

***SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS.
APUNTES PARA EL PASO A LA ACCIÓN [1]***

HEALTH IN ALL POLICIES. NOTES TO STEP INTO ACTION

Elvira Sanz Tolosana

Departamento de Sociología - Universidad Pública de Navarra

Resumen

Muchos de los determinantes que condicionan nuestra salud pueden ser modificados por actuaciones realizadas fuera del sector sanitario, integrando las políticas elaboradas por las Administraciones de distintos sectores (vivienda, transporte, empleo, medio ambiente, educación, economía, etc.). Esta estrategia se ha convertido en uno de los principales ejes de acción y de investigación en salud pública. El objetivo de este artículo es definir en qué consiste esta estrategia y presentar las experiencias más relevantes que se han implementado en los últimos años, analizando las aportaciones de los casos más paradigmáticos: Suecia, Finlandia y South Australia. Como afirma la Declaración de Adelaida, esta estrategia pone encima de la mesa la necesidad de un nuevo contrato social para avanzar en el desarrollo humano y la equidad para lo que se requiere una nueva forma de gobernanza que incluya a todos los sectores, niveles de gobierno y la participación ciudadana.

¹ Este artículo tiene su origen en el proyecto “Políticas de salud en la CAPV: Análisis de la experiencia y propuestas de futuro” (2008COM02) financiado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Agradezco a dicho departamento su ayuda para llevar a cabo este proyecto y sobre todo a su investigador principal, Santiago Esnaola.

Palabras clave

Salud en todas las políticas, desigualdades, política de salud, sociología de la salud.

Abstract

Many of the determinants that affect our health can be modified by actions realized out of the health sector, integrating policies worked by the government in different sectors (housing, transport, employment, environment, education, economy, etc). This strategy has turned into one of the principal axes of action and public health research which aim is to influence the social determinants of the health for the improvement and protection of the health. The aim of this paper is to define of what this strategy consists and to present the most relevant experiences that have been implemented in recent years, analyzing the contributions of the most significant cases: Sweden, Finland and South Australia. As stated in the Declaration of Adelaide this strategy highlights the need for a new social contract to advance in human development and equity for which a new form of governance that includes all sectors, levels of government and citizen participation is required.

Keywords

Health in all policies, inequalities, health policy, sociology of health.

1. INTRODUCCION

En los últimos años el sector sanitario se enfrenta a nuevos desafíos que necesitan nuevas soluciones para su abordaje. La expansión de las enfermedades crónicas, los efectos del envejecimiento y las desigualdades sociales en salud están aumentando la demanda de servicios sanitarios. Simultáneamente, los costes de atención de la salud están creciendo a través del incremento de costosos procedimientos tecnológicos. Los gobiernos están cada vez más preocupados por este encarecimiento que además se prevé que continúe creciendo y consumiendo una parte significativa del presupuesto total de los Estados. Esta situación se anuncia insostenible por lo que se hace necesario un nuevo enfoque para la mejora de la salud y el bienestar de la población. Muchas de las

enfermedades crónicas se pueden prevenir o mejorar, pero esta misión no puede ser liderada por el sistema de salud en exclusiva. La prevención eficaz de la enfermedad y la promoción de la salud requieren cambios en nuestros entornos sociales, físicos y económicos, o en otras palabras, se requiere una acción sobre los determinantes sociales de la salud (Kickbusch, 2008).

La estrategia Salud en Todas las Políticas (SeTP) es “un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que toma en cuenta sistemáticamente la salud en las decisiones, busca generar sinergias, y evitar impactos negativos en la salud, con el fin de promover el bienestar y mejorar la salud de la población y la equidad en salud” (Conferencia de Helsinki, 2013). SeTP reconoce que la salud puede verse influida por las decisiones adoptadas en sectores distintos del sanitario, por lo que exige la evaluación del impacto de dichas decisiones sobre la salud, para que ésta se tenga en cuenta sistemáticamente en todas las políticas. Es una nueva forma de definir y desarrollar la acción de gobierno cuyo objetivo es la promoción de políticas públicas saludables. SeTP es una visión que busca mejorar a la vez la salud, la igualdad, el bienestar, la cohesión y la riqueza de la sociedad mediante la innovación en las estructuras, procedimientos y actuaciones de sectores que anteriormente se consideraban ajenos a la salud. Pretende, por un lado, aumentar los impactos positivos en la salud de las iniciativas políticas de todos los sectores de gobierno y por otro lado, contribuir a la consecución de los objetivos específicos de dichas políticas. SeTP proporciona una oportunidad para trabajar de forma conjunta en aras a mejorar la salud de la población a través del abordaje de los determinantes de la salud y a contribuir a la creación de un sistema de salud eficiente y sostenible.

1.1. ¿POR QUÉ ES NECESARIA ESTA ESTRATEGIA?

Se pueden aseverar dos razones clave para implementar SeTP. La primera de ellas es la evidencia de que podemos obtener beneficios sustanciosos en salud de políticas no sanitarias. La salud no depende sólo de factores biológicos o hábitos de vida. La concurrencia de factores económicos, sociales, políticos y ambientales configuran la forma de vivir y enfermar de las personas (determinantes sociales de la salud). “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen,

crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (Wilkinson and Marmot, 2003). En todas las sociedades se da el hecho de que a medida que descendemos por la escala social, se va acortando la esperanza de vida y se vuelven más comunes la mayoría de las enfermedades. El desempleo causa más enfermedades y muerte prematura. O que a mayor nivel educativo hay mejor salud y más años de vida ya que las personas con mayor educación logran mejores empleos, mejor remunerados, que exigen menos esfuerzo físico y proporcionan mayor placer, viven en barrios más seguros, llevan estilos de vida más saludables y tienen menos estrés. Según el BC Healthy Living Alliance de Canada (2009), el impacto estimado de los determinantes de la salud en los resultados en salud es el siguiente: el 50% es debido al contexto socioeconómico, el 25% por el sistema de salud, el 15% por los factores biológicos y genéticos y un 10% por el medioambiente físico. En esta época de crisis, la salud se ve afectada por el desempleo, la caída de la renta, la exclusión social, y la mayor dificultad asociada al consumo de bienes y servicios que contribuyen al mantenimiento de la salud. Una situación que contribuye a visibilizar el papel de los determinantes sociales de la salud y aumenta la necesidad de establecer estrategias de carácter intersectorial. Además, las amenazas epidémicas de los últimos años (enfermedad de las vacas locas, gripe aviar, gripe A) han puesto de relieve riesgos globales que requieren una gobernanza en red y acciones cooperativas (Urbanos, 2010; Artazcoz *et al*, 2010).

La segunda razón apunta a la necesidad de una población sana como recurso esencial para el crecimiento y desarrollo socioeconómico. Las personas sanas son más productivas y pueden participar más eficazmente en el mercado de trabajo y la educación. Una política que tenga consecuencias negativas para la salud y el bienestar de la población impactará en la economía de dos formas: a través de la pérdida de productividad y por el incremento de los costes del sistema sanitario. Es crucial tener en cuenta que las políticas sobre los determinantes de la salud no son neutrales en términos de su efectividad en los distintos grupos sociales. En general los grupos desfavorecidos se benefician menos y más tarde de la mejora de los determinantes. Por eso, un enfoque explícito en los determinantes de las desigualdades en salud es necesario para asegurar la mejora de la equidad en salud (WHO, 2008). Como resultado, la mejora de la salud y el bienestar necesita convertirse en una meta compartida por todos los sectores del gobierno.

1.2. PRINCIPIOS BÁSICOS

Existe un amplio consenso en torno a los principios básicos que articulan los valores fundamentales de base para un enfoque de SeTP y que constituyen un punto de partida para su aplicación. Ya en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es decir, se reconoce explícitamente que la salud es resultado de un amplio rango de factores. Asimismo SeTP encuentra apoyo en los derechos humanos desarrollados en la legislación internacional y posteriormente a nivel nacional en la mayoría de los países. La Constitución de la OMS establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible (condiciones de trabajo saludables y seguras, disponibilidad de servicios de salud, vivienda adecuada y alimentos nutritivos). Los valores de equidad, justicia social y dignidad humana son los pilares de esta estrategia. La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. A modo de ejemplo, la esperanza de vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años si nace en determinados países o barrios o de 45 años, si nace en otros.

La experiencia práctica en la aplicación de la SeTP ha subrayado algunos principios que facilitan el éxito: legitimidad, rendición de cuentas, transparencia y participación pública (Sparks, 2013). A este respecto, SeTP extrae su legitimidad de los derechos humanos y de los derechos políticos, sociales y económicos derivados tras la adhesión y ratificación de los gobiernos de los convenios internacionales. En nuestro contexto, tras la aprobación del Tratado de Amsterdam, la Unión Europea asume la responsabilidad de asegurar que la salud sea protegida en todos los países miembros. Concretamente el artículo 152 dice “A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities”. Sumado a este principio se añade el de rendición de cuentas que debe entenderse como la responsabilidad que los gobiernos tienen con la salud de su ciudadanía especialmente

cuando se considera el impacto de las decisiones políticas relacionadas con la salud. SeTP requiere un compromiso firme y un mandato claro por parte de los gobiernos.

La transparencia es otro elemento clave. En este contexto se refiere a la transparencia en las implicaciones para la salud de las decisiones políticas. SeTP promueve la transparencia para que en el proceso de toma de decisiones políticas no sólo se tome conciencia sino para que los posibles impactos puedan ser abordados de forma adecuada. Unido a este principio, la participación pública y los procesos de participación son elementos importantes para la formulación y desarrollo de políticas ya que genera beneficios para todos. Por un lado, SeTP responde a la necesidad de consultar regularmente a la ciudadanía para unir los cambios políticos a los amplios cambios sociales y culturales en torno a la salud y al bienestar. Y por otro lado, establece un compromiso con la colaboración y participación con otros sectores.

Finalmente enfatizar el papel destacado que tiene que jugar el sector de la salud para que la SeTP tenga éxito. Las tareas clave que enfrenta este sector son la coordinación, la participación, el desarrollo de conocimientos y evidencia científica, y comprender adecuadamente la agenda política y los imperativos administrativos de otros sectores. Se trata de reconocer el potencial de la colaboración para la aplicación de las políticas entre los diferentes niveles de gobierno, el mundo académico, empresarial, ONGs, etc.

1.3. BREVE DESARROLLO HISTÓRICO

La acción intersectorial, horizontal o transversal de las políticas de salud y la integración de políticas (públicas y privadas) a favor de la salud de la población no son prácticas novedosas (Public Health Agency of Canada, 2007). La acción intersectorial podría definirse como una acción coordinada cuyo objetivo es mejorar la salud de la población o influenciar los determinantes de la salud, y ha sido utilizada para desarrollar y mejorar la prevención de la enfermedad, desarrollo económico, desarrollo sostenible, educación, empleo, política fiscal, etc. La comprensión de que la salud está básicamente influenciada por factores ajenos al servicio sanitario se ha producido en diferentes momentos y contextos a partir del siglo XIX. La Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978 se considera el primer gran hito. En ella se explicitaba la necesidad de una

estrategia de salud comprehensiva que no sólo proveyera servicios de salud sino que también se enfocara a las causas socioeconómicas y políticas. En esta misma línea, la carta de Ottawa (1986) subraya la necesidad de trabajar entre los diferentes sectores para mejorar la salud (acción de “*Build Healthy Public Policy*”). En la década de los 90, simultáneamente a un mayor conocimiento sobre los determinantes de salud, los esfuerzos para trabajar de forma conjunta también se extendieron (WHO Intersectoral Action for health for the 21st Century Halifax Conference o la carta de Bangkok ,1997).

En el ámbito de la Unión europea, la publicación del informe “Health in all policies” en el año 2006 bajo la presidencia finlandesa va a constituir el mayor impulso a su implementación (Stahl, 2006). Una apuesta que se confirma en la nueva estrategia de la Comisión Europea, “*Juntos por la Salud: un planteamiento estratégico para la UE 2008-2013*” en la cual SeTP constituye uno de los cuatro principios básicos.

Fuera del espacio europeo, en estos últimos años destacan los siguientes acuerdos internacionales: los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (2000), la creación de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud (CSDH) de la OMS (2008); la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud (2011) y la 8ª Conferencia internacional de promoción de la salud (2013). De esta forma, la SeTP se va implantando a lo largo de todo el mundo: Gran Bretaña, Noruega, Nueva Zelanda, Suecia, Quebec, Tailandia, South Australia, California, etc. (Leppo et al., 2013). En el ámbito de América Latina destacan los siguientes programas: Red de Municipios Saludables de Pernambuco (Brasil), Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (Mexico), Plan Nacional para el Buen Vivir (Ecuador), la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) de El Salvador, etc. (Sparks, 2013).

2. CÓMO EFECTUAR SU IMPLEMENTACIÓN

La revisión de la experiencia en la estrategia SeTP revela una variedad de herramientas, mecanismos, estructuras, procesos y estrategias significativamente interrelacionadas que han demostrado su eficacia en el apoyo a la acción intersectorial. A continuación presentamos aquellas actuaciones más extendidas para establecer la estrategia de SeTP a nivel nacional (St-Pierre, 2008; Leppo *et al*, 2013):

i) Identificación de la necesidad de SeTP y establecimiento de prioridades: la identificación de las necesidades de la STP implica el entendimiento de la participación del sector salud con otros sectores. En un contexto de escasos recursos se impone la necesidad de identificar los sectores prioritarios para la acción. Para ello hay que definir qué sectores y políticas son de importancia para la salud y comprender y evaluar esos sectores con el fin de obtener un conocimiento profundo de sus preocupaciones políticas y prioridades, y su relevancia en relación con las prioridades de salud existentes. Es decir, se debe definir y analizar el área conjunta lo que incluye, pero no está limitado a, la identificación de intereses comunes, beneficios mutuos y los conflictos de interés así como los posibles impactos (positivos o negativos) de las políticas y acciones de otros sectores en la salud y reducir el riesgo. También es útil tener una comprensión de los objetivos o metas de otros sectores que pueden ser mejoradas mediante la colaboración intersectorial, optimizando al mismo tiempo los objetivos de salud gubernamentales. Asimismo es importante no priorizar esfuerzos en los que no se prevé mejora de la salud. En definitiva, la colaboración efectiva entre los distintos sectores sólo podría conseguirse si las partes interesadas son capaces de ver los mutuos beneficios, la facilidad de las estrategias de implementación y la compatibilidad de los métodos de monitorización y evaluación.

Un factor clave para el impulso de SeTP es la voluntad política, es el reconocimiento de su relevancia por parte del poder ejecutivo o legislativo. La voluntad política es el conductor inherente para la formulación de políticas y es importante para iniciar y avanzar en la SeTP dentro de una administración nacional. SeTP es poco probable que prospere si no hay presencia institucional que apoye este tipo de políticas dentro del gobierno, el parlamento y / o una institución (por ejemplo, los Institutos Nacionales de Salud Pública).

La experiencia nos muestra cómo el establecimiento de leyes y regulaciones legales promueven la colaboración intersectorial y políticas más saludables. El ejemplo más claro es la Ley de Cambio Climático en el Reino Unido, que ha establecido un cuerpo legal con el poder de evaluar y bloquear las medidas gubernamentales que ponen en peligro el logro de los objetivos de cambio climático. Las regulaciones de la OMS

influyen las políticas de salud de todas las naciones con implicaciones más allá del sector sanitario. En Europa, a partir del tratado de Ámsterdam (art.152) la Comunidad asume la responsabilidad de asegurar que la salud sea protegida en todos los países miembros. Esto constituye la base para reforzar la SeTP a nivel comunitario. Para completar las obligaciones del tratado se recomienda: a) a nivel de la Unión Europea: identificar las barreras que dificultan la implementación de la SeTP y explorar las posibilidades de reforzar las obligaciones legales; y b) a nivel de los países: explorar e investigar a nivel nacional y local la forma de que los prerrequisitos para implementar la SeTP estén disponibles. Más de un país ha aprovechado la renovación de la ley de salud pública para establecer medidas que favorezcan la SeTP (Suecia, España, etc). A menudo las disposiciones legales son cruciales para la rendición de cuentas o para la acción de la sociedad civil especialmente cuando los impactos en salud de otras políticas no son consideradas de forma deliberada o son omitidas.

Por último se recomienda el desarrollo de un plan de acción inicial especialmente en aquellos países donde la SeTP no ha formado parte de la política.

ii) Creación de estructuras organizativas de apoyo: la creación de estructuras para la acción intersectorial es un elemento esencial. Algunos ejemplos de las estructuras existentes que pueden ser útiles para el desarrollo de un enfoque de SeTP incluyen comités intersectoriales. Son estructuras formadas por representantes de varios sectores gubernamentales. Generalmente presentan una estructura horizontal (del mismo nivel administrativo) pero también los hay verticales, pueden incluir actores del sector privado, ONGs, tratar temas genéricos o asuntos específicos. También existen comités de personas expertas, unidades de apoyo (generalmente dentro del ministerio de salud), redes, institutos de salud pública o los comités de salud (en los Parlamentos) que pueden proporcionar la supervisión y el control de las políticas realizadas en otros sectores. Muchos países han optado por establecer comités intersectoriales permanentes para preparar, implementar y hacer el seguimiento de la SeTP.

iii) Establecimiento de mecanismos de consulta y de evaluación de procesos: de forma complementaria a la estructura organizacional se pueden establecer mecanismos de consulta diferenciados en dos categorías: procesos de consulta y procesos de evaluación.

El mecanismo de consulta se puede dirigir a poblaciones enteras o subgrupos específicos de la población, dentro de los procedimientos legislativos o como parte de los procesos de deliberación como ocurre en las asambleas de salud, entre otras. Una herramienta útil que fortalece el proceso de consulta y evaluación en la implementación de la SeTP es la Evaluación del Impacto en Salud (EIS).

iv) Herramientas: una de las herramientas más importantes para implementar la SeTP es la Evaluación del Impacto sobre la Salud (EIS) (Bacigalupe *et al*, 2008). La OMS la define como “una combinación de procedimientos, métodos e instrumentos que permiten juzgar los posibles efectos de una política, un programa o proyecto en la salud de una población, y la distribución de los potenciales efectos dentro de ella” (WHO, 1999). O también la EIS se define como “la estimación de los efectos de una actuación específica sobre la salud de la población” (Scott-Samuel, 1998). No solo es una herramienta que se utiliza para evaluar los impactos en salud sino que también ayuda a visibilizarlos y con ello a tomar en cuenta a la salud (Esnaola *et al*, 2010). Una diferencia clave entre estas dos estrategias es que la EIS esta en gran medida impulsada por el sector salud mientras que la SeTP es conducida por el gobierno central y pone el mismo énfasis para lograr los objetivos de los organismos involucrados como para mejorar la salud y el bienestar. En algunos países, la obligación de efectuar una EIS se hace como parte de la legislación nacional (Quebec, Tailandia, etc.), mientras que en otros sigue siendo voluntaria o limitada a una evaluación a nivel de proyecto o se requiere como parte de una evaluación de impacto ambiental o integrada.

Otras herramientas como *Integrated Impact Assessments*, *Environmental Impact Assessments* y *Geographic Information Systems* sirven especialmente como catalizadores para implicar a múltiples grupos en el desarrollo de políticas públicas saludables, dentro y fuera del sector sanitario.

v) Conocimiento y capacitación para SeTP: la implementación y desarrollo de esta estrategia necesita de recursos, habilidades y conocimiento para promover y trabajar en la colaboración intersectorial tanto a nivel individual como organizacional. La creación de capacidad se refiere a una mejora en la capacidad de las organizaciones (ya sea individualmente o en cooperación con otras organizaciones) para hacer frente a los

nuevos retos y realizar las tareas adecuadas. Sin embargo, la capacitación en SeTP no forma parte todavía de la mayoría de los programas de formación en salud por lo que se requiere un esfuerzo añadido para apoyar la formación de personas y el desarrollo del conocimiento necesario para llevarlo a cabo de forma más efectiva. A nivel comunitario destaca la guía didáctica sobre la estrategia SeTP elaborada en el marco del proyecto europeo “Crossing Bridges” (Rawlinson, 2012). En España un ejemplo destacado es el Proyecto Piloto para el Desarrollo de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) de Andalucía. En este se ofrece formación al personal involucrado y tiene como finalidad identificar una metodología de acción, para llevar los objetivos de salud a las diferentes agendas políticas de los gobiernos locales (Junta de Andalucía, 2010).

vi) Ayudas o mecanismos financieros de apoyo: a menudo, la ausencia y escasez de recursos financieros para el apoyo a la acción intersectorial ha sido identificada como una barrera común a la misma. Algunos ejemplos dirigidos a reparar esta situación podrían ser por un lado, el establecimiento de la acción intersectorial como condición para la financiación. Una opción que es utilizada por las instituciones internacionales que requieren que los distintos sectores trabajen de forma conjunta para abordar asuntos complejos. El gobierno de Canadá lo usa para *Population Health Fund* el cual da ayudas y subvenciones a las organizaciones académicas, comunitarias y voluntarias para avanzar en la política y los objetivos programados para los niños y niñas, mayores, u otros grupos y asuntos. O en sentido contrario, en algunos países el gobierno impone sanciones por falta de transparencia y sesgos en contra de la acción intersectorial. Y por otro lado, los recursos en especie (personal, información, espacio físico, tecnología, etc.) han sido utilizados por diferentes sectores para contribuir a objetivos compartidos.

3. EXPERIENCIAS RELEVANTES Y LECCIONES PARA APRENDER

Las estrategias intersectoriales para la salud han sido empleadas en diferentes niveles de gobierno o de jurisdicción, como por ejemplo los programas promovidos internacionalmente por la OMS u otras agencias de Naciones Unidas. A nivel global nos encontramos con los movimientos *Health for all*, *World Summit on Sustainable Development* o el programa *Sustainable Cities*. A un nivel global-regional, la Unión Europea ha utilizado la implementación de la EIS como una herramienta para identificar

los vínculos entre la salud y otras políticas sectoriales. A un nivel nacional, los enfoques intersectoriales han sido utilizados para afrontar temas complejos y con múltiples factores combinando los esfuerzos del gobierno y de los departamentos con el de otras agencias para conformar una única estrategia coordinada. Por ejemplo, Suecia y el Reino Unido lo han utilizado para abordar las desigualdades en salud. En Canadá y Australia se han dirigido a poblaciones específicas como los niños/as o a comunidades concretas (comunidades de bajos ingresos, escuelas, lugares de trabajo). Asimismo, a un nivel subnacional la acción intersectorial es utilizada para abordar la equidad en salud como en *Quebec's 2001 Public Health Act*. Y finalmente, a un nivel más comunitario, las redes sociales de trabajo a menudo implican a un amplio abanico de actores como son los clínicos/as, investigadores/as, y políticos/as locales.

3.1. UNIÓN EUROPEA

En el ámbito de la UE existen diferentes disposiciones legales que son necesarias, útiles pero que no son suficientes por sí mismas. Son en esencia exhortatorias, fijan el fin a alcanzar pero no los medios para lograrlo. Proporcionan un mandato y legitimidad para actuar pero lo que se requiere son estructuras y sistemas que se traduzcan en acciones concretas, que junto al liderazgo político garanticen que las acciones se toman. Por otra parte, para la puesta en acción, esto ayuda a tener una visión y objetivos compartidos con los demás ámbitos políticos implicados. Además, para ser eficaz esto no puede ser un proceso excepcional sino que se deben encontrar formas para asegurar que el esfuerzo realizado y los beneficios garantizados pueden continuar de una forma sostenible.

3.2. SUECIA

En 2003 el parlamento sueco aprobó una política nacional de salud pública con el objetivo principal de crear las condiciones necesarias para asegurar la buena salud en igualdad de condiciones para la población en general (SNIPH, 2003). La política incluía 11 objetivos principales que abordan los determinantes de la salud más importantes de la población sueca. Esta nueva política ha contribuido a poner la salud en un alto nivel de la agenda política y como un objetivo de los tres niveles administrativos: nacional,

regional y local. El ministro de salud pública lidera la política con acceso a un comité nacional de alto nivel directivo integrado por los Directores Generales de los principales organismos estatales y un representante de los entes regionales y locales. Los logros de los 11 objetivos de salud pública son definidos de acuerdo a las competencias y responsabilidades de los diferentes departamentos del gobierno y la responsabilidad de supervisión y coordinación de la ejecución de la política recae en el Instituto Nacional de Salud Pública (SNIPH). Y para ello, el SNIPH:

- ha desarrollado y puesto a disposición los principales indicadores de los determinantes de la salud;
- ha desarrollado instrumentos de planificación y dirección para la revisión y la integración de la salud pública a nivel municipal;
- ha acordado diferentes actividades de capacitación en salud y otros sectores;
- y ha desarrollado la Evaluación del Impacto en Salud (EIS) y otras herramientas.

Dentro de la experiencia sueca, se destacan tres aspectos como lecciones a aprender (South Australia Health, 2010):

- a) El proceso de identificar preocupaciones compartidas: trabajar con otros sectores para capacitarles, formarles o sensibilizarles para entender el impacto de sus políticas y programas en la salud (tanto positivos como negativos), necesita de un período de tiempo realista ya que no es un concepto familiar. Es un proceso a largo plazo que requiere tiempo y paciencia mutua.

- b) Cómo respetar los territorios de otros sectores: para que un trabajo interdepartamental tenga éxito, es absolutamente vital que los participantes estén de acuerdo en trabajar en igualdad de condiciones. El lenguaje de otros sectores, formas de trabajar y conceptos deben ser respetadas. Es imperativo reconocer que muchos sectores hacen salud bajo diferentes etiquetas y el sector sanitario necesita aprender cómo leerlas.

- c) Experiencias de acuerdos de gobierno en implementar la política de salud pública: los enfoques intersectoriales requieren nuevos modelos de gobierno. El

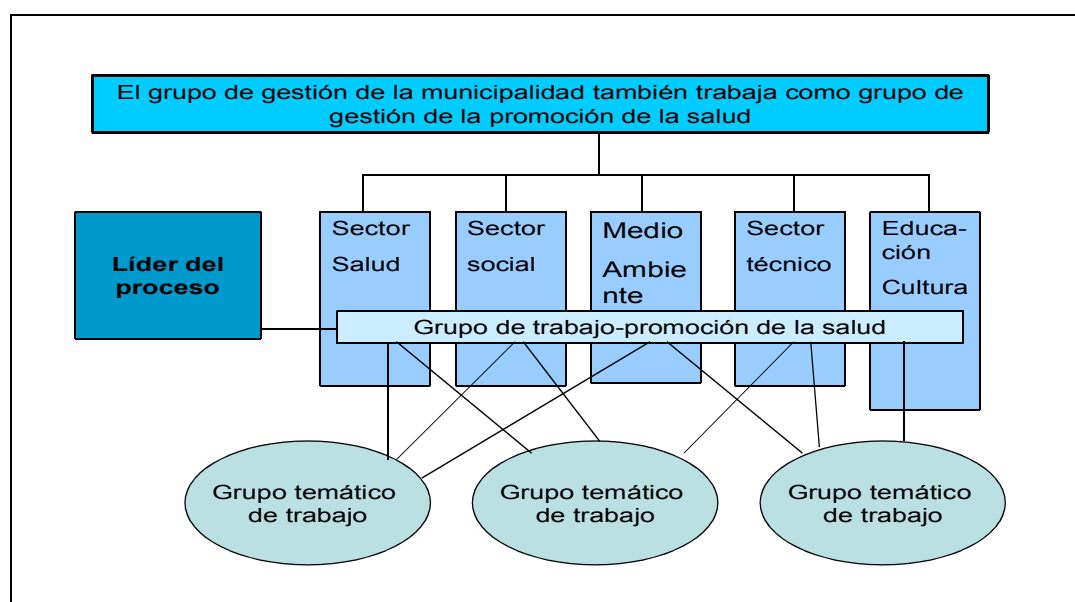
liderazgo es crucial para el éxito de este trabajo pero es necesario diferenciar entre los diferentes niveles de liderazgo requeridos: administrativo, científico y político. El liderazgo administrativo requiere herramientas de planificación apropiadas y datos. El sector salud puede coger el papel de liderazgo científico a través del acceso a los datos científicos que ayuden a trabajar con determinantes de la salud. El liderazgo y voluntad política requieren un mecanismo mediante el cual los determinantes de la salud son identificados por cada departamento y que junto a la obligación de contribuir a la mejora de la salud forma parte de una política coherente multisectorial de salud pública. En este sentido, es crucial institucionalizar dichas estructuras.

A modo de conclusión, la experiencia sueca muestra que este es un proceso que se caracteriza por el “aprender haciendo” y que lleva tiempo. Existe además una necesidad de masa crítica de personal para que esto suceda. Un pequeño grupo de 5-10 personas bien situadas, con apoyo y personal comprometido puede iniciar un cambio significativo.

3.3. FINLANDIA

La implementación de la estrategia SeTP aparece fundamentalmente a nivel nacional en la mayoría de los países. Sin embargo, Finlandia ha priorizado su introducción y desarrollo a nivel local y más específicamente a través de la promoción de la salud. En 2003 el entonces Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para el Bienestar y la Salud (STAKE), que es ahora el Instituto nacional de Salud y Bienestar (THL), estableció un proyecto de desarrollo con 12 municipios con el objetivo de promover la salud y el bienestar de la ciudadanía. Bajo esta ley, la promoción de la salud es tarea de los municipios lo que significa que todos los sectores de éstos son responsables. Por lo tanto, se hace evidente la necesidad de crear estructuras permanentes para la promoción de la salud y sistemas de gestión que apoyen la acción intersectorial y la aplicación de la SeTP. Así, la principal aportación del modelo finlandés es el sistema de gestión generado (South Australia Health, 2010).

Fig. 1. Estructura de gestión para la promoción de la salud en el gobierno local. Finlandia.



Fuente: (South Australia Health, 2010: 26). Adaptado

La gestión de la promoción de la salud es parte “normal” de la gestión de cada municipio, de hecho, el grupo de gestión de la localidad también actúa como un grupo de promoción de la salud. Así, el grupo de gestión dirige al grupo de promoción de la salud, decide sobre los objetivos estratégicos y las cuestiones que tienen que ser trabajadas de forma conjunta en todos los sectores. El grupo de promoción de la salud está presidido por una persona líder del proceso y miembro del grupo de gerencia ya que es importante que exista un contacto directo entre el grupo de trabajo y la gestión del municipio. Se recomienda que el grupo esté formado por los responsables de las diferentes áreas para que tengan la autoridad apropiada para representar al sector o departamento y poner en práctica las tareas acordadas por el grupo de trabajo. Asimismo, representantes de sectores no gubernamentales, la comunidad científica y de otras instituciones locales y empresariales pueden ser invitados a unirse al grupo de trabajo de la promoción de la salud.

La experiencia indica que es importante que el grupo de trabajo tenga las tareas bien definidas, que entiendan desde el principio tanto su papel como las expectativas que el grupo de trabajo espera de ellos. También se revela que la elaboración de un informe sobre la salud, sus determinantes y el bienestar de la población es un buen punto de

partida para la acción intersectorial ya que es una tarea concreta que requiere una buena comunicación entre los miembros del grupo. Las estructuras permanentes y un sistema de gestión horizontal favorecen el reconocimiento de la promoción de la salud como un enfoque estratégico a nivel municipal en Finlandia. Al igual que en Suecia, se constata que la acción intersectorial para la salud a nivel local requiere tiempo para lograr ser institucionalizada y que todos los sectores hayan entendido y aceptado su papel en esta tarea. Además, no proporciona resultados rápidos salvo una mayor sensibilización en relación a la salud y el bienestar en los grupos de trabajo.

3.4. ESPAÑA

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria elabora bianualmente los llamados informes SESPAS que destacan por su influencia en las políticas socio-sanitarias en España. El objetivo del informe SESPAS 2010 fue el de contribuir al avance de la incorporación del principio “Salud en todas las Políticas” en la salud pública en España (Artazcoz *et al*, 2010). A pesar de estos avances, no hay una tradición asentada de políticas intersectoriales. Entre los puntos débiles, destacan el predominio de compartimentos estancos y el escaso desarrollo de los instrumentos de coordinación entre sectores (Urbanos, 2010). Como aspectos positivos destacan algunas experiencias previas. La política de seguridad vial constituye un buen ejemplo de cómo las acciones intersectoriales pueden generar efectos beneficiosos para la salud (Pérez, 2009). O también la Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención (NAOS) da pistas sobre cómo colaborar con las empresas para hacer más fáciles los estilos de vida saludables (Oliva *et al*, 2008).

No obstante, el principal avance ha sido la aprobación de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011, de 4 de octubre) en la que se establece que las administraciones públicas y los agentes privados estarán sujetos al principio de salud en todas las políticas. “Las actuaciones de salud pública tendrán en cuenta las políticas de carácter no sanitario que influyen en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan los entornos saludables y disuadiendo, en su caso, de aquellas que supongan riesgos para la salud. Asimismo, las políticas públicas que incidan sobre la salud valorarán esta circunstancia conciliando sus objetivos con la protección y mejora de la salud” (pág.

104601). Una ley que incrementará la experiencia en el desarrollo de la EIS en España e impulsará su avance (Sanz et al, 2012; Aldasoro *et al*, 2012; Bacigalupe *et al*, 2010). Asimismo destaca la experiencia de Euskadi. El Gobierno Vasco inicia la implementación de SeTP en la estrategia de desarrollo sostenible a través de la plataforma de acción intersectorial EcoEuskadi 2020. Posteriormente, incluye SeTP como área prioritaria y transversal en el Plan de Salud 2013-2020 (Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020).

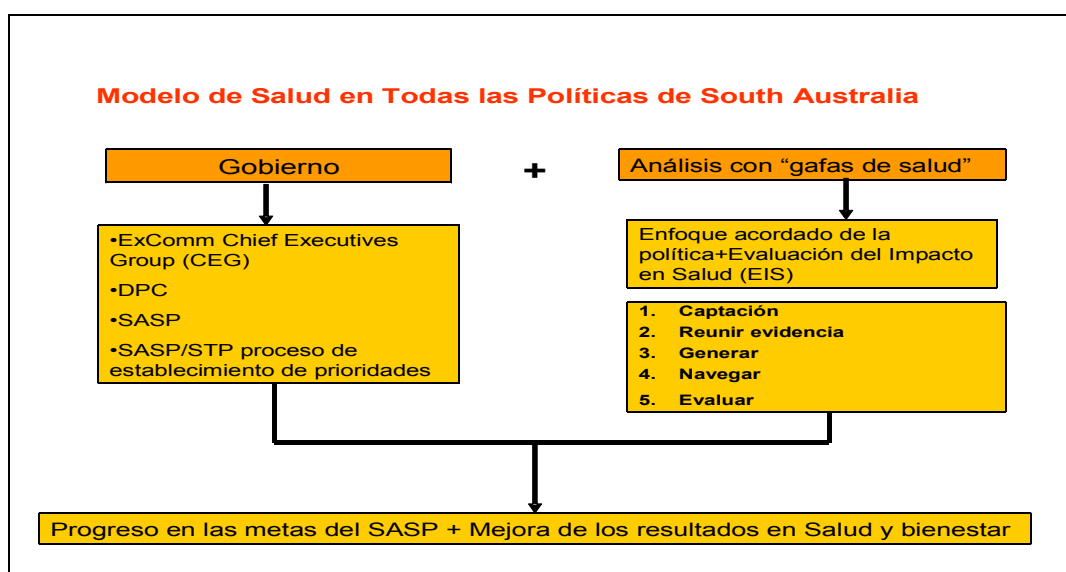
3.5. SOUTH AUSTRALIA (SA)

A partir de una amplia experiencia en el desarrollo de políticas públicas saludables y la evaluación del impacto en salud (EIS), South Australia (SA) empezó a explorar la introducción de SeTP a través de los objetivos establecidos en SASP (South Australia's Strategic Plan). SASP es un ambicioso plan estratégico que expresa los valores, las áreas prioritarias y las acciones para las futuras acciones del Estado, que contiene 98 metas para 6 objetivos: a) crecimiento y prosperidad; b) mejora del bienestar; c) lograr la sostenibilidad; d) innovación y creatividad; e) la construcción de comunidades; y f) la expansión de las oportunidades.

Al igual que SeTP, SASP reconoce la interdependencia y las conexiones de los objetivos y la necesidad de una acción concertada a través de los múltiples sectores de la sociedad. Así, el enfoque SeTP le da la oportunidad y el mecanismo para explorar las interconexiones entre los diferentes objetivos del SASP y a identificar áreas de trabajo conjuntas. Le proporciona un enfoque integrado para asegurar una política coherente y una toma de decisiones informada (basada en la evidencia). Una vez aprobada su introducción, el Gobierno estableció los mecanismos y estructuras para ponerlo en práctica. El comité ejecutivo, presidido por el primer ministro y formado por el resto de consejeros (ExComm Chief Executives Group), ha sido el responsable de la supervisión y aplicación del SASP. El departamento del Premier and Cabinet (DPC), responsable del desarrollo y ejecución del SASP, hizo el análisis examinando las interconexiones y sinergias entre una muestra de objetivos a través de los 6 objetivos principales y sus impactos en salud.

La aplicación de STP se ha producido en dos fases (Government of South Australia, 2011). La primera fue una fase preparatoria y de sensibilización en la que se informó a otras agencias del gobierno sobre SeTP y preparó el terreno para su aplicación. Durante la segunda fase, se establecieron el liderazgo, las estructuras de gobernabilidad y los proyectos iniciales con “gafas de salud” o *health lens* fueron ejecutados.

Fig. 2. El modelo de Salud en Todas las Políticas en South Australia.



Fuente: (Government of South Australia, 2011: 22). Adaptado

Una característica clave de este modelo es el proceso de análisis a través de las *health lens* o gafas de salud (HLA) que examina sistemáticamente las conexiones entre la salud y el bienestar de la población y los objetivos de SASP y trabaja para identificar las medidas políticas que contribuirán a la consecución del objetivo previsto (South Australia Health, 2010). Este proceso utiliza diferentes metodologías y herramientas, entre las que destaca la EIS, para examinar estas conexiones de forma sistemática. La unidad de SeTP del departamento de salud trabaja en colaboración con representantes de otras agencias gubernamentales. Un proyecto analizado con gafas de salud consta de cinco etapas: 1) captación: establecer y mantener sólidas relaciones de colaboración con otros sectores; 2) reunir evidencia: establecer los impactos entre la salud y la política o intervención y la búsqueda de soluciones basadas en la evidencia o las opciones

políticas; 3) generar: producir un conjunto de recomendaciones políticas y un informe final de propiedad conjunta de todos los organismos con responsabilidad en el objetivo o meta; 4) navegar: ayudando a orientar las recomendaciones a través del proceso de toma de decisiones; 5) evaluar: determinar la eficacia de la HLA. Los miembros del organismo rector y de la unidad STP participarán en cada uno de los cinco pasos.

En SA se han identificado varios elementos clave para el éxito de SeTP:

- mandato a través del gobierno: es de vital importancia para garantizar la aplicación del enfoque SeTP;
- liderazgo central: fuerte apoyo para el liderazgo de la estrategia SeTP por parte del gobierno central;
- la creación de una unidad de SeTP dentro del departamento de salud: una estructura de gobierno a alto nivel del departamento de salud ha sido establecida para apoyar a la unidad de SeTP. El departamento de salud se ha comprometido dando el apoyo de su personal técnico y recursos financieros;
- un proceso de establecimiento de prioridades: proceso liderado por el departamento de salud en colaboración con el DPC. Los criterios de priorización han sido, entre otros: que represente o afecte a diversos departamentos y objetivos del SASP; exista una amplia evidencia; relevancia política estratégica; estar en una fase de planificación del proyecto; que afecte a determinantes de la salud relevantes, que aborde la equidad, etc.

3.6. CANADÁ

El caso canadiense puede resultar atractivo para el contexto español por sus similitudes respecto a la organización política descentralizada y sus experiencias. Entre ellas, destaca la creación de la Public Health Agency of Canada (2004) separada del sistema sanitario. La agencia colabora estrechamente con todos los niveles de gobierno, sociedad civil y empresas con el objetivo de compartir conocimientos y habilidades. Asimismo, se creó la Pan-Canadian Public Health Network (2005) como instrumento de generación de consensos y de apoyo al cumplimiento de las funciones de la agencia

(Public Health Agency of Canada, 2007; Canadian Public Health Association, 1997; St-Pierre, 2008).

A nivel regional, Québec cuenta con una herramienta de gestión de gran alcance para integrar la salud en todas las políticas. La nueva Ley de Salud Pública (2001) incluye una sección dedicada a la obligación de los departamentos y agencias gubernamentales de colaborar con el Departamento de Salud y Servicios Sociales para garantizar que las medidas aplicadas por los diferentes sectores no tienen efectos nocivos para la salud de la población (Rounce and Beaudry, 2002).

Uno de los principios de la gobernabilidad es la capacidad del gobierno para aprovechar las oportunidades para la movilización de muchos actores de la sociedad para trabajar juntos hacia un objetivo común. Así, el Primer Ministro de Columbia Británica, capitalizando la efervescencia alrededor de las Olimpiadas de Invierno 2010, puso en marcha una iniciativa de colaboración para apoyar la adopción de hábitos de vida saludables invitando a todos los actores sociales a involucrarse (British Columbia, 2008). Un objetivo que fue incluido en el plan estratégico del gobierno y que requiere que todos los ministerios especifiquen cómo van a cumplir con esos objetivos de salud. Una iniciativa que incluye muchas de las condiciones necesarias para promover un enfoque integrado de la gobernanza: un objetivo preciso, indicadores mensurables de éxito, un compromiso de alto nivel político y administrativo, una autoridad de gobierno responsable (rendición de cuentas), un mecanismo de coordinación y un programa de evaluación.

4. CONCLUSIONES

Gozar de buena salud es una de las ambiciones principales de cualquier ser humano. Pero no sólo los individuos se preocupan por su salud, sino que es también una ambición colectiva. Un buen estado general de salud es un activo importante de un país, que contribuye al bienestar general y mejora su capital humano y su competitividad internacional. Una población sana es un requisito indispensable para la prosperidad social y económica. La mejora de la salud depende, en buena parte, de las políticas que establezcan los gobiernos. A menudo la ciudadanía sufre políticas laborales que

empeoran las condiciones de trabajo, políticas industriales que permiten vertidos contaminantes, o políticas sanitarias que incrementan las desigualdades sociales en salud. Por eso, la estrategia de SeTP busca corregir y/o minimizar los impactos negativos de esas actuaciones en la salud de la población. Una estrategia que pretende dar respuesta a la creciente demanda social de nuevas formas de gobernanza que respondan a las necesidades de la ciudadanía.

En el ámbito de la salud pública mundial, todas las instituciones y organismos relevantes (sin excepciones) conciben la salud pública incorporando el principio de salud en todas las políticas. La estrategia de SeTP pone en evidencia la necesidad de asumir la responsabilidad sobre la propia salud por parte tanto de las personas como de las comunidades. Una responsabilidad que implica actuar sobre los determinantes sociales de la salud y desde diferentes sectores. Así la promoción de la salud requiere de la intervención de personal técnico en salud pública con origen profesional diverso. No se entiende hoy en día la salud pública sin sociólogos o economistas, entre otros. Este reconocimiento institucional y académico no ha sido un proceso exento de dificultades (Luz, 2011). La sociología de la salud ha permitido poner en evidencia las causas y los efectos colectivos sobre los problemas de salud (Cockerham, 2011). Una aportación fundamental que contribuye a incrementar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y la estrategia de SeTP.

La efectividad de las herramientas de gobierno depende del contexto siendo difícil identificar una que sea eficaz en cualquier entorno. En cualquier caso, los determinantes clave para la implementación de esta estrategia son la implicación de actores relevantes, un alto nivel de apoyo político y social, capacidad técnica, administrativa y de gestión a través de los departamentos, acciones complementarias, apoyo legal y sistemas de evaluación y monitorización. Una de las prácticas más prometedoras parece ser la combinación de medidas coercitivas e incentivos pero ofreciendo también un apoyo firme y a largo plazo en cada nivel de aplicación de la estrategia. Asimismo, la creación de unidades para el desarrollo de conocimientos y creación de capacidad se considera esencial. En definitiva, SeTP tiene como finalidad la promoción de la salud y la equidad a través de su incorporación en los procesos de toma

de decisiones gubernamentales y en su inclusión en políticas, programas y actuaciones específicas. Ya es tiempo de abordar nuevas estrategias para nuevos retos y desafíos.

5. BIBLIOGRAFÍA

Aldasoro, E., Sanz, E., Bacigalupe, A., Esnaola, S., Calderón, C., Cambra, K. y Zuazagoitia, J. (2012). “Avanzando en la evaluación del impacto en salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático”. *Gaceta sanitaria* 26 (1), 83-90.

Artazcoz, L., Oliva, J., Escriba-Agüir, V. y Zurriaga, O. (2010). “La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010”. *Gaceta Sanitaria* 24 (Suppl 1), 1-6.

Bacigalupe, A., Esnaola, S., Calderón, C., Zuazagoitia, J., Aldasoro, E. (2008). “La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias”. *Gaceta Sanitaria* 22, 1-7.

Bacigalupe, A., Esnaola, S., Calderón, C., Zuazagoitia, J., Aldasoro, E. (2010). “Health impact assessment of an urban regeneration project: opportunities and challenges in the context of a Southern European city”. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64, 950-955.

BC Healthy Living Alliance (2009). *Healthy futures for BC families. Policy recommendations for improving the health of british Columbians*. Disponible en: http://www.bchealthyliving.ca/sites/all/files/BCHLA_Healthy_Futures_Final_Web.pdf

British Columbia (2008). *Measuring our success. Summary document. ActNowBC*. En: http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2008/ACTNOW_SUMMARY_1.pdf

Canadian Public Health Association (1997). *The Canadian Experience of Intersectoral Collaboration for Health Gains*. Ottawa: Canadian Public Health Association.

Cockerham, W. (2011). "Health Sociology in a Globalizing World". *Política y Sociedad*, 48 (2), 235-248.

Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2014). *Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020*. Vitoria, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Disponible en:http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf

Eснаоla, S., Bacigalupe, A., Sanz, E., Aldasoro, E., Calderón, C., Zuazagoitia, J. y Cambra, K. (2010). "La evaluación del impacto en la salud: una vía para introducir la salud en todas las políticas". *Gaceta Sanitaria* 24 (Suppl 1), 109-113.

Government of South Australia (2011). *The South Australian approach to Health in all policies: background and practical guide*. South Australia, Department of Health. En: <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/cb6fa18043aece9fb510fded1a914d95/HiAPBackgroundPracticalGuide-v2.pdf?MOD=AJPERES>

Junta de Andalucía (2010). *Informe preliminar de resultados del proyecto piloto para el desarrollo de la red local de acción en salud de Andalucía (proyecto RELAS)*. En: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_8_accion_local/relas.pdf

Kickbusch, I. (2008). *Healthy Societies: Addressing 21st Century Health Challenges*. Adelaide, Government of South Australia.

Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M. and Cook, S. (eds) (2013). *Health in all policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

Luz, M. T (2011). "El desafío de la salud en las ciencias sociales: el caso de Brasil". *Política y Sociedad* 48 (2), 313-327.

Oliva, J., González, L., Labeaga, JM. (2008). “Salud pública, economía y obesidad: el bueno, el feo y el malo”. *Gaceta Sanitaria* 2, 507-10.

Pérez, K. (2009). “Rojo, amarillo y ¿verde? La seguridad vial en España en la primera década del siglo XXI” *Gaceta Sanitaria* 23, 359-61.

Public Health Agency of Canada (2007). *Crossing sectors. Experiences in intersectoral actions, public policy and health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada. En: <http://www.unnaturalcauses.org/assets/uploads/file/Canada-Crossing%20Sectors.pdf>

Rawlinson, S. (2012). *Crossing Bridges. Capacity Building Training Framework to Promote “Health in All Policies”*. Brussels, EuroHealthNet. Disponible en: <http://www.equitychannel.net/uploads/FINAL%20VERSION%20Capacity%20Building%20Training%20Programme%20Report-1.pdf>

Rounce, A. & Beaudry, N. (2002). *Using Horizontal Tools to Work Across Boundaries: Lessons Learned and Signposts for Success*. Ottawa, Canadian Centre for Management Development (CCMD).

Sanz, E., Esnaola, S., Aldasoro, E., Bacigalupe, A. y Zuazagoitia, J. (2012). “Pasos hacia la institucionalización de la evaluación del impacto en salud en España: la percepción de los y las profesionales de salud pública”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 35 (3), 403-412.

Scott-Samuel, S. (1998). “Health impact assessment - theory into practice”. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52, 74-75

South Australia Health (2010). “Health in all policies. Adelaide 2010 International Meeting”. *Public Health Bulletin SA* 7 (2), 4-47.

Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Latineen, E., Leppo, K. (eds) (2006). *Health in all policies, Prospects and Potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health. Health Department.

St-Pierre, L. (2008). *Governance tools and framework for health in all policies*. National Collaborating centre for Healthy Public Policy. Disponible en: <http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie - Governance tools and framework.pdf>

Swedish National Institute of Public Health (SNIPH) (2003). *Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden*. Swedish National Institute of Public Health. Disponible en: <http://folkhalsomyndigheten.se/about-folkhalsomyndigheten-the-public-health-agency-of-sweden/>

Sparks, M. (2013). *Salud en todas las políticas. Marco para la acción de los países*. Versión preliminar. Versión resumida del segundo borrador. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/>

Urbanos, R. (2010). “La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010”. *Gaceta Sanitaria* 24 (Suppl 1), 7-11.

World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ontario, Canada: Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, and the World Health Organization.

WHO (1997). *Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century*. Report to the International Conference 20-23 April 1997 Halifax, Nova Scotia, Canada, World Health Organisation, Geneva.

WHO European Centre for Health Policy (1999). *Health impact assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe.

WHO (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the socialdeterminants of health. Final report of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.

Wilkinson R and Marmot M (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. Geneva, World Health Organization.

* * *

Elvira Sanz Tolosana es profesora del departamento de sociología de la Universidad Pública de Navarra. Su labor investigadora se ha desarrollado en la sociología rural y la sociología de la salud, centrándose en temas de desarrollo rural, gestión territorial, sostenibilidad social, desigualdades sociales en salud, salud rural, Salud en Todas las Políticas (SeTP) y Evaluación de Impacto en Salud (EIS).

Recibido: 18/10/2014

Aceptado: 23/01/2015