertas encontrarán respuestas en las acciones futuras.

Fuente: Boletín Oficial de Hungría, 25 de mayo de 2010

Resultados: logros de las reorganizaciones ministeriales

La reorganización es esencialmente un enfoque basado en el proceso. El resultado es un gobierno que moviliza mejor sus recursos internos para la gobernanza intersectorial (para la salud). Hay cuatro mecanismos en la reorganización que pueden lograr este objetivo.

Cambiar la coordinación a través de la jerarquía

La mejor teoría subyacente enuncia que si dos unidades coexisten actualmente en un solo ministerio, se les puede ordenar una misión y exigirles una cooperación mutua. Incluir la cartera de juventud en el Ministerio de Sanidad supone que el Ministerio de Sanidad y los funcionarios del departamento de sanidad, dan órdenes a la unidad de juventud y pueden por tanto obligarles a contribuir a la agenda de salud. Esto funciona casi por definición, pero puede suponer todo tipo de costes, desde molestias administrativas hasta un sabotaje por parte de los funcionarios ofendidos. Funciona mejor si hay una estrategia clara, más que un sentido general de afinidad, si se desea incorporar los deportes a una estrategia contra la obesidad, más que un simple sentido de que los deportes «encajan» con la salud frente a la cultura, educación o cualquier otro ámbito, por ejemplo. Si hay una estrategia, la jerarquía se centra en su implementación. En caso contrario, entonces ¿qué coordinación estamos facilitando con la reorganización?

Cambiar las prioridades dentro del departamento

Una razón para la reorganización muy relacionada es el cambio de las prioridades de un ministerio del gobierno. Por ejemplo, el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación del Reino Unido (MAFF) fue eliminado después de presenciar bajo su mandato una serie de desastres de sanidad

pública y animal, incluida la vECJ (las «vacas locas») y la fiebre aftosa. El gobierno lo asoció al medioambiente y lo derivó al Ministerio de Medio Ambiente, Alimentación y Asuntos Rurales (DEFRA). Todo ello y hasta el cambio de nombre constituyó un gran esfuerzo en cambiar un ministerio de agricultura tradicional, de mala calidad, orientado a los productores por otro más concienciado con la agricultura sostenible y con la buena calidad de los alimentos. La incorporación del ministerio de medio ambiente permitió a los ministros ascender a los funcionarios de medio ambiente por encima de los del MAFF, lo que maximizó las posibilidades de que las nuevas prioridades se arraigasen en un departamento que antes había sido únicamente el aliado de los agricultores.²⁰

Cambiar la visibilidad dentro del departamento y del gobierno

El método de la reorganización para cambiar la visibilidad es muy similar al método de reorganización para cambiar las prioridades. Crear un ministro o un ministerio para una función es una forma de poner de relieve que el gobierno se toma seriamente un asunto. Girando la vista a los ministerios europeos, se puede constatar que los gobiernos están preocupados por las familias, la cohesión comunitaria y la inmigración. Si empezamos a presenciar la creación de nuevos ministerios de salud pública, sería un indicador de un gran interés político, independientemente de la efectividad de dichos ministerios.

Cambiar la jerarquía dentro del gobierno

Otra razón para cambiar la forma de los departamentos es cambiar su influencia en el resto del gobierno. Los resultados anteriores eran internos, una mejor coordinación en los ámbitos reorganizados. Sin embargo, el hecho de crear un departamento diferente también cambia el estatus del ministro y de sus funcionarios. En general, los ministros tienen más poder si sus ministerios controlan a las autoridades legales, el dinero, la visibilidad y los recursos como pueden ser el personal especializado (Greer, 2010). La creación de un departamento más grande normalmente significa crear un cargo ministerial con más poder. De manera alternativa, es posible que agregar una unidad menor, como la unidad de promoción de la salud, a un ministerio más poderoso aumentará su estatus y su poder dentro del gobierno.

²⁰ El fracaso relativo a la hora de reorientar otros ministerios de agricultura europeos al mismo tiempo supone un contraste interesante.

El legado de un megaministerio: el Departamento de Servicios Humanos de Australia Meridional

David Filby

En octubre de 1997, el gobierno de Australia Meridional reformó la administración pública mediante la creación de 10 megadepartamentos, incluido el Departamento de Servicios Humanos (DHS), con el fin de crear un servicio público coordinado y armonizado para prestar mejores servicios y tener un gobierno más eficiente y efectivo.

El DHS estaba encargado de los servicios de salud y hospitalarios, la vivienda pública, los servicios para discapacitados, el envejecimiento y los servicios familiares y comunitarios y dependía de un solo ministerio. La oposición interna a su consolidación incluía la preocupación de los servicios que no son de salud de ser absorbidos por las crecientes demandas de servicios de salud, y también la de los servicios de salud preocupados por que sus fondos de crecimiento fuesen transferidos a otros servicios. Parte de la oposición externa emergió de la mera magnitud del DHS, tanto como entidad única del sector público como en calidad de usuario de la proporción más grande (40%) del presupuesto estatal.

Como megaministerio, el DHS tuvo éxito en el desarrollo de las políticas, la planificación y la prestación de servicios, dentro de una imagen más amplia e individual, y en las necesidades comunitarias, más que en los casos específicos de atención médica. La atención se centró en la prestación de un servicio integral, centrándose en aquellos con necesidades múltiples y complejas, en los clientes habituales de múltiples servicios y en las asociaciones colaborativas con servicios no gubernamentales. El intercambio de datos de clientes entre servicios humanos se hizo posible, los «clientes en común» fueron identificados para facilitar la determinación de los objetivos de los servicios y se consolidaron los prestadores de servicios a la comunidad. Las decisiones sobre cuestiones polémicas podía tomarlas un solo jefe ejecutivo y un ministro.

Con el cambio de gobierno en 2002, el DHS colaboraba con dos ministerios, el Ministerio de Sanidad y Justicia Social y el Ministerio de la Vivienda. Como resultado, se crearon algunas tensiones en lo relativo a las prioridades y al presupuesto. En 2004, el gobierno creó dos departamentos, Sanidad y Familias y Comunidades, en gran parte para permitir una atención exclusiva en la reforma sanitaria (surgida de la Generational Health Review) y en la protección infantil.

El legado actual del DHS puede apreciarse en mejores asociaciones colaborativas entre agencias de salud y otras agencias, en una respuesta más consolidada para los objetivos de salud y bienestar del SASP (<http://saplan.org.au>) entre todas las agencias de servicios humanos y la atención actual intergubernamental para la STP.

Los efectos menos deseables

Los mecanismos anteriormente mencionados son, básicamente, formas de llegar al final deseado. Ninguno de ellos es completamente efectivo. Desgraciadamente, la literatura enuncia que hay dos efectos que son mucho más fiables. Estos son los costes de transición, que deberían ser la mayor parte de las decisiones de cualquier gobierno sobre este ámbito, y el hecho de que el orden seguirá siendo difícil de conseguir.

Costes de transición

No es necesario mencionar que toda reorganización supone unos costes: desde los más obvios, como los nuevos membretes; hasta los menos obvios, como la modificación de las carreras de los funcionarios o las políticas turbulentas de oficina, puesto que el personal recién fusionado intenta conservar o ganar posiciones. Estimar los costes obvios de una reorganización departamental es muy difícil, pero las cifras son altas. Un estudio sistemático del Reino Unido constató que un solo departamento nuevo cuesta unos 15 millones de libras esterlinas más en su primer año tras su reorganización (White y Dunleavy, 2010). Un estudio de esta índole no puede, lógicamente, medir los costes de los funcionarios poco eficientes, de las políticas de oficina o de la confusión general, que probablemente serán numerosos. En general, parece que una organización reorganizada trabajará por debajo de su nivel anterior durante los tres primeros años desde su reorganización. La eficiencia llega sólo tres años después del cambio. (Fulop et al., 2005).

La teoría de la organización confirmaría entonces lo que muchas personas en el gobierno dirían: las reorganizaciones malgastan mucho tiempo y energía. Estos costes quizá sean las consecuencias más fiables de la reorganización.

Orden

Por último, no se puede olvidar nunca un hecho simple del gobierno: una reorganización no es una eliminación. Al final del proceso, todas las unidades y funciones deben ser reubicadas en alguna parte del gobierno. Tradicionalmente, los ministerios de interior tenían esta responsabilidad de acoger funciones, pero al centrarse más en las políticas internas de Estado, hemos visto unidades vagabundas repartidas por los gobiernos. Podemos leer la historia completa del s. XXI del Ministerio de Sanidad español a este respecto: un ministerio que no tenía mucho que ver asumió consumo, luego investigación y más tarde política social; realizando en gran parte la tarea de darles una casa razonable a las unidades sin hogar. Una unidad desubicada puede absorber del ministerio más tiempo y energía de lo normal o puede

recibir menos de lo que se merece. En algunas culturas políticas, podría ser una invitación permanente a mayor reorganización.

¿Qué tipo de problemas podrían resolver las reorganizaciones?

La coordinación burocrática no siempre es el problema en la gobernanza intersectorial. Podemos pensar en problemas de coordinación como una tabla con cuatro parámetros. En un eje se encuentra el alcance del conflicto: ¿qué probabilidad hay de que las dos partes se reconcilien? En el otro eje colocamos la importancia política del conflicto, que puede medirse por el estatus de los políticos involucrados o por la cantidad de atención que recibe en las conversaciones políticas de élite.

En otras palabras, una reorganización ministerial podría solucionar situaciones poco conflictivas, independientemente de su importancia política, pero probablemente sea demasiado costoso. Podría funcionar en situaciones de poca relevancia política y muy conflictivas cambiando las prioridades de las unidades recién adheridas. Por el mismo motivo, podría funcionar en situaciones muy conflictivas y de gran relevancia política, pero los costes de la reorganización serían excesivamente elevados.

Tabla 6.1 *Conflicto político y problemas de coordinación*

	Gran importancia política	Poca importancia política
Muy conflictiva	El problema más difícil para la gobernanza intersectorial. La reorganización puede cambiar los parámetros del conflicto de manera que sea más fácil de resolver, pero también podría aumentar el conflicto político y los costes.	En principio, esto requiere algún tipo de decisión jerárquica. Obligar a los contrarios a juntarse en un solo ministerio podría facilitar la resolución de su conflicto.
Poco conflictiva	El segundo tipo de problema más fácil de resolver. Casi todos los tipos de acuerdos de gobernanza intersectorial podrían solventarlo.	El problema más fácil de resolver, puesto que requiere solamente una decisión jerárquica. Fundamentalmente problemas burocráticos. Obligar a los contrarios a juntarse en un solo ministerio podría facilitar la resolución de su conflicto.

Conclusión

La reorganización es una estructura de gobernanza con costes significativos seguros y beneficios inciertos. Los sistemas en los que resulta fácil, se

beneficiarían de hacerlo lo menos posible y los sistemas en los que es difícil no deberían desear que sea mucho más fácil.

Hipótesis nula: beneficios escasos o inexistentes en relación con los costes

La hipótesis nula, la expectativa inicial, es que las reorganizaciones supongan costes de transición y organización sin dar a cambio nada comparable en términos de cambio de política. Cuanto más grande sea la escala de la reorganización, menos probable es que los beneficios se acerquen a los costes. Además, los beneficios de los cambios departamentales suelen llegar años después del desembolso. Para la mayoría de gobiernos, los beneficios de la reorganización en términos de gobernanza intersectorial llegan demasiado tarde.

Condiciones del alcance: cuándo funcionaría bien

¿Cuándo funcionarían bien las reorganizaciones ministeriales? La tabla anterior de cuatro parámetros y la literatura de ciencias políticas afirman que hay condiciones bajo las cuales las reorganizaciones pueden funcionar mejor.

- Las grandes fusiones de éxito han tenido lugar posteriormente a un desastre político, más concretamente el escándalo del vECJ («enfermedad de las vacas locas»). Esto propició la creación en el Reino Unido del nuevo DEFRA (que era una mejora del MAFF) y de la DG Sanco (una mejora de las tareas anteriores de la DG de Agricultura). En tales situaciones, los defensores burocráticos y políticos de la gobernanza intersectorial tienen una ventaja.
- Cuando los problemas de coordinación son significativos. Si son esporádicos, un mecanismo para establecer prioridades o una coordinación informal probablemente sea más barato.
- Cuando los problemas de coordinación son burocráticos. Si son políticos, las reorganizaciones son un modo más bien ineficiente para superar las divisiones dentro del gobierno (por supuesto, si una reorganización es indicativa de la victoria de una parte, la reorganización hace sólida la victoria, tal y como sucedió con la creación de la DG Sanco y DEFRA en el Reino Unido).
- Cuando las fusiones probablemente se mantengan, los funcionarios se adaptan a las estructuras de incentivos y a la orientación de su nuevo departamento. Si los gobiernos mezclan y cambian constantemente los

límites, el incentivo de los funcionarios es centrarse en evitar un cambio real.

- Cuando la fusión viene con una estrategia política identificable que implica un trabajo conjunto. Si la fusión se basa en un sentido general de afinidad sin estrategia alguna, los obstáculos burocráticos podrían fácilmente evitar que la afinidad general se traslade a un cambio de política en particular.
- Cuando el ministro del nuevo departamento es más fuerte dentro del gobierno y puede gestionar tanto las cuestiones políticas como las de integración. Si el ministro es débil o está distraído o carece de un equipo fuerte, el nuevo departamento podría tener problemas para autogestionarse y las unidades que lo componen podrían no cambiar.
- Cuando las unidades fusionadas no eran tan diferentes desde el punto de vista de la organización (en contratación, pagos, estructura de carrera, afiliación de grupos de intereses, órganos burocráticos, políticas partidistas, etc.). Si la fusión de una unidad con un nuevo departamento daña las carreras de sus funcionarios, el resultado podría ser el descontento general en vez de la gobernanza intersectorial.
- Cuando una unidad pequeña se fusiona con un departamento más grande con la intención explícita de hacerle adoptar las prioridades de un departamento mayor, como es el caso de la inserción rutinaria de las unidades de deportes y juventud en los ministerios de sanidad. El departamento más grande puede imponer, de manera jerárquica, sus objetivos y es muy improbable que la unidad más pequeña logre resistirse. Por supuesto, si el departamento más grande no tiene objetivos concretos para la nueva adhesión, el simple hecho de tener una autoridad jerárquica por encima no ayuda mucho.

Existen varias condiciones puesto que hay numerosos casos de éxito registrados. Sin embargo, para que la reorganización tenga éxito (como organización, no como gobernanza intersectorial) necesitará probablemente el mayor número posible de condiciones.

Coordinación, implementación y gestión

Este capítulo no ha sido positivo con respecto al potencial de las reorganizaciones para la mayoría de los propósitos. Los costes están garantizados y los beneficios son inciertos. Es bastante improbable que la reorganización produzca una gobernanza intersectorial de ningún tipo si se limita a juntar unidades ligeramente conectadas, asumiendo que un ministro puede encontrar la afinidad entre ellas.

Cuando funciona, es probable que funcione de acuerdo con las condiciones de alcance en la sección anterior. Cuantos más se sostengan, más prometedora será la estrategia.

Entonces, ¿qué se puede lograr? Depende de la burocracia y de la jerarquía, y actúa dentro del gobierno. Su atractivo reside en que puede movilizar el poder jerárquico al servicio de una estrategia (como la gobernanza intersectorial para la salud), de manera directa, ordenando a las unidades que participen y, de manera indirecta, conectando la estrategia con un ministro influyente y mostrando la prioridad que el gobierno le concede al asunto.

Estos apuntan a la reorganización como un mecanismo, sobre todo, para la coordinación, la ejecución y la gestión. No existen garantías de que una reorganización proponga una estrategia, y mucho menos, de que involucre a nuevos socios colaboradores. En todo caso, las organizaciones distraídas por los cambios podrían ser menos propensas a desarrollar nuevas ideas o relaciones. Sin embargo, puede poner la burocracia al servicio de una estrategia estableciendo una autoridad jerárquica en el servicio de coordinación y haciendo que el gobierno se centre en la implementación.

Fuentes bibliográficas

Briatte F (2010). A case of weak architecture: the French Ministry of Health. *Social Policy and Administration* 44(2):155–170.

Ettelt S et al. (2010). Involvement of ministries of health in coverage decisions: is England an aberrant case? *Social Policy and Administration* 44(3):225–243.

Fulop N et al. (2005). Changing organisations: A study of the context and processes of mergers of health care providers in England. *Social Science and Medicine* 60(1):119–130.

Grant W (2012). Agricultural policy, food policy and communicable diseases policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 37(6).

Greer SL (2010). Standing up for health? Health departments in the making of EU policy. *Social Policy and Administration* 44(2):208–224.

Hungarian Official Gazette (2010). *Official Journal of the Republic of Hungary*. No. 85. 25 May 2010 (<http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/mk10085.pdf>, accessed 30 June 2012).

Jarman H & Greer SL (2010). In the eye of the storm: civil servants and managers in the UK Department of Health. *Social Policy and Administration* 44(2):172–192.

Mätzke M (2010). The organization of health policy functions in the German Federal Government. *Social Policy and Administration* 44(2):120–141. Pollitt C (1984). *Manipulating the machine: changing the pattern of ministerial departments, 1960–83*. London, Allen & Unwin.

Rose R (1987). *Ministers and ministries: a functional analysis*. Oxford, Clarendon.

Victoria DHS. *Annual reports*. Melbourne, State Government of Victoria (<http://www.dhs.vic.gov.au/about-the-department/our-organisation/annualreports>, accessed 16 February 2012).

White A & Dunleavy P (2010). *Making and breaking Whitehall departments: a guide to machinery of government changes*. London, Institute for Government.

Capítulo 7

Presupuestos conjuntos: ¿pueden facilitar la acción intersectorial?

David McDaid

Mantener buenas relaciones horizontales entre salud y otros sectores es fundamental para llevar a cabo acciones que busquen mejorar la salud en todas las políticas. Este concepto no es novedoso, puesto que hace bastante tiempo que expertos en materia de promoción de la salud pusieron de manifiesto la importancia de llevar a cabo acciones intersectoriales y compartir la responsabilidad de la salud (OMS, 1986). Sin embargo, es un tema que a menudo se descuida o cuya implementación plantea un desafío, por lo que se suele abogar por acciones individuales de departamentos concretos y presupuestos individuales.

Es poco probable que la promoción de la salud ocupe un lugar destacado en la lista de objetivos para la mayoría de los departamentos gubernamentales y responsables presupuestarios de sectores que no son salud. Por ejemplo, los encargados de gestionar el presupuesto de educación tienden a preocuparse sobre cómo sus fondos podrían subir la media de los resultados en exámenes nacionales o de reducir el nivel de absentismo escolar, mientras que el ministerio de trabajo se centrará en la mejora de la tasa de empleo. Esto no significa que los problemas de salud sean ignorados de manera sistemática: por ejemplo, en el sector de transporte se tiene en cuenta la importancia del impacto en salud que poseen la seguridad en la carretera y la contaminación del transporte (Stead, 2008). Sin embargo, el predominio de las estructuras políticas verticales y de la financiación individual implica que muchos problemas de salud que podrían ser abordados mediante acciones no englobadas dentro del sistema sanitario sigan siendo poco relevantes para dichos responsables políticos (Timpka, Nordqvist y Lindqvist, 2009). Por ello, se pueden estar desaprovechando oportunidades de obtener beneficios en salud, en otras áreas que no son salud y económicos (Audit Commission, 2007).

En los capítulos anteriores se analizaron diferentes mecanismos que pueden ayudar a superar las barreras presentes en las acciones intersectoriales, incluidas las disposiciones en materia de responsabilidad política, estructura organizativa, la gobernanza, las culturas profesionales y la comunicación intersectorial. Este capítulo se centra en el potencial de la integración de las fuentes de financiación en todos los sectores, para ayudar a impulsar la salud en todas las políticas. En el Capítulo 8 se examina otro enfoque importante, pero diferente, relacionado con la financiación: delegar los fondos de salud y/u otros presupuestos a organismos estatutarios semiautónomos que se centren en el fomento de la STP.

La financiación como catalizador para la acción

¿Por qué se han de tener en cuenta los sistemas de financiación? Los mecanismos mediante los cuales se financian los servicios pueden actuar como un catalizador o una barrera para la acción intersectorial. Puesto que gran parte de las medidas de fomento de salud e iniciativas de salud pública se aplican a largo plazo y exigen acciones y financiación de diferentes sectores, las limitaciones de recursos e incertidumbres condicionan su aplicación. Muchas fuentes de financiación a corto plazo pueden ser un impedimento para el uso eficiente de los recursos para la STP, ya que, con frecuencia, están fuertemente restringidas en cuanto a la forma en que se pueden utilizar, sujetas a diferentes incentivos financieros y condicionadas a las preocupaciones de contención de gastos. A nivel gubernamental, ya sea nacional o local, las fuentes de financiación independientes son más propensas a crear políticas que cumplan objetivos de departamentos concretos y de la política en cuestión, en lugar de resolver cuestiones intersectoriales.

Tomemos como ejemplo las medidas para mejorar la salud y el bienestar de los niños en la escuela, uno de los pocos ámbitos en el que las intervenciones de salud pública pueden llegar fácilmente a la mayoría de los niños. Cada vez hay más evidencia que corrobora la efectividad de intervenir en los primeros años de la escuela para prevenir y/o combatir el acoso escolar y los problemas de conducta. Estas iniciativas no sólo tienen potencial para mejorar la salud, sino también para generar beneficios a la economía, mediante la reducción del uso de los servicios de salud especializados, la intervención de los servicios sociales y del sistema penal para menores (Kilian et al, 2010; McDaid y Park, 2011). Sin embargo, el sector educativo puede ser reacio a invertir sus limitados recursos en programas de promoción de la salud mental en las escuelas y no en las actividades relacionadas con la educación básica. Esta reticencia puede ser aún más pronunciada en tiempos

de crisis, cuando todos los servicios públicos están bajo una gran presión para demostrar su eficiencia y valor añadido.

Cambiar los sistemas de financiación podría ayudar a superar algunos de estos intereses limitados a sectores específicos, ya que fomentaría la colaboración intersectorial mediante la creación de un presupuesto único para la promoción de la salud en las escuelas. La creación de un presupuesto específico para una actividad de promoción de la salud más allá del sector salud, que tenga a su disposición los recursos del sector salud y otros ámbitos, proporciona a los responsables de políticas de salud un medio directo para influir en las políticas de sectores diversos. Por ejemplo, este enfoque podría ser utilizado para garantizar que se provea una correcta financiación y prioridad a las medidas de seguridad vial por los ministerios de transporte o para hacer frente a los problemas de salud en los nuevos desarrollos urbanísticos

También se ha defendido la idea de que la financiación conjunta entre sectores podría ayudar a eliminar las lagunas y duplicidades innecesarias en muchos servicios (Audit Commission y Healthcare Commission, 2008; Advisory Group on the Review of the Centre, 2001; Audit Commission y Healthcare Commission, 2007). Por otro lado, se puede fomentar la flexibilidad y la innovación a través de una financiación más flexible que impulse las acciones en todos los sectores. Los fondos comunes pueden ayudar a reducir los costos de administración y transacción, ya que generarían economías de escala a través de la puesta en común de personal, recursos y poder adquisitivo y mejorarían la rapidez en la toma de decisiones (Weatherly, Mason y Goddard, 2010).

¿En qué se apoyan dichos argumentos? ¿Qué lecciones pueden aprenderse de la experiencia adquirida hasta la fecha y cuáles son las implicaciones del uso más extendido de presupuestos conjuntos en las áreas de promoción de la salud y prevención de enfermedades? Estas son las preguntas que el presente capítulo pretende abordar. En primer lugar, analiza los diferentes tipos de sistemas presupuestarios conjuntos, marcos institucionales y las estructuras de gobierno que pueden utilizarse, revisa lo que se sabe acerca de su eficacia y destaca algunos ejemplos en los que se han puesto en práctica. Termina poniendo de manifiesto factores adicionales que deben tenerse en cuenta en la implementación de los sistemas presupuestarios conjuntos en diferentes contextos y escenarios.

Presupuestos conjuntos: una amplia gama de enfoques

El término «presupuesto conjunto» puede abarcar una serie de mecanismos muy diferentes (cuadro 7.1), en el que participan dos o más departamentos

122 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

gubernamentales y/o niveles de gobierno, con el fin de contribuir a la consecución de uno o más objetivos compartidos. Dichos mecanismos oscilan desde presupuestos totalmente integrados para la prestación de un servicio o un objetivo de la política, hasta acuerdos informales entre sectores para destinar recursos para objetivos comunes, manteniendo al mismo tiempo la independencia en la rendición de cuentas en cuanto al uso de los fondos. Otro enfoque limitado podría ser la financiación conjunta de puestos para mejorar la coordinación de políticas intersectoriales.

Los acuerdos sobre el presupuesto conjunto pueden ser de índole obligatoria o voluntaria y operar a nivel nacional, regional y/o local y estar acompañados por la legislación o instrumentos regulatorios. Los acuerdos entre sectores pueden ser muy detallados en relación al funcionamiento de los mecanismos presupuestarios. Por ejemplo, estos podrían incluir la definición de cualquier contribuyente, funciones específicas, objetivos, resultados y niveles de las contribuciones acordadas, así como las cuestiones pertinentes en materia de rendición de cuentas. Estos acuerdos también pueden regular la propiedad de las instalaciones y equipos comunes, así como la forma en que se tratarán los excedentes o pasivos.

La naturaleza temporal de los sistemas presupuestarios conjuntos también varía, ya que pueden ser iniciativas con un límite de tiempo, a corto plazo, sobre todo cuando reciben subvenciones del gobierno central, o que se conciben a un plazo más largo; buscando cambios más permanentes. En la mayoría de los casos son los responsables políticos o gerentes del servicio los encargados de decidir cómo se utilizarán los presupuestos conjuntos, pero, recientemente, se ha comenzado a poner en práctica iniciativas que tienen por objeto permitir a los usuarios de los servicios decidir cómo se ha de utilizar el presupuesto común, como ocurre con el esquema de presupuestos individuales en Inglaterra (Moran et al., 2011).

Cuadro 7.1 Diferentes enfoques para los presupuestos conjuntos

Alineación del presupuesto: Los presupuestos pueden alinearse en vez de unirse. Por ejemplo, un comisionado de salud puede administrar tanto un presupuesto de salud como un presupuesto de una entidad local independiente, para alcanzar una serie de objetivos previamente acordados.

Fondos comunes dedicados: Los departamentos pueden contribuir con una cantidad determinada de recursos a un fondo conjunto único que se utilizará en proyectos o prestación de servicios específicos acordados. A menudo, esto puede ser una actividad con una duración limitada. Por lo general se dispone de cierta flexibilidad en cuanto a la forma en que los fondos pueden utilizarse, siempre dentro del límite establecido en el presupuesto. Una variante de este enfoque utilizada en el Reino Unido es el presupuesto individual, que agrupa los fondos de varios sectores, pero deja a la discreción de los usuarios del servicio el cómo se deben gastar los fondos.

Financiación mediante puesto conjunto: También es posible alcanzar un acuerdo para financiar conjuntamente un puesto en el que se designa un responsable de los servicios y/o de alcanzar los objetivos de interés para ambos departamentos. En teoría, esto puede ayudar a mejorar la cooperación y evitar duplicidades.

Presupuestos totalmente integrados: Los presupuestos de todos los sectores pueden integrarse completamente, con la unión absoluta de recursos y mano de obra. Por lo general, una de las partes actúa como el «anfitrión» para asumir las funciones del otro y dirigir al personal. Hasta la fecha este tipo de presupuesto se ha limitado, por lo general, a las alianzas entre las organizaciones de salud y de asistencia social o para la prestación de servicios a personas con necesidades de salud mental.

Financiación orientada a la política: El gobierno central o local puede establecer objetivos que trasciendan los límites de los ministerios, del presupuesto y del sistema presupuestario. El dinero puede destinarse a políticas específicas, en lugar de a departamentos concretos, como se ha comprobado en Suecia e Inglaterra.

Experiencia en la elaboración de presupuestos conjuntos

Los problemas de los sistemas de financiación inflexibles y fragmentados, y la pobre colaboración entre los distintos sectores con respecto a la gestión de los problemas de salud crónicos y las discapacidades, así como el desafío de llevar a cabo iniciativas en el área de promoción de la salud y la salud pública, han sido una barrera para el desarrollo de presupuestos conjuntos en los países de rentas altas. Los presupuestos conjuntos también son vistos como una ruta de ahorro eficiente y una oportunidad para brindar más poder de

decisión a los usuarios de los servicios, en aquellos modelos en los que se les otorga el control directo de los presupuestos.

Se pueden encontrar algunos ejemplos de presupuestos conjuntos y debates en los documentos de políticas en el ámbito de la salud de varios países, entre los que se encuentran: Australia, Canadá, Inglaterra, Italia, los Países Bajos y Suecia (McDaid et al., 2007). Una característica de muchas de estas iniciativas es que se centran en los grupos de población fácilmente identificables; poseedores de una necesidad patente no sólo de los servicios de atención de salud, sino también del apoyo de los servicios tales como la atención social, la educación, la vivienda y el empleo. La continuidad de la atención y el apoyo a estos grupos requiere un enfoque coordinado entre los sectores y sistemas. A menudo, se ha fomentado este tipo de iniciativas con el objetivo explícito de sobreponerse a la fragmentación de la financiación y prestación de servicios, que ha obstaculizado el desarrollo de las vías de atención integradas.

Los cuatro territorios que conforman el Reino Unido, así como Suecia, han sido actores particularmente destacados en la financiación conjunta de servicios y programas de apoyo a las personas mayores con estados de salud frágiles y a discapacitados físicos o con problemas de salud crónicos, incluyendo enfermedades mentales (Weatherly, Mason y Goddard, 2010). Los presupuestos conjuntos también se han utilizado para ayudar a desarrollar enfoques integrados para la rehabilitación y la reinserción laboral para las personas con problemas crónicos de salud, como en el caso de los enfermos con problemas del aparato locomotor en Suecia, donde los sectores de salud, seguridad social y asistencia social han trabajado conjuntamente para paliar este problema (Hultberg, Lonroth y Allebeck, 2007). En Inglaterra, Escocia y Gales las iniciativas de seguridad vial también han reunido a los sectores de salud, transporte, infantil y de seguridad (Audit Commission, 2007).

En Inglaterra, las leyes «1999 and 2006 NHS Acts» también establecen una serie de diferentes mecanismos legales para la financiación conjunta de los servicios de salud y de asistencia social por el sistema nacional de salud británico y las autoridades locales. En este caso, las iniciativas de financiación conjunta también podrían ir acompañadas de una legislación que permita la delegación de funciones entre los socios colaboradores, por lo que, teóricamente, resulta más sencillo alcanzar acuerdos en materia de acción intersectorial. Los límites sobre qué podía delegarse permanecieron inalterados, ya que la responsabilidad y la rendición de cuentas sobre algunas cuestiones siguieron en el departamento correspondiente. La legislación también permitió el control de los presupuestos conjuntos de diferentes sectores (excluyendo el sistema nacional de salud), directamente a través de los usuarios del servicios de asistencia social como parte del programa de

presupuestos individuales (Moran et al., 2011). Sin embargo, a pesar de lo mucho que se ha debatido y de la documentación sobre la política de colaboración y financiación conjunta, el porcentaje de uso de estos mecanismos sigue siendo muy modesto: en 2008 representaban sólo el 3,4% del gasto total en salud y asistencia social en Inglaterra (Audit Commission, 2009).

En los Países Bajos, se han utilizado presupuestos conjuntos para la investigación y actividades políticas relacionadas con el programa nacional de acción sobre el medio ambiente y la salud, financiado por los ministerios de dichos sectores (Stead, 2008). En Nueva Zelanda, se organizó una campaña para fomentar más acuerdos de asociación, con los acuerdos de financiación como alternativa para lograrlo (Advisory Group on the Review of the Centre, 2001). Las recomendaciones de los informes sobre el funcionamiento del sector público, permiten que la respuesta legislativa consiga una mejor integración y flexibilidad en la financiación intersectorial entre los departamentos gubernamentales para fomentar «proyectos de agrupamiento», uniendo las agencias gubernamentales pertinentes, los recursos y los presupuestos conjuntos (Public Health Advisory Committee, 2004). Por ejemplo, Healthy Eating, Healthy Action (HEHA) Initiatives Fund dio lugar a acuerdos de asociación y de algunos presupuestos específicos y compromisos de financiación conjunta entre los consejos municipales de salud, agencias de nutrición y organizaciones no gubernamentales, la industria alimenticia y deportiva y Sport and Recreation New Zealand. El objetivo era promover la mejora de la nutrición, la actividad física y un peso saludable para todos los neozelandeses (Ministerio de Sanidad de Nueva Zelanda, 2008).

¿Son efectivos los enfoques con presupuestos conjuntos?

La información disponible sobre la eficacia de los sistemas presupuestarios conjuntos es limitada y bastante ambigua, como se ilustra en una revisión de experiencias en Inglaterra y Suecia (Hultberg et al., 2005). Esto se debe, en parte, a que hasta la fecha un número considerable de dichas evaluaciones se han centrado en el proceso en sí, focalizando su interés en aspectos como el nivel de acuerdo y la cooperación, en lugar de en los resultados finales (Norman y Axelsson, 2007). Sin embargo, pueden aparecer complicaciones significativas y dificultades administrativas para su implementación (Public Health Advisory Committee, 2006; Audit Commission, 2009).

Los presupuestos conjuntos pueden ayudar a ampliar los intereses sectoriales limitados, aumentando el ámbito de responsabilidad y el interés de las partes pertinentes y promoviendo una financiación flexible, pero no existe hasta el momento fuerte evidencia que corrobore la existencia de diferencias notables

en los resultados finales y poco se sabe sobre su rentabilidad en comparación con los acuerdos anteriores (Audit Commission, 2009). Sin embargo, se pueden señalar algunas excepciones, como ocurre con algunos casos de seguridad vial en el Reino Unido, donde el impacto que tienen las acciones financiadas de forma conjunta sobre el número de víctimas se erige como un indicador clave de éxito (Departamento de Transporte del Reino Unido, 2009). Otro ejemplo es el de la ciudad de Swindon, en Inglaterra, donde se reunieron 28 millones de libras en fondos de salud y de atención social para los servicios infantiles, con un coste de establecimiento de 10.000 libras. Los tres acuerdos independientes y la integración gradual que comenzó con la alineación de presupuestos y acabo en la adopción de presupuestos conjuntos, dieron lugar a mejoras tanto en las tasas de obesidad y de empleo de los jóvenes como en las tasas de participación en formación al año posterior al programa (Willis, 2011).

En Suecia, las iniciativas intersectoriales han sido objeto de una evaluación formal. El esquema SOCSAM permitió a la seguridad social y los servicios sociales destinar hasta un 5% de sus fondos, junto con un aporte equivalente de los servicios de salud, a un presupuesto conjunto para gestionar colectivamente los servicios de rehabilitación para ayudar a los enfermos a reinsertarse en el ámbito laboral tras bajas de larga duración (véase el estudio de caso para obtener información más detallada). Se evaluó su impacto en ocho localidades y se comparó con los resultados de otras zonas en las que no se introdujeron dichas medidas. Junto con la financiación, se establecieron sistemas de gestión financiera, ayudando a fomentar el desarrollo de servicios comunes y abogando por un enfoque más holístico de las actividades. La evaluación determinó que la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud y de atención social mejoró en comparación con las áreas de control (Hultberg, Lönnroth y Allebeck, 2003). Los resultados del país escandinavo también sugieren que los mecanismos de financiación conjunta y la colaboración a nivel local o regional pueden ser eficaces, puesto que las estructuras institucionales mantienen mayor contacto con las partes interesadas y son más conscientes de los problemas locales. Tras la evaluación, se puso en marcha el nuevo esquema FINSAM para apoyar la cooperación entre estos sectores con carácter voluntario a nivel nacional (Stahl et al., 2010).

Presupuestos conjuntos en Suecia: la colaboración en la rehabilitación profesional en todos los sectores y niveles de la sociedad

Runo Axelsson

Desde principios de la década de los años 90 se han realizado numerosos experimentos en Suecia sobre la colaboración intersectorial en el ámbito de la reinserción laboral. Al igual que en muchos otros países, la responsabilidad de la

rehabilitación se divide entre las instituciones de asistencia social que pertenecen a diferentes sectores y niveles de la sociedad. Entre 1993 y 1997 se llevó a cabo un experimento en el que se transfirieron los recursos destinados a la rehabilitación del sistema de seguridad social nacional, al sistema sanitario de cinco localidades, con el objetivo de reducir los costos de las prestaciones por enfermedad. Entre 1994 y 2002, el experimento se amplió en ocho municipios para incluir los servicios sociales y el servicio nacional de empleo.

En este experimento, se facilitó la coordinación financiera entre las diferentes instituciones involucradas y la colaboración intersectorial entre diferentes grupos y equipos. Ambos experimentos fueron evaluados y los resultados positivos iniciales condujeron a la Ley de 2003 de Coordinación Financiera de Medidas de Rehabilitación.

Aunque no es vinculante, esta legislación ha permitido a las instituciones relacionadas con el ámbito de la rehabilitación (el servicio nacional de empleo, la administración nacional de seguridad social, los servicios regionales de salud y de servicios sociales municipales) formar asociaciones locales para la coordinación financiera.

Esta colaboración entre diferentes niveles de la sociedad fue posible gracias a que los organismos nacionales y los servicios regionales de salud también están representados a nivel local (municipal).

Las asociaciones locales se forman voluntariamente por las propias instituciones y están financiadas con recursos propios que pasan a formar parte de un presupuesto conjunto que es utilizado para diferentes servicios o programas de rehabilitación.

Los modelos de colaboración intersectorial desarrollados en estas asociaciones implican la gestión de casos y trabajar con equipos multidisciplinarios. Las actividades de rehabilitación de las asociaciones locales han sido evaluadas con regularidad y la evolución positiva se extendió por todo el país. La colaboración intersectorial ha crecido desde la base y a fecha de 2011 ya existían más de 80 asociaciones locales de rehabilitación profesional en el país. Aunque resulta difícil evaluar su impacto global, la proliferación de estas asociaciones es prueba de su eficiencia y utilidad. La información recogida sugiere que la colaboración intersectorial puede ser más eficaz a nivel local o regional que a nivel nacional, pues mantiene mayor relación con los problemas y las personas en cuestión.

Por lo general, los presupuestos conjuntos no son suficientes para promover la acción intersectorial por sí mismos, aunque en algunas ocasiones han ayudado a mejorar la cooperación entre sectores y a fomentar la flexibilidad en la forma en que utilizan los fondos. En Inglaterra y Suecia, los presupuestos conjuntos se han asociado con el desarrollo de un enfoque de «cultura sistémica» frente a la actitud de reproches entre sectores. Este planteamiento contribuye a mejorar la flexibilidad en el uso real de los recursos, en especial para los paquetes de atención compleja (Hultberg et al., 2005). Varias fuentes de financiación que colaboran con los presupuestos individuales en Inglaterra han mejorado sus relaciones con otras fuentes de financiación, así como su conocimiento de actores de diferentes sectores y de los objetivos y procedimientos en dichos ámbitos (Moran et al., 2011). En

Inglaterra, las colaboraciones con presupuestos conjuntos entre salud y las autoridades locales para la prestación de servicios para los niños, han sido percibidas por los participantes como una forma de ayudar a promover la eficiencia y mejorar las vías de atención para los niños necesitados (Lorgelly et al., 2009). Sin embargo, uno de las dificultades es la sostenibilidad a largo plazo de las colaboraciones que surjan a partir de los presupuestos conjuntos en los que el gobierno central facilitara ayudas limitadas, puesto que los socios colaboradores han de compensar las pérdidas presupuestarias derivadas de la finalización de dichas ayudas siempre y cuando deseen prolongar la acción conjunta.

Los sistemas de financiación conjunta pueden ser malentendidos y son objeto de una legislación compleja (Audit Commission, 2008, 2009). Las normas que rigen un presupuesto conjunto pueden ser muy diferentes en los distintos sectores y/o con respecto a los grupos destinatarios específicos. Por ejemplo, la evaluación de la iniciativa de los presupuestos individuales demostró que el marco legislativo establecido a nivel nacional creó restricciones sobre quién era elegible para dichas medidas, así como en la responsabilidad individual y organizacional, lo que se traducía en una considerable rigidez sobre cómo podían utilizarse a nivel local los fondos conjuntos obtenidos de diferentes fuentes (Moran et al., 2011).

Del mismo modo, en Inglaterra, a pesar de que la ley del menor de 2004 (Children's Act) permitió establecer objetivos comunes acordados entre las autoridades locales y comisiones de salud en relación con los servicios infantiles, permitiendo a las partes contribuir con los costes para alcanzar estos objetivos a través de cualquiera de los socios colaboradores que se ocuparan del servicio en cuestión, no contemplaba la delegación de funciones ni facultaba a los asociados para prestar servicios no englobados dentro de sus responsabilidades (Lorgelly et al., 2009). Puede haber otras barreras legales complejas para la asociación y la utilización de presupuestos conjuntos: en Alemania, por ejemplo, el Tribunal Constitucional Federal declaró inconstitucional un programa ya aprobado, Hartz IV, que había fusionado los programas de desempleo y asistencia social (Bundesverfassungsgericht, 2009).

Factores que pueden ayudar en la implementación y el éxito de los presupuestos conjuntos

Se han identificado varios factores que pueden ayudar en la ejecución de los presupuestos conjuntos (cuadro 7.2). Está claro que el proceso debe comenzar por definir cuidadosamente las cuestiones de salud y de otros sectores que puedan beneficiarse de los presupuestos conjuntos, teniendo en

cuenta qué actores y partes deben participar y estableciendo las prioridades y metas.

Cuadro 7.2 Factores que pueden ayudar en la implementación de los presupuestos conjuntos

Identificar los fundamentos, los potenciales beneficios en salud y en otras áreas que no son salud y de valor añadido a los sectores de presupuestos conjuntos.

Establecer objetivos claros.

Hablar el idioma de todos los sectores y no sólo el del sector salud.

Determinar cómo operan los marcos de financiación y legislativos entre sectores.

Abogar por la flexibilidad en los marcos legislativos y regulatorios relacionados con los presupuestos conjuntos.

Participar en los esfuerzos sostenidos para aumentar la confianza intersectorial y formar las habilidades comunes y las competencias.

Considerar el uso de incentivos por rendimiento.

Identificar los costos y beneficios de los presupuestos conjuntos.

Considerar el uso de instrumentos financieros para asegurar los presupuestos que estén alineados en vez de compartidos, de forma que todos los sectores se puedan beneficiar por igual de cualquier ganancia derivada de la eficiencia.

Los socios colaboradores necesitan sentir que cualquier puesta en común de los recursos y las estructuras obra en su propio interés, mejorando aquello que pueden lograr por separado. Los actores de la salud también deben ser capaces de conversar en el lenguaje de los sectores que puedan convertirse en socios colaboradores; a menudo los miembros del sector de la salud no tienen en cuenta las consecuencias de la promoción de la salud para los colaboradores. Como Stead (2008) señala, con respecto a las alianzas entre el transporte, el medio ambiente y la salud, «existe la impresión de que [el sector de la salud] no está tan interesado en el transporte o el medio ambiente y más preocupado con la infraestructura médica (hospitales), equipo o consumibles (fármacos)». Del mismo modo, en el caso de las iniciativas para fomentar la reinserción laboral para enfermos crónicos en Suecia, la falta de voluntad del Servicio de Empleo de contribuir a los presupuestos conjuntos impidió la implementación efectiva del régimen (Stahl et al., 2010).

En ambos casos, la voluntad de las partes interesadas en participar podría haber sido mucho mayor si se hubieran puesto de relieve los beneficios en otras áreas que no son salud. Por ejemplo, la reducción en el número de atascos provocados por accidentes gracias a una mayor seguridad vial o una disminución en los costos derivados de las bajas gracias a la reinserción laboral para enfermos crónicos. En el caso del sector de la educación, esto

significaría destacar los impactos positivos que podrían tener una mejor salud emocional y el bienestar escolar sobre las interrupciones en las aulas, las bajas por enfermedad del profesor y el rendimiento de los estudiantes.

La participación en el presupuesto conjunto también puede fomentarse mediante la demostración de los argumentos económicos a corto, medio y largo plazo para llevar a cabo las acciones. Este análisis puede tener en cuenta los costes de administración y otros gastos incurridos como parte del proceso de presupuesto conjunto. Por ejemplo, en el caso de los nuevos esquemas de asociación de la seguridad vial en el Reino Unido, en general, se pronosticó una tasa de rendimiento de aproximadamente un 190% (Departamento de Transporte del Reino Unido, 2009). La justificación económica también se apoya en las compensaciones de costes de diferentes sectores, tales como la reducción de costes en el sistema de atención médica al disminuir la mortalidad vial. También se ha tenido en cuenta el impacto económico en el medio ambiente que posee la promoción del uso de la bicicleta y de andar (Kahlmeier et al., 2011).

Por lo tanto, tanto a nivel nacional como local, los ministerios y departamentos de hacienda desempeñan un papel importante en la cuantificación y la difusión de información sobre los costos y beneficios de un mejor trabajo intersectorial (Audit Commission, 2007). Las condiciones económicas complejas pueden ser una barrera para la inversión por parte de los diferentes grupos de interés en los presupuestos conjuntos (Lorgelly et al., 2009). Cuando se alinean los presupuestos en vez de unirse, se pueden utilizar mecanismos financieros compensatorios para distribuir las compensaciones de costes que se realizan entre los diferentes responsables del presupuesto, con el objeto de que todos los sectores se beneficien de una reducción global de los costos (McDaid, Drummond y Suhrcke, 2008).

Incluso cuando se ha llegado a un principio de acuerdo entre los socios colaboradores sobre la rentabilidad de la aplicación de un presupuesto conjunto, es importante determinar cómo operan los patrones actuales de financiación en diferentes sectores, y aclarar cuáles son las estructuras institucionales y legales que han de aplicarse con el fin de considerar qué disposiciones presupuestarias conjuntas pueden ofrecer un mejor rendimiento. El establecimiento de objetivos claros sobre los fines que se busca alcanzar es un requisito previo para examinar las cuestiones relacionadas con el presupuesto y la distribución de riesgos. Los marcos legales y regulatorios deberían contar, en una situación ideal, con la suficiente flexibilidad como para ofrecer la máxima discreción sobre cómo se utilizan los fondos. Deberían permitir que los fondos se utilizaran para cualquier propósito razonable, en vez de quedar asignados desde un principio y disponer de una

única estructura de rendición de cuentas que se ocupe de las acciones del equipo de planificación conjunta al completo, en lugar de las estructuras de rendición de cuentas individuales para cada sector. De esta manera, también puede ayudar a promover la transparencia y la flexibilidad en cuanto a cómo se utilizan los fondos.

Para los nuevos sistemas que no queden recogidos en la legislación y en los que no haya un dilatado historial de trabajo conjunto y confianza, será necesario contar con acuerdos formales o informales sobre la forma en que se ejecutará la financiación conjunta. Estos, por ejemplo, podrían especificar quién debe aportar qué, el tipo de recursos que se aunarán, cuánto, por cuánto tiempo y en qué modalidades de gestión y rendición de cuentas. Al tratar de poner en práctica un presupuesto conjunto puede resultar más sencillo comenzar poniendo en común los fondos adquiridos externamente, como las subvenciones únicas del gobierno central, antes de integrar los recursos existentes en sectores específicos.

Una vez se disponga de dichos mecanismos, probablemente se necesitarán esfuerzos sostenidos para desarrollar buenas relaciones de trabajo entre las culturas, para ayudar a identificar los beneficios potenciales que puedan originarse de la eliminación de las duplicidades de esfuerzos y la reorganización de las prácticas de trabajo (Øvretveit, Hansson y Brommels, 2010). La realidad es que puede llevar tiempo generar confianza entre socios colaboradores con diferentes lenguajes y perspectivas, incluso cuando todos los socios colaboradores contribuyen económicamente al presupuesto. Se cree que la participación de los miembros del equipo de todos los sectores en la determinación de la cultura y los valores que operarán dentro de un equipo conjunto es importante a la hora de establecer una identidad y propósitos claros en iniciativas exitosas (Willis, 2011). También se puede necesitar formación en habilidades y competencias comunes para el personal pertinente, además de preservar sus conocimientos y experiencias claves. Tanto en Inglaterra como en Suecia, se han llevado a cabo ejercicios de formación e iniciativas para mejorar fomentar la cultura de equipo para facilitar los cambios en las funciones en los equipos multidisciplinares.

Otra iniciativa útil es recolocar físicamente personal de diferentes sectores en una misma oficina para que puedan comenzar a consolidar las relaciones laborales y a sentirse parte de un equipo común. Otros mecanismos viables para mejorar la comunicación y la confianza incluyen el establecimiento regular de redes entre los diferentes grupos de interés y la creación de comités intersectoriales para supervisar la ejecución de programas concretos, como es el caso de una iniciativa destinada a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Financiación conjunta en Viena: sALTo: la mejora de la calidad de vida de las personas mayores

Sabine Haas and Elisabeth Teuschl

El proyecto piloto sALTo, que se desarrolló entre noviembre de 2006 y mayo de 2008, fue iniciado por el departamento de planificación urbanística de Viena, para mantener y mejorar la calidad de vida, la movilidad y la salud de las personas mayores en dos zonas de la ciudad. La autoridad local y el sector salud aportaron un presupuesto conjunto de 260.000 euros. La planificación y la ejecución del proyecto se llevó a cabo por un comité intersectorial en el que participaban diferentes departamentos administrativos de la ciudad: la agencia de promoción de la salud de Viena, dos contratistas externos, responsables políticos locales, organizaciones no gubernamentales y residentes. Se centró tanto en la planificación urbana, de salud y de servicios sociales, como en la integración, la diversidad y la vivienda.

Los equipos intersectoriales y los contratistas se responsabilizaban de la coordinación del proyecto. Se consultó a nivel local a los residentes, políticos e instituciones interesadas en participar sobre las medidas que debían aplicarse. Asimismo, se puso en práctica el uso de herramientas de comunicación y promoción para garantizar la sostenibilidad de la iniciativa. La interrelación a nivel local entre la planificación urbanística, la salud y los servicios sociales facilitó el intercambio de información.

Las medidas para los grupos destinatarios específicos se centran en apoyar el envejecimiento activo, por ejemplo mediante la mejora de espacios públicos (aceras, zonas verdes, puntos de encuentro), la cooperación intergeneracional y una participación más activa de las personas mayores en la planificación de su entorno.

La asociación entre los sectores de salud y de planificación urbanística logró alcanzar un alto nivel de sinergia. La oportunidad de interactuar a diferentes niveles del medio urbanizado y de la promoción de la salud, a menudo a través de herramientas «más sencillas», resultó ser una situación altamente beneficiosa.

El lenguaje y el entendimiento común establecido en el proyecto piloto dio lugar a más oportunidades para la colaboración y las estructuras aplicadas fueron utilizadas para otros fines.

Fuentes: Doringner et al., 2009. Léase también: <https://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/grundlagen/stadtforschung/sozialraum/salto.html>.

Emplear coordinadores durante el comienzo de una asociación puede ayudar a mejorar la confianza y resolver disputas (Norman y Axelsson, 2007). La transparencia y el acceso a la información desde diferentes sistemas financieros son indispensables. La labor de una persona dedicada, remunerada mediante el presupuesto conjunto para coordinar los esfuerzos intersectoriales, puede ser la clave para dirigir los presupuestos conjuntos cuyos fondos o servicios no estén plenamente integrados.

Por último, y con independencia del modelo de presupuesto conjunto utilizado, se puede considerar la utilización de incentivos económicos o no económicos vinculados a la consecución de objetivos de política conjunta. Un requisito indispensable para este tipo de recompensas es el establecimiento de un conjunto común de indicadores de rendimiento y resultados, que incluyan

el éxito en la aplicación de iniciativas de presupuestos conjuntos o en proporción a los fondos reunidos para las acciones relacionadas con la salud (Schwedler, 2008; Audit Commission, 2009).

Conclusiones

Los diferentes tipos de presupuestos conjuntos pueden utilizarse para ayudar a fomentar las oportunidades de trabajo intersectorial para la STP. En varios países de altos ingresos se pueden encontrar ejemplos de trabajo intersectorial con algún tipo de presupuesto compartido o alineado. Todos estos esfuerzos indican que, en materia de sistemas de presupuestos conjuntos, ningún enfoque es perfecto para cualquier situación.

Si bien el marco legal bajo el cual operan dichos presupuestos puede establecerse a nivel nacional, los planes parecen lograr sus objetivos más fácilmente en los niveles inferiores: urbano o municipal. Esto puede ser en parte un reflejo de las estructuras institucionales en países como Suecia e Inglaterra, donde muchas decisiones se toman a nivel local, pero la necesidad de adaptar las disposiciones presupuestarias conjuntas para satisfacer los diferentes contextos y mecanismos institucionales puede significar, una vez superado cierto nivel geográfico o presupuestario, que la gestión del plan se vuelva compleja. A pesar de los intentos de fomentar la colaboración entre los departamentos gubernamentales a nivel nacional, los estudios llevados a cabo en Inglaterra sugieren que los funcionarios pueden tener dificultades para mirar más allá de sus departamentos (Moran et al., 2011).

Por ello, se ha de brindar su merecida importancia al diseño de cualquier iniciativa de presupuesto conjunto, teniendo siempre en cuenta el contexto y fondos disponibles. Parece haber claras diferencias entre los esquemas vinculantes e impuestos, por lo general por parte del gobierno central, y aquellos que son voluntarios en su naturaleza y requieren el compromiso de varias partes.

Ambos enfoques tienen sus pros y contras. A corto plazo, la puesta en común de presupuestos y la colaboración obligatoria entre diferentes sectores puede ayudar a mejorar la STP y brindará a los participantes la oportunidad de aprender de diferentes sectores. Sin embargo, la imposición de dichos esquemas podría significar que todavía existe cierta reticencia a colaborar entre diferentes sectores, lo que jugará en contra de cualquier plan de sostenibilidad a largo plazo. Asimismo, los participantes pueden resistirse a colaborar más allá de lo que especifique el contrato y se necesitarán acuerdos legales detallados de colaboración, mecanismos de rendición de cuenta fiables y marcos legales y financieros transparentes (Glendinning, 2003). Si el aprendizaje recíproco o la confianza no se desarrollaran entre sectores, las

colaboraciones impuestas serían difícilmente sostenibles a largo plazo en caso de que los fondos comunes o las subvenciones estatales se extinguieran.

Por otro lado, se tardará más tiempo en aplicar enfoques que busquen aunar sectores para financiar iniciativas de manera conjunta. Además, el compromiso de las diferentes partes cobra un cariz mucho más relevante, puesto que resulta indispensable demostrar el valor añadido potencial que ofrece la colaboración conjunta, ya sea en términos de salud como en objetivos de importancia para otros sectores. Este planteamiento voluntario para compartir fondos se basa necesariamente en la confianza y el debate abierto y, a cambio, el aprendizaje mutuo y la innovación mejoran considerablemente gracias a las relaciones cimentadas en la confianza. Por ello, las combinaciones voluntarias de recursos suelen ser más sostenibles a largo plazo, siempre y cuando los socios colaboradores tengan cierto sentido de propiedad sobre la colaboración y de esta forma sean más propensos a continuar colaborando con el presupuesto conjunto (Armistead y Pettigrew, 2008).

Siempre y cuando se apliquen correctamente, las medidas para aunar presupuestos pueden ayudar a incorporar la STP. A largo plazo, si se mantienen dichas iniciativas y colaboraciones, se puede establecer una cultura de trabajo conjunto, reduciendo de esta manera las posibles desconfianzas y malentendidos entre colaboradores. Sin embargo, se debe hacer hincapié en que los sistemas de presupuestos conjuntos tienden a ser aplicados con más éxito cuando se complementan con acciones adicionales para facilitar la acción intersectorial y el trabajo en grupo. Estas medidas pueden incluir la mejora de diálogo entre sectores, la relocalización de personal y reparto equitativo de los incentivos económicos por colaboración o rendimiento. También resulta indispensable difundir las lecciones y resultados aprendidos de todo tipo de enfoques, exitosos e ineficaces y mejorar la información disponible sobre los mecanismos de financiación en relación a la mejora de salud y sus resultados, así como la eficiencia de los costes.

Fuentes bibliográficas

Advisory Group on the Review of the Centre (2001). *Report of the Advisory Group on the Review of the Centre*. Wellington, State Services Commission.

Armistead C y Pettigrew P (2008). Partnerships in the provision of services by multi-agencies: four dimensions of service leadership and service quality. *Service Business* 2:17–32.

Audit Commission (2007). *Changing lanes. Evolving roles in road safety*. London, Audit Commission.

Audit Commission (2008). *Clarifying joint financing arrangements. A briefing paper for health bodies and local authorities*. London, Audit Commission.

Audit Commission (2009). *Means to an end. Joint financing across health and social care*. London, Audit Commission.

Audit Commission y Healthcare Commission (2007). *Better safe than sorry. Preventing unintentional injury to children*. London, Audit Commission.

Bundesverfassungsgericht (2009). *1 BvL 1/09 of 9.2.2010*, Paragraphs 1–220. Karlsruhe, Bundesverfassungsgericht [Federal Constitutional Court] (http://www.bundesverfassungsgericht.de/en/decisions/lis20100209_1bv1000109en.html, accessed 19 June 2012).

Department for Transport (2009). *Review of the Road Safety Partnership Grant Scheme*. London, Department for Transport.

Doring, E et al. (2009). *ALTo. Gut und selbstbestimmt älter werden im Stadtteil*. Vienna, MA 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung und der Bereichsleitung für Strukturentwicklung.

Glendinning C (2003). Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy* 65(2):139–151.

Hultberg EL, Lonroth K y Allebeck P (2003). Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners. *Health Policy* 64(2):143–152.

Hultberg EL, Lonroth K y Allebeck P (2007). Effects of a co-financed interdisciplinary collaboration model in primary health care on service utilisation among patients with musculoskeletal disorders. *Work* 28(3):239–247.

Hultberg EL et al. (2005). Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden. *Health & Social Care in the Community* 13(6):531–541.

Kahlmeier SN et al. (2011). *Health economic assessment tools (HEAT) for walking and for cycling. Methodology and user guide. Economic assessment of transport infrastructure and policies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Kilian RC et al. (2010). Cost-effectiveness analysis and child and adolescent mental health problems. *International Journal of Mental Health Promotion* 12:45–57.

Lorgelly P et al. (2009). Is it feasible to pool funds for local children's services in England? Evidence from the national evaluation of children's trust pathfinders. *Journal of Health Services Research & Policy* 14(1):27–34.

McDaid D y Park AL (2011). Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promotion International* 26(S1):i108–139.

McDaid D, Drummond M y Suhrcke M (2008). *How can European health systems support investment in and implementation of population health strategies?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

McDaid D et al. (2007). Moving beyond the mental health care system: An exploration of the interfaces between health and non-health sectors. *Journal of Mental Health* 16(2):181–194.

Ministry of Health, 2008. *Healthy eating – healthy action: oranga kai – oranga pumau: progress on implementing the HEHA Strategy 2008*. Wellington, Ministry of Health.

Moran N et al. (2011). Joining up government by integrating funding streams? The experiences of the individual budget pilot projects for older and disabled people in England. *International Journal of Public Administration* 34(4):232–243.

Norman C y Axelsson R (2007). Co-operation as a strategy for provision of welfare services – a study of a rehabilitation project in Sweden. *European Journal of Public Health* 17(5):532–536.

Ovretveit J, Hansson J y Brommels M (2010). An integrated health and social care organisation in Sweden: creation and structure of a unique local public health and social care system. *Health Policy* 97(2–3):113–21.

Public Health Advisory Committee (2004). *The health of people and communities. A way forward: public policy and the economic determinants of health*. Wellington, Ministry of Health.

Public Health Advisory Committee (2006). *Health is everyone's business. Working together for health and well-being*. Wellington, Ministry of Health.

Schwedler H-U (2008). *Working together for sustainable and healthy transport: guidance on supportive institutional conditions for policy integration of transport, health and environment*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe.

Stahl C et al. (2010). A matter of trust? A study of coordination of Swedish stakeholders in return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation* 20:299–310.

Stead D (2008). Institutional aspects of integrating transport, environment and health policies. *Transport Policy* 15:139–148.

Timpka T, Nordqvist C y Lindqvist K (2009). Infrastructural requirements for local implementation of safety policies: the discordance between top-down and bottom-up systems of action. *BMC Health Services Research* 9:45.

Weatherly H, Mason A y Goddard M (2010). *Financial integration across health and social care: evidence review*. Edinburgh, Scottish Government.

WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization

(<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>, consultado en 19 de junio de 2012).

Willis B (2011). *Integrated care and pooled budgets help council improve children's social care services*. Sutton, Community Care (<http://www.communitycare.co.uk/Articles/18/02/2011/116308/pooling-budgets-and-integrated-teamsboost-swindons-childrens-services.htm>, consultado en 19 de junio de 2012).

Capítulo 8

Financiación delegada

Laura Schang y Vivian Lin

Introducción

La concesión de fondos para acciones intersectoriales sigue siendo uno de los grandes retos para los gobiernos que busquen aplicar y mantener acciones preventivas sobre los determinantes sociales de la salud (PHAC, 2007). Para hacer frente a este desafío, algunos gobiernos han desarrollado sistemas de financiación intersectorial de los que el gobierno es responsable, tales como los presupuestos conjuntos (véase el Capítulo 7) o que trasciendan a la propia administración. La financiación delegada es un ejemplo de estos últimos. La delegación de fondos no implica una intervención intersectorial por necesidad. Sin embargo, la experiencia en muchos países muestra que la financiación delegada ofrece, ya sea mediante transferencias de autoridad o fondos dedicados de un gobierno a un órgano estatutario semiautónomo, una amplia gama de oportunidades para la gobernanza intersectorial. Por ello, el presente capítulo se centra en la contribución que la financiación delegada puede ofrecer al ámbito intersectorial para la STP.

El Capítulo 8 recopila cuatro casos de Europa y Australia. A pesar de que estos órganos de financiación delegada evolucionaron en diferentes contextos y no obligatoriamente para mejorar las acciones intersectoriales (cuadro 8.1), son un ejemplo claro de cómo la financiación delegada puede dar pie a muchas oportunidades y limitaciones como estructura de gobernanza intersectorial en la STP. En primer lugar se revisan las acciones intersectoriales que la financiación delegada podría desencadenar, para posteriormente definir los parámetros estructurales clave de la financiación delegada inherentes a las acciones intersectoriales. El capítulo incluye siete lecciones relacionadas con el alcance y limitaciones que posee la financiación delegada para contribuir en la STP.

Acciones intersectoriales: qué puede conseguir la financiación delegada

La financiación delegada puede mejorar la acción intersectorial para la STP al estimular un compromiso por la salud compartido y proporcionar fondos para proyectos y programas intersectoriales.

Cuadro 8.1 ¿Por qué delegar?

En el estado australiano de Victoria, la prudencia política dio pie a que la financiación de la promoción de la salud se delegara a un órgano estatutario. Dicha delegación estaba destinada a contrarrestar el sentimiento de que el gobierno podría intentar controlar a los grupos de la comunidad mediante sus decisiones de financiación. La creación de un órgano relativamente independiente, VicHealth, para administrar los fondos simbolizaba el compromiso del gobierno para invertir en la promoción de la salud, pero como una medida que debía tomarse al margen de los partidos políticos.

En Austria y Suiza, la delegación estaba más relacionada con el uso efectivo y actualización de estructuras existentes. En ambos países se habían desarrollado plataformas pequeñas de información y coordinación, y habían mejorado los conocimientos avanzados sobre la promoción de la salud durante la década de los años 80. Diez años después, cuando los parlamentos decidieron asignar recursos económicos para la promoción de la salud, las organizaciones vigentes por aquel entonces, conocidas hoy en día como Austrian Health Promotion Foundation y Health Promotion Switzerland, fueron las encargadas de canalizar dichos fondos a través de su infraestructura.

El establecimiento de Big Lottery Fund del Reino Unido y sus organizaciones predecesoras, son una tradición en dicho país. La delegación de autoridad y recursos a un organismo independiente, que no dependa del gobierno, es un fenómeno que se ha buscado cada vez más desde la década de los años 70 en varios campos políticos, por gobiernos conservadores y laboristas, para conseguir que la prestación de servicios públicos sea más eficiente.

Fuentes: Borland, Winstanley y Reading, 2009; EDI, 2008; www.fgoe.org; Flinders, 2004.

Estimular el compromiso financiero compartido

Algunos organismos financieros delegados utilizan la cofinanciación como instrumento para alcanzar compromisos financieros conjuntos en materia de salud. Por ejemplo, a lo largo de 2008, Austrian Health Promotion Foundation cofinanció proyectos por un coste total de 20,16 millones de euros con 4,24 millones por proyecto (21% de media). Los gobiernos local y central y colaboradores de proyecto como compañías, aseguradoras y otras fuentes de financiación aportaron la cantidad restante (FGÖ, 2009a). La experiencia sugiere que los criterios de alta calidad vigentes en la Fundación movilizan y alientan a otros donantes a contribuir, por lo que una concesión expedida por la Fundación se traduce en la proliferación de otras subvenciones (Christ y Plunger, 2009). Por lo tanto, aunque el volumen de

140 Gobernanza Intersectorial para la salud en todas las políticas

fondos estatutarios obtenidos del gobierno pueda variar notablemente entre los diferentes órganos, la aplicación sistemática del enfoque de cofinanciación puede duplicar o incluso triplicar los fondos para la promoción de la salud (Tabla 8.1).

Sin embargo, la efectividad de la cofinanciación como instrumento para alcanzar la colaboración intersectorial dependerá en gran medida del tipo de sector involucrado. Por ejemplo, Big Lottery Fund percibe la financiación completa como un instrumento para involucrar a los sectores de la salud. El fondo reconoce explícitamente que los receptores de las subvenciones, organizaciones voluntarias y comunitarias, requieren una financiación continua, pero tienen escaso acceso a otras fuentes de ingresos (BIG, 2009a).

Tabla 8.1 Impacto de la cofinanciación en los fondos disponibles para la promoción de la salud

	Big Lottery Fund	VicHealth	Health Promotion Switzerland	Austrian Health Promotion Foundation
Ingresos estatutarios en 2008 ^a	751 millones de euros ^b	21,3 millones de euros ^c	12,3 millones de euros ^d	7,25 millones
Presupuesto por residente permanente en 2008 ^e	12,2 €	3,9 €	1,6 €	0,9 €
Impacto estimado de la cofinanciación en los fondos disponibles para la promoción de la salud ^f	(los proyectos reciben financiación completa)	(los proyectos reciben financiación completa)	24,94 millones de euros Coste total de los proyectos: 19,6 millones (incluida una contribución de 7,56 millones realizada por la organización) Fondos disponibles de la organización: 5,34 millones de euros ^g	23,41 millones de euros Coste total de los proyectos: 20,16 millones de euros (incluida una contribución de 4,24 millones realizada por la organización) Fondos disponibles de la organización: 3,25 millones de euros ^h
Presupuesto por residente permanente en 2008 incluyendo el impacto de cofinanciación	(léase arriba)	(léase arriba)	3,2 €	2,8 €

^a Basado en VicHealth, 2009b; GFCH, 2009; BIG, 2009a. Tipos de cambio del 31/07/2010.

^b Basado en los 625 millones de libras de beneficios de la lotería para el año fiscal 2008/2009, utilizado para todas las áreas de financiación y bajo la designación general de «la salud, la educación, el medio ambiente y fines benéficos» (BIG, 2009a). Muchos programas responden a las necesidades de los receptores de subvenciones, lo que significa que el nivel de gasto en salud varía de año en año y puede ser considerablemente menor. El fondo no se divide por la cantidad que se gasta en

la salud anualmente, pues la financiación de este tipo de programas dura varios años (Gerald Oppenheim, Director de Políticas y Alianzas, Big Lottery Fund, comunicación personal, 2010).

^c Basado en 30,8 millones de dólares asignados por el gobierno; los ingresos totales, incluyendo la inversión, fue de 32,7 millones de dólares (22,7 millones de euros) (VicHealth, 2009b).

^d Basado en 16,73 millones de francos suizos generados por gastos de asegurados, ingresos totales, incluyendo la inversión, los intereses y subvenciones no asignadas de 17,39 millones de francos suizos (12,8 millones de euros) (GFCH, 2009).

^e Estimaciones propias basadas en: 5,43 millones de residentes permanentes en Victoria (www.census.abs.gov), 7,7 millones en Suiza (www.bfs.admin.ch), 8,3 millones en Austria (www.statistik.at), 61,4 millones en el Reino Unido (www.statistics.gov.uk).

^f Estimaciones basadas en GFCH, 2009, FGO, 2009.

^g Asignados a la investigación, conferencias, servicios, campañas y gastos administrativos.

^h Dieciséis financiadores de lotería entregan los fondos recaudados a través de la Lotería Nacional Británica para «buenas causas», tales como las artes, organizaciones benéficas, grupos de voluntarios, el patrimonio, la salud, la educación, el medio ambiente y los deportes (28 peniques de cada libra gastada en un billete de la lotería). Big Lottery Fund es responsable de asignar el 46% de dicho presupuesto (aproximadamente 13 peniques de cada libra gastada en boletos de lotería). Léase: <http://www.lotteryfunding.org.uk/uk/lottery-funders-listing.htm> y http://www.biglotteryfund.org.uk/index/about-uk/about_blf.htm (consultado el día 31 de julio de 2010).

Proporcionar fondos para programas y proyectos intersectoriales

Permitir la ejecución de programas y proyectos intersectoriales es una de las estrategias principales en cualquier organización. Delegar los organismos de financiación puede ser la clave para hacer frente a muchos problemas de salud y sectores, que a su vez pueden diferir entre organizaciones y variar con el paso del tiempo. En el caso de VicHealth, en sus inicios pretendía financiar el cambio de patrocinios relacionados con el tabaco en los ámbitos deportivo y artístico. Cuando a mediados de la década de los 90 se detectó que la promoción de la salud apenas llegaba a los grupos más desfavorecidos, VicHealth cambió su enfoque presupuestario para desarrollar organizaciones deportivas y artísticas como marcos ideales para promulgar el cambio en el entorno físico y social. Hoy en día, VicHealth colabora con diversos sectores en varios problemas de salud más allá del control del tabaco. Por otro lado, Health Promotion Switzerland se centra en dos aspectos: mantener un peso adecuado en niños y adolescentes y la promoción de la salud en entornos laborables y, de este modo, cubrir las carencias del sistema de promoción de la salud suizo. Los gobiernos locales y el sector privado se erigen como los mayores contribuyentes. Big Lottery Fund asigna la mayoría de sus subvenciones a través de sectores voluntarios y comunitarios, dada su cercanía a ciudadanos desfavorecidos. Los fondos se destinan a comunidades necesitadas tanto dentro como fuera del Reino Unido. Austrian Health Promotion Foundation centra sus esfuerzos en proyectos de entornos; entorno laboral, escuelas y municipios, dirigidos a trabajadores, niños y grupos vulnerables respectivamente.

En diferente medida, estas organizaciones han unido la financiación de proyectos y programas e inversiones para aumentar los conocimientos y capacidades. Algunos ejemplos incluyen financiación para investigación, evaluación y desarrollo de la fuerza laboral así como el trabajo en red y la abogacía (Tabla 8.2, Cuadro 8.2).

Tabla 8.2 *Actividades de financiación intersectorial de organismos de financiación delegados*

VicHealth	<p>Financiación de proyectos, investigación y actividades de desarrollo con un enfoque estratégico en el control de tabaco, alimentación saludable, actividad física, inclusión social y económica, lucha contra la discriminación y violencia, prevención del abuso de alcohol y protección solar.</p> <p>Colaboración con sectores deportivos y del arte y con organizaciones sanitarias, de planificación, transporte, comunitarias, gobiernos locales y educación.</p> <p>Desarrollo de redes y alianzas estratégicas con organizaciones nacionales y globales de salud pública para fortalecer la acción en promoción y abogacía.</p> <p>Promover el desarrollo de la fuerza laboral a través de seminarios y cursos formativos con colaboradores universitarios.</p>
Big Lottery Fund	<p>Financiar proyectos para mejorar la salud, educación y medio ambiente con estrategias de apoyo a la formación de la comunidad y la creación de oportunidades, fomentar la seguridad y cohesión comunitaria y promocionar el bienestar a través de sectores voluntarios y comunitarios.</p> <p>Programas para Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte.</p> <p>Programas de aplicación en todo Reino Unido: puesta en marcha de investigaciones y evaluaciones, colaboraciones con medios tales como la televisión para la retransmisión de una votación pública con el objetivo de decidir cómo se utilizaban los fondos («The People's Millions») e inspirar a las comunidades a crear y preocuparse por los espacios verdes para la fauna y las personas («Breathing Places»).</p> <p>Programas internacionales para hacer frente a las causas de pobreza y marginación en el extranjero.</p>
Austrian Health Promotion Foundation	<p>Desarrollo y adjudicación de proyectos relacionados con la salud cardiovascular y programas municipales, escolares y laborales.</p> <p>Puesta en marcha de investigaciones para el desarrollo de epidemiología, promoción y prevención en salud y evaluación y garantía de calidad.</p> <p>Formación permanente de los profesionales de promoción y prevención en la salud y establecimiento de redes nacionales e internacionales a través de conferencias, cursos de formación y cooperación con organizaciones paraguas internacionales.</p> <p>Apoyo a la comunidad de autoayuda a través de la formación continua y publicaciones.</p>
Health Promotion	<p>Negociación de Programas de Intervención Cantonal en</p>

Switzerland

peso corporal saludable en población infantil y adolescente con los gobiernos cantonales; coordinación y gestión del impacto de los programas.

Planificación, implementación y evaluación de entornos laborales, medidas de promoción de la salud con aseguradoras de salud, con la Swiss Insurance Association y de lugares de trabajo de todo tipo y tamaño, así como la cooperación en promoción de la salud de entornos laborales con socios privados y públicos.

Establecimiento de redes a niveles nacional e internacional para fortalecer la promoción de la salud y la prevención.

Fuentes: www.vichealth.vic.gov.au; www.gesundheitsfoerderung.ch; www.fgoe.org; www.biglotteryfund.org.uk (consultada el 31 de julio de 2010).

Cuadro 8.2 *Cómo puede la financiación provocar la acción intersectorial: un ejemplo de VicHealth*

VicHealth fomenta la planificación conjunta con los gobiernos locales para aunar diferentes planes municipales (en vivienda, juventud, atención a las personas mayores, salud pública, políticas empresariales, etc.) para mejorar las sinergias intergubernamentales y, por último, el bienestar comunitario. Por ejemplo, el programa MetroACTIVE buscaba desarrollar la capacidad del gobierno local en materia de planificación conjunta para fomentar la actividad física. VicHealth destinó fondos (desde 72.000 hasta 140.000 dólares) a seis ayuntamientos para que llevaran a cabo proyectos de dos años de duración mediante la planificación conjunta para la mejora de la actividad física. Durante el proyecto, VicHealth organizó reuniones entre los ayuntamientos participantes para compartir experiencias y desarrollar iniciativas para mejorar la práctica. No sólo eso, sino que VicHealth financió cursos de corta duración sobre la planificación conjunta, para mejorar los conocimientos y concienciación del personal del ayuntamiento sobre la relación que guardan los factores de salud, sociales, medioambientales y económicos e identificar opciones para integrar políticas entre departamentos de los ayuntamientos. Para promover la planificación conjunta, VicHealth creó la Red de Actividad Física del Gobierno Local para todos los ayuntamientos de Victoria. Los ayuntamientos utilizaron dichos fondos para establecer comités de dirección intersectorial y colaboraron con socios colaboradores externos, tales como los centros comunitarios y de salud, en la implementación de las iniciativas locales por la actividad física. La financiación de VicHealth dio pie a los ayuntamientos participantes para desarrollar sus capacidades, mientras que algunos tenían experiencias previas de colaboración entre ayuntamientos, otros establecieron nuevos procesos y estructuras de planificación. Dado que las necesidades locales diferían, los resultados de la planificación conjunta entre ayuntamientos variaron considerablemente e incluyeron la creación de un grupo de planificación, por un transporte sostenible o la adopción de principios de diseño urbanístico que facilitarían el ir a pie.

Fuentes: VicHealth, 2002; Thomas, Hodge y Smith, 2009.

Explicación sobre las acciones intersectoriales: parámetros estructurales de financiación delegada

Esta sección busca desentrañar los parámetros estructurales clave de la financiación delegada que puedan ayudar a explicar cómo conectar las acciones con las estructuras de las gobernanzas, y hasta qué punto se pueden alcanzar los criterios propuestos de valoración de financiación delegada efectiva que proporcionan fondos para la acción intersectorial y la participación en varios sectores de la salud. Parámetros estructurales relevantes son los recursos legislativamente garantizados, la participación en la gobernanza y los vínculos gubernamentales.

Recursos legislativamente garantizados

Los organismos financieros delegados analizados obtuvieron recursos públicos por parte del parlamento a finales de la década de los años 80 y comienzo de los años 90. Sus fuentes reglamentarias de recursos provenían tanto del sistema de salud como de otros sectores (Tabla 8.3), pero la viabilidad de una fuente puede depender del contexto. Por ejemplo, a raíz de un caso judicial iniciado por la industria tabaquera, el Tribunal Supremo de Australia declaró que el modelo de financiación de VicHealth a través de tasas recaudadas por el gobierno victoriano era inconstitucional, dado que sólo el gobierno federal puede llevar a cabo dichas recaudaciones (Borland, Winstanley y Reading, 2009). Pasado un tiempo, el Ministerio de salud victoriano asumió la financiación de VicHealth (VicHealth, 2005).

Tabla 8.3 Fuentes de ingresos básicos y reglamentarios de las entidades financieras delegadas

	VicHealth	Big Lottery Fund	Health Promotion Switzerland	Austrian Health Promotion Foundation
Base legal	Ley del tabaco (1987)	Ley de la lotería nacional (1993, 1998, 2006)	Ley de seguros por enfermedad (1996)	Ley de promoción de la salud (1998), Ley federal por una Austria saludable GmbH (2006)
Fuentes de ingresos	1987-1997: gravamen específico del 5% sobre las tasas existentes en el tabaco en el estado de Victoria desde 1997: apropiación del presupuesto anual en salud de Victoria	Apropiación del 14% de los ingresos por ventas de lotería nacional	Impuesto de 2,4 francos suizos (1,6 euros) sobre las primas de seguro de salud obligatorio	7,25 millones de euros recaudados a través de impuestos sobre las ventas

Fuentes: VicHealth, 2006; GFCH, 2009; Nationalrat, 1998, 2006; www.biglotteryfund.org.uk.

El diseño estructural de las fuentes de ingresos garantizados legislativamente permite a los organismos de financiación delegada proporcionar financiación sostenible, pero se deberán tener en cuenta las posibles fluctuaciones en los ingresos y la continuidad en la financiación.

Los ingresos relativamente elevados, como los relacionados con VicHealth y Big Lottery Fund, aumentan el alcance de la acción, incluyendo potencialmente los determinantes sociales en la salud²¹. Sin embargo, al mismo tiempo, ambas organizaciones están sujetas a posibles fluctuaciones anuales en sus ingresos, ya que el Estado mantiene un control relativamente alto sobre sus asignaciones anuales. A modo de ejemplo, el presupuesto de VicHealth sufrió recortes en dos ocasiones por parte del gobierno por culpa de la crisis financiera (VicHealth, 2006). Del mismo modo, el parlamento británico decidió transferir 638 millones de libras (766,7 millones de euros) de la adjudicación del Fondo entre 2009 y 2012 a otro fondo que se encargaba de la organización de los Juegos Olímpicos. La imprevisibilidad de las ventas de billetes en el futuro, la principal fuente de ingresos del Fondo, también complica sobremedida la planificación a largo plazo y, por lo tanto, el alcance de las acciones (BIG, 2009a).

Por otro lado, tanto Health Promotion Switzerland como Austrian Health Promotion Foundation apenas sufren variaciones relevantes en sus ingresos. Su asignación es una cantidad fijada legalmente por cada asegurado en materia de salud (cualquier residente legal del país) y una suma fija. Este «caparazón legal» protege los fondos para la promoción de salud y facilita la planificación a largo plazo de ambas organizaciones. Sin embargo, las fuentes de financiación de ambos organismos llevan sin ajustarse de acuerdo a la inflación desde su establecimiento en 1996 y 1998 respectivamente, lo que se traduce en una pérdida real de recursos disponibles del 12% y 20% a lo largo de la década pasada²². A tal respecto, el Estado puede influir en el alcance de la acción a través de la inacción política (Hill, 2009).

Con la excepción de VicHealth, las organizaciones analizadas facilitan, en algunos casos, capital de inicio. Desde la perspectiva de la sostenibilidad, la financiación a corto plazo se antoja como paradoja para los presupuestos organizacionales garantizados y los planes a largo plazo. Esta capital de inicio puede estimular el cambio, pero también sembrar escepticismo en

²¹ En cuanto al número de proyectos financiados, por ejemplo, la Austrian Health Promotion Foundation auspició 82 proyectos en 2008, mientras que VicHealth alcanzó 946 (FGÖ, 2009a; VicHealth, 2009a).

²² Estimaciones propias calculadas a partir de la Cámara Federal de Economía de Austria <http://www.wko.at/statistik/prognose/inflation.pdf> y [http://www.indexmundi.com/switzerland/inflation_rate_\(consumer_prices\).html](http://www.indexmundi.com/switzerland/inflation_rate_(consumer_prices).html). (consultado el 1 de marzo de 2010)

beneficiarios en vez de apoyar la sostenibilidad (Higgins, Naylor y Day, 2008). En algunos casos, alcanzar cambios duraderos en políticas de otros sectores requerirá un compromiso económico durante décadas. Por ejemplo, la financiación todavía vigente de VicHealth para el programa de rayos ultravioleta conocido como «Sunsmart» (1998) es un factor decisivo en la adopción y modificación de políticas de protección solar de gobiernos locales, escuelas y organizaciones recreativas, al influir en las predicciones meteorológicas y dando forma al marco regulador de los solariums, la industria de la moda y de la protección solar (Montague, Borland y Sinclair, 2001).

Participación en la gobernanza

Quién decide la asignación de fondos es otro parámetro de la financiación delegada como estructura de la gobernanza intersectorial, dado que la intersectorialidad puede alcanzarse a través de una junta directiva intersectorial que reúna expertos de diferentes sectores, parlamento, ministerios y niveles de gobierno u organizaciones colaboradoras; o bien a través de mecanismos para la contribución de colaboraciones públicas externas o de partes interesadas. En cuanto a la STP, el enfoque para alcanzar la intersectorialidad puede influir en *qué* políticas se abordan.

Austrian Health Promotion Foundation y VicHealth son ejemplos perfectos de acuerdos estructurales que no sólo contribuyen a la intersectorialidad, sino que también fortalecen la propia estructura. Los miembros de la junta de Austrian Health Promotion Foundation proceden de los tres niveles gubernamentales (federal, estatal y municipal). El Ministro de Sanidad preside la junta, asegurando que el compromiso sea máximo. Es más, los ministros de educación y economía, que administran la asignación anual de la fundación, tienen representación con un asiento respectivamente (FGÖ, 2009)²³. En el caso de VicHealth, la colaboración parlamentaria fue un parámetro vital. El parlamento victoriano designa tres diputados, uno de cada partido, para trabajar en la junta de VicHealth. Este acuerdo tenía como objetivo, que cumplió exitosamente, fortalecer el compromiso entre partidos con VicHealth incluso tras los cambios de gobierno (VicHealth, 2005).

El resto de miembros de la junta de VicHealth, al igual que ocurre en Big Lottery Fund, son elegidos por el gobierno de acuerdo a sus capacidades profesionales. La base legal de VicHealth establece cupos para expertos en salud, deportes, arte, negocios y publicidad. Para completar dichos cupos, dos actores importantes de Victoria, el Consejo sobre el Cáncer y la Federación

²³ Para mantener la coherencia terminológica, se utiliza el término «junta directiva» para todas las fundaciones. En realidad, dichas juntas son el Consejo de la fundación (Health Promotion Switzerland) y Consejo de administración (Austrian Health Promotion Foundation).

Deportiva, poseen el poder para proponer un panel de candidatos de entre los cuales el Ministro de Sanidad elegirá a uno. Este punto siempre se consideró clave para asegurar que VicHealth mantendría su credibilidad para con la sociedad y contrarrestar cualquier tipo de críticas que aseguraran que el gobierno intentaba controlar grupos comunitarios (Borland, Winstanley y Reading, 2009). Prestar especial atención a la intersectorialidad y a las competencias profesionales es una práctica habitual en las políticas complejas (Elgie, 2006) y, por lo tanto, facilita la consecución de competencias específicas de sectores concretos para la STP.

Tanto en Austria como en Suiza, la afiliación de las partes interesadas constituye la mayor parte de los miembros de la junta. La base legal de las organizaciones permite a varias partes interesadas, particularmente del sector salud, defender sus intereses en las juntas de gobierno. Algunos grupos poseen mayor representación que otros, dado que la Health Promotion Switzerland es, conforme a la legislación vigente, responsabilidad de los cantones y aseguradoras. Dichas partes delegan cuatro y seis representantes respectivamente en la junta de 17 miembros (GFCH, 2009), influyendo de esta forma en la financiación de iniciativas a nivel cantonal y, con las aseguradoras, en la promoción de salud en entornos laborales.

Por definición, las partes interesadas pueden colaborar como socios legítimos en la gobernanza. En 2006, las asociaciones austriacas de la tercera edad convencieron al gobierno federal de la importancia de la tercera edad teniendo en cuenta el envejecimiento de la sociedad, por lo que ahora cuentan con dos representantes. Sin embargo, dicha gobernanza también genera el problema del «entrismo»: si varios grupos organizados se unieran para representar los intereses de grupos concretos, mientras que otros intereses fueran relegados sistemáticamente, esto podría debilitar la legitimidad de los organismos delegados (Wilmot, 2004). Si bien el enfoque flexible en lo relativo a la gobernanza parece deseable en un entorno dinámico, se corre el riesgo de marginar a grupos minoritarios en la selección de los miembros para la gobernanza (Stone, 2002).

Big Lottery Fund es un claro ejemplo de cómo afrontar este desafío, puesto que ha integrado mecanismos de participación ciudadana sistemáticamente dentro de la estructura de gobernanza. Por ejemplo, el desarrollo de estrategias a largo plazo estaba sujeto a gigantescas consultas públicas en forma de encuestas nacionales sobre las prioridades de financiación, recogiendo más de 3400 respuestas de más de 3000 personas en eventos a lo ancho y largo del país y más de 8000 opiniones a través de foros de internet, videos de la red y redes sociales (BIG, 2009b). La participación ciudadana en la toma real de decisiones sobre la aplicación de los fondos tiene lugar, entre

otros, desde 2005, mediante la cooperación con canales de televisión en los que los televidentes pueden elegir a qué iniciativa prefieren asignar fondos («People's Millions»). Estos mecanismos de participación ciudadana son todo un éxito, puesto que refuerzan y reflejan la difusión de dinero público²⁴.

Las estructuras de asesoramiento en que se apoyan las juntas directivas son otra ruta de mejora para la intersectorialidad y de asignación equilibrada de fondos. Austrian Health Promotion Foundation y Health Promotion Switzerland, basan su estrategia de planificación en un único comité asesor permanente, cuyos miembros provienen del ámbito académico. Por otro lado, la junta de VicHealth convoca comités asesores de acuerdo a sus necesidades y selecciona a los miembros tanto de su propio personal, como de ámbitos externos: académicos, profesionales, gobiernos locales, expertos de la Fundación Nacional del Corazón o del Consejo sobre el Cáncer. En 2008, tres paneles apoyaron al ejecutivo en cuestiones de calidad, conocimientos y rendimiento, y ocho paneles específicos con 10-20 miembros revisaron las solicitudes de diferentes proyectos para atender el elevado número de solicitudes para más de 900 proyectos financiados (FGÖ, 2009, GFCH, 2009, VicHealth, 2009,a,c).

Tabla 8.4 Representación de intereses en las juntas directivas

VicHealth	Health Promotion Switzerland	Austrian Health Promotion Foundation	Big Lottery Fund
Presidente: elegido por la junta	Presidente: elegido por la junta	Presidente: Ministro de Sanidad	Junta directiva de 12 miembros, elegidos por sus competencias profesionales a través de un proceso público, que incluye:
Miembros: tres miembros designados por el parlamento, basándose en su experiencia en salud, deportes, artes, investigación y comunicación	Representantes: 5 de las asociaciones aseguradoras de salud	Representantes: dos representantes del Ministerio de Sanidad	Un presidente de junta
once nombramientos ministeriales	un representante de aseguradoras de accidentes	un miembro del Ministerio de economía	Los cuatro presidentes de los comités de Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte
tres expertos en salud y prevención de enfermedades, uno de los cuales es designado por el Ministro de un panel de tres candidatos	cuatro por parte de los cantones	un miembro del Ministerio de educación	Escocia, Gales e Irlanda del Norte
seleccionados por el Consejo sobre el Cáncer	un portavoz del gobierno federal	dos representantes de las aseguradoras	Escocia, Gales e Irlanda del Norte
cuatro expertos en deportes y administración deportiva, uno de los cuales es designado por el Ministro de un panel de tres candidatos	un delegado de la asociación de médicos	dos miembros del consejo de la tercera edad	Escocia, Gales e Irlanda del Norte
seleccionados por la Federación deportiva de	un representante académico	un miembro de la Asociación de ciudades austriacas	Escocia, Gales e Irlanda del Norte
	un profesional de ligas de la salud ²⁵	Un miembro de la asociación de municipios austriacos	Escocia, Gales e Irlanda del Norte
	un miembro de la asociación de profesionales de la salud	un miembro de la conferencia de arbitraje sanitario	Escocia, Gales e Irlanda del Norte
	un representante de los consumidores	un portavoz de la	Escocia, Gales e Irlanda del Norte
	un portavoz de los		Escocia, Gales e Irlanda del Norte

²⁴ Gerald Oppenheim, director de Políticas y colaboración, Big Lottery Fund, comunicación personal, 2010.

²⁵ *Health leagues* en el original (N. del T.)

Victoria	farmacéuticos	asociación de farmacéuticos	sus miembros
dos expertos en economía, gestión empresarial, comunicaciones o derecho		un miembro de la asociación de médicos	
un experto en artes o administración artística		un miembro de la conferencia presidentes regionales	
un experto en publicidad			

Fuentes: Parlamento de Victoria, 1987; GFCH, 2002; FGÖ, 2009; www.biglotteryfund.org.uk.

Vínculos del gobierno

Al actuar en igualdad de condiciones que el gobierno, los organismos delegados experimentan la tensión inherente a la combinación de responsabilidad e independencia de las interferencias políticas (Birrell, 2008). En la práctica, la naturaleza de los vínculos gubernamentales, tales como los nombramientos de juntas directivas, directrices legales y relaciones entre organizaciones, influye en el equilibrio entre responsabilidad, independencia y coordinación con el gobierno.

La gobernanza a través de juntas independientes permite a los organismos financieros delegados financiar y trabajar más allá de los límites intersectoriales para abogar por el cambio social, puesto que disponen de los recursos necesarios para poner a prueba iniciativas innovadoras que sería imposible aplicar por parte del gobierno (Mouy y Barr, 2006). Por ejemplo, VicHealth ha liderado políticas de promoción de salud mental que van más allá de la intervención precoz hacia la participación social, bienestar comunitario y prevención de violencia de género (VicHealth, 2009^a; Moodie y Jenkins, 2005). La experiencia de los enfoques horizontales sugiere que los organismos de financiación delegados han contribuido a cambiar la actitud de la sociedad y el desarrollo del entorno²⁶.

²⁶ Profesor Horst Noack; Profesor Vivian Lin, School of Public Health, La Trobe University, Australia; comunicaciones personales, 2010.

Financiación delegada y asociación público-privada en Singapur: el caso de la Comisión de Promoción de la Salud

Ling Chew

El Consejo de Promoción de la Salud (CPS) de Singapur fue establecido el día 1 de abril de 2001 para impulsar la agenda nacional de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Sus objetivos son la mejora en la calidad y años de vida de la población y la prevención de enfermedades, discapacidad y muertes prematuras. El presupuesto anual del CPS era de aproximadamente 164 millones de dólares singapurenses (105,7 millones de euros) en 2011. La financiación proviene del Ministerio de Sanidad de Singapur a través de los impuestos generales. En su afán por liderar la vanguardia de la agenda de promoción de la salud, el CPS alinea sus responsabilidades y planificación anual con las prioridades sanitarias nacionales. Si bien el CPS es responsable ante el Ministerio de Sanidad a través de un conjunto de medidas de rendimiento negociadas, posee la autonomía para maximizar la eficiencia y efectividad de sus iniciativas. Este organismo cuenta actualmente con 860 miembros y su junta directiva está formada por once personas y presidida por un Director. Todos los componentes del CPS provienen de diferentes sectores de la industria para asegurar el correcto funcionamiento y ofrecer orientación estratégica. Para alcanzar sus objetivos, el CPS lleva a cabo colaboraciones sostenibles con miembros de sectores públicos y privados así como con organizaciones civiles para fomentar la capacidad y facultades en el ámbito de la promoción de la salud. La mayoría de dichas colaboraciones se basan en objetivos acordados conjuntamente y pueden incluir iniciativas de cofinanciación. Las estrategias polifacéticas, que descansan sobre la Carta de Ottawa de la OMS, impulsan la colaboración estructurada de las partes interesadas y colaboradores, para desarrollar iniciativas que faciliten la práctica de conductas saludables en varios segmentos de la población de diversos entornos. El CPS se ha inspirado cada vez más en el enfoque de todo el gobierno de Singapur en su conjunto para incluir una agenda de salud en las políticas públicas y mercados privados. Por ejemplo, proveer infraestructuras para promover la actividad física en la planificación urbanística y fomentar la demanda y suministro de alternativas sanas en establecimientos, industria y minoristas relacionados con la comida. El estado de la salud de la nación es controlado periódicamente a través de encuestas nacionales.

Fuente: HPB, 2009, 2011

Si bien la gobernanza independiente crea oportunidades para enfoques horizontales y creativos, podría ser beneficioso contar con algún tipo de participación, sin llegar a una relación de dominancia, por parte del gobierno en las juntas directivas, puesto que esto da lugar a vínculos estructurales a nivel político y facilita la retroalimentación de abajo hacia arriba en la práctica a la política. Por otro lado, también se podrían evitar duplicidades al

involucrar a más de una agencia en la promoción de la salud (Carol, 2004). La mayoría y las distribuciones de voto en las juntas directivas pueden tener influencia sobre las potenciales tensiones entre la coordinación con el gobierno y la libertad de la interferencia política.

Además de la representación gubernamental, existen dos parámetros adicionales que pueden limitar la independencia de una junta directiva. En primer lugar, todos los miembros de la junta de las organizaciones estudiadas son designados (pero no siempre *seleccionados*, como se comentó anteriormente) por el gobierno. En segundo, las juntas son responsables ante el gobierno de su funcionamiento anual²⁷. Big Lottery Fund recibe directivas políticas y de financiación sobre receptores de subvenciones, condiciones y temas financiables y control y gestión financiera. Estas directivas también determinan la participación ciudadana en la gobernanza (DCMS, 2006, Art.3D). Por otro lado, las directivas relativamente laxas pueden complicar los sistemas de rendición de cuentas. El mandato de Health Promotion Switzerland, por ejemplo, establece que la organización ha de «iniciar, coordinar y evaluar medidas para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades» (BSE, 1994, traducción del Art. 19(2)).

El riesgo estructural para una organización que opera en las mismas condiciones que el gobierno es su relación con el Ministerio de Sanidad desde un punto de vista de la autoridad, coordinación y rendición de cuentas. La existencia de un organismo delegado de financiación puede dar lugar a la percepción de un mundo paralelo de salud pública²⁸. En Suiza, la impresión de que la financiación en materia de promoción de la salud está fragmentada ha causado descontento entre la población. Esto se debe a las 26 políticas diferentes que existen a nivel cantonal y el organismo de Health Promotion Switzerland. Para incrementar la capacidad administrativa a nivel federal, la Confederación propuso en 2009 redirigir fondos de Health Promotion Switzerland a un instituto de prevención dirigido por el gobierno federal (SBR, 2009)²⁹.

Por razones similares, en 2006 Austrian Health Promotion Foundation pasó a formar parte de una compañía estatal del ámbito de las competencias del

²⁷ Esta designación reglamentada está relacionada con los esfuerzos políticos por reducir la dependencia de las entidades deportivas del patrocinio de la industria del tabaco durante la creación de VicHealth en 1987. Dado que el partido Liberal se oponía a la prohibición del patrocinio de las empresas tabacaleras, VicHealth recibió la orden de financiar la sustitución de dicho patrocinio y con ello dejar a la elección de las entidades deportivas la promoción de la salud o del tabaco (VicHealth, 2005).

²⁸ Dr Salome von Greyerz, Jefe de proyectos innovadores, Swiss Federal Department of the Interior/ Ministry of Health; Professor Vivian Lin, School of Public Health, La Trobe University, Australia; comunicaciones personales, 2010.

²⁹ Este instituto deplazaría el equilibrio de poder hacia la Confederación, que asumiría cinco de los nueve asientos de la junta directiva, junto con tres representantes cantonales y uno de las aseguradoras. La propuesta fue apoyada por la mayoría de los cantones y adoptada por el gobierno federal, aunque no el poder legislativo no la ha puesto en marcha. Léase Swiss Health Ministry, <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=de> (en alemán, consultado el día 3 de mayo de 2010).

ministerio de salud. Sin embargo, la junta directiva de la Fundación sigue siendo independiente con la misma representación (considerable, aunque no constituye una mayoría) del gobierno federal. La experiencia sugiere que esta tentativa de recentralización facilita la colaboración con otros departamentos operacionales³⁰. Esto incluye la cooperación planificada para el desarrollo de objetivos en salud y la identificación de socios colaboradores para la promoción de la STP (FGÖ, 2008). Sin embargo, los vínculos organizacionales han facilitado el acuerdo con el instituto federal a cargo de la presentación de informes para ampliar los indicadores de los determinantes sociales de la salud³¹.

Lecciones aprendidas

El objetivo del presente capítulo es proporcionar una visión general de la financiación como una alternativa de estructura de gobernanza para financiar la promoción de la salud. La financiación delegada tiene pros y contras. En este contexto, se pueden identificar siete lecciones aprendidas en relación a las posibles contribuciones de la financiación delegada en materia de STP.

Lección 1: la financiación delegada puede facilitar la acción intersectorial

Si bien la financiación delegada no conduce necesariamente a la intersectorialidad y esta puede alcanzarse sin ningún tipo de delegación, las experiencias analizadas en este capítulo sugieren que la financiación delegada da pie a oportunidades para fomentar la acción intersectorial. Esto puede incluir la cofinanciación sistemática que generan los presupuestos conjuntos, mandatos legales que puedan facilitar la asignación intersectorial de recursos y el compromiso de las partes interesadas, los expertos, el parlamento y/o del gobierno.

Lección 2: los parámetros estructurales pueden marcar la diferencia

Los parámetros estructurales pueden influir el grado en que los órganos de financiación delegada sean capaces de llevar a cabo su objetivo de gobernanza principal: la provisión de financiación sostenible para la promoción de la salud. Si el volumen de ingresos reglamentarios es simbólico y estático, por ejemplo, debido a la falta de reajustes necesarios por la inflación, la financiación delegada será pura fachada, el principal problema presente en la financiación sostenible. Si bien la cofinanciación sistemática puede multiplicar la financiación para la promoción de la salud, el tipo de sector para el que esté

³⁰ La empresa estatal también comprende al Austrian Federal Institute for the Health System y al Federal Institute for Quality in the Health System. Léase <http://www.goeg.at/en/About-Us.html> (consultado el 3 de mayo de 2010).

³¹ Mag. Christoph Hörhan, Chief Executive Officer, Austrian Health Promotion Foundation (durante la confección del presente documento), comunicación personal, 2010.

dirigido y el plazo de financiación también han de tenerse en cuenta. Por lo tanto, es indispensable hacer un uso efectivo de los parámetros estructurales para coordinar la inversión en la promoción de la salud.

Lección 3: la cofinanciación puede fomentar la implicación y sostenibilidad

La cofinanciación puede difundir el cambio sostenible en las políticas entre sectores construyendo responsabilidades financieras y titularidades compartidas. Podría decirse que las crisis económicas pueden impedir la movilización de fondos. Sin embargo, las respuestas creativas frente a las crisis económicas pueden incluir la difusión en los medios de comunicación para fortalecer los vínculos entre salud y riqueza, como el aumento de la productividad laboral y mejoras en el ámbito educativo, como resultados rentables para la STP y un uso más efectivo de sinergias y estructuras existentes.

Lección 4: la financiación delegada para generar el cambio social

Los órganos de financiación delegada pueden funcionar como impulsores del cambio social. Su gestión independiente les permite aplicar ideas innovadoras, intersectoriales y controvertidas que el gobierno no podría poner en práctica por motivos políticos o administrativos. La involucración del gobierno en las juntas directivas brinda oportunidades para revisar las experiencias prácticas de los proyectos financiados al nivel político, para apoyar el cambio social desde la base.

Lección 5: la calidad de los vínculos afecta a la administración

La calidad de los vínculos influye en el grado en el que la financiación delegada sirve como herramienta de gobernanza a los *gobiernos*. Los vínculos estructurales con el gobierno no deberían dar lugar a cierta conformidad con la agenda política o evitar que dichos órganos de financiación delegada fomenten el cambio social. No obstante, la delegación exige una supervisión adecuada por parte del gobierno para evitar que se dé una fragmentación de la gobernanza. La presidencia del Ministro de Sanidad en la junta directiva es un ejemplo de la variedad de aproximaciones existentes, en los que la administración de altos niveles gubernamentales actúa sin caer en la dominación.

Lección 6: la coordinación podría ser una acción de gobernanza secundaria

Su posición entre el Estado, la sociedad civil y el sector privado crea un potencial enorme, probablemente desaprovechado, para que los órganos de

financiación delegada actúen como plataformas para la coordinación. Los miembros de la junta de las partes interesadas pertinentes y los vínculos efectivos con el gobierno pueden permitir a los organismos de financiación delegada actuar como mediadores para tender puentes. Esto será especialmente importante en entornos políticos especialmente complejos en los que participen varios actores.

Lección 7: la financiación delegada no es una varita mágica

Si bien hay muchas buenas razones para decantarse por la delegación, como la complejidad de ciertas políticas, la tradición estatal o el aumento de legitimidad -a través de un organismo independiente (Elgie, 2006), estos mismos argumentos pueden utilizarse en su contra (Flinders, 2004). A tal respecto, la financiación delegada no es una varita mágica utilizable para cualquier contexto.

Los organismos de financiación delegada integrados en una infraestructura completa de promoción de la salud pueden ayudar a estimular la acción intersectorial de varias maneras, pero serán incapaces de cambiar las políticas económicas y sociales sin dicha integración. No obstante, las lecciones aprendidas en materia de financiación delegada pueden estimular búsquedas específicas por país de modelos para la promoción de la financiación en salud.

Fuentes bibliográficas

BIG (2009a). *Big Lottery Fund. Annual report and accounts 2009*. London, The Stationery Office.

BIG (2009b). *Big Lottery Fund. Big thinking. What you told us*. London, Big Lottery Fund (http://www.biglotteryfund.org.uk/wytu_consultation_findings.pdf, accessed 22 July 2010).

Birrell, D (2008). Devolution and quangos in the United Kingdom: the implementation of principles and policies for rationalisation and democratisation. *Policy Studies* 29(1):35–49.

Borland R, Winstanley M y Reading D (2009). Legislation to institutionalize resources for tobacco control: the 1987 Victorian Tobacco Act. *Addiction* 104(10):1623–1629.

BSE (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft) [Federal Assembly of Switzerland] (1994). *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) [Swiss Sickness Insurance Act], Art. 19-20*. Bern, Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft.

Carol A (2004). *The establishment and use of dedicated taxes for health*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific.

Christ R y Plunger P (2009). *Building health promotion capacity. INHPF – the European perspective*. Vienna, Fonds Gesundes Österreich [Austrian Health Promotion Foundation].

DCMS (2006). *Directions Given to the Big Lottery Fund under Section 36e of the National Lottery etc. Act 1993*. London, Department for Culture, Media and Sport.

EDI (2008). *Erläuternder Bericht zum Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung [Explanatory report on the Federal Act regarding the Swiss Institute for Prevention and Health Promotion]*. Bern, Eidgenössisches Department des Inneren [Federal Ministry of Home Affairs].

Elgie R (2006). Why do governments delegate authority to quasi-autonomous agencies? The case of independent administrative authorities in France. *Governance* 19(2):207–227.

FGÖ (2008). *FGÖ Forschungsprojekte 2008/2009 [Research Projects 2008/2009]*. Vienna, Fonds Gesundes Österreich [Austrian Health Promotion Foundation].

FGÖ (2009). *Jahresbericht 2008 [Annual Report 2008]*. Vienna, Fonds Gesundes Österreich [Austrian Health Promotion Foundation].

Flinders M (2004). Distributed public governance in Britain. *Public Administration* 82(4):883–909.

GFCH (2002). *Stiftungsurkunde [Foundation charter]*. Bern, Gesundheitsförderung Schweiz [Health Promotion Switzerland].

GFCH (2009). *Jahresbericht 2008 [Annual Report 2008]*. Bern, Gesundheitsförderung Schweiz [Health Promotion Switzerland].

Higgins JW, Naylor PJ y Day M (2008). Seed funding for health promotion: sowing sustainability or skepticism? *Community Development Journal* 43(2):210–221.

Hill M (2009). *The public policy process*. 5th ed. Harlow, Pearson Education Limited.

HPB (2009). *Annual report 2008/2009. A-Z of Health*. Singapore, Health Promotion Board (http://www.hpb.gov.sg/HOPPortal/content/conn/HOPUCM/path/Contribution%20Folders/uploadedFiles/HPB_Online/About_HP/HPB_AR_09.pdf, accessed 17 July 2012).

HPB (2011). *Annual report, 2010/2011. Health Together*. Singapore, Health Promotion Board (http://www.hpb.gov.sg/HOPPortal/content/conn/HOPUCM/path/Contribution%20Folders/uploadedFiles/HPB_Online/About_HP/Singapore%20Health%20Promotion%20Board%20Annual%20Report%202010-2011%20for%20web.pdf, accessed 17 July 2012).

Montague M, Borland R y Sinclair C. Slip! Slop! Slap! and SunSmart, 1980–2000: Skin cancer control and 20 years of population-based campaigning. *Health Education & Behaviour* 28(3):290–305.

Moodie R y Jenkins R (2005). I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well why should I? *Promotion & Education* 12:37–41.

Mouy B y Barr A. The social determinants of health: Is there a role for health promotion foundations? *Health Promotion Journal of Australia* 17(3):189–195.

Nationalrat [National Council] (1998). 51. *Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz – GfG) [Health Promotion Act]*. Vienna, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich.

Nationalrat [National Council] (2006). 132. *Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG) erlassen wird, das Bundesgesetz über die Errichtung eines Fonds "Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen" aufgehoben und das Gesundheitsförderungsgesetz geändert werden [Federal Law on the Healthy Austria GmbH]*. Vienna, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich.

Parliament of Victoria (1987). *Tobacco Act 1987*. Act No. 81/1987, Version No. 052. Melbourne, Parliament of Victoria.

PHAC (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Geneva, Public Health Agency of Canada and the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health and the Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET).

SBR (2009). *Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung vom 30. September 2009 [Message on Federal Law on Prevention and Health Promotion from September 30, 2009]*. Bern, Schweizerischer Bundesrat [Swiss Federal Council].

Stone D (2002). *Policy paradox: the art of political decision making*. New York, Norton y Company.

Thomas MM, Hodge W y Smith BJ (2009). Building capacity in local government for integrated planning to increase physical activity: evaluation of

the VicHealth MetroACTIVE program. *Health Promotion International* 24(4):353–362.

VicHealth (2002). *Leading the way. Councils creating healthier communities: A resource guide for councillors, PART 1*. Melbourne, Victorian Health Promotion Foundation.

VicHealth (2005). *The story of VicHealth. A world first in health promotion*. Melbourne, Victorian Health Promotion Foundation.

VicHealth (2006). *Factsheet 1. VicHealth funding model*. Melbourne, Victorian Health Promotion Foundation (http://www.vichealth.vic.gov.au/~media/ResourceCentre/PublicationsandResources/General/Fact%20Sheet_VicHealth%20Funding%20Model.ashx, accessed 17 February 2010).

VicHealth (2009a). *Inspiring health. Victorian Health Promotion Foundation. annual & financial report 2008–2009*. Melbourne, Victorian Health Promotion Foundation.

VicHealth (2009b). *Report of operations and financial statements 2008–2009*. Melbourne, Australia, Victorian Health Promotion Foundation.

VicHealth (2009c). *The VicHealth knowledge policy*. Melbourne, Victorian Health Promotion Foundation.

Wilmot S (2004). Foundation trusts and the problem of legitimacy. *Health Care Analysis* 12(2):157–169.

Capítulo 9

Participación de la sociedad para facilitar o poner en marcha acciones de gobernanza que contribuyan a la STP

François-Pierre Gauvin

Introducción³²

Implicar a la sociedad en las decisiones que afecten a sus vidas es un valor fundamental consagrado en las cartas de la promoción de la salud (Ritsatakis y Järvisalo, 2006; Scutchfield, Hall e Ireson, 2006), y se percibe, cada vez más, como un ingrediente indispensable para alcanzar el éxito en iniciativas intersectoriales para mejorar la salud comunitaria (Ministry of Health, 2005), así como estrategia efectiva para facilitar o poner en marcha acciones de gobernanza que contribuyan a la STP (Koivusalo, 2006).

Por ejemplo, la Carta de Bangkok estipula que la «participación activa de la sociedad civil es indispensable» para colocar a la salud en el centro del desarrollo (OMS, 2005). Asimismo, la Declaración de Adelaida sobre la STP establece que los mecanismos de participación ciudadana han demostrado ser útiles, a la hora de asistir a los responsables políticos para integrar consideraciones en salud, bienestar y equidad en las políticas públicas (OMS, 2010).

Estas llamadas a una mayor participación ciudadana también tienen lugar en un contexto de descontento general hacia los mecanismos habituales de creación de políticas, que parecen ser inadecuados para hacer frente a los «terribles problemas» de hoy en día, tales como la inequidad en salud, obesidad, sida/VIH y cambio climático (Evoy, McDonald y Frankish, 2008;

³² En el documento se utilizan diversos términos relacionados, que se han traducido como participación ciudadana: *public engagement*, *public involvement*, *public participation* (N. del T).

OCDE, 2009). Como apunta Kreuter et al. (2004), los responsables políticos, profesionales de la salud pública y otras partes interesadas que lidian con este tipo de problemas no pueden esperar resolverlos con facilidad apoyándose exclusivamente en los expertos. Estos «problemas complejos»³³ han de ser expuestos y debatidos por todas las partes interesadas, incluida la propia sociedad, para entender su complejidad en todo su alcance y lograr acuerdos sobre soluciones aceptables (Australian Public Service Commission, 2007).

Además, los gobiernos no pueden abordar eficazmente estos problemas graves si se basan exclusivamente en estrategias de «control y mando». Como Salamon (2002) opina, la nueva gobernanza necesita «acciones cooperativas orquestadas a través de complejas redes» de colaboradores. Para alcanzar dichas acciones cooperativas, la administración pública debe desarrollar herramientas y estrategias nuevas de convocatoria, evaluación de conflictos, negociación, escucha activa y replanteamiento, facilitación y búsqueda del consenso (Blomgren, Bingham, Nabatchi y O’Leary, 2005).

Aunque cada vez hay más llamamientos a la participación de la sociedad para facilitar o poner en marcha las acciones de gobernanza son cada vez más numerosos, el concepto está mal articulado y muchos términos se utilizan indistinta e inconsistentemente (p.ej., consulta pública, participación pública, compromiso público³⁴) (Rowe y Frewer, 2004). Por ello, apenas existen orientaciones prácticas para los administradores públicos: «¿Cómo y cuándo puede un dirigente público involucrar a la sociedad y hasta qué punto? ¿Qué tipo de participación ciudadana o de las partes interesadas es la más efectiva?» (Blomgren Bingham, Nabatchi y O’Leary, 2005).

El objetivo de este capítulo es explorar cómo la participación pública puede facilitar o poner en marcha las acciones de gobernanza que contribuyan a la STP. Para tal propósito, se analizarán dos casos opuestos: (1) iniciado por una organización no gubernamental, la Strategic Meeting on Health y (2) una iniciativa puesta en marcha por un gobierno, Healthy People 2020 (Estados Unidos). Al analizar y comparar de ambos casos, que constan de mucha información de utilidad, servirá para revelar cinco puntos clave de la involucración social en el contexto de la STP. El capítulo concluirá con una breve discusión sobre los factores que pueden influir en la efectividad de las estrategias de participación pública.

Dos casos opuestos

Strategic Meeting on Health (Canadá)

³³ *Wicked problems* en el original (N. del T.)

³⁴ *Public consultation, public participation, public engagement* en el original (N. del T.)

La Strategic Meeting on Health comenzó en 2005 gracias al Institut du Nouveau Monde, una organización no gubernamental con sede en Montreal. La Strategic Meeting on Health se componía de ocho debates públicos por todo Quebec, que culminó con el debate público nacional de Montreal. En líneas generales, se reunieron 175 ciudadanos y 20 expertos en las conferencias regionales y nacionales. Aunque dichos diálogos estaban organizados por una ONG, estimularon el interés de los actores de la sociedad civil y agencias públicas, decidiendo muchos de ellos colaborar con la iniciativa, ya fuera proporcionando patrocinio financiero o experiencia profesional para informar a los participantes.

El objetivo fundamental de la Strategic Meeting on Health era formarse una idea del Quebec que la población aspiraba a crear durante los siguientes veinte años. Para alcanzar dicha visión, se informó a los miembros de la sociedad de cinco dilemas que afectaban a la salud de la población y la sostenibilidad del sistema sanitario: ¿Es la salud una responsabilidad individual o colectiva? ¿Qué función ha de ejercer el Estado: la prevención o curación de enfermedades? ¿Cuáles son los cometidos de los sectores públicos y privados en materia de atención sanitaria? ¿Deberíamos pagar más o reducir la cobertura de Medicare? ¿Quién debería decidir: los burócratas, los médicos, los políticos o los ciudadanos? Se instó a los participantes a intercambiar ideas y debatir con varios expertos antes de proponer sus recomendaciones para resolver estos cinco dilemas. Tras el debate nacional, la ciudadanía formuló 100 propuestas por un Quebec más sano (SaintPierre, Venne y Villeneuve, 2005).

De entre estas ideas, los ciudadanos sugirieron que la Asamblea Nacional de Quebec nombrara un comisionado con el poder para evaluar los impactos de las políticas gubernamentales en la salud de la población, así como sus determinantes, para minimizar los potenciales impactos negativos y maximizar los positivos. En el mismo orden de ideas, los participantes propusieron la creación de una Oficina de Recepciones Públicas para la Salud, una organización neutral e independiente que se responsabilizara de llevar a cabo evaluaciones del impacto en salud para cualquier proyecto que se aplicara en la provincia, pero también como órgano receptor de las opiniones ciudadanas sobre dichos proyectos (Venne y Famhy, 2005).

Healthy People 2020 (Estados Unidos)

El segundo caso trata de una consulta pública organizada durante la preparación del programa Healthy People 2020 por la Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud del Departamento de Sanidad y Recursos Humanos de Estados Unidos. Healthy People 2020 es un conjunto

integral de objetivos promoción de la salud y prevención de enfermedades que plantea objetivos para el año 2020 en Estados Unidos. Dichas metas están basadas en consultas públicas nacionales y diálogos con las partes interesadas para asegurar que Healthy People 2020 se ajusta a las necesidades reales de la población en salud (ODPHP, 2009)

Se utilizaron tres mecanismos de participación pública para recabar información para la primera fase de trabajo del Comité Consultivo por los Objetivos de la Promoción de la Salud Nacional y Prevención de la Enfermedad para 2020. A partir de la primavera de 2008, se solicitó a la sociedad que comentara su percepción sobre la visión, objetivos y enfoque de Healthy People 2020 a través de los comentarios públicos de la página web (<http://www.healthypeople.gov/hp2020>). Los comentarios enviados fueron analizados periódicamente y remitidos a los miembros del Comité consultivo. A continuación la OPEPS organizó seis encuentros regionales durante la primavera de 2008 en varios puntos de Estados Unidos para debatir sobre el desarrollo del marco para Healthy People 2020. Estos encuentros estaban abiertos al público, a los representantes de los departamentos de salud estatales y locales, a las universidades y asociaciones profesionales, a las organizaciones sanitarias tanto públicas como privadas y a otros actores de la sociedad civil. También se encontraba presente un representante del Comité consultivo en dichas reuniones. Por último, se invitó a la sociedad a exponer oralmente sus comentarios al Comité Consultivo completo en una de sus reuniones cara a cara en Washington, DC. El objetivo principal era el de incorporar la opinión de la sociedad en las recomendaciones formuladas por el Comité Consultivo.

En 2009, tras la publicación del marco de Healthy People 2020, se organizó otra ronda de consultas públicas. Se invitó a miembros de la sociedad a enviar sus comentarios sobre el borrador de objetivos propuestos y áreas temáticas. Los ciudadanos podían hacer llegar sus comentarios por correo electrónico, a través de los comentarios públicos de la página web o durante las tres reuniones públicas mantenidas durante el otoño de 2009. Esta contribución pública sentó las bases de los objetivos finales de Healthy People 2020, publicados en 2010 junto con una guía para alcanzar dichas metas en un plazo de diez años (OPEPS, 2010) Los primeros informes indican que la estrategia de participación ciudadana generó 8000 comentarios en la página web y durante las reuniones (Blakey et al., 2010).

Las cinco dimensiones de la participación ciudadana

Los estudiosos y profesionales de la participación ciudadana han intentado identificar algunas de las dimensiones clave para distinguir los diferentes tipos

de involucración durante años, lo que ha llevado al desarrollo de varios marcos conceptuales. Estos engloban desde marcos simples unidimensionales que describen el grado de influencia (o poder) que el público ostenta en el proceso de toma de decisiones (Arnstein, 1969; IAP2, 2010) hasta marcos multidimensionales que reflejan que diferentes «públicos» pueden desempeñar papeles diversos en varios momentos del proceso de creación de políticas (Fung, 2006; Tritter y McCallum, 2006; Wilcox, 1994).

A partir de dichos conocimientos, se propone un marco conceptual que distingue entre cinco dimensiones fundamentales en las que puede variar la participación de la sociedad: (1) las vías de la influencia; (2) cuándo ha de involucrarse a la sociedad en el proceso de formulación de políticas; (3) el nivel de involucración; (4) el grado de inclusión; y (5) la proximidad de la toma de decisiones.

Las vías de la influencia

La primera dimensión se refiere a las vías de la influencia o, en otras palabras, cómo la participación ciudadana puede facilitar o desencadenar acciones de gobernanza que contribuyan a la STP en, al menos, cuatro modos.

(i) *Abogacía*. La participación ciudadana puede ayudar a fortalecer el compromiso de la ciudadanía con la agenda de promoción de la salud y proporcionar a la sociedad el poder de promover la STP (Evoy, McDonald y Frankish, 2008; Koivusalo, 2006). Esta abogacía pública puede ayudar a introducir cambios legales y culturales en gobiernos y otras partes interesadas en contribuir en la STP.

(ii) *Basado en la evidencia*. Los conocimientos basados en la experiencia de la sociedad son una evidencia válida y legítima que puede ayudar a encontrar soluciones innovadoras y locales para problemas colectivos (Elliott y Williams, 2004; Evoy, McDonald y Frankish, 2008; Fischer, 2000).

(iii) *Establecer objetivos y metas*. Las deliberaciones públicas pueden ayudar a impulsar el proyecto y alcanzar acuerdos entre la sociedad, los expertos, los responsables de las políticas y otras partes interesadas en relación a los objetivos y metas establecidas.

(iv) *Orientación política*. La inclusión de la sociedad puede actuar como guía política sobre cómo avanzar o qué opciones políticas son acertadas desde un punto de vista social, político y ético. Por ello, la población ha de ser vista como un valioso «grupo de consulta» capaz de ofrecer orientación en cuestiones complejas (Beierle, 1999).

Los objetivos generales de la Strategic Meeting on Health eran: actuar como desencadenante para que el gobierno pusiera en marcha acciones relacionadas

con las cuatro estrategias descritas previamente, pero centrándose especialmente en el apoyo. El plan consistía en fomentar el compromiso de la ciudadanía en materia de STP, con la intención de provocar un cambio cultural dentro del gobierno provincial. Por otro lado, los objetivos generales de la consulta pública de Healthy People 2020 consistían en facilitar las acciones del gobierno mediante las cuatro estrategias anteriores, pero brindándole mayor importancia a los objetivos y metas, ya que pretendía pasar de la prescripción de políticas a objetivos y metas concretos.

Cuándo involucrar

La segunda dimensión se centra en el instante en el que la sociedad se involucra en el proceso de formulación de políticas. Este ciclo se puede conceptualizar en cinco fases³⁵ (Howlett y Ramesh, 2003), que ofrecen diferentes oportunidades para la participación ciudadana (Moro, 2005).

(i) La fase de *establecimiento de la agenda* se refiere al proceso mediante el cual los problemas llaman la atención del gobierno. En esta etapa, la sociedad puede ayudar a identificar y definir los problemas e influir en la agenda gubernamental.

(ii) La fase de *formulación de las políticas* comprende el proceso durante el cual los responsables políticos plantean diferentes opciones para hacer frente a un problema. En esta etapa, la sociedad puede sugerir diferentes objetivos gubernamentales, identificar opciones políticas que puedan resolver problemas y definir las implicaciones de dichas iniciativas (p.ej. en relación a la efectividad, equidad, factibilidad y aceptación social y política).

(iii) La fase de *toma de decisiones* engloba el procedimiento por el que los gobiernos adoptan (o no) unas medidas concretas para remediar un problema. En esta etapa, la sociedad puede ayudar a generar un consenso sobre el que se basará la decisión del gobierno.

(iv) Por fase de *implementación de las políticas* se entiende la manera en que el gobierno pone en marcha las políticas en cuestión. En esta etapa, la sociedad puede ayudar a conseguir la implementación de políticas efectivas mediante la transmisión del entusiasmo y experiencias de aquellos a los que afectará la política.

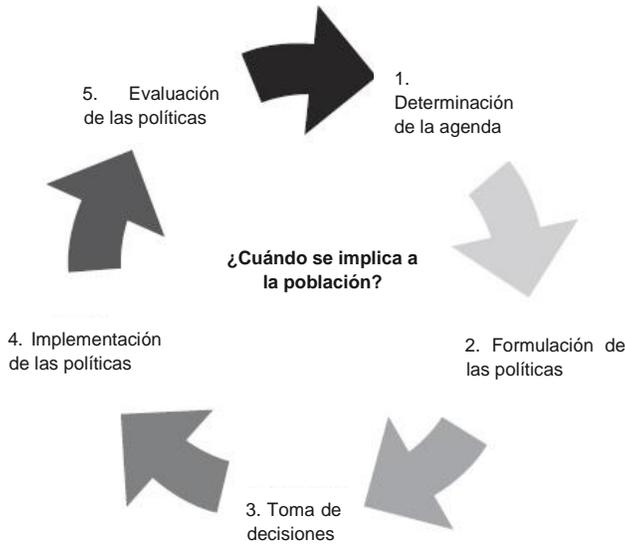
³⁵ El ciclo de una política es una simplificación de un proceso complejo y, en ocasiones, caótico. No pretende sugerir que los responsables políticos solucionen problemas complejos de un modo sistemático y lineal. Por ejemplo, la fase de formulación de políticas podría preceder a la de determinación de la agenda dado que los responsables políticos intentan encontrar problemas que pudieran estar vinculados a opciones políticas ya formuladas (Howlett y Ramesh, 2003). Dicho esto, el ciclo de una política puede facilitar la comprensión de las diferentes etapas de la participación ciudadana y de sus objetivos.

(v) Por último, durante la fase *de evaluación de las políticas*, en la que se analizan los resultados de las políticas tanto por el Estado como por las partes interesadas, sociedad incluida, la retroalimentación de la población puede conceptualizar de nuevo un problema y sus soluciones.

Los dos casos opuestos presentados anteriormente tuvieron lugar en diferentes etapas del ciclo político (Fig. 9.1). En el caso de la Strategic Meeting on Health, los diálogos públicos fueron organizados durante la etapa de determinación de la agenda. En 2004, el gobierno provincial creó un comité para ofrecer asesoramiento en un tema político muy comprometido: la sostenibilidad de un sistema sanitario universal en Quebec. El Institut du Nouveau Monde quiso aprovechar esta oportunidad mediante el diálogo con ciudadanos que pudieran influir en el comité y, más concretamente, en la agenda del gobierno. En cuanto a Healthy People 2020, la consulta pública tuvo lugar durante la fase de formulación de las políticas. Desde 1979, se han organizado consultas públicas cada diez años para establecer los objetivos y metas nacionales en salud que guíen las decisiones políticas.

Ambos casos ilustran una tendencia de involucración de la población durante las primeras etapas del ciclo político. Sin embargo, se suele olvidar la necesidad de contar con una participación considerable por parte de la población en las etapas más avanzadas: tomar decisiones políticas, aplicar dichas políticas y/o evaluarlas. Por ello, los responsables políticos que deseen fomentar la participación de la sociedad como parte de una estrategia más amplia para fomentar la STP deberán reflexionar sobre las oportunidades y beneficios de colaborar con la población durante la totalidad del ciclo político.

Fig. 9.1 Cinco etapas del ciclo político



Nivel de participación

La tercera dimensión se refiere al nivel de implicación, el grado de influencia que la población tendrá en el proceso de formulación de políticas. Esta dimensión fue identificada por primera vez por Arnstein (1969) en su artículo fundamental sobre la «escalera de la participación ciudadana». Dicha escalera representa ocho peldaños, desde la no participación y el tokenismo³⁶ hasta el poder ciudadano. Este modelo ejemplifica los diferentes niveles de participación, en relación con el grado de redistribución del poder entre responsables políticos y la población.

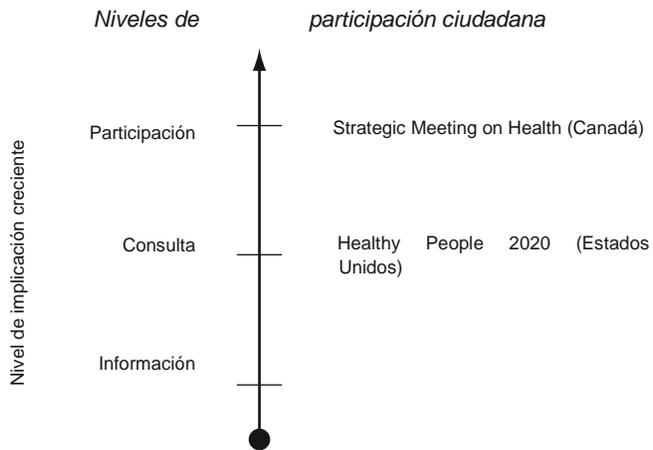
El trabajo de Arnstein motivó el desarrollo de varios marcos que siguen siendo utilizados habitualmente hoy en día para ilustrar los diferentes niveles de participación ciudadana (Health Canada, 200, IAP2, 2010). Sin embargo, los esfuerzos más recientes tienden a sintetizar su escalera en tres niveles principales: información, consulta y participación (Fig. 9.2) (OCDE, 2001; Rowe y Frewer, 2005).

³⁶ *Tokenism* en el original. Definición de tokenism: acciones que son el resultado de pretender dar ventaja a grupos de la sociedad que habitualmente son tratados de manera injusta, para dar una apariencia de justicia. Fuente: Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus, Cambridge University Press (N. del T.)

Información

La información se refiere a una relación unidireccional en la que el gobierno (o el patrocinador de la iniciativa de participación ciudadana) genera y facilita información para que la sociedad la utilice. Engloba tanto medidas «pasivas» (p.ej. acceso a la información previa solicitud de la población o en una página web) y medidas «activas» para difundir la información (p.ej. campañas de publicidad y comercialización social, carpetas informativas, eventos en los medios, testimonios de expertos, comunicados de prensa, líneas de información telefónica, etc.) (OCDE, 2001).

Fig. 9.2



Este nivel representa el más bajo de la participación ciudadana. Sin embargo, como manifestó Creighton (2005), «cualquier programa de participación ciudadana es un buen programa informativo». Por ello, la población necesita información clara, completa y objetiva para poder contribuir significativamente al proceso de formulación de políticas. La información pública parece especialmente significativa en el contexto de la STP. Según Ollila et al. (2006), es importante informar a la población y aumentar la conciencia sobre las implicaciones en salud de las políticas, para poder mejorar los diálogos públicos y la procesos abiertos de toma de decisiones.

Tanto la Strategic Meeting on Health como el programa Healthy People 2020 se basaron en mecanismos de información, ya fuera a través de expertos que facilitarían información a la población, libros y páginas web con información sobre la cuestión pertinente.

Consulta

La consulta hace referencia a la relación en la que la población proporciona su opinión al gobierno (o al patrocinador de una iniciativa de participación ciudadana) (OCDE, 2001). Como indicaron Rowe y Frewer (2005), no existe diálogo formal entre miembros individuales de la sociedad, así como entre miembros de la sociedad y el patrocinador de la iniciativa. Si bien los mecanismos de consulta ofrecen influencia pública limitada (Gregory, Hartz-Karp y Watson, 2008), pueden ser útiles para mejorar la comprensión de las opiniones «no adulteradas»³⁷ de la sociedad.

Los métodos de consulta pública cubren tanto mecanismos científicos de recolección de datos (p.ej. encuestas, cuestionarios, entrevistas a grupos de interés) como estrategias más abiertas y democráticas (p.ej. comentarios públicos en una página web, audiencias y asambleas públicas) para conocer la opinión de la población (Health Canada, 2000; IAP2, 2010). Como se pudo apreciar anteriormente, la estrategia de participación ciudadana de Healthy People 2020 estaba basada en mecanismos abiertos y democráticos de consulta: asambleas públicas y la publicación de comentarios en una página web (Fig. 9.2).

Participación

La participación hace referencia a la relación de colaboración con gobierno (o patrocinador de la iniciativa de participación ciudadana), en la que la población participa de manera activa para definir el proceso y contenido de la formulación de políticas (OCDE, 2001). De acuerdo a lo manifestado por

³⁷ Raw en el original (N. del T.)

Rowe y Frewer (2005), «hay cierto grado de diálogo en el proceso en cuestión». Comprende tanto los métodos participativos (p.ej. la pertenencia de miembros de la población en los comités asesores) y métodos más reflexivos (p.ej. encuestas deliberativas, conferencias para alcanzar el consenso, jurados de ciudadanos, seminarios o asambleas ciudadanas) (Abelson, 2001).

La Strategic Meeting on Health es un caso de participación basada en el diálogo y la deliberación (Fig. 9.2). Se invitaba a los ciudadanos a recibir información sobre cinco dilemas, que discutían con otros ciudadanos y expertos de dicho ámbito, para deliberar y alcanzar un acuerdo sobre una serie de recomendaciones por un Quebec más saludable.

Este caso es un claro indicativo del creciente interés en los últimos años por adoptar mecanismos deliberativos (Gregory, Hartz-Karp y Watson, 2008; Scutchfield, Hall e Ireson, 2006). En efecto, existe el deseo de involucrar a la sociedad de manera activa en la formulación de políticas para solucionar problemas, en vez de como simples espectadores o comentaristas políticos (Abelson, 2010). Se cree que dicha deliberación ayudará a que las opiniones «no adulteradas»³⁸ pasen a ser juicios públicos más considerados y ponderados (Rowe y Frewer, 2005; Yankelovich, 1991).

Grado de inclusión

La cuarta dimensión se centra en el grado de inclusión de la población en el proceso de colaboración. Tanto la Strategic Meeting on Health como Healthy People 2020 abrieron sus puertas para todo el mundo que deseara participar (Fig. 9.3), algo habitual en la gran mayoría de los mecanismos de participación ciudadana (Fung, 2006). Aunque tal grado de integración puede resultar atractivo, los participantes siguen siendo elegidos mediante la autoselección, por lo que pueden no representar a la gente afectada por asuntos concretos.

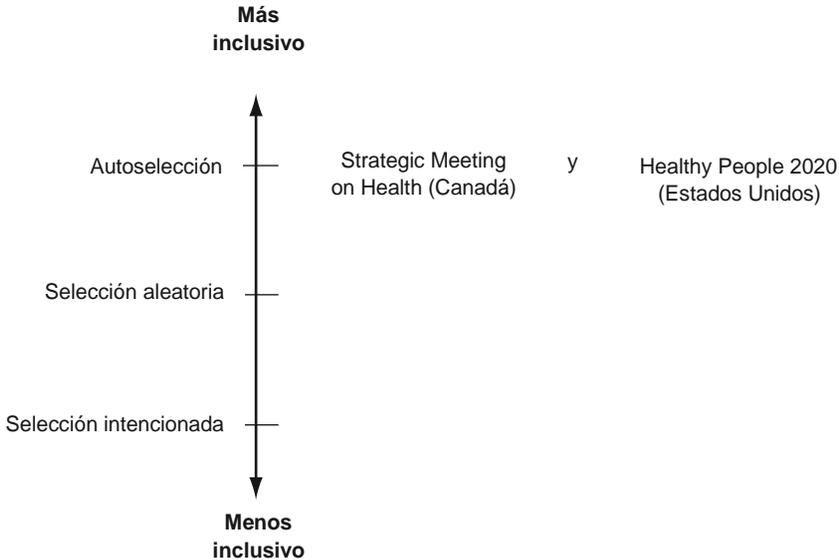
Otros procesos de participación pública (p.ej. encuestas deliberativas, jurados de ciudadanos y asambleas ciudadanas) utilizan mecanismos para elegir aleatoriamente miembros de la población basándose en criterios predeterminados. Estos enfoques pueden garantizar la representación ciudadana con mayor eficacia (Fung, 2006). Por ejemplo, las loterías ciudadanas pueden utilizarse para elegir ciudadanos de manera aleatoria para un servicio público y de este modo crear grupos que representen, en términos generales, el perfil demográfico del conjunto de la población (Dowlen, 2008).

Un enfoque menos inclusivo sería el de elegir a los participantes de manera intencionada. Por ejemplo, el patrocinador de una iniciativa de participación

³⁸ *Raw* en el original (N. del T.)

Participación de la sociedad para facilitar o poner en marcha acciones de gobernanza que contribuyan a la STP 169
ciudadana podría estar interesado en seleccionar participantes de subgrupos de la población general considerados menos propensos a colaborar.

Fig. 9.3 *Grado de inclusión*



Al patrocinador podría interesarle la selección de participantes que tengan opiniones enfrentadas en relación al asunto que se discute o podría desear contar con representantes públicos de relevancia política.

Proximidad en la toma de decisiones

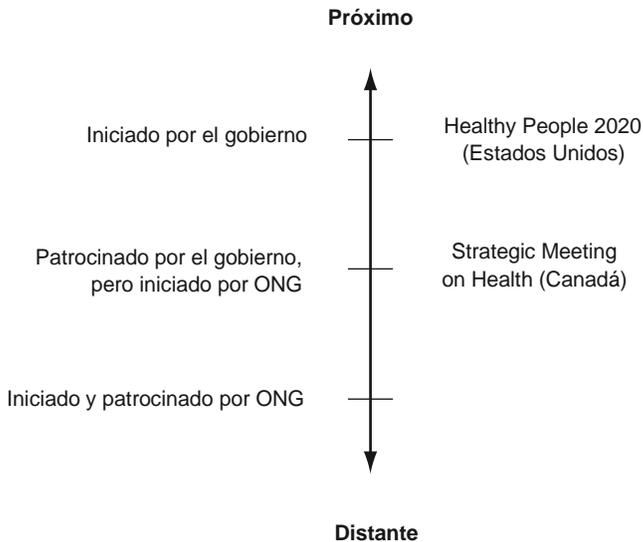
La quinta dimensión se refiere a la proximidad en la toma de decisiones (Dobrow, 2010). Se entiende por ella la fuerza del vínculo que existe entre el proceso público de colaboración y los responsables políticos (Fung, 2006). En muchos casos, será el gobierno quien organice una iniciativa de participación ciudadana, como es el caso de Healthy People 2020. En esas situaciones, la iniciativa de participación ciudadana está vinculada a un resultado específico de una decisión y está integrada dentro del proceso de formulación de la política (Fig. 9.4).

Sin embargo, los procesos de participación ciudadana también pueden ser iniciados por organizaciones no gubernamentales (ONG). La gobernanza no es un terreno exclusivo de responsables políticos y burócratas. Las

organizaciones de la sociedad civil también pueden desempeñar un papel crucial, al promover debates y diálogos públicos que pueden influir en las acciones gubernamentales.

Por ello, el proceso de participación ciudadana puede ser puesto en marcha por una ONG, con o sin el patrocinio del gobierno. Este fue el caso de la Strategic Meeting on Health, puesto que su impulsor fue el Institut du Nouveau Monde (Fig. 9.4). La iniciativa no estaba directamente relacionada con el resultado de una decisión específica y no estaba integrada en el proceso de formulación de políticas. Sin embargo, suscitó suficiente interés por parte de los funcionarios gubernamentales que estuvieron dispuestos a comprometer recursos para apoyar la iniciativa.

Fig. 9.4 Proximidad en la toma de decisiones



La efectividad de la participación ciudadana

A pesar del compromiso demostrado con la participación ciudadana en el ámbito de la salud pública, sigue habiendo escasez de datos de calidad sobre qué estrategias de participación son las más efectivas. Sin embargo, se ha alcanzado cierto consenso en los últimos años sobre algunos principios o claves necesarios para que dicha participación sea efectiva o exitosa (Abelson y Gauvin, 2006; OCDE, 2005). Por ejemplo, Frewer y Rowe (2005) identificaron nueve puntos que han de satisfacerse para que el ejercicio de la participación ciudadana sea un éxito (Tabla 9.1). A la luz de estos nueve puntos, los dos casos analizados revelan cómo demasiada independencia podría ser contraproducente a la hora de influir en la formulación de las

políticas y demasiada implicación pública podría suscitar dudas sobre la representatividad del proceso.

Aunque Strategic Meeting on Health podría obtener una puntuación algo mayor en lo relativo a independencia, puesto que fue iniciada por una ONG, la falta de proximidad en las decisiones disminuyó la capacidad de la población para tener un impacto real en las acciones de gobernanza que contribuyeran en la STP. Sin embargo, se podría argumentar que los diálogos públicos tuvieron cierta influencia simbólica mediante la sensibilización de la sociedad y los responsables políticos provinciales. De hecho, este evento abrió las puertas de muchas organizaciones públicas al Institut du Nouveau Monde; que, a su vez, pudo promover las recomendaciones formuladas por los ciudadanos. Prueba de ello son los diálogos mantenidos, puesto que fueron mencionados en el informe final sobre la sostenibilidad del sistema sanitario, confeccionado por el comité provincial (Ménard, 2005). También se invitó al director ejecutivo de la ONG con sede en Montreal para presentar la iniciativa en diversos foros internacionales, incluido el foro organizado por la Oficina Regional para Europa de la OMS (Venne, 2007). Por lo tanto, esta iniciativa fue capaz de plantar una semilla en las mentes de los responsables políticos, demostrando que las organizaciones de la sociedad civil pueden desempeñar un papel, si bien limitado, en desencadenar acciones de gobernanza.

Tabla 9.1 *Nueve claves por una participación ciudadana efectiva*

Representatividad	La población involucrada debería ser representativa de la población a la que afectará la decisión.
Independencia	La colaboración debería organizarse de una manera independiente (imparcial).
Involucración temprana	Los participantes en dicha colaboración deberían contribuir a tal respecto tan pronto como les sea posible, cuando los valores sociales resulten importantes para el desarrollo de la política.
Influencia	El resultado de la iniciativa debe tener un impacto real en la política.
Transparencia	El proceso ha de ser transparente, para que la población pertinente/afectada pueda ver cuál es la situación actual y cómo se toman las decisiones.
Accesibilidad a los recursos	Los participantes deben tener acceso a los recursos necesarios para cumplir con su función.
Definición de metas	La naturaleza y alcance de la colaboración deben estar claramente definidos.
Toma de decisiones estructurada	La colaboración debe hacer uso de los mecanismos apropiados para la estructuración y exhibición del proceso de toma de decisiones.
Rentabilidad	El proceso debe ser rentable desde el punto de vista de los patrocinadores.

Fuente: Frewer y Rowe, 2005

En el caso de Healthy People 2020, lo lógico sería esperar que la participación ciudadana obtuviese resultados muy positivos en el ámbito de la influencia, puesto que fue integrada en el proceso de formulación de políticas. Sin embargo, los primeros informes sugieren que dos dimensiones de la estrategia de participación ciudadana han generado desafíos considerables: el uso de métodos de consulta pública poco estructurados (comentarios públicos en páginas web y reuniones públicas) y el alto grado de inclusión de la iniciativa (Blakey et al., 2010). No sólo la gran cantidad de opiniones públicas supusieron un reto (más de 8.000 comentarios públicos), sino que también la opinión del público presentó diferencias notables, desde «recomendaciones aplicables y bien fundamentadas, pasando por anécdotas, hasta preferencias personales» (Blakey et al., 2010). Por ello, ambas dimensiones presentaron dificultades para el patrocinador de la consulta en cuanto a cómo se debían gestionar e integrar los datos recogidos de la participación ciudadana para el marco del programa Healthy People 2020.

En cuanto a la representatividad, tanto la Strategic Meeting on Health como Healthy People 2020 estuvieron abiertos para todos los ciudadanos que pudieran y quisieran participar. Sin embargo, dado que la población participante lo hizo mediante la autoselección, cabe la duda de si dichos grupos eran una muestra representativa de la población. Este problema ilustra lo importante que es para los gobiernos (o los patrocinadores de iniciativas de participación pública) facilitar recursos e incentivar a aquellos que «quieren, pero no pueden participar», así como a aquellos que «pueden, pero no quieren» (OCDE, 2009). Si no, los procesos y estructuras de participación pública inevitablemente influirán en la selección de los colaboradores.

Conclusión

Aunque sigue siendo difícil determinar qué mecanismos de participación pública pueden ser más efectivos o exitosos (Abelson y Gauvin, 2006; Rowe y Frewer, 2004), podemos identificar tres puntos fundamentales para los responsables políticos que deseen fomentar la participación ciudadana como parte de una estrategia mayor para la STP.

La forma debería adecuarse a la función...

La literatura sobre la participación ciudadana cada vez se hace más eco de que la forma debería adecuarse a la función o, lo que es lo mismo, la selección de una estrategia de participación ciudadana deberá basarse principalmente en el objetivo que se desee alcanzar (Bishop y Davis, 2002). Por lo tanto, se recomienda que los patrocinadores de las colaboraciones públicas manifiesten

el objetivo lo antes posible. La puesta en práctica de un proceso de participación ciudadana con objetivos poco claros o mal definidos puede dar lugar a suposiciones y expectativas contradictorias entre la población y las partes interesadas (Rowe y Frewer, 2004).

El contexto importa...

No obstante, es importante reconocer que decantarse por una estrategia de participación ciudadana no es un simple proceso de emparejar objetivos bien definidos con métodos claros. Muchos factores contextuales pueden influir en esa decisión: el tipo de problema, la colaboración institucional, los recursos, características comunitarias, ideologías, intereses y políticas (Abelson et al., 2007). Por ello, se sigue necesitando cierto grado de discreción a la hora de elegir estrategias de participación ciudadana para contextos determinados. En el mismo sentido, al utilizar un mecanismo de participación ciudadana en un contexto concreto, no se debe esperar que funcione del mismo modo que lo hizo anteriormente en situaciones similares.

...¡y los principios también!

Existe una corriente creciente que defiende un conjunto de principios necesarios para aplicar una participación ciudadana efectiva (IAP2, 2011; Rowe y Frewer, 2004). La aparición de este tipo de éticas de participación ciudadana ha tenido lugar gracias a los desarrollos teóricos en dicho campo y las colaboraciones innovadoras de investigación y práctica. Los responsables políticos que deseen involucrar a la ciudadanía como parte de su estrategia de STP, deberían rendir cuentas de tales principios, para mejorar la efectividad e integridad del proceso de participación ciudadana.

Reconocimientos

Me gustaría expresar mi gratitud a Michel Venne, Matthias Wismar, Catherine Jones, François Benoit, Michael Keeling y a los dos revisores anónimos por sus valiosas reflexiones para este capítulo.

Fuentes bibliográficas

Abelson J (2001). Understanding the role of contextual influences on local health-care decision making: case study results from Ontario, Canada. *Social Science and Medicine* 53(6):777–793.

Abelson J (2010). Public deliberation and democratic governance: theories, practices, and evidence. *12th journées annuelles de santé publique, Montreal, Canada, 12 March 2010* (http://www.ncchpp.ca/docs/DeliberationJASP2010_AbelsonEN.pdf, accessed 8 July 2012).

Abelson J y Gauvin F (2006). *Assessing the impacts of public participation: concepts, evidence, and policy implications*. Ottawa, Canadian Policy Research Networks (http://www.cprn.org/documents/42669_en.pdf, accessed 8 July 2012).

Abelson J et al. (2007). Exploring the role of context in the implementation of a deliberative public participation experiment: results from a Canadian comparative study. *Social Science and Medicine* 64(10):2115–2128.

Arnstein SR (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners* 35(4):216–224.

Australian Public Service Commission (2007). *Tackling wicked problems: a public policy perspective*. Canberra, Government of Australia (http://www.apsc.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/6386/wickedproblems.pdf, accessed 8 July 2012).

Beierle TC (1999). Using social goals to evaluate public participation in environmental decisions. *Review of Policy Research* 16(3–4):75–103.

Bishop P y Davis G (2002). Mapping public participation in policy choices. *Australian Journal of Public Administration* 61(1):14–29.

Blakey C et al. (2010). How public participation has shaped Healthy People 2020. *138th Annual Meeting of the American Public Health Association, Denver, Colorado, 9 November 2010*.

Blomgren Bingham L, Nabatchi T y O’Leary R (2005). The new governance: practices and processes for stakeholder and citizen participation in the work of government. *Public Administration Review* 65(5):547–558.

Creighton JL (2005). *The public participation handbook: making better decisions through citizen involvement*. San Francisco, John Wiley e hijos.

Dobrow M (2010). Deliberative methods for combining different types of evidence in the development of policy recommendations. *12th journées annuelles de santé publique, Montreal, Canada, 12 March 2010* (http://www.ncchpp.ca/docs/DeliberationJASP2010_DobrowEN.pdf, accessed 8 July 2012).

Dowlen O (2008). *Sorted: civic lotteries and the future of public participation*. Toronto, MASS LBP (<http://www.masslbpc.com/download/sorted.pdf>, accessed 8 July 2012).

Ellen M y Shamian J (2011). How we move beyond a policy prescription to action. *Healthcare Papers* 11(1):76–83.

Elliott E y Williams G (2004). Developing a civic intelligence: local involvement in HIA. *Environmental Impact Assessment Review* 24(2):231–243.

Evoy BE, McDonald M y Frankish CJ (2008). Civil society? What deliberative democrats can tell advocates about how to build public commitment to the health promotion agenda. *Canadian Journal of Public Health* 99(4):321–323.

Fischer F (2000). *Citizens, experts, and the environment: The politics of local knowledge*. Durham, Duke University Press.

Frewer L y Rowe G (2005). Evaluating public participation exercises: strategic and practical issues. In: OCDE, ed. *Evaluating public participation in policy making*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development: 85–108.

Fung A (2006). Varieties of participation in complex governance. *Public Administration Review* 66:66–75.

Gregory J, Hartz-Karp J y Watson R (2008). Using deliberative techniques to engage the community in policy development. *Australia and New Zealand Health Policy* 5(16):1–9.

Health Canada (2000). *The Health Canada policy toolkit for public involvement in decision-making*. Ottawa, Health Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_public-consult/2000_decision/index-eng.php, accessed 31 August 2010). Howlett M y Ramesh M (2003). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems*. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.

IAP2 (2010). *LAP2 Spectrum of public participation*. Thornton, CO, International Association for Public Participation (http://www.iap2.org/associations/4748/files/IAP2%20Spectrum_vertical.pdf, accessed 30 August 2010).

IAP2 (2011). *LAP2's code of ethics for public participation practitioners*. Thornton, CO, International Association for Public Participation (<http://iap2.affiniscap.com/associations/4748/files/CodeofEthics.pdf>, accessed 8 July 2012).

Koivusalo M (2006). Moving health higher up the European agenda. In: Stahl T et al., eds. *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Finnish Ministry of Social Affairs and Health, European Commission and European Observatory on Health Systems and Policies:21–40.

Kreuter MW et al. (2004). Understanding wicked problems: a key to advancing environmental health promotion. *Health Education & Behavior* 31(4):441–454.

Ménard J (2005). *Pour sortir de l'impasse: La solidarité entre nos générations*. Québec, Gouvernement du Québec, Comité sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec.

Ministry of Health, 2005. *New Zealand intersectoral initiatives for improving the health of local communities: An updated literature review examining the ingredients for success*. Wellington, New Zealand Ministry of Health.

Moro G (2005). Citizens' evaluation of public participation. In: OCDE, ed. *Evaluating public participation in policy making*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development:109–126.

ODPHP (2009). *Healthy people 2020: The road ahead*. Washington, DC, Office of Disease Prevention and Health Promotion, US Department of Health and Human Services (<http://www.ok.gov/strongandhealthy/documents/HealthyPeople2020.pdf>, accessed 8 July 2012).

ODPHP (2010). *Healthy people 2020 objectives*. Washington, DC, Office of Disease Prevention and Health Promotion, US Department of Health and Human Services (<http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/pdfs/HP2020objectives.pdf>, accessed 8 July 2012).

OCDE (2001). *Citizens as partners: information, consultation, and public participation in policy making*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

OCDE (2005). *Evaluating public participation in policy making*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

OCDE (2009). *Focus on citizens: public engagement for better policy and services*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Ollila E et al. (2006). Towards a healthier future. In: Stahl T et al., eds. *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Finnish Ministry of Social Affairs and Health, European Commission and European Observatory on Health Systems and Policies:269–279.

Ritsatakis A y Järvisalo J (2006). Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In: Stahl T et al., eds. *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Finnish Ministry of Social Affairs and Health, European Commission and European Observatory on Health Systems and Policies:145–168.

Rowe G y Frewer LJ (2004). Evaluating public participation exercises: a research agenda. *Science, Technology, & Human Values* 29:512–556.

Rowe G y Frewer LJ (2005). A typology of public engagement mechanisms. *Science, Technology, & Human Values* 30(2):251–290.

Saint-Pierre C, Venne M y Villeneuve M (2005). Un grand dialogue citoyen. In: Venne M, ed. *100 idées citoyennes pour un Québec en santé*. Montreal, Éditions Fides et Institut du Nouveau Monde:6–13.

Salamon LM (2002). The new governance and the tools of public action: an introduction. In: Salamon LM, ed. *The tools of government: a guide to the new governance*. Oxford, Oxford University Press:1–47.

Scutchfield FD, Hall L y Ireson CL (2006). The public and public health organizations: issues for community engagement in public health. *Health Policy* 77:76–85.

Tritter JQ y McCallum A (2006). The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health Policy* 76:156–168.

Venne, M. (2007). An experience of participatory forums of citizens in Québec. *57th Meeting of the WHO Regional Committee for Europe, Belgrade*, 17–20 September 2007.

Venne M y Famhy M (2005). La parole citoyenne – les 100 idées citoyennes pour un Québec en santé. In: Venne M, ed. *100 idées citoyennes pour un Québec en santé*. Montreal, Éditions Fides et Institut du Nouveau Monde:73–95.

WHO (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2010). *Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being*. Adelaide, World Health Organization and Government of South Australia.

Wilcox D (1994). *The guide to effective participation*. London, The Joseph Rowntree Foundation.

Yankelovich D (1991). *Coming to public judgment: making democracy work in a complex world*. 1st ed. New York, Syracuse.

Capítulo 10

Gobernanza colaborativa: el ejemplo de las conferencias de salud

Helmut Brand y Kai Michelsen

Introducción

La Carta de Ottawa de la OMS establece que: «Los prerequisites y perspectivas en salud no pueden garantizarse exclusivamente a través del sector salud y, lo que es más importante, la promoción de la salud necesita acciones coordinadas por parte de todos los implicados [...]». Si bien la Carta de Ottawa se centra en la promoción de la salud, la acción coordinada también reviste importancia para el desarrollo de los servicios de salud y prevención y para el desarrollo e implementación de políticas de salud. La coordinación puede conseguirse mediante algún tipo de gobernanza colaborativa: «un tipo de gobernanza que permita participar a actores públicos y privados y colaborar conjuntamente de distinta forma, utilizando procesos particulares, para establecer leyes y normas para la provisión de bienes públicos» (Ansell y Gash, 2010). El término hace referencia a «acuerdos gubernamentales en los que una o más agencias públicas colaboren directamente con partes interesadas ajenas al Estado en procesos colectivos de toma de decisiones formales, orientados al consenso, que sean deliberativos, y entre cuyos objetivos consten el formular o aplicar políticas públicas o dirigir programas públicos o bienes» (Ansell y Gash, 2010). De acuerdo con lo manifestado anteriormente, la gobernanza colaborativa se caracteriza por seis puntos.

1. La gobernanza colaborativa ha de ser iniciada por agencias o instituciones públicas.

2. Debe incluir actores no gubernamentales.
3. Los participantes no actúan como asesores, sino que participan plenamente en el proceso de toma de decisiones (comunicación bidireccional).
4. El foro se organizará formalmente y se reunirá de forma colectiva.
5. El foro aspirará a tomar decisiones por consenso.
6. Se centrará en las políticas y gestión públicas.

Existen varios tipos de gobernanza colaborativa que pueden englobarse en dicha definición. Por ejemplo, el corporativismo es un tipo específico de gobernanza colaborativa. Pero la gobernanza colaborativa comprende un espectro más amplio, puesto que las partes interesadas no necesitan automáticamente mantener monopolios de representación de intereses. Del mismo modo, no todos los tipos de redes (horizontales) pueden entenderse como ejemplos de gobernanza colaborativa, puesto que no siempre son puestas en marcha por agencias o instituciones públicas o están organizadas formalmente.

La gobernanza colaborativa es una oportunidad para reaccionar ante las turbulencias a las que los gestores y responsables políticos se enfrentan (Gray, 1989, cit. En Ansell y Gash, 2010). Se espera que las redes de partes interesadas y estilos de coordinación y cooperación basados en el consenso corrijan los errores de la fase posterior a la ejecución y los altos costes de la politización de una regulación. Parecen ser alternativas frente al antagonismo del pluralismo de los grupos de interés y de los fallos de rendición de cuentas de la gerencia pública. Además, se cree que las consecuencias de la diferenciación funcional - la distribución de conocimientos y capacidad institucional en diferentes situaciones, mayor complejidad e interdependencia - exigen colaboraciones intra e intersectoriales (Ansell y Gash, 2010).

Este capítulo presenta algunas experiencias y recomendaciones generales para la gobernanza colaborativa. Los autores han decidido decantarse por un enfoque centrado en la «intervención innovadora en política de salud» (Knesebeck et al. 2002) de las conferencias locales y regionales en salud de Renania del Norte-Westfalia (Alemania). Gracias a sus elaboradas y sofisticadas estructuras, pero también a la consecuente evaluación, este caso ofrece información vital y experiencia sobre este

tipo de gobernanza. Puede servir como ejemplo para enfoques similares presentes en otras regiones y países. Comenzando en el ámbito estatal (Länder) y en algunas comunidades locales de la década de los años 80, seguido por una fase de proyecto (1994-1998) y recogida en la ley desde 1997, las conferencias en salud han evolucionado durante 20 años y en la actualidad se han establecido en las 54 comunidades locales (ciudades y distritos) de Renania del Norte-Westfalia. Se han recopilado las experiencias de las conferencias en salud en varias evaluaciones, proporcionando información sobre las oportunidades y retos de las mismas. Las conferencias se adecúan al debate internacional sobre la gobernanza colaborativa.

El concepto de conferencias de salud de Renania del Norte-Westfalia (Alemania)

El significado de «conferencia» (del latín «confero»: unir, comparar) significa examinar, analizar e interpretar la información recopilada³⁹. Este término se utiliza para eventos concretos o actividades continuadas. Los eventos en cuestión se basan en diferentes filosofías, ideas, conceptos, objetivos y metas: han sido organizadas para, por ejemplo, involucrar a colaboradores relevantes o a la población, para informar a los responsables políticos o para tomar decisiones por cuenta propia. Constan de diferentes estructuras, pueden hallarse a diferentes niveles de la formulación de políticas (p.ej. local, regional o nacional) y en diferentes sistemas de salud y entornos políticos. Difieren en la disponibilidad de recursos y la forma en que están reguladas.

En Alemania, la región de Renania del Norte-Westfalia fue la precursora de la utilización de conferencias de salud tanto a nivel local como federal. Esto suscitó bastante interés, puesto que implicaba que un estado federado de 18 millones de ciudadanos pusiera en marcha conferencias de salud en las 54 entidades locales (municipios y distritos), en base a una ley relativa a los servicios de salud pública.

En 1991 se estableció una conferencia en salud en Renania del Norte-Westfalia. Moderada por el Ministerio de Sanidad, las partes interesadas⁴⁰ definieron los temas y objetivos y desarrollaron

³⁹ Fuente: http://de.wikipedia.org/wiki/Konferenz_.

⁴⁰ Aseguradores sociales, asociaciones de médicos, dentistas y farmacéuticos, asociación hospitalaria, empleadores y sindicatos, asociaciones benéficas, asociaciones de comunidades locales y regionales

recomendaciones para la acción coordinada. Las actividades se basaron en el compromiso voluntario (Werse, 2010).

A nivel local, el desarrollo fue parte del reflejo de las políticas locales y los servicios de salud pública (Müller et al., 1988; MAGS, 1992a, 1992b; Canaris, 1992; Brandenburg y von Ferber, 1992; Brandenburg, von Ferber y Nowak, 1994; Brandenburg y Winkler, 1996; Brandenburg, von Ferber y Renner, 1998; Renner et al., 1998). La descentralización debe fortalecer la formulación local de políticas. Los instrumentos para la formulación local de políticas, planificación, dirección y gestión deberían desarrollarse más profundamente. Los servicios de las agencias de salud pública deberían integrarse con otros servicios sociales y de salud, y estar más orientados a las necesidades de la ciudadanía. Asimismo, es necesario aumentar la actividad en favor de los grupos menos favorecidos. La orientación hacia la prevención y promoción de la salud debe fortalecerse (Murza, Werse y Brand, 2005).

Los conceptos relacionados con las conferencias locales de salud tomaron forma a mediados de los años 80 (Schröder et al., 1986), mientras que sus pioneros comenzaron a recopilar datos pragmáticos en 1989 (p. ej. en Herne, en la primera conferencia de la salud). De 1995 a 1998, el estado federado de Renania del Norte-Westfalia organizó el proyecto *Ortsnahe Koordinierung*, en el que participaron 28 de las 54 entidades locales de Renania del Norte-Westfalia. Al poner en marcha las conferencias de salud como una herramienta organizativa en conjunción con los informes de salud pública como herramienta informativa, los servicios que faltasen se identificarían e implementarían, las estructuras duplicadas y servicios triviales se eliminarían, y los servicios se organizarían y ofertarían cercanos a la ciudadanía y sus necesidades.

Incluso antes de que el proyecto viera la luz, el gobierno estatal adoptó una nueva ley en materia de salud pública a finales de 1997 (*Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst* (ÖGDG) del día 25 de noviembre de 1997), a lo que sucedió un reglamento más detallado (*Ausführungsverordnung zum Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst* (AV-ÖGDG) del día 20 de agosto de 1999, abolida en 2006). Los

(kommunale Spitzenverbände, Landschaftsverbände), organizaciones para la prevención y protección de la salud, así como grupos de autoayuda.

reglamentos establecían que las conferencias de salud debían establecer estructuras y redes de cooperación, aumentar la transparencia, ofrecer oportunidades para mantener diálogos sobre los problemas de salud y la consecución de soluciones y recomendaciones comunes (Lafontaine y Stollmann, 1998; Werse, 2010).

En la actualidad, las conferencias de salud tienen lugar una o dos veces al año en las 54 entidades locales, con una media de 29 participantes⁴¹. La composición de los participantes varía, pero, por lo general, está formada por representantes de actores relevantes en los servicios locales relacionados con la salud. Son formalmente convocados por el gobierno local (véase el cuadro 10.1).

Las conferencias de salud están acompañadas de reuniones periódicas de grupos de trabajo. Se respetan una serie de normas de procedimiento, orientadas hacia el consenso entre partes afectadas y el tema en cuestión. Las conferencias suelen estar moderadas por el director del departamento local de salud pública, que también dirige una secretaría para las cuestiones de gestión de las conferencias de salud y los grupos de trabajo. El departamento de salud pública también da apoyo a las conferencias de salud con actividades informativas de salud pública. Los vínculos con el gobierno local, especialmente el comité de salud y asuntos sociales, pueden estar establecidos en mayor o menor medida. El Instituto de Salud Pública de Renania del Norte-Westfalia apoyó las actividades locales al organizar eventos formativos, intercambios informativos, materiales y creación de una infraestructura informativa. La *Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen* de Düsseldorf también participó en las medidas de cualificación.

La puesta en práctica de las conferencias de salud tiene que observarse teniendo en cuenta las características de las políticas de salud y el sistema de salud de Alemania (Knesebeck et al., 2002). El sistema es un híbrido entre un sistema nacional de salud y un sistema de mercado. El seguro médico es obligatorio para la mayor parte de la población. Los mercados están regulados políticamente, con estructuras neo-corporativistas y un sistema de autorregulación en el proceso de toma de decisiones. Otras de las características más representativas son (o han sido) las profundas divisiones institucionales (p. ej. entre hospitalizaciones y tratamientos

⁴¹ La atmósfera constructiva y participación activa parecen estar inversamente relacionados con el tamaño de la conferencia de salud. El límite máximo parece ser de 30 personas (Knesebeck et al., 2002).

ambulatorios), falta de uniformidad en la organización del servicio de salud pública entre estados federados y el relativamente pobre interés en los servicios de salud pública.

Cuadro 10.1 *Ejemplos de asuntos tratados en las conferencias de salud*

Asuntos tratados en las conferencias de salud organizadas a nivel estatal (ejemplos)

Las actividades de la conferencia federal de salud estaban relacionadas con los objetivos específicos en salud de Renania del Norte-Westfalia.

Estas se centraban en metas de salud nacionales (diabetes, cáncer de mama, consumo de tabaco, crecimiento saludable, autodeterminación del paciente, trastornos depresivos y envejecimiento saludable). Los asuntos intersectoriales eran la orientación hacia los ciudadanos y los pacientes, la equidad, la base de evidencia, integración del género, la salud en la infancia y adolescencia, ciudadanos con discapacidad, prevención, garantías y gestión de la calidad, cooperación intersectorial y la integración (principalmente en los servicios de salud) y apoyo a las actividades de autoayuda.

Las resoluciones de la conferencia de salud de Renania del Norte-Westfalia proporcionan más información sobre las prioridades de los últimos veinte años (www.mgepa.nrw.de/gesundheit/landesgesundheitskonferenz/beschluesse_der_lgk/index.php#top).

Temas tratados en las conferencias de salud organizadas a nivel local (ejemplos)

Las conferencias locales de salud se han centrado en grupos particulares de la población (p. ej. los recién nacidos y las madres, personas mayores, población femenina y masculina, emigrantes y personas socialmente desfavorecidas), enfermedades (enfermedades psiquiátricas como la demencia, las adicciones relacionadas con el tabaco, el alcohol y las drogas ilegales, enfermedades transmisibles como el sida/VIH, no transmisibles como enfermedades cardiovasculares o dentales), diferentes tipos de intervenciones (servicios de salud pública, prevención, promoción de la salud), coordinación de servicios e información sobre salud y servicios de salud, en diversas combinaciones.

A pesar de que las políticas de salud estaban fuertemente limitadas por la contención de gastos, se esperaba que las conferencias ofrecieran oportunidades para desarrollar servicios de salud más efectivos mediante la colaboración y coordinación en los ámbitos de servicios sociosanitarios, prevención y promoción de la salud. Las actividades a nivel local prometieron desarrollar servicios cerca de aquellos que los necesitaran (Werse, 2010). Aunque la elaboración de políticas de salud a nivel nacional y federal implica divisiones sectoriales, se estimó que la cooperación intersectorial en la organización y provisión de servicios a nivel local era necesaria y factible. Las conferencias de salud también fueron una oportunidad para revitalizar los servicios de salud pública y fomentar la acción en los ámbitos de la prevención y promoción de la salud.

A pesar de estar basadas en la ley de salud pública, existen diferencias entre las conferencias de salud locales de Renania del Norte-Westfalia. A nivel general, se puede decir que las conferencias de salud son diferentes de las conferencias científicas, puesto que están orientadas hacia la acción, objetivos y resultados. Las decisiones y actividades se fundamentan en enfoques y compromisos consensuados. Las conferencias de salud han sido descritas como una estructura de cooperación intermediaria, caracterizada por la participación voluntaria de los representantes estatales, el sistema de salud (incluidos los grupos de autoayuda), la economía, el mercado laboral y la ciudadanía y siempre orientada hacia grupos, áreas o problemas concretos. Asimismo, estas estructuras descansan sobre la representación de intereses comunes entre organizaciones y sectores y buscan recomendaciones, planificación e implementación comunes (Trojan y Legewie, 2001). Se las considera como una oportunidad para participar, colaborar con la sociedad civil y apoyar la comunicación, coordinación y cooperación, a través del desarrollo del entendimiento común e información de calidad en el ámbito de la toma de decisiones (Brandenburg et al., 1999). Se espera de ellos que cubran la totalidad del ciclo de políticas de salud pública (Nowak y von Ferber, 2000). Un proceso ideal empezaría con la selección de una o más cuestiones para la conferencia de salud, a lo que seguiría una evaluación de la situación actual. Teniendo en cuenta dicha evaluación, se desarrollarían las recomendaciones por parte de los grupos de trabajo, para ser discutidas con las partes interesadas. El siguiente punto comprende el envío de las invitaciones para la

conferencia de salud, en la que se deciden qué recomendaciones seguir. Los proyectos se desarrollan y ponen en marcha teniendo en cuenta las recomendaciones y compromisos. Por último, se organizan talleres para controlar y evaluar el resultado de los proyectos y el cumplimiento de las recomendaciones. El gobierno local es informado mediante informes.

Llegar a las partes interesadas y sociedad civil: el proceso de desarrollo de políticas municipales de salud en Esbjerg, Dinamarca

Gabriel Gulis

Esbjerg es la quinta ciudad más grande de Dinamarca y, tras el desarrollo y presentación de un nuevo perfil de salud en 2010, la ciudad puso en marcha un proceso que condujo a la aceptación de una nueva política municipal de salud. El nuevo proceso de desarrollo gozaba de un enfoque realmente intersectorial que buscaba establecer una política entre diferentes departamentos. Para tal respecto se estableció un grupo directivo en la ciudad que involucraba a diversos representantes de varios sectores. Tras mantener una serie de conferencias de salud específicas, se puso en marcha un conjunto de mesas redondas. Se invitó a la mesa redonda de primavera de 2010 a varios representantes académicos, de la industria, del sector educativo y medioambiental, así como representantes de la sociedad civil. Además, el departamento de salud organizó varias reuniones en las que el nuevo perfil de salud iba a ser explicado junto con otros departamentos de la administración local, para concienciar a la población de la necesidad de desarrollar una política intersectorial de salud y asegurar la aceptación futura de dicha política entre los sectores. El proceso incluyó actividades basadas en datos reales (e identificación, por lo general por miembros académicos de la mesa redonda), establecimiento de objetivos y descripción de los grupos destinatarios, apoyo (las sociedades industriales para las entidades industriales independientes, escuelas para los alumnos, ONG para ciudadanos, etc.), seguimiento, evaluación e identificación de las herramientas de implementación.

Las metas finales en este caso fueron predefinidas por el perfil de salud municipal como un aumento de la esperanza de vida, un mayor nivel de participación ciudadana, reducción de las desigualdades entre diferentes subpoblaciones de la ciudad (inmigrantes frente a daneses de origen, por ejemplo) y una mejora en la colaboración entre sectores diversos a nivel local.

Estudio de caso preparado basado en la propia participación del equipo de desarrollo de políticas de salud y en relación a Aarestrup, Due y Kamper-Jørgensen (2007).

Experiencias positivas y desafíos

Las primeras experiencias sobre las conferencias de salud quedan recogidas en la evaluación de las actividades de Herne (Kreuger, 1996; Renner, 1997). Evaluaciones posteriores acompañaron al proyecto piloto y, tras los cinco primeros años, se adoptó una nueva ley en materia de salud pública (1998-2002) (Badura et al., 2000; Knesebeck et al., 2001, 2002; Brand, 2004; MGSFF, 2003).

Los resultados fueron extremadamente positivos (Murza, Werse y Brand, 2005; Werse, 2010). Se establecieron conferencias de salud en línea con el pensamiento conceptual. Dichas conferencias estaban vinculadas con una mayor transparencia y el desarrollo de instrumentos de seguimiento e información. Se desarrollaron recomendaciones relativas a las acciones y programas (incluso si algunas eran más simples y otras tenían un alcance bastante mayor), por lo general basadas en los informes locales de salud pública. Los objetivos de salud han pasado a ser esenciales a nivel federal y en algunas entidades locales.

El clima de trabajo ha sido descrito como positivo. La mayoría de los participantes de las conferencias locales de salud sintieron que estas eran una herramienta útil para mejorar la coordinación de las actividades locales. Se redujo la desconfianza y la competición oculta. Si bien se produjeron algunos conflictos, estos no parecieron poner en peligro al proyecto como tal (Knesebeck et al., 2002).

Las conferencias de salud ofrecen la oportunidad de reunir a los responsables políticos, profesionales, proveedores, consumidores, instituciones financieras y otras partes interesadas. Pueden ser organizadas de forma que los participantes se reúnan como representantes de organizaciones (y, de hecho, se suele insistir en la importancia de que dispongan de autoridad para tomar decisiones) o que los intereses particulares de las organizaciones mantengan el equilibrio con las perspectivas que los participantes tengan como ciudadanos y usuarios de los servicios locales de salud (p.ej. profesionales sanitarios como pacientes, etc.). La segunda opción puede ser útil para superar estereotipos (Knesebeck et al., 2002).

A pesar de que las evaluaciones han arrojado luz sobre los efectos positivos que tienen las conferencias de Renania del Norte-Westfalia,

también han despertado críticas que sugieren la necesidad de algunos cambios y clarificaciones.

1. A veces, los participantes no quedaron satisfechos con la implicación de otros participantes (Nowak y von Ferber, 2000).

2. Mientras que los responsables políticos esperan poder medir los resultados, los profesionales están interesados en la identificación de objetivos y orientación para su práctica (Nowak y von Ferber, 2000).

3. ¿Quién debe organizar las conferencias de salud? El personal de la administración pública puede tener perspectivas concretas, estar relacionado con redes específicas y tener puntos de vista particulares. ¿Pueden motivar e integrar a todas las partes pertinentes e interesadas y sus puntos de vista?

4. ¿Cómo se debe elegir un tema? ¿Qué recomendaciones deben facilitarse? Se recomienda que las decisiones estén fundamentadas en el pragmatismo (probabilidades de éxito para las actividades locales, concreción) y la orientación estratégica (esfuerzos comunes, activación de la sociedad civil, transparencia, necesidad de cooperación) (Brandenburg et al., 1999; Nowak y von Ferber, 2000). Resulta importante tener en cuenta si los temas son de interés común, si hay necesidad de mejorar la coordinación y la transparencia o si las partes interesadas pueden intervenir. Las experiencias con las conferencias de salud en Renania del Norte-Westfalia demuestran que había una gran probabilidad de que los programas se pusieran en práctica si figuraban dentro del alcance de las autoridades locales, si los proveedores de salud aceptaban la responsabilidad de los grupos de trabajo y si existían datos de alta calidad. La probabilidad era bastante pobre cuando se involucraban responsabilidades regionales o federales. Se dieron problemas de comunicación entre los actores locales y los responsables políticos a nivel federal (Knesebeck et al., 2002). Sin embargo, aunque un enfoque pragmático aumenta la probabilidad de que las recomendaciones sean desarrolladas y lleguen a buen puerto, siempre se corre el riesgo de que asuntos relevantes, que supongan un mayor desafío, pasen desapercibidos ⁴² y de esta forma la colaboración intersectorial quede limitada.

⁴² Los temas elegidos varían entre las entidades locales. La mayoría de las recomendaciones e informes de salud se centran en la salud de niños y adolescentes, personas mayores y en ocasiones también mujeres e inmigrantes.

5. ¿A quién se debería invitar? Es importante movilizar el conocimiento local disponible, para que llegue a los responsables políticos e invitar a los grupos de autoayuda, prevención y promoción de la salud. Algunas conferencias de Renania del Norte-Westfalia se centran en los representantes de grupos clave con autoridad para decidir y opinan que la continuidad de los participantes es una ventaja a la hora de cooperar. Otros prefieren invitar a miembros de un grupo central, miembros pertenecientes a partes interesadas en temas concretos y al público general que esté interesado. Aunque disponer de una amplia base profesional está ligado a una mayor aceptación de las recomendaciones, parece ser que el límite de 30 participantes es el máximo para lograr una colaboración constructiva y comprometida⁴³. Sin embargo, puede resultar complicado identificar a todos los grupos relevantes.

6. Se describieron dificultades (Knesebeck et al., 2002; Murza, Wersé y Brand, 2005) en la integración de grupos de autoayuda, representantes de organizaciones de promoción y protección de la salud, aseguradoras privadas y públicas de salud, así como organizaciones de salud. A la importancia que tienen las limitaciones relacionadas con la capacidad y los recursos disponibles se han de añadir las cuestiones del interés, la motivación y las estructuras de organización, puesto que las organizaciones y asociaciones no están siempre estructuradas de acuerdo con el sistema político. Muchos actores no tienen ninguna conexión directa con las entidades locales o regionales, de hecho, ni siquiera se consideran actores locales. El número de aseguradoras sociales de salud se está reduciendo, mientras que las que prevalecen cada vez están más centralizadas. Además, cada vez resulta más complicado persuadir a los representantes con poder para tomar decisiones para que tomen partido en las conferencias locales de salud (Wersé, 2010).

7. ¿Cómo se debería organizar la conferencia? Equilibrar la información y conocimientos e incorporar las perspectivas de diferentes expertos supone todo un reto. ¿Debería haber presentaciones y grupos expertos? ¿Existen enfoques más apropiados?

Algunos de los asuntos habituales incluyen la inmunización, adicción a las drogas, sida/VIH, enfermedades psiquiátricas o crónicas, salud dental, prevención y promoción de la salud y salud ambiental. A veces se tratan sobre las capacidades, la cooperación entre organizaciones e integración de los servicios. Los objetivos de las actividades varían desde la entrega de información pura hasta la planificación concreta de objetivos (MGSFF, 2003; Murza, Wersé y Brand, 2005).

⁴³ Es posible organizar, al menos en principio, conferencias de salud con muchos participantes y el trabajo concreto en redes más reducidas.

8. ¿Cómo se debería plantear la colaboración horizontal con otras redes (por ejemplo, conferencias sobre el cuidado) y las instituciones del sistema político local?

9. ¿Cómo debería llevarse a cabo la colaboración vertical? La puesta en marcha de las conferencias locales de salud contó con el apoyo del estado federal en los siguientes ámbitos: económico (durante los tres primeros años), de la infraestructura técnica (ordenadores e internet), educativo y de planificación (p.ej. organizado por el Instituto de salud pública de Renania del Norte-Westfalia y la *Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen*). Si bien la adopción de la ley «*Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst für Nordrhein-Westfalen*» fue de gran importancia para el establecimiento de las conferencias, también propició un debate intenso sobre las ventajas y desventajas de un reglamento más o menos detallado sobre las actividades locales a nivel federal (definición de participantes, procedimientos, asuntos, etc. (Nowak y von Ferber, 2000)). Así, por una parte, se puede observar que la interacción vertical no es particularmente robusta. Las consecuencias de la abolición del reglamento que acompaña a la ley no están claras (¿menos regulaciones o menos responsabilidades?). Por otra parte, las conferencias de salud del estado federal confieren gran importancia a sus homólogas locales para aplicar sus propias recomendaciones e identificar objetivos de salud.

La colaboración política y el liderazgo se erigen como desafíos aun mayores. La participación por parte del Ministerio o el gobierno local ha resultado tremendamente importante para convencer y motivar a los actores a tomar parte en las conferencias de salud y cumplir sus compromisos voluntarios. A la falta de apoyo desde el núcleo del poder político se le han de añadir los recursos económicos limitados y una mayor orientación competitiva como principales escollos para la cooperación. Por último, no siempre resulta sencillo o incluso posible esclarecer si la colaboración ha tenido efectos positivos, lo que se traduce en consecuencias negativas para la motivación de los actores.

A pesar de que las evaluaciones son positivas, incluida la necesidad de un mayor desarrollo y clarificación, es necesario hacerse eco de las diferencias en el uso de las conferencias de salud entre las entidades locales, puesto que muchas conferencias de comunidades locales han pasado a ser el centro de actividades. Otras han adoptado un enfoque muy activo con respecto a dichas conferencias. Sin embargo, también

algunas cuentan con una participación mucho menor. En esos casos, las conferencias tienen lugar por mero imperativo legal y, en algunos casos, ni siquiera son conferencias (Werse, 2010).

Participación de las partes interesadas en Dinamarca: negociaciones entre distintos niveles

Gabriel Gullis

En enero de 2007, la responsabilidad de la salud pública y la promoción de la salud pasó a formar parte del nivel local en Dinamarca. Esto dio pie a un proceso de negociaciones en salud. Los municipios debían llegar a un acuerdo con el gobierno regional en cuanto a la división de tareas, mientras que el Estado debía aprobar el acuerdo. Tras su visto bueno, el documento sería vinculante tanto para el municipio como para la región. Los documentos de negociación en salud son evaluados periódicamente (cada cuatro años) y actualizados. La promoción de la salud es uno de los puntos principales de las negociaciones en salud y se divide en promoción orientada al paciente o al ciudadano. Dentro de la promoción de la salud orientada hacia el ciudadano, las directrices nacionales recomiendan organizar encuentros intersectoriales que reúnan a los sectores relevantes, tanto del municipio como de la región, para alcanzar el consenso en la división de funciones y financiación en diferentes niveles y sectores. Dicha unión debe apuntar, mediante un enfoque intersectorial, hacia la provisión municipal de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, e incluir elementos del sistema sanitario, como profesionales y hospitales (especialmente en la promoción de la salud orientada hacia el paciente). Esta estructura tiene el potencial para coordinar la colaboración intersectorial y la STP, no sólo a un nivel administrativo concreto, sino entre varios niveles. La estructura podría iniciar la evaluación de planes municipales de desarrollo, unir dichos planos a los regionales, identificar qué responsabilidades sectoriales son locales y cuáles regionales y reunir en una misma mesa a actores relevantes de diferentes sectores. Dado que el proceso es relativamente reciente, puesto que vio la luz en el año 2007 (y los primeros documentos fueron suscritos a mediados de 2007), no hay información sobre su efectividad a día de hoy.

El debate internacional sobre la gobernanza colaborativa

Las experiencias positivas con las conferencias de salud en Renania del Norte-Westfalia se adecúan al debate internacional sobre la gobernanza

colaborativa. Para que las organizaciones y/o la población estén motivadas para colaborar, es necesario que exista un motivo o beneficio. Es indispensable que tengan una respuesta a por qué es útil o incluso necesario trabajar conjuntamente, tanto para la realización de metas propias como para la consecución de objetivos comunes.

Participación de las partes interesadas y grupos de trabajo intergubernamentales: un plan de acción para el alcohol para la República de Moldavia

Lars Møller

Tanto el *Informe sobre el estado del consumo de alcohol y la salud en Europa 2010* (Oficina regional para Europa de la OMS, 2010), publicado a principios de 2011 como el *Informe sobre el estado del consumo de alcohol y la salud en el mundo 2011* (OMS, 2011), publicado en febrero de 2011, apuntaban a que la República de Moldavia tiene el mayor consumo de alcohol per cápita en adultos de todo el mundo.

A pesar de que este estudio dio pie a un intenso debate en la República de Moldavia, muchas personas se preguntaron cómo había llegado a dichos resultados la OMS: el doctor Andrei Usatii, Ministro de Sanidad, se tomó muy en serio dichos datos y solicitó consejo a la Oficina Regional para Europa de la OMS.

En abril de 2011, una delegación de la OMS visitó un gran número de organizaciones gubernamentales, incluidos el Ministerio de Sanidad, el Centro Nacional de Salud Pública, el Dispensario de Narcóticos de la República, el Departamento de Instituciones Penitenciarias, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Agricultura e Industria Alimentaria y el Ministerio de Economía. El objetivo era fomentar y dar apoyo a un grupo de trabajo intergubernamental para reducir el consumo nocivo de alcohol.

El Ministerio de Sanidad invitó a las partes interesadas a una reunión tras la intervención de la OMS y estableció un grupo de trabajo para redactar un borrador de una estrategia nacional sobre el consumo de alcohol. El Viceministro de Sanidad presidió dicho grupo de trabajo, que a su vez recibió el borrador europeo del plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol 2012-2020. Dicho informe cubría diez áreas de acción e incluía diversas respuestas políticas para cada ámbito.

Se espera que el gobierno y, más adelante, el parlamento adopten el plan con el objetivo de reducir tanto el consumo de alcohol como el daño que este ocasiona.

Tomando como referencia las experiencias de diferentes formas de gobernanza colaborativa, Ansell y Gash (2010) desarrollaron una «teoría de contingencia» y un «modelo general de gobernanza colaborativa». Los autores hacen frente a varios aspectos negativos y recomiendan una serie de medidas para superar desafíos

En primer lugar, los desequilibrios de poder

o de recursos (p.ej. recursos propios necesarios para tomar parte en procesos laboriosos, infraestructura para la representación sostenible de intereses, aptitudes e intereses en el debate de los aspectos técnicos, el acceso informal a los funcionarios de alto rango) suponen un reto para la participación y necesitan ser solucionados mediante el «compromiso con una estrategia positiva para otorgar poder y representar a las partes desfavorecidas y más débiles»

En segundo lugar, debe haber suficientes incentivos para participar. El foro colaborativo ha de utilizarse exclusivamente para lograr resultados importantes mediante la cooperación de actores independientes. Los incentivos para participar también pueden estar vinculados con la defensa de la autonomía (la gobernanza colaborativa podría tener lugar a la sombra del Estado, enmarcada en las expectativas implícitas o explícitas del gobierno). En caso de ser posible y suficientemente gratificante, los actores preferirán vías uni o bilaterales para alcanzar sus objetivos.

El antagonismo y la desconfianza son barreras para la gobernanza colaborativa. El reconocimiento de las interdependencias y de las medidas para fortalecer la confianza y el capital social podría ser necesario⁴⁴. Los resultados a medio plazo y los pequeños éxitos son importantes para motivar a las partes y fomentar la cooperación, haciendo posible el desarrollo de la confianza.

Por otro lado, se necesita un liderazgo firme, por ejemplo, para la definición de la agenda, la motivación y mediación, el desarrollo y monitorización de las normas, facilitar el diálogo y la colaboración entre los distintos intereses, mediar en conflictos, etc. Si un poder estuviese

⁴⁴ Por otro lado, un pasado de gran interdependencia y confianza podría ser contraproducente para establecer una red de colaboración mayor.

distribuido por igual y las partes estuvieran interesadas en participar, un intermediario honesto podría llevarlo a cabo. Si este no fuera el caso, sería más sensato decantarse por la dirección de un «líder orgánico», «que merezca el respeto y la confianza de los distintos grupos de interés desde el inicio del proceso».

Junto al liderazgo, el diseño institucional es importante para lograr una gobernanza cooperativa exitosa. La legitimidad procesal y los protocolos básicos para la colaboración son indispensables. Es necesario establecer normas para el acceso y la participación de todas las partes interesadas relevantes. Como se mencionó anteriormente, la exclusividad del foro es de vital importancia.

Por otro lado, las reglas de consenso son un tema trascendente, que no deberían impedir los debates públicos para resolver conflictos. Como Davies (2008) mencionó en el caso de la gobernanza conjunta, «la gobernanza entre socios colaboradores... importará poco si esta se construye sobre la prevención de conflictos». Los valores de la colaboración alientan el consenso superficial y la evitación de conflictos. Asimismo, no abordar el conflicto político podría explicar por qué las redes tienden a operar en ámbitos individuales y no entre sectores.

Por último, la colaboración debería organizarse como una interacción cíclica e iterativa, un componente dinámico, parte de un proceso de aprendizaje, que fomenta el entendimiento conjunto. La comunicación cara a cara es propicia para el desarrollo de la confianza y el respeto mutuos. El proceso ha de ser claro, justo y transparente. La gobernanza colaborativa se basa en la suposición de que un cambio de propiedad hacia las partes interesadas tiene efectos positivos en la motivación. Es indispensable que las partes interesadas acepten la responsabilidad compartida (Ansell y Gash, 2010).

El liderazgo quizás sea el aspecto más importante. Se tienen que tener en cuenta las tensiones entre la neutralidad y la persuasión, así como las necesidades, oportunidades y retos que plantea dirigir una red política. La gestión de dicha red es el proceso mediante el cual se alcanza el consenso en materia de objetivos, implementación y colaboración, procesos informativos, gestión de conocimientos y gobernanza

(Rethemeyer y Hatmaker, 2007). Las actividades pueden dirigirse a “juegos”⁴⁵ (acciones de la red) o la red en sí misma (véase Tabla 10.1).

Se ha de tener en cuenta que las redes, por lo general, están dirigidas mediante la cooperación y competición de gestores de diversas redes. Para mejorar las probabilidades de una gestión exitosa, los directores han de tener acceso a otras redes, especialmente la fiscal, la asignación de recursos dentro del ámbito de la política respectiva y el sistema de la red de servicios sociales. Las actividades dirigidas a los “juegos” (las acciones de las redes) y a la propia red (activación/desactivación, movilización, síntesis) tienen lugar a través de múltiples redes. Por lo tanto, los gestores de redes tienen que tener en cuenta tanto el entorno de su propia red como el de otras.

Tabla 10.1 *Gestión de redes políticas*

	Activación y desactivación (participación)	Síntesis (relaciones)	Marco (conocimientos, creencias)	Movilización (participación, compromiso)
Acciones	Dirigir la atención de los participantes de la red hacia/lejos de las acciones (“juegos”)	Resolución de conflictos, soluciones, utilizar estructuras de redes existentes	Enmarcar problemas utilizando «construcciones» existentes de dependencia	Motivar la participación activa/mejorada en las acciones (“juegos”), especialmente a través de la movilización masiva
Redes	Dirigir la atención de los participantes/no participantes de la red	Creación de normas, modificar estructuras de redes existentes	Crear/actualizar «construcciones» de dependencia	Integrar a los participantes existentes/introducir nuevos participantes

Fuente: Rethemeyer y Hatmaker, 2007

Los requisitos necesarios para ejercer el liderazgo en un escenario de gobernanza colaborativa presentan algunas barreras en la gobernanza horizontal (Termeer, 2009).

- Las redes se desarrollan alrededor del contenido y este es importante para el interés de participación en las redes. Es posible que los miembros de una red sólo confirmen sus propias perspectivas.

⁴⁵ “Games” en el original (N. del T.).

- Los gestores públicos apoyan de forma variada los nuevos modos de gobernanza. Las reglas y valores necesarios para las nuevas formas de gobernanza podrían chocar con las reglas y valores de instituciones más establecidas. Las ventajas estereotipadas de los nuevos modos de gobernanza pueden provocar reacciones defensivas.
- Si alguna de las partes interesadas siente presión por actuar (crisis, plazos), tendrá menos libertad para experimentar. La orientación hacia la consecución de objetivos gubernamentales y políticas existentes podría reducir la motivación de los funcionarios y agencias públicas.
- Si algún grupo se viera a sí mismo como el «verdadero experto», su interés por colaborar sería inexistente.
- Si algún grupo tiene miedo de que su posición se deteriore, la propia comunicación podría quedar comprometida.
- Si las competencias son asimétricas, se podría entrar en una dinámica en la que todas las partes interesadas compartan la impresión de que los expertos deberían hacer el trabajo, por lo que la asimetría en las competencias no sólo no se reduciría, sino que podría aumentar.
- Las estrategias de encubrimiento (por ejemplo, no mostrar dudas, esconder los problemas internos, no estar dispuesto a hacer frente a las decepciones) son contraproducentes para la reflexión y el aprendizaje.

Sería posible analizar las conferencias de Renania del Norte-Westfalia como una red, pero la situación es bastante más compleja. Las conferencias de salud a veces tratan de establecer diferentes redes alrededor de asuntos de interés específicos. Otras veces, las redes ya existen antes de celebrar una conferencia de salud. No siempre resulta sencillo integrarlas en las conferencias. A menudo las conferencias de salud y las de cuidados han trabajado en paralelo (Murza, Wense y Brand, 2005). Las conferencias de salud cooperan con otras redes en ocasiones. Puede que sea más productivo considerar a las conferencias de salud como un marco o institución para el establecimiento de redes y no como una red por sí misma (Trojan y Legewie, 2001, cit. Wilhelmi, 2006). Por otro lado, también es interesante pensar sobre la estructura de las redes de redes, para utilizar sinergias y evitar duplicidades.

Las conferencias de salud de Renania del Norte-Westfalia pueden considerarse como una red formal o un marco formal para las redes. Pueden estudiarse desde diferentes perspectivas de investigación, como política, prestación e implementación, así como redes de gobierno (Klijn, 2008), incluso si las ideas conceptuales están relacionadas con el gobierno y la prestación de servicios y la implementación de redes, en la que las agencias públicas asumen el papel principal de la gestión de la participación colaborativa de las partes interesadas.

Tabla 10.2 *Diferentes tipos de redes*

	Redes políticas	Prestación e implementación de servicios	Redes directivas
Origen	Ciencia política	Ciencia organizativa / teoría entre organizaciones	Administración pública
Enfoque	Toma de decisiones y efectos, conclusión y poder, relaciones con temas, establecimiento de la agenda	Coordinación entre organizaciones, políticas efectivas / prestación de servicios, políticas y servicios integrados	Resolución de problemas sociales, gestión de relaciones de gobernanza horizontal, conectar las redes de gobernanza a las instituciones tradicionales, procesos de deliberación
Cuestiones principales	¿Qué actores deben participar en la formulación de políticas? ¿Qué efectos tendrán las decisiones adoptadas?	¿Cómo pueden coordinarse servicios integrados complejos? ¿Qué mecanismos son efectivos y eficientes (contrataciones, colaboraciones, etc.)?	¿Cómo pueden gestionarse las redes de gobernanza? ¿Cómo han de organizarse y conectarse dichas redes con las instituciones tradicionales? ¿Cómo puede mejorarse la variedad del contenido? ¿Cómo pueden aunarse diferentes juicios de valor?
Historia	Comienza con la investigación de la ciencia política plural de la década de los años 60 y continúa con el desarrollo de subsistemas, comunidades y redes políticas	Tiene su origen en los primeros teóricos que se centran en la coordinación entre organizaciones y continúa con el desarrollo de la prestación de servicios, contratación e implementación	Comienza a mediados de 1970 con el trabajo sobre las relaciones intergubernamentales (Hanf y Scharpf, 1978) y prosigue con el análisis de las nuevas formas de gobernanza, incluido sus efectos y requisitos de gestión.

De manera similar, Rethemeyer y Hatmaker (2007) hacen una distinción entre las redes políticas y de colaboración. Las redes políticas pueden ser definidas como «la red de agencias públicas, oficinas legislativas y organizaciones del sector privado (incluidos los grupos de interés, empresas, con o sin ánimo de lucro, etc.) que tengan interés en tomar parte de las decisiones públicas dentro de un área concreta de la política [...] dado que son interdependientes y, por lo tanto, comparten un mismo “destino” [...]». Estas «comprenden partes que compartan un interés sobre cómo se dispensa un bien o servicio». Por otro lado, las redes colaborativas «trabajan de manera conjunta para facilitar bienes y servicios en su totalidad o en cantidades concretas».

En relación con esta distinción, se debe tener en cuenta que las conferencias de salud pueden orientar sus actividades en ambas direcciones. La mayoría desarrollan recomendaciones tanto para la acción como para su implementación.

Potencial para llevar a cabo actividades intersectoriales.

Teniendo en cuenta las diferencias entre las conferencias locales de salud en Renania del Norte-Westfalia, podemos hallar los seis criterios para la gobernanza colaborativa indicados en el comienzo de este capítulo: su precursor es el sector público, incluyen a actores no gubernamentales y responsables políticos, están organizadas formalmente, se basan en el consenso y se centran en la política pública y la dirección. Se han establecido con el objetivo de apoyar a diferentes acciones de gobernanza. Guardan relación con las actividades informativas en el ámbito de la salud pública, y buscan aprovechar los conocimientos de fuentes expertas para asistir al proceso de formulación de políticas fundadas. Asimismo, coordinan actividades en el ámbito del establecimiento de prioridades, desarrollo de recomendaciones y concreción de objetivos y metas (orientación normativa), además de en los campos de la implementación y la gestión. Se ha recalado la importancia que tienen la monitorización y evaluación en repetidas ocasiones. Las conferencias de salud también son una oportunidad para dar voz a los problemas locales de salud y atraer interés. Por ello, en principio, están relacionadas con la abogacía.

Las conferencias de salud también pueden tener efectos positivos a la hora de generar apoyos económicos para asuntos de salud priorizados.

Por último, tienen un mandato legal propio y las partes interesadas participan basándose en sus propios mandatos legales, mientras que la legitimidad de las recomendaciones y actividades, en lo que concierne a la formulación de políticas públicas, queda otorgada por los vínculos existentes entre las estructuras del sistema político local.

Sin embargo, no son un instrumento que abarque la planificación o asignación de recursos. En comparación con los gastos y las actividades de los actores participantes, la reasignación de recursos basados en la colaboración podría ser limitada. Existen ejemplos de colaboración voluntaria para actividades de planes estructurados con anterioridad y que no pertenecían a la estructura colaborativa. Sin embargo, también se han descrito efectos positivos y se hace necesario plantear expectativas realistas para valorar y evaluar los efectos de las conferencias de salud.

Las conferencias de salud brindan una oportunidad perfecta para la formulación de políticas intersectoriales y, hasta cierto punto, los sectores se cruzan (p.ej. asistencia social, programas para los mayores, educación y escuelas). Sin embargo, las actividades quedan muy lejos de la consecución de la STP. A pesar de que el Departamento de Salud Pública y otros departamentos de la administración pública gozan de representación en las conferencias de salud, la mayoría de los departamentos se abstienen de participar. Además, buena parte de los temas tratados guardan relación con las responsabilidades de los departamentos locales de salud pública y no se centran en la STP. El tipo de conferencia de Renania del Norte-Westfalia no fue concebido como una herramienta para la STP. Sin embargo, ofrece oportunidades valiosas para fomentar la cooperación intersectorial (mientras que aprovechar su potencial es un reto permanente para gestionar las conferencias de salud).

Establecer y desarrollar el potencial de las conferencias de salud requiere tiempo y recursos (económicos, de infraestructura técnica, de personal, capacidades y formación). También necesita, hasta cierto punto, apoyo político, jurídico y material de las esferas superiores. Sin embargo, sería un craso error infravalorar la importancia que poseen los pequeños pasos en pos de la cooperación intersectorial que, en el caso de Renania del Norte-Westfalia, trascienden al sistema de salud.

Fuentes bibliográficas

Aarestrup AK, Due TD y Kamper-Jørgensen F (2007). *De Kommunale sundhedspolitikker i Danmark – en kortlægning* [The municipal health policies in Denmark – a mapping exercise]. Copenhagen, National Institute of Public Health.

Ansell C y Gash A (2010). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory* 18(4):543–571.

Badura B et al. (2000). *Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu einem Modellvorhaben im Auftrag des MFJFG*. Düsseldorf, Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein Westfalen.

Brand H (2004). Erfahrungen aus der Evaluation kommunaler Gesundheitskonferenzen. *Das Gesundheitswesen* 66(4):271.

Brandenburg A y von Ferber C (1992). *Empfehlungen für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung zur Unterstützung der Koordinations- und Managementaufgaben des ÖGD*. Herne, Abteilung für Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung im Fachbereich Gesundheit der Stadt Herne (http://www.gesundheit-in-herne.de/pdf/435_kommunale_gesundheitsbericht_erstattung.pdf, accessed 3 July 2012).

Brandenburg A, von Ferber C y Nowak M (1994). Vernetzung und Bürgerbeteiligung durch Gesundheitskonferenzen. *Soziale Sicherheit* 7:246–249.

Brandenburg A, von Ferber C y Renner A (1998). Kommunale Gesundheitskonferenzen als innovative Strategie. *Soziale Sicherheit* 5:191–196.

Brandenburg A y Winkler K (1996). Die Verknüpfung von Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenz. Ein innovatives Modell für die Gesundheitsplanung. In: Murza G y Hurrelmann K, eds. *Regionale Gesundheitsberichterstattung*. Munich, Juventa:90–101.

Brandenburg A et al. (1999). Gesundheitskonferenzen als kommunaler Handlungsprozess. In: Deutsche Gesellschaft für Public Health, ed. *PublicHealth-Forschung in Deutschland*. Bern, Huber.

Canaris U (1992). *Der öffentliche Gesundheitsdienst. Empirische Untersuchungen zur Situation der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen im Auftrag des MAGS des Landes NRW*. Düsseldorf, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen [Ministry for Work, Health and Social Affairs].

Davies J (2008). The limits of joined-up government: towards a political analysis. *Public Administration* 87(1):80–96.

Gray B (1989). *Collaborating: finding common ground for multi-party problems*. San Francisco, CA, Jossey-Bass.

Hanf K y Scharpf FW (1978). *Interorganizational policy making: limits to coordination and central control*. London, Sage.

Klijn E-H (2008). Governance and governance networks in Europe. An assessment of ten years of research on the theme. *Public Management Review* 10(4):505–525.

von dem Knesebeck O et al. (2001). Evaluation einer gesundheitspolitischen Intervention auf kommunaler Ebene – Das Modellprojekt, Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung' in Nordrhein– Westfalen. *Das Gesundheitswesen* 63(1):35–41.

von dem Knesebeck O et al. (2002): Evaluation of a community-level health policy intervention. *Health Policy* 61:111–122.

Kreuger K (1996). Auswertung der fünf bisher in Herne durchgeführten Gesundheitskonferenzen. In: Stadt Herne, ed. *Das neue Konzept der Herner Gesundheitskonferenz*. Herne:22–37.

Lafontaine J y Stollmann F (1998). Das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen. *Der Landkreis* 11:674– 677.

Land Nordrhein–Westfalen (1997). *Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)*, 25 November 1997. *Gesetz und Verordnungsblatt des Landes Nordrhein-Westfalen*, 57:431–436.

Land Nordrhein–Westfalen (1999). *Ausführungsverordnung zum Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (AV-ÖGDG)*, 20 August 1999. *Gesetz und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein–Westfalen*, 40:542–543.

MAGS (1992a). *Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW. Notwendigkeiten und Perspektiven*. Schlussbericht der Kommission ÖGD 2000. Düsseldorf, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

MAGS (1992b). *Eckwerte einer Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in NRW*. Düsseldorf, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

MGSFF (2003). *Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NRW*. Hamburg, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.

Müller W et al. (1988). Zur Weiterentwicklung des ÖGD. Wertung der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Literatur. *Gesundheitswesen* 50:303–313.

Murza G, Wersé W y Brand H (2005). Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 48:1162–1169.

Nowak M y von Ferber C (2000). Die Erneuerung der kommunalen Gesundheitspolitik und die Herner Gesundheitskonferenz. In: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögD), eds. *2. Jahrestagung des lögD für den ÖGD – Tagungspublikation*. Wissenschaftliche Reihe Bd. 7, Bielefeld, lögD:23–35.

Renner A (1997). Gesundheitskonferenz als kommunalpolitischer Gestaltungsprozess. Ergebnisse der Herner Gesundheitskonferenz. In: von Ferber C y Wolters O, eds. *Gesundheitsvorsorge und Gesundheitspolitik in den Kommunen als Public-Health Thema*. Köln:61–72.

Renner A et al. (1998). Kommunale Gesundheitspolitik mit Gesundheitskonferenzen. Chancen und Risiken kommunaler Gesundheitspolitik. *Soziale Sicherheit* 10:326–336.

Rethemeyer RK y Hatmaker DM (2007). Network management reconsidered: an inquiry into management of network structures in public sector service Provision. *Journal of Public Administration Research and Theory* 18:617–646.

Schräder WF et al. (1986). *Kommunale Gesundheitsplanung*. Basel, Birkhäuser.

Sundhedsstyrelsen (2007). *Forebyggelse og Sundhedsfremme I Sundhedsaftalerne – eksempler til inspiration* [Prevention and health promotion in health care agreements - examples for inspiration]. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen [Danish Health y Medicines Authority] (http://www.sst.dk/publ/Publ2008/CFF/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftaler_eksempler_2008.pdf (in Danish only), accessed 16 February 2012).

Sundhedsstyrelsen (2012). *Sundhedsaftaler* [Health contracts]. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen [Danish Health y Medicines Authority] (<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Sundhedsaftaler.aspx> (in Danish only), accessed 16 February 2012).

Termeer CJAM (2009). Barriers to new modes of horizontal governance. A sense making experience. *Public Management Review* 11(3):299–316.

Trojan A y Legewie H (2001). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt a.M., Verlag für Akademische Schriften.

Werse W (2010). Kommunale Gesundheitskonferenzen in NordrheinWestfalen. Erfahrungen und Perspektiven. *Gesundheitswesen* 72:146–149.

WHO (1986): *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, accessed 3 July 2012).

WHO (2011). *Global status report on alcohol and health 2011*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, accessed 16 February 2012).

WHO Regional Office for Europe (2010). *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf, accessed 16 February 2012).

Wilhelmi S (2006). *Gesundheitskonferenzen als Element eines Handlungszyklus kommunaler Gesundheitsförderung* [thesis]. Stendal, Magdeburg-Stendal University of Applied Sciences.

Capítulo 11

Implicación de la industria

Monika Kosińska and Leonardo Palumbo

Introducción

El presente capítulo trata sobre las acciones que el sector público puede llevar a cabo con la industria para establecer y lograr la orientación y acción conjunta en temas importantes de salud pública. El punto central es la asociación público-privada y, más concretamente, los aspectos relacionados con la gobernanza en esta estructura intersectorial. El ejemplo particular al que hace referencia este apartado es el de la Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud y los intentos de integrar la salud en dichas políticas.

El marco operativo de la salud pública ha cambiado durante las últimas dos décadas en muchos sentidos: nuevos desafíos, redistribuciones del poder y los recursos, presiones externas medioambientales y demográficas y cambios en las normas sociales y de comportamiento. Los estudios de las tendencias globales muestran que el sector privado es uno de los principales motores tras los cambios medioambientales, económicos y sociales, al mismo tiempo que aumenta su emprendimiento hacia la promoción de salud tradicional. Esto crea un marco de poder en el que los actores que provocan consecuencias globales imprevisibles o «efectos secundarios» perturbadores de la cultura consumista tales como la producción en masa de productos comerciales, el aumento de la presión por los plazos, las crisis económicas, el cambio climático, la pobreza y la desigualdad social creciente, así como el aumento de la esperanza de vida y años de vida sana, se convierten en socios colaboradores para hacer frente a dichos retos.

Junto con este contexto cambiante, la salud pública es una disciplina y un sector dinámico, en continuo desarrollo y que insta a gobiernos y actores del sector público a buscar formas innovadoras de superar los desafíos actuales. El papel de la industria ha aumentado gradualmente mediante el desarrollo de las asociaciones público-privadas y su impacto sobre nuestros conocimientos y la forma en que enmarcamos las cuestiones de salud pública contemporáneas y tradicionales. Sin embargo, la relativamente reciente incursión de los sectores público y privado en salud implica que su impacto, relaciones y cuestiones de gobernanza son recientes y, hasta cierto punto, inciertas. Las asociaciones público-privadas (APP) en salud han provocado controversia, escepticismo y altas expectativas a partes iguales.

En este capítulo intentaremos arrojar luz sobre este emprendimiento mediante un estudio de caso. Por ello, comenzaremos con una breve descripción de los objetivos, composición y funcionamiento de la Plataforma Europea de Acción sobre la Alimentación, Actividad Física y Salud, a lo que seguirá una revisión del contexto dinámico que facilitó la emergencia de las asociaciones público-privadas y la propia definición de estas asociaciones. También nos haremos eco del cambio de estrategia introducido por la ONU y otras organizaciones internacionales y supranacionales en relación con las APP. Tras ello, se revisarán temas claves de las APP, como ayudar a cubrir el déficit de recursos, impulsar el cambio en salud en las acciones de gobernanza intersectorial, los principios de gobernanza y gestión de riesgos y los conflictos de interés. El capítulo concluirá con los comentarios finales.

Plataforma de la UE de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud

Los autores han utilizado su experiencia práctica sobre una APP de perfil alto para discutir algunas de las cuestiones principales en el aumento de su uso, identificado en la literatura actual. La Plataforma Europea de Acción sobre la Alimentación Actividad Física y Salud fue creada en 2005 y reúne a actores de los ámbitos de salud y alimentación de toda Europa. Como señala Hawkes (2008a), la Plataforma no es una APP tradicional, puesto que cuenta con la participación de organizaciones no gubernamentales, la asociación con la industria alimentaria no es directa y funciona como un foro para discutir las prácticas y colaboraciones en las actividades que promueven la

alimentación saludable, la actividad física y que luchan contra la obesidad. La plataforma surgió al reconocerse que la «obesidad es una enfermedad multicausal que exige un enfoque preventivo y global» (Consejo de la UE, 2005, p.29) y «necesita que diferentes sectores de la sociedad lleven a cabo acciones que hagan frente a muchos aspectos del problema»⁴⁶. La Plataforma pasó a ser una herramienta para la implementación de la Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad de 2007. No hay mecanismo de liderazgo o dirección y las iniciativas son establecidas por el sector público. Estos esfuerzos han sido puestos en práctica a nivel nacional y ya existen plataformas similares en Austria, Alemania, Hungría, Irlanda, Italia, Países Bajos, Polonia, Portugal y España. Los campos de acción identificados hasta la fecha por los miembros de la Plataforma son: información de los consumidores, etiquetado obligatorio, educación, incluyendo modificaciones en el estilo de vida, fomentar la actividad física, marketing y publicidad, composición de los alimentos (reformulación), disponibilidad de opciones sanas, tamaño de las porciones y el apoyo e intercambio de información. Algunos compromisos de la base de datos de la Plataforma de la UE son en sí mismas -APP, como EPODE (Ensemble; Prévenons l'Obésité Des Enfants), Food Dudes, Media Smart, Health4Schools y Fit am Ball – Der Schul-Cup von funny-frisch.

La colaboración entre el sector privado y la sociedad civil: la política de tráfico «Objetivo Cero» de Suecia

Dinesh Sethi

La Ley de seguridad vial fue aprobada por una amplia mayoría del Riksdag, el parlamento sueco, en octubre de 1997. La base sobre la que se apoya la ley es el Objetivo Cero: que nadie muera o sufra lesiones de gravedad en el sistema vial sueco (Ministerio de Transporte y Comunicaciones, 1997). La ley puso de relieve un enfoque de sistemas para la prevención de accidentes graves relacionados que incluía a los sectores de transporte, justicia, medioambiente, salud y educación junto con la colaboración del sector privado y la sociedad civil. Solicitaba una colaboración entre ingenieros, usuarios de las carreteras, empleadores y la policía para alcanzar el Objetivo Cero.

⁴⁶http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm.

La iniciativa implicaba que los ingenieros diseñaran las carreteras, vehículos y equipo de seguridad para asegurarse que los accidentes graves no ocurrieran y las lesiones nunca fueran severas y los usuarios deberían seguir las normas para garantizar la seguridad para sí mismos y para terceros. La policía tenía la obligación de hacer cumplir las normas, tales como los límites de velocidad, alcohol al volante, el uso del cinturón y el código de circulación. Es necesario que las organizaciones (públicas y privadas) hicieran gala de responsabilidad empresarial mediante el comportamiento seguro al volante. El consumo de combustible es un indicador de rendimiento para las acciones en materia de transporte. También se hace frente a los problemas medioambientales, puesto que una conducción menos agresiva conduce a una reducción en el consumo de combustible y emisión de gases. Las funciones de los servicios de emergencia y sector salud son las de garantizar un transporte eficiente y atención de emergencia de calidad, para minimizar la mortalidad y la discapacidad a largo plazo. Se considera que la ley ha sido todo un éxito y, desde su introducción, se ha producido una reducción de hasta tres veces en el número de muertes en la carretera y las carreteras de Suecia figuran entre las más seguras del mundo.

La Plataforma de la UE de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud fue una iniciativa del sector público para responder a uno de los desafíos de salud más complejos del mundo moderno: el “boom” de la obesidad. Esta Plataforma era parte de una estrategia mayor por parte de la Comisión Europea para simplificar y mejorar la regulación y, por lo tanto, las ONG de salud pública la recibieron con cautela en un principio, ya que la sociedad civil temía que pudiera utilizarse como justificación para la inacción regulatoria en uno de los retos políticos más complejos de la comunidad de salud pública. Este concepto era único en el momento de su creación y consiguió reunir a la industria y las ONG, con el objetivo de hacer públicos asuntos que, hasta la fecha, no habían formado parte de un discurso social estructurado. La teoría para la creación de la Plataforma era que permitía tomar medidas por parte del sector privado más rápidamente que a través de la legislación y en caso de que los resultados no fueran satisfactorios, siempre quedaría la alternativa de la regulación legislativa. En la práctica, en 2005 hubo poca, o ninguna, voluntad política de utilizar herramientas legislativas para cambiar el comportamiento de la industria como una estrategia para hacer frente a la obesidad y la Plataforma fomentó un debate público

sobre la responsabilidad de la industria alimentaria en el aumento de la obesidad, incluyendo la publicidad, formulación de productos poco saludables y etiquetado engañoso. La Plataforma tenía cuatro objetivos: el objetivo global de contener o revertir la tendencia de la UE en relación al sobrepeso y la obesidad, y tres objetivos específicos para crear un foro común entre las partes interesadas, generar acciones específicas en ámbitos concretos y compilación de documentación.

La participación en la Plataforma es totalmente voluntaria; sólo se necesita que las ONG y los agentes económicos planteen sus compromisos a la Comisión Europea y mantener uno activo durante todo momento para prolongar su pertenencia a la Plataforma. Algunos ejemplos de compromisos incluyen la información nutricional que McDonald's facilita en los envases de Europa y la Unión de Asociaciones Europeas de Refrescos (UNESDA) se compromete a no dirigir sus productos a niños menores de doce años de la UE. Los participantes deben presentar informes de seguimiento de los compromisos anualmente y formar parte de las discusiones de la Plataforma de manera habitual. Asimismo, se organiza un grupo paralelo de alto nivel que incluye a los Estados miembros como parte del mismo proceso, en el que la OMS actúa como observador. Como miembro de la Plataforma, la Alianza Europea por la Salud Pública, tiene como objetivo principal aportar críticas constructivas, defender un enfoque de salud pública durante los debates y llamar la atención de la Comisión Europea cuando los intereses de salud pública no ocupen una posición privilegiada. Como parte de sus funciones, también ha de facilitar las reuniones de coordinación con otros actores no gubernamentales que participen en el proceso, para revisar la autenticidad del material presentado por los actores económicos, compartir experiencias y conocimientos y garantizar una voz coordinada y firme de la sociedad civil. El presente capítulo se centrará en explorar el funcionamiento de la Plataforma en relación con los asuntos relevantes en la literatura de las APP, así como con los desafíos y logros actuales.

Sensibilizar al sector de la construcción: la colaboración OMS-CIB por edificios saludables

Matthias Braubach

El CIB es el Consejo Internacional de Investigación e Innovación en la Construcción y fue establecido en 1953 para facilitar la cooperación internacional y el intercambio de información, entre institutos públicos de investigación en el sector de los edificios y la construcción. En 2009 se creó un grupo de trabajo llamado TG77 – Salud y Entorno Construido. Su objetivo era aumentar la consideración de aspectos de salud en la investigación y la construcción, tanto en relación con los edificios residenciales como en los centros de asistencia sanitaria. El grupo TG77 comenzó con el apoyo de miembros de diversos institutos nacionales de construcción y entidades académicas de investigación y el vínculo con las actividades de la OMS quedó garantizado mediante la participación de un representante de la OMS como miembro del grupo TG77.

El TG77 se ha comprometido a contribuir con sus conocimientos relacionados con la construcción en el trabajo de la OMS sobre los aspectos de salud relacionados con los edificios e interiores. Específicamente, el TG77 se encargará de coordinar la confección de manuales y recomendaciones técnicas que proporcionen orientación sobre la forma en que se deben aplicar y realizar las recomendaciones de la OMS, en los sectores de la construcción e ingeniería. Esto podrá ser posible relacionándose y beneficiándose del conocimiento profesional de todos los miembros y grupos de trabajo del CIB. Los resultados del trabajo del TG77 deberán ser enviados a la Secretaría del CIB.

La colaboración entre TG77 y OMS-CIB es relativamente nueva y, aunque ninguno de los actores se encuentra en una posición adecuada para evaluar la experiencia, ambos parecen estar de acuerdo en que los beneficios mutuos son innegables. Los próximos años mostrarán hasta qué punto estos enfoques, ejemplos y procesos de trabajo entre ambos sectores podrán ser fusionados, y si las publicaciones de la OMS podrán traducirse en documentos de apoyo técnico sobre la construcción de muchos edificios saludables.

Fuente: CIB, 2009, 2010

Un contexto político cambiante

¿Cómo hemos llegado aquí? Supera al alcance de este capítulo describir el cambio político y el contexto histórico que nos ha traído a la tendencia actual de aumento en las APP. Sin embargo, el cambio sustancial de la geopolítica marcó el comienzo de una tendencia de mayor implicación industrial en la promoción de la salud y, por ello, se ha de tener en cuenta en la definición del contexto y los medios para los nuevos modelos y relaciones en salud. Los modelos tradicionales de diplomacia, política y políticas y, en particular, el poder y responsabilidades del Estado, han sido puestos en duda y revisados tras los cambios geopolíticos de finales de la década de los años 80 y comienzos de los 90 (Reinicke y Witte, 1999). Por otro lado, las últimas dos décadas han presenciado la transferencia de recursos a las empresas

privadas, así como el ánimo de colaboración entre el Estado y los actores no gubernamentales en el campo de las relaciones internacionales, especialmente en las Naciones Unidas (Walt y Buse, 2006). El surgimiento de actores no estatales en el entorno geopolítico, los directores e influencias de dichos actores en resultados en salud y sociales, junto con el cambio en la gobernanza global, son fundamentales para entender el reciente incremento en APP en salud, así como en la necesidad para superar los modelos tradicionales centralizados o delegados para hacer frente a los desafíos en salud.

La Asamblea Mundial de la Salud de 1993 se hizo eco de estos cambios y transformaciones y concluyó que la OMS debía involucrar a todos los actores en la promoción de la salud, incluidas las organizaciones no gubernamentales, sector privado y gobiernos, a la hora de aplicar estrategias nacionales para la STP. De hecho, las relaciones entre la OMS y las ONG y el sector privado han aumentado desde dicha asamblea (Buse y Waxman, 2001). Esto es fundamental para la información de este capítulo, las APP existen y están proliferando a pesar de las preocupaciones por los posibles conflictos de intereses, propiedad de la salud pública como un «bien público» o poner en duda los intereses de los actores económicos en su deseo de colaborar con las APP. Qué es una APP, cómo debería definirse y elaborarse, dirigirse y rendir cuentas son cuestiones importantes en esta situación cambiante en la gobernanza de la salud pública. Como es de esperar, las APP se enfrentan a la resistencia más feroz por parte de aquellos que creen que la responsabilidad y la obligación de proveer bienes públicos reside en el Estado. Sin embargo, como intenta demostrar este capítulo, las propias APP no son sino una manifestación del cambio de poder y recursos hacia el sector privado y, en algunas situaciones, un intento de gobernanza en la salud pública en aquellos ámbitos en los que una forma de gobierno tradicional no pueda lograr el cambio por razones políticas o económicas.

Asociación público-privada entre diversos niveles de gobernanza: el Plan de la UE de consumo de fruta en las escuelas

João Breda and Caroline Bollars

En noviembre de 2008, la Dirección General de Agricultura y Desarrollo Rural de la Comisión Europea (DGADR) adoptó una propuesta por un plan aplicable a toda la

UE, en el que se distribuyera fruta y verdura en las escuelas.

Este plan aportaba fondos para crear un mercado de suministro sostenible de frutas y verduras para las escuelas, así como incentivar a las escuelas y autoridades locales a involucrarse en la promoción de la horticultura y la alimentación saludable.

Los fondos europeos alcanzaban los 90 millones de euros y se destinaron a la adquisición y distribución de verdura y fruta fresca para las escuelas. Dicha cantidad se corresponde con los fondos nacionales y privados de los Estados miembros que opten por hacer uso del Plan de consumo de fruta en las escuelas, aplicado en la actualidad en 24 Estados miembros de la UE. Conocido como el Plan de consumo de fruta en las escuelas (aunque también incluye el consumo de verdura), el plan provee fruta y verdura a niños y niñas en edad escolar, pero también necesita que los Estados miembros establezcan estrategias que incluyan iniciativas de sensibilización, educación y compartir las buenas prácticas. El plan se inició en 2009.

La estructura no sólo exige la participación y el compromiso del sector salud, sino que también necesita que se involucren los sectores agrícola y educativo.

El Plan de consumo de fruta en las escuelas se basa en la cofinanciación al 50% y 75% para las regiones de convergencia. Para reforzar hábitos alimenticios más saludables, además de la distribución de fruta y verduras, se aplican medidas adicionales, como la educación, participación de padres y madres y visitas a granjas.

La implementación del Plan se integra tanto en los niveles políticos de gobiernos locales y centrales como en el de las políticas de alimentación escolar.

Una evaluación reciente del Tribunal Europeo de Cuentas, dio lugar en 2011 a un informe especial sobre la efectividad de los planes de consumo de fruta y leche en las escuelas. El Programa de leche en las escuelas introdujo un porcentaje único de ayuda para la leche y los productos lácteos en las escuelas, independientemente del contenido de materia grasa. El Programa de leche en las escuelas ha recibido críticas muy negativas y su impacto ha sido casi inexistente de acuerdo al informe del Tribunal Europeo de Cuentas. En septiembre de 2007, el Consejo adoptó una serie de medidas que introdujeron una subvención de porcentaje único, de forma que la distribución de la leche desnatada tuviera el mismo apoyo que la distribución de la leche entera. Se esperaba que esto contribuyera a reducir la obesidad infantil al permitir que las escuelas ofrecieran opciones más saludables en relación a la leche. Por otro lado, según el informe del Tribunal, aunque es demasiado pronto para llegar a conclusiones definitivas acerca de la efectividad final sobre el Plan de consumo de fruta en las escuelas, parece ser bastante más probable que consiga sus objetivos tanto a corto como a largo plazo.

Fuente: Tribunal Europeo de Cuentas, 2011

Definición de las «asociaciones público-privadas»

Aunque hay bastante literatura disponible sobre las APP, existen bastantes discrepancias en cuanto a su definición, por lo tanto, teniendo en cuenta el propósito del presente capítulo, los autores utilizarán la

definición de Reich (2002), que plantea tres denominadores comunes de la literatura revisada.

1. La colaboración debería involucrar al menos a una organización estatal y otra privada con ánimo de lucro. La organización pública podría incluir organismos gubernamentales nacionales e internacionales, como la OMS, el Banco Mundial o las Naciones Unidas. El «sector privado» englobaría a cualquier tipo de empresa con ánimo de lucro⁴⁷.
2. Los socios tendrían objetivos comunes para problemas concretos de salud.
3. Los diferentes socios dividirían la carga de trabajo y recibirían beneficios mutuos⁴⁸.

Esta amplia definición abarca diferentes tipos de asociaciones: desde pequeñas colaboraciones puntuales con un único actor económico a las grandes asociaciones que incluyan organismos intergubernamentales, organizaciones sin ánimo de lucro y al sector privado. En realidad, definir las APP, es infinitamente más complejo que utilizar meros términos descriptivos, en particular en el ámbito de la salud pública, donde los valores de dicho ámbito son una consideración importante en el uso y las funciones de las APP. La salud pública puede considerarse como un bien público, en cuyo caso las APP pasarían a ser poco recomendables o incluso inapropiadas. La participación de una empresa tabacalera en el desarrollo de literatura para aumentar la concienciación sobre los efectos nocivos del tabaco o de compañías farmacéuticas en acciones para promover medicinas asequibles, mientras presionan al gobierno contra el uso de genéricos, son dos casos extremos, pero factibles. Podría decirse que la Plataforma cumple las condiciones 1 y 2 descritas anteriormente.

La condición 3 (dividir la carga de trabajo y recibir beneficios mutuos) exige un análisis más profundo. La Plataforma ha recibido críticas por su funcionamiento como foro en el que tanto las ONG como los actores

⁴⁷ Existe un acuerdo general en la literatura pertinente sobre la no constitución de asociaciones «privadas» mediante la colaboración con organizaciones no gubernamentales. Si bien las asociaciones pueden incluir organizaciones sin ánimo de lucro, por lo general éstas suelen agruparse con el sector público o se utilizan para equilibrar los intereses comerciales.

⁴⁸ La mayoría de los autores distinguen entre las APP y la privatización. Este debate supera el alcance del presente documento, por lo que no se abordará.

económicos deben comprometerse a actuar contra la obesidad, a pesar de las significativas diferencias económicas entre los actores de la sociedad civil y las asociaciones de los actores económicos. Sin embargo, la Plataforma podría considerarse un éxito en cuanto a la participación de los agentes económicos, tanto en términos de atribución de responsabilidades a contribuyentes en la crisis de la obesidad, como fuerza motriz de responsabilidades y acciones para hacer frente a la obesidad. Se trata de un éxito innovador en comparación con los modelos más tradicionales del sector público que buscan atenuar las consecuencias de la obesidad. Para los actores económicos dicha participación en lo que en realidad es un proceso de autorregulación, les brinda dos «victorias»: en primer lugar, la ausencia de una regulación directa en este ámbito y, en segundo, sus acciones pueden utilizarse para vender su imagen en relaciones públicas o erigirse como un ejemplo de responsabilidad social corporativa. Los beneficios para la Comisión Europea son dobles: lograr intervenciones eficaces (probablemente de manera más rápida que a través de regulaciones directas) en un ámbito en el que la voluntad política para actuar es casi inexistente, así como la creación un marco en el que las cuestiones y argumentos pueden debatirse directamente entre los actores económicos y las ONG de salud pública, en comparación con el modelo bilateral utilizado anteriormente entre las partes interesadas y la Comisión, con la consecuente relación antagonista entre las dos partes. Los beneficios para las ONG que tomen parte resultan menos obvios a corto plazo, puesto que el proceso lleva su tiempo, exige la inversión de muchos recursos y, según opinan algunas fuentes, distrae de otros debates políticos importantes, como la presión⁴⁹ al Parlamento Europeo en materia de regulación del etiquetado de los alimentos⁵⁰, donde agentes económicos exigían un compromiso firme con resultados de salud pública de la Plataforma, mientras presionaban al Parlamento Europeo en contra de la adopción de un mecanismo coherente de perfiles de nutrientes, planes de semáforos basados en la evidencia, etc. Sin embargo, también se han alzado voces

⁴⁹ *Lobbying* en el original (N. del T.)

⁵⁰ Reglamento (EU) No 1169/2011 del Parlamento y Consejo Europeos del día 25 de octubre de 2011, sobre la información alimentaria facilitada al consumidor (por el cual se modifican los Reglamentos (CE) No 1924/2006 y (CE) No 1925/2006 del Parlamento y Consejo Europeos y por la que se deroga la Directiva 87/250/CEE, Directiva del Consejo 90/496/CEE, Directiva de la Comisión 1999/10/CE, Directiva 2000/13/CE del Parlamento y Consejo Europeos, Directivas de la Comisión 2002/67/CE y 2008/5/CE y Reglamento de la Comisión (CE) No 608/2004 (texto pertinente a los fines del EEE)).

que creen que resulta beneficioso para su labor, dado que mantiene la atención política en el problema de la obesidad.

Una estrategia cambiante

El año 1997 fue testigo de dos acontecimientos que dieron lugar al crecimiento de las colaboraciones con la industria para la promoción de la salud. El primero marcó un punto de inflexión en las relaciones entre las Naciones Unidas y los actores económicos: en julio de ese mismo año, el Secretario General de las ONU, Kofi Annan, «desveló una propuesta de reforma de la ONU muy esperada en la que se establecía abiertamente que la relación entre el sistema de las Naciones Unidas y la comunidad empresarial era de especial importancia» (Tesner y Kell, 2000). Según Richter (2004), este desarrollo permitió la promoción activa de las asociaciones público-privadas, lo que normalizó y creó una cultura de cooperación entre la comunidad empresarial y los organismos intergubernamentales como la OMS o UNICEF. La Plataforma fue un éxito rotundo de dicha reforma, en la que la sociedad y los sectores público y privado entablaron un diálogo estructurado con el objetivo común de reducir la obesidad.

El segundo acontecimiento importante fue la Declaración de Yakarta en la 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud – Nuevos Actores para una Nueva Época: Llevando La Promoción de la Salud al siglo XXI. Dada la falta de un marco jurídico internacional que regule el uso y alcance de las APP, la Declaración supuso un punto de partida útil para el análisis del marco en el que operan las APP. La premisa inicial de la Declaración era que «para hacer frente a las amenazas emergentes para la salud, se necesitan nuevas vías de acción. El desafío para los próximos años será aprovechar el potencial para la promoción de la salud latente en muchos sectores de la sociedad, entre las comunidades locales» (OMS, 2012). Asimismo, establecía que las fronteras tradicionales entre sectores públicos, sectores gubernamentales y ONG, y los sectores público y privado debían desaparecer; y hacía un llamamiento para la creación de nuevas formas de colaboración por la salud entre sectores diversos a todos los niveles de gobernanza en las sociedades, siempre respetando la igualdad de condiciones. Ésta fue la primera vez en que una declaración gubernamental se hizo eco de la responsabilidad del sector privado en el impacto que ejercían sobre la

salud. La Plataforma actúa en consonancia con la Declaración, puesto que toma como punto de partida el papel que desempeñan la industria alimentaria y otras, relacionadas en los desafíos sociales a los que se debe hacer frente en el aumento de la obesidad, así como la definición y la concreción de compromisos para actuar en estas cuestiones.

La Plataforma asumió rápidamente un papel destacado para la Comisión Europea en su plan para reducir la obesidad, en un proceso de diálogo gubernamental cada vez mayor sobre las funciones de las APP en las iniciativas contra la obesidad. En la Conferencia Ministerial Europea contra la Obesidad de la OMS (Estambul, Turquía, 15-17 de noviembre de 2006), el ex comisario Marcos Kyprianou puso a la Plataforma como ejemplo de colaboración entre diferentes partes para luchar contra la obesidad y también fue motivo de debate durante, al menos, uno de los talleres de la Conferencia. Los Estados miembros aprobaron la Carta Europea contra la Obesidad que establecía directrices y un marco para futuras acciones intersectoriales en materia de sobrepeso y que establecía que el sector privado también debía asumir su responsabilidad, en la creación de un entorno más saludable. El marco sostiene que se ha de incluir a los agentes económicos de toda la cadena alimentaria y que las acciones deberían centrarse en la fabricación, comercialización e información sobre el producto y educación del consumidor con la orientación de las autoridades de salud pública. Las recomendaciones sobre los instrumentos políticos incluían las APP, reforma política, acciones regulatorias, políticas de inversión fiscal y pública, evaluaciones de impacto sobre la salud, campañas de sensibilización, investigación, capacitación y seguimiento.

Asociaciones público-privadas en la atención sanitaria: promoción de la salud en Kansas, Estados Unidos

Sara Poage y Wendy Heaps

La Mid-America Coalition on Health Care (MACHC), una organización sin ánimo de lucro para los empleadores de Kansas, trabaja con empresarios clave y actores de la prestación de atención sanitaria (p.ej. médicos, planes de salud, hospitales, salud pública y gobierno) para mejorar la salud de la población. La MACHC ayuda a los empresarios a adaptar las herramientas de salud pública para garantizar la salud en el entorno laboral, y proporciona información a los organismos de salud pública sobre la forma en que dichas herramientas pueden

utilizarse con los empresarios y partes interesadas. Los dos ejemplos que constan a continuación ilustran las aportaciones que ha realizado la MACHC.

En el primer ejemplo, la MACHC, el Departamento de Salud y Medioambiente y el Departamento de Salud de Kansas City, Missouri trabajaron con Hallmark Cards para implementar el Programa de Autogestión de Enfermedades Crónicas (CDSMP) financiado por los Centros para el Control y la Prevención y de Enfermedades (CDC). Antes de este proyecto, el CDSMP se utilizaba exclusivamente para la promoción de la salud en entornos comunitarios. Para transferir el programa al entorno laboral, los organismos de salud pública ayudaron a Hallmark a implementar políticas organizativas para fomentar la participación de los empleados en el CDSMP, incluida la disponibilidad de horarios de trabajo flexibles y la remuneración del tiempo que los trabajadores utilizaban para asistir a los grupos de apoyo entre iguales de gestión de enfermedades crónicas. Este programa ahora forma parte de las actividades de salud laboral de Hallmark permanentemente.

El segundo ejemplo se refiere a nueve pequeñas empresas que dan trabajo a 18.000 personas en el la región de Kansas (Missouri y Kansas). En un principio, estos nueve empresarios creían que no eran capaces de llevar a cabo programas sólidos de prevención y bienestar, puesto que sus capacidades y experiencia eran muy limitados. La MACHC colaboró con este grupo y utilizó un sistema de puntuación de salud laboral de los CDC, para identificar las lagunas de sus políticas de trabajo y encontrar formas en que los expertos en materia de salud laboral podían asistir a los empresarios, para reducir las enfermedades crónicas. Esta evaluación llevó a los empresarios a tratar los problemas de prehipertensión e hipertensión, mediante un aumento en la promoción de los servicios para dejar el tabaco y la disponibilidad de dispositivos de control de la presión arterial en el lugar de trabajo, así como una mayor oferta de alimentos saludables en las cafeterías.

Fuentes: DeNavas-Walt, Proctor y Smith, 2008; McGinnis, Williams-Russo y Knickman, 2002.

Reducir la brecha en los recursos

Por lo general, la mayor parte de la literatura disponible apoya la conclusión de que las APP con estructuras de gobernanza de calidad pueden ser efectivas para reducir los costes, proporcionar inversiones y

mejoras en la prestación de servicios. Algunas fuentes opinan que mejoran la eficacia gracias a la reducción en la gestión, aumento de los conocimientos, nuevas inversiones en infraestructura y potencial para mejorar la técnica (Goel, Galhotra y Swami, 2007). La asociación permite a los actores abordar los determinantes de la salud más amplios y fomentar un comportamiento saludable (Gillies, 1998). Otros opinan que las APP «permiten a diferentes personas y organizaciones apoyarse mutuamente mediante el aprovechamiento, combinación y rentabilización de sus fortalezas y capacidades complementarias» (Lasker, Weiss y Miller, 2001). En general, se está de acuerdo en que, cuando están dirigidas eficazmente, son capaces de compartir los riesgos, aunar recursos públicos privados y públicos, y maximizar las habilidades inherentes a cada sector para mejorar la prestación de servicios en formas innovadoras. Asimismo, ha quedado claro que en épocas de reducción de presupuestos públicos, el aumento en su uso queda totalmente justificado.

La distribución de los recursos en el trabajo de la Plataforma ha sido un tema de debate entre los participantes y pone de relieve los diferentes recursos y habilidades que poseen los actores. La participación en la Plataforma es voluntaria, por lo que ha resultado ser una carga en materia de recursos para las ONG y otras organizaciones no lucrativas que quisieran formar parte. No sólo es mayor la participación de los actores económicos tanto en número como en recursos en comparación con la sociedad civil, sino que, para contribuir plenamente en la Plataforma, algunos participantes de la sociedad civil han de reducir sus actividades habituales de seguimiento, difusión de la información y vigilancia de la salud pública y debates sobre la política alimentaria⁵¹. Muchos expertos opinan que la industria está en mejores condiciones para adquirir conocimientos en áreas legales, académicas y científicas mientras que las organizaciones no lucrativas dependen principalmente de la buena voluntad y de las acciones voluntarias de expertos. Esto se puede apreciar cuando los actores económicos han sido representados por empresas profesionales en asuntos públicos: especialistas y abogados expertos en relaciones gubernamentales, mientras que la sociedad civil queda representada por personal de alta categoría o académicos voluntarios. La Plataforma también ha recibido críticas porque muchos

⁵¹ Esto también se debe, en parte, al vínculo que mantienen la labor básica de las organizaciones sin ánimo de lucro con la promoción y la presión (*Lobbying* en el original (N. del T.)).

compromisos y acciones de la industria tienden a favorecer investigaciones sobre las causas de la obesidad en vez de poner a disposición del consumidor opciones alimentarias más sanas o regular el etiquetado, la publicidad o propiedades saludables. No hay ningún seguimiento de la calidad de los compromisos, ni en cuanto a su conveniencia o efectividad de acuerdo con la evidencia disponible en salud pública.

El desequilibrio en materia de recursos también afecta a los debates internos de la plataforma. A pesar de que quince de los miembros son organizaciones con ánimo de lucro y dieciocho no, la plataforma no goza de un equilibrio perfecto en cuanto a participación y representación se refiere. Esto se debe a que algunos participantes representan a multinacionales y otros a pequeñas empresas. Un agente económico se manifestó en los siguientes términos: «en comparación con el poder de que disponen las asociaciones pequeñas, las grandes empresas tienen un poder mucho mayor, puesto que también tienen mayor capacidad de presión» (The Evaluation Partnership, 2010). La evaluación de la Plataforma señaló que «por lo general, el sector con fines lucrativos tiene más recursos para enviar un número mayor de representantes que las asociaciones no lucrativas a los debates de la Plataforma, puesto que estas podrían tener dificultades incluso para enviar un único representante» y «que los miembros del sector privado tenían entre seis y diez representantes en la Plataforma» (The Evaluation Partnership, 2010). Sin duda, esto podría afectar al debate y a los asuntos debatidos en las reuniones si no se gestiona cuidadosamente. Es esta tendencia de representación dominante por parte de los agentes económicos la que impulsó a la Alianza Europea por la Salud Pública a organizar reuniones de coordinación previas a la Plataforma. Las reuniones previas, organizadas y preparadas correctamente, implican un mayor consumo de recursos y tiempo para el organizador y los participantes, pero mejora claramente las contribuciones del sector no lucrativo al facultar a las ONG, compartiendo de esta forma conocimientos e información.

Las APP como palanca del cambio en salud y la acción intersectorial

En el segundo modelo de las APP, el sector público busca alianzas con el sector privado para utilizar a la industria como palanca para fomentar

un cambio de comportamiento (Gillies 1998). Se puede considerar que el modelo tradicional de la responsabilidad del sector público de la salud y bienestar de su población ha dado lugar a un enfoque fragmentado para hacer frente a las cuestiones de salud, liderado por el sector salud y sin la colaboración de otros sectores y organizaciones. El incremento en la colaboración del sector privado en la promoción de la salud puede considerarse como una extensión de la STP, al utilizar impulsores y recursos ajenos al sector salud. También podría considerarse como compartir riesgos, donde los actores de la industria que participan son los productores de productos que provocan resultados negativos en salud. Sin embargo, esto presupone la existencia de cierto grado de voluntad de la industria de asumir la responsabilidad de las consecuencias derivadas del consumo de sus productos, algo que la industria tabacalera ha demostrado que es complicado a pesar de las evidencia, la opinión pública y la presión política. También mantiene un alto nivel de optimismo para alcanzar resultados positivos en salud pública. Una de las críticas que ha recibido este modelo de APP es que políticamente, los actores económicos pueden demostrar que están comprometidos con la lucha contra los problemas de salud pública cuando, en realidad, utilizan las APP como una táctica de retraso. La autorregulación de la publicidad es un claro ejemplo de las críticas vertidas hacia este modelo. Como mínimo, cualquier colaboración en promoción de la salud por parte de las industrias que contribuyen a la proliferación de problemas de salud es un asunto controvertido y que requiere estructuras de gobernanza firmes y, en ocasiones, ni siquiera es deseable.

La Plataforma ha recogido cerca de 300 compromisos desde 2005, en las que un 56% podían englobarse dentro de la «promoción de salud» tradicional, para cambiar el estilo de vida y la educación (The Evaluation Partnership, 2010). Las ONG estaban particularmente preocupadas por el gran número de acciones de promoción de la salud impulsadas por agentes económicos, por tres razones principales. En primer lugar, muchos de los compromisos están dirigidos a los empleados de los propios agentes económicos y, por lo tanto, no respetan el espíritu de los objetivos de la Plataforma. En segundo lugar, cualquier actividad de promoción de la salud debe regirse por un marco de salud pública basada en la experiencia, con el fin de asegurar resultados positivos en la salud pública, y no hay certeza de que los agentes económicos posean las

competencias necesarias para llevarlo a cabo. Por último, existe un conflicto de intereses entre los actores económicos que sean productores o minoristas de productos de alto contenido en grasa, sal o azúcar para llevar a cabo campañas educativas sobre una alimentación saludable.

Los demás compromisos se centran en el marketing, publicidad y reformulación y etiquetado, de acuerdo a las ONG, las acciones «reales» para luchar contra la obesidad. Dado que esta es la actividad principal de muchos de los agentes económicos, supone un compromiso sincero para abordar el problema de la obesidad en los ámbitos en los que pueden tener mayor impacto. Hay pocos indicios de que dichos compromisos germinaran como consecuencia de la Plataforma, en vez de por cuenta propia en mayor o menor medida (The Evaluation Partnership, 2010). Sin embargo, los estudios de caso sobre la publicidad dirigida a menores y la reformulación de los alimentos y las bebidas tuvieron un impacto real, si bien limitado.

En cuanto a la publicidad dirigida a los niños, existe un marco regulatorio con la Directiva de Servicios de Medios Audiovisuales, que proporciona orientación en materia de protección de menores. Sin embargo, los actores económicos consideran que la Plataforma contribuyó en gran medida a la adopción de compromisos de autorregulación hacia un marketing y publicidad dirigida a los niños. No hay evidencia que apoye o refute dicha afirmación, puesto que al menos algunos Estados miembros de la UE disponen de un enfoque de autorregulación, como un código voluntario, que podría servir como incentivo para la acción. La evaluación mostró que, en el marco de estos compromisos, la exposición de los niños a la publicidad de alimentos altos en grasa, sal o azúcar ha disminuido. No obstante, los actores económicos exageraron estos resultados, por lo que el impacto en cuanto a la exposición en un contexto más amplio fue mucho menor de lo declarado (debido al número limitado de productos seleccionados para el compromiso, la definición y el umbral del público al que se dirige, etc.).

Por otra parte, la reformulación no cuenta con un marco regulatorio global y «firme» de la UE, aunque existe un mecanismo «suave» a través del grupo de alto nivel. Una cuarta parte de todos los compromisos de la Plataforma están relacionados con la reformulación; actuaciones

efectivas si tenemos en cuenta que la mayoría de los compromisos son adoptados por multinacionales, en una amplia gama de productos o en una cuota de mercado significativa de productos altos en grasa, sal o azúcar, tanto para productos nuevos como antiguos. Asimismo, la reducción en los niveles de grasa, sal y azúcar se aplica en un gran número de productos y aunque suele oscilar entre el 25% y el 50%, en ocasiones llega al 80% (The Evaluation Partnership, 2010). No obstante, la reformulación se ha extendido a la esfera política con el proceso de aprobación de declaraciones de propiedades saludables. Algunos expertos creen que se presionó a la Comisión Europea para que aprobase ciertas declaraciones de propiedades saludables como «recompensa» por haber reformulado ciertos productos con niveles altos de grasa, sal o azúcar, a pesar de que las ONG consideraban que dichas declaraciones eran engañosas y potencialmente nocivas, aunque en última instancia el Parlamento Europeo rechazó dichas declaraciones⁵².

El modelo de colaboradores múltiples también se ha exportado a nivel nacional. En Alemania, la plataforma nacional forma parte del plan de acción nacional para combatir la obesidad y colabora con el Ministerio de Sanidad. En Polonia, el programa POL-HEALTH consultó a miembros de la Plataforma Polaca sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud antes de solicitar su aprobación al Ministerio de Sanidad. En Portugal, los debates mantenidos en la Plataforma influyeron en los reglamentos relativos a la sal y el programa de «Fruta en la Escuela». En Hungría, la Plataforma nacional intervino en las prioridades nacionales. Por ejemplo, la Plataforma se ofreció para desarrollar un programa educativo sobre la sal, que fue aceptado por el Ministerio de Sanidad y ha sido puesto como ejemplo en el que la financiación de una iniciativa pasa del sector público al privado (The Evaluation Partnership, 2010). En los Países Bajos, los ministerios de sanidad y educación también han delegado muchas funciones regulatorias a las plataformas nacionales. Sin embargo, una de las principales diferencias entre las plataformas nacionales y de la UE es el enfoque en las «acciones» y no en el diálogo, con los Países Bajos como excepción a la regla.

⁵² Resolución del Parlamento Europeo de 2 de febrero de 2012, sobre el proyecto de reglamento de la Comisión que modifica el Reglamento (CE) No 1924/2006 con respecto a la lista de declaraciones nutricionales. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2012-0022+0+DOC+XML+V0//EN>.

Gestión de las Asociaciones público-privadas

Hawkes (2008a) identifica cinco áreas principales de gobernanza en el ámbito de la salud pública: la legitimidad, la representación y participación, la rendición de cuentas, la transparencia y efectividad. Hawkes (2008a) también afirma que «una APP bien dirigida tendría que ser legítima, representativa y participativa, responsable, transparente y efectiva». En el análisis realizado por el Instituto Nacional Holandés de Salud Pública y Medioambiente (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu – RIVM), antes del grupo de alto nivel, se recogían problemas en las APP para la salud: dificultades para especificar con claridad las funciones y responsabilidades de los colaboradores, monitorización inadecuada del rendimiento, supervisión insuficiente en la selección de socios corporativos y conflictos de intereses en la dirección y falta de transparencia en la toma de decisiones (Hawkes, 2008a). La Plataforma podría parecer una contradicción de dichas preocupaciones, puesto que la transparencia que caracterizó al discurso (y, en ocasiones antagonismo) entre los actores económicos y civiles aumentó desde la concepción de la Plataforma. Sin embargo, se han satisfecho con creces las condiciones relativas a las funciones, responsabilidades, legitimidad y acciones representativas y participativas.

La asociación con actores comerciales también genera preguntas y temores, puesto que podría socavar los valores del sector público y modificar su misión y prioridades. Las APP tienen el potencial para cambiar las prioridades e incluir algunos asuntos en la agenda política y eclipsar otros. Reich sostiene que este fue el caso de muchas asociaciones que combatían la malaria, que se centraban en la vacunación o en medicamentos antirretrovirales para el VIH/sida. Cuando esto ocurre, el papel del sector público en la creación de una agenda de salud pública se debilita, por lo que se transfiere la responsabilidad a las APP. Esta transferencia también desdibuja el papel de la función normativa del sector público y proporciona mayor voz a la asociación, facultándola de esta forma para acceder a los debates gubernamentales (Reich, 2002). Buse y Waxman (2001) también se hacen eco de algunas críticas que defienden que la participación de las APP permite al sector público delegar sus responsabilidades en materia de promoción y protección de la salud pública. Estas preocupaciones tienen sentido en el contexto de la Plataforma. Sin embargo, la presencia

de la sociedad civil ha mantenido una voz crítica en los procesos en los que los actores económicos quizás hubieran preferido un cambio discursivo hacia la responsabilidad individual en el estilo de vida, en vez de un enfoque de salud pública o de ambiente obesogénico. La cuestión de la posible transferencia de responsabilidad del sector público a la Plataforma es compleja, ya que la Plataforma acoge un vibrante debate político activo en muchos temas, como la reformulación, el etiquetado y las recientes medidas fiscales relacionadas con los alimentos altos en sal, azúcar o grasa. Sin embargo, lo que se puede sacar en claro de los debates es el impulso de los agentes económicos y, en cierta medida, de la Comisión Europea para dar una mayor visibilidad a la Plataforma. Esto choca con la opinión de los miembros de las ONG, que ven a la Plataforma como una herramienta estratégica y no como un objetivo en sí mismo, ya que parte de las mismas pertenecen a la Plataforma porque estiman necesario actuar como organismo de control en dicho marco y se sienten incómodas, ya que parece que estén de acuerdo y comprometidas con el proceso.

El Plan de Acción de la OMS para la Política de Alimentación y Nutrición 2007-2012 describe el papel del gobierno: «La obligación principal de los gobiernos es liderar, formular, supervisar y evaluar una política integral de alimentación y nutrición. Los responsables políticos de salud pública tienen la responsabilidad de actuar como defensores y demostrar apoyo y liderazgo en salud entre diferentes departamentos estatales así como con los sectores público y privado». A nivel de la UE, la Plataforma, que ha pasado a ser la columna vertebral de la implementación de la Estrategia de la UE de Alimentación, Sobrepeso y Problemas de Salud relacionados con la Obesidad, ha podido resultar en una ausencia de nuevas medidas legislativas, aunque ciertos grupos sostienen que sigue habiendo poca voluntad política para adoptar medidas más concretas. Las acciones para combatir la obesidad a través de diversas áreas políticas, en diferentes niveles, todavía no son suficientemente visibles y la Comisión Europea tampoco ha tomado medidas para estimular un modelo de desarrollo de políticas intersectoriales. La autorregulación y las colaboraciones con el sector privado son una de las muchas herramientas disponibles para combatir la obesidad. Sin embargo, rara vez ha utilizado la Comisión Europea su poder para iniciar procedimientos legislativos en el área de acción de la Plataforma. En cuanto al papel desempeñado por la Comisión, en su

mayor parte es neutral y comprende la moderación de los debates, elaboración de la agenda y comunicación de las actividades de la Plataforma al grupo de alto nivel. En ocasiones se ha puesto en duda la pertinencia de la neutralidad de la Comisión Europea en este contexto, puesto que algunas partes creen que la función del sector público es la de actuar como guardián del interés y los bienes públicos. Su papel como intermediario podría chocar con el cumplimiento de las obligaciones anteriormente descritas, por lo que éstas pasarían a las ONG.

Principios de gobernanza y gestión de riesgos

La naturaleza de las APP plantea tres cuestiones de gobernanza, dado que muchas se crean para afrontar retos y evolucionar con rapidez y se ha de tomar decisiones estratégicas sin plena capacidad para evaluar sus consecuencias. Los parámetros del campo de acción podrían variar, por ejemplo, superar a lo planteado inicialmente, lo que podría implicar una necesidad mayor de recursos y tiempo en comparación con lo acordado previamente. La participación de las APP no se traduce necesariamente en un proyecto exitoso, por lo que los participantes se exponen a cierto grado de riesgo para la reputación (Hawkes, 2008a). La Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas ha desarrollado una *Guía para promover la gobernanza correcta en colaboraciones público-privadas* que recoge siete principios que se refieren a la mayoría de las preocupaciones inherentes en las colaboraciones con el sector privado y las consecuencias para el sector de la salud. Para intentar aliviar las preocupaciones de las partes interesadas, la OMS confeccionó medidas de protección para las colaboraciones en APP. En 1999 se estableció un comité interno sobre la colaboración del sector privado para analizar la sostenibilidad y compatibilidad de las propuestas de colaboración, con las políticas y directrices de organizaciones. En el año 2000, la OMS elaboró un formulario de declaración de intereses, que solicitaba a los expertos que facilitasen información sobre intereses económicos y de otro tipo con las entidades comerciales (Buse y Waxman, 2001). Asimismo, se encargó un documento informativo sobre los conflictos de interés. Dichos esfuerzos están siendo copiados a otros niveles para minimizar los riesgos y muchas organizaciones públicas desarrollan criterios de selección.

Cuando los procesos de gobernanza son claros, transparentes y exhaustivos, se reduce en gran medida el nivel de riesgo (Mannar, 2003). Sin embargo, por desgracia esto no ocurre frecuentemente en las APP relacionadas con la salud (Hawkes, 2008b) y sigue habiendo muchos motivos de preocupación. Ciertamente, la participación en la Plataforma de algunos actores de la sociedad civil ha suscitado dudas sobre posibles riesgos para su reputación. La Comisión Europea impulsa suavemente las colaboraciones de socios que actúen como nexo entre las partes económicas y las no gubernamentales, es decir, APP propias. Sin embargo, esto no tiene en cuenta las cuestiones de reputación que las ONG involucradas tienen que manejar con mucho cuidado. Para muchas ONG, entre ellas la organización a la que pertenecen estos autores, existen directrices estrictas sobre la naturaleza de las alianzas que pueden llevarse a cabo con agentes económicos. Cuando se opera en un entorno muy politizado y visible, se plantean cuestiones sobre quién paga por la «voz» y la legitimidad y representación de las supuestas organizaciones no lucrativas. Ciertas cuestiones, por lo general complejas y polifacéticas en un entorno de implementación, son politizadas y se estratifican en el contexto político. Por ello, su simplificación, como la exclusión de actores económicos, puede ser preferible frente al riesgo de que la legitimidad se resienta. Esta tensión hacia los actores económicos es particularmente frecuente entre las ONG que trabajan en la salud de la población, en lugar de en cuestiones de pacientes. La simple participación en un proceso que podría ser interpretado como una demora en la acción para combatir la obesidad, una distracción de los enfoques normativos o su «aprobación» a compromisos que en realidad son ejercicios publicitarios disfrazados de acciones corporativas para reducir la obesidad, puede resultar claramente perjudicial para una ONG en otros contextos.

Conflictos de interés

Richter (2004) sostiene que el impulso a las asociaciones con agentes económicos no tiene en cuenta los problemas derivados de los conflictos de interés. La función del sector privado en la dirección o gestión de una asociación o financiación se resume en dos áreas de interés. Richet critica el énfasis puesto en las situaciones en las que todos ganan y cree que es más apropiado preguntarse «¿Quién gana qué?» y «¿Quién pierde qué?». Es más, es necesario analizar si los éxitos de las

APP implican fracasos desde el punto de vista del interés general. En ocasiones, los actores comerciales utilizan la interacción para ganar información política o de mercado en un intento de aumentar su influencia política u obtener una ventaja competitiva sobre las empresas que no colaboren con el gobierno (Richter, 2004). Dado que las APP son relativamente recientes, poco se sabe sobre la forma en que funcionan y qué objetivos alcanzan (Goel, Galhotra y Swami, 2007). Este conflicto de interés es tema de debate habitual en la Plataforma, particularmente cuando sale a colación la función que han de desempeñar los agentes económicos en la organización de campañas de promoción o educación sobre vida saludable. El equilibrio entre el apoyo corporativo para los mensajes de salud pública y la necesidad de disponer de estrategias de promoción de la salud pública robustas y basadas en la experiencia es muy fino, y no siempre resulta sencillo respetarlo.

A esto se le ha de sumar que el respaldo político de alto nivel que la Plataforma ha recibido, en ocasiones ha sido problemático para las partes interesadas, ya sean sociedades económicas o civiles. La Plataforma comenzó como un experimento informal y, en un plazo de cuatro años, ha pasado a ser un grupo oficial de colaboradores avalado por el Colegio de Comisarios, el Parlamento Europeo, y el Consejo de Ministros de los Estados miembros de la UE. Robert Madelin, Director General de DG Sanco en el momento de la concepción de la Plataforma, atribuye parte del éxito al elevado número de miembros participantes y opina que «cuando algo falla a nivel europeo es porque el número de aliados iniciales es demasiado reducido. La Plataforma crea una gran alianza para resolver problemas reales» (Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación, sin fecha)⁵³. Algunas de las partes interesadas; de ambas vertientes, pasaron a formar parte del proceso porque, desde un punto de vista político, no podían permitirse no hacerlo. Esto es parte de la naturaleza innovadora de la Plataforma. Como se mencionó anteriormente, muchos representantes de la sociedad civil creían que al participar en el proceso estaban legitimando la colaboración con organizaciones de la industria y esto planteaba dudas sobre su independencia. Algunos de los agentes económicos, así como

⁵³ La entrevista completa con el ex Director General de DG Sanco puede hallarse en: <http://www.eufic.org/page/es/page/MEDIACENTRE/podid/European-Commission-seeks-action-in-response-to-their-Nutrition-White-Paper/>.

las organizaciones no gubernamentales participantes mostraban cierta reticencia a formar parte, puesto que temían que la iniciativa se convertiría en una «tertulia» o un ejercicio de relaciones públicas. Por otro lado, si las organizaciones no hubieran participado, no habrían sido capaces de expresar sus opiniones y preocupaciones. Parte del éxito de la Plataforma es que dichas preocupaciones ya apenas aparecen en los debates.

Comentarios finales

Dada la complejidad del contexto político y el marco regulatorio, así como la multiplicidad de los desafíos políticos derivados por la prevalencia de la obesidad en Europa, es difícil sacar conclusiones simples sobre el éxito general de la Plataforma. Sin duda, se puede decir que ha sido un proceso innovador para reunir actores con intereses muy distintos, que por lo general mantienen posturas antagónicas en la configuración de directivas. El diálogo en la Plataforma se ha vuelto cada vez más constructivo y menos hostil con el paso de los años, aunque se puede apreciar una división clara entre los participantes económicos y las organizaciones sin ánimo de lucro. La Plataforma trajo a la primera línea del discurso público la naturaleza del choque cultural entre los agentes económicos y las ONG de salud pública. Se puede asegurar que el entendimiento entre las dos partes ha mejorado enormemente desde la creación de la Plataforma, pero la confianza no ha aumentado (con alguna excepción). Las acciones conjuntas entre ambos frentes es casi inexistente y la Plataforma plantea algunas preguntas clave sobre el papel de las organizaciones no gubernamentales y el sector público en la creación y regulación de un entorno político que fomenten una mejor salud. Las conclusiones de la evaluación de la Plataforma exigen que las ONG actúen menos como «perros guardianes» y más como «perros guía», pero podría argumentarse que estas expectativas no son realistas, puesto que dichas ONG políticas o de apoyo se limitan a actuar como contrapeso de los intereses económicos inherentes a la formulación de políticas. Esto también plantea la cuestión sobre la función del sector público, ¿debe actuar el Estado como un actor neutral en un contexto de debate de interés corporativo polarizado frente al interés público? La cuestión de si esto debe ser visto como un modelo pragmático, un modelo político basado

en el mercado o de impulso político para priorizar y ajustarse a los argumentos económicos, permanece abierta.

La aparición y aumento de las relaciones formales entre industria y sector público en la promoción de la salud plantea desafíos para la gobernanza en salud. A partir de la información disponible, en gran parte gracias a las asociaciones formadas en torno a productos específicos o iniciativas farmacéuticas, parece claro que las APP necesitan estructuras de gobernanza transparentes y bien gestionadas, con funciones, responsabilidades y objetivos definidos, algo que se logra en gran parte en el contexto de la Plataforma.

Una serie de cuestiones de gobernanza en salud permanecen condicionadas por las funciones cambiantes del Estado y los resultados en el impacto sobre la salud. ¿Cómo debe dividirse la responsabilidad en materia de salud para los impulsores de los determinantes de salud y aquellos que los regulan? La utilización de las APP para aumentar la responsabilidad de la industria en los resultados pobres de salud requiere una investigación mayor, especialmente, si se tienen en cuenta los cambios en la gobernanza internacional. El impacto de la transferencia de poder legislativo del Estado a los actores internacionales, por ejemplo, a la Organización Mundial de Comercio o la Unión Europea, ha reducido la habilidad de los gobiernos nacionales para introducir medidas regulatorias para proteger la salud pública, como puede observarse en los debates políticos recientes sobre la utilización de cloro para saneados, grasas trans, comercialización o publicidad. ¿Hasta qué punto son las APP un mecanismo eficaz para llenar este vacío normativo? ¿Qué impactos tienen los marcos reguladores internacionales para la industria y las actividades económicas sobre la gobernanza en salud?

La confianza, las relaciones personales y las expectativas cambiantes de diferentes actores son temas que no recoge la literatura actual, pero gozan de gran importancia en la Plataforma. Además, durante las dos últimas décadas se han producido cambios en la naturaleza del empleo. Los modelos tradicionales de las carreras individuales en sectores públicos, privados o académicos son cada vez más escasos, ¿cómo afecta este fenómeno a la gobernanza de la salud en cuanto a la movilidad del personal, desarrollo del capital humano y cambios en las expectativas de los diferentes sectores?

La literatura no refleja si las APP son más o menos efectivas en diferentes industrias (la farmacéutica en comparación con la alimentaria, por ejemplo) o sobre cómo la importancia política o el potencial de la controversia pública alrededor de un tema puede afectar al impulso y puesta en práctica de una APP en dicho asunto (como una APP para dispensar servicios de salud sexual y reproductiva). Por último, en cuanto al impacto de la gobernabilidad de las APP y el aumento de las desigualdades en salud, existe la posibilidad de examinar la relación entre la transferencia del poder y la responsabilidad, y el impacto en los resultados de salud, en particular en las crecientes desigualdades mundiales de salud.

A pesar de las preguntas que quedan y la clara necesidad de una mayor investigación sobre el tema, es importante no olvidarse de que a menudo las APP, como la Plataforma, son propuestas cuando la legislación (la herramienta tradicional de gobernanza) no es asumible por motivos políticos o económicos. La salud pública, a lo largo de su existencia como disciplina, ha colaborado en muchas ocasiones con otros sectores y grupos. Las APP son una realidad contemporánea y no parece probable que vayan a desaparecer: ¿cómo puede asegurarse el sector de la salud pública de que son eficaces, adecuadas y no tergiversan o tienen efectos nocivos? Teniendo en cuenta que el sector privado es más eficaz donde existen mercados y actúa de manera menos eficiente cuando la situación financiera es pobre o no existen economías de escala, las tensiones entre los objetivos a corto plazo para los actores privados y la necesidad social de sostenibilidad a largo plazo pasan a ser una cuestión muy pertinente en el debate. La pregunta que queda es: ¿qué ocurre con el papel del Estado?

Fuentes bibliográficas

Buse K y Waxman A (2001). Public-private health partnerships: a strategy for WHO. *Bulletin of the World Health Organization* 79(8):748–754.

CIB (2009). *Around the task groups and working commissions. TG77 - health and the built environment. Introducing a new task group*. International Council for Research and Innovation in Building and Construction (<http://heyblom.websites.xs4all.nl/website/newsletter/0908/tg77.pdf>, accessed 16 February 2012).

CIB (2010). *Around the task groups and working commissions. TG77 - health and the built environment. WHO Challenge*. International Council for Research and Innovation in Building and Construction (<http://heyblom.websites.xs4all.nl/website/newsletter/1007/tg77.pdf>, accessed 16 February 2012).

Council of the European Union (2005). *2663rd Council meeting. Employment, social policy, health and consumer affairs, Luxembourg, 2–3 June 2005*. Press Release. Luxembourg, Council of the European Union (http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/85263.pdf, accessed 27 June 2012).

DeNavas-Walt C, Proctor BD y Smith JC (2008). *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*. US Census Bureau (Current Population Reports, P60-235). Washington, DC, US Government Printing Office.

EUFIC (no date). *European Commission seeks action in response to their Nutrition White Paper*. Brussels, European Food Information Council (<http://www.eufic.org/page/en/page/MEDIACENTRE/podid/European-Commission-seeksaction-in-response-to-their-Nutrition-White-Paper/>, accessed 27 June 2012).

European Commission (2006). *EU Platform for action on diet, physical activity and health*. Brussels, European Commission, DG Health and Consumers (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm, accessed 14 June 2012).

European Court of Auditors (2011). *Are the school milk and school fruit schemes effective?* Brussels, European Commission (Special Report no. 10) (<http://eca.europa.eu/portal/pls/portal/docs/1/9390724.PDF>, accessed 16 February 2012).

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

Goel NK, Galhotra A y Swami HM (2007). Public private partnerships in the health sector. *The Internet Journal of Health* 6(2).

Hawkes C (2008a). *Working Paper on public-private partnerships for health*. Brussels, European Commission

(http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev20081028_wp_en.pdf, accessed 8 November 2010).

Hawkes C (2008b). *Marketing food to children: changes in the global regulatory environment 2004–2006*. Geneva, International Food Policy Research Institute, World Health Organization.

Lasker RD, Weiss ES y Miller R (2001). Promoting collaborations that improve health. *Education for Health* 14:163–172.

Mannar MG (2003). Public-private partnerships for improved nutrition: how do we make them work for the public good? *SCN (UN Standing Committee on Nutrition) News* 26:4–7.

McGinnis JM, Williams-Russo R y Knickman JR (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs* 21(2):78–93.

Ministry of Transport and Communications (1997). *En route to a society with safe road traffic*. Selected extract from Memorandum DS 1997. Stockholm, Swedish Ministry of Transport and Communications:13.

Reich M (2002). Introduction: public-private partnerships for public health. In: Reich, M, ed. *Public-private partnerships for public health*. Harvard Series on Population and International Health. Cambridge, MA, Harvard University Press:1–18.

Reinicke WH y Witte JM (1999). Globalization and democratic governance: global public policy and trisectoral networks. In: Lankowski C, ed. *Governing beyond the nation state. Global public policy, regionalism or going local*. AICGS Research Report No. 11. Washington DC, American Institute for Contemporary German Studies:1–39.

Richter J (2004). Public-private partnerships for health: a trend with no alternatives? *Development* 47(2):43–48.

Tesner S y Kell G (2000). *The United Nations and business: partnership recovered*. New York, St Martin's Press.

The Evaluation Partnership (2010). *Evaluation of the European Platform for action on diet, physical activity and health*. Brussels, European Commission DG Health and Consumers

(http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/evaluation_frep_en.pdf, accessed 27 June 2012).

Walt G y Buse K (2006). Global cooperation in international public health. In: Merson M, Black R y Mills A, eds. *International public health: diseases, programs, systems, and policies*. Boston, Jones and Barlett Publishers:665–668.

WHO (2012). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>, accessed 23 July 2012).

WHO Regional Office for Europe (2008). *WHO European action plan for food and nutrition policy 2007–2012*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf, accessed 27 June 2012).

Muchas de las políticas y programas que afectan a la salud se confeccionan fuera del sector salud. Por lo tanto, para abordar la salud de la población, los gobiernos deben adoptar estrategias o políticas que fomenten la acción intersectorial.

La Salud en Todas las Políticas (STP) hace precisamente eso, fomentar los enfoques intersectoriales para la gestión, la coordinación y la acción. Este volumen recoge la investigación relacionada con la forma en que actúan las estructuras de gobernanza intersectorial para ayudar a aplicar la STP. Plantea un marco para evaluar:

- Cómo los gobiernos y ministerios pueden iniciar la acción, y
- Cómo las estructuras de gobernanza intersectorial pueden establecerse, utilizarse y mantenerse con éxito.

Este volumen está destinado a proporcionar ejemplos accesibles y relevantes que pueden informar a los responsables políticos de las herramientas de gobernanza y los instrumentos disponibles y equiparlos para fomentar la acción intersectorial.

El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud y la Unión Internacional para la Promoción de la Salud y Educación han trabajado con más de 40 colaboradores para explorar la razón de ser, la teoría y la evidencia de la gobernanza intersectorial. Este volumen contiene más de 20 mini- estudios de caso de Europa, América, Asia y Australia sobre cómo utilizan actualmente los países la gobernanza intersectorial para la STP en sus diferentes contextos. También se destacan nueve estructuras clave y explica cómo facilitan la acción intersectorial:

- Gabinetes ministeriales y secretarías de gabinete
- Comités interdepartamentales y unidades
- Mega-ministerios y fusiones
- Financiación conjunta
- Financiación delegada
- Participación de la ciudadanía
- Implicación de las partes interesadas
- Implicación de la industria

Se espera que además de ser relevante en el ámbito de las políticas, este estudio contribuya a reducir la brecha actual sobre conocimientos en este campo.

Editores

David V. McQueen, Asesor de Promoción de Salud Mundial, Ex presidente inmediato de UIPES y antiguo Director Asociado para la Promoción de la Salud Mundial, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, Estados Unidos.

Matthias Wismar, Analista Senior en Política de Salud, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, Bruselas, Bélgica.

Vivian Lin, Profesora de Salud Pública, Facultad de Ciencias de Salud, Universidad de La Trobe, Melbourne, Australia

Catherine M Jones, Directora de Programas, Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, París, Francia

Maggie Davies, Directora Ejecutiva, Health Action Partnership International, Londres, Reino Unido

Serie de Estudios del Observatorio No. 26