

Salud en todas las políticas e intersectorialidad en América Latina y en el Caribe, 2011-2021- Revisión de alcance

Autores: Fabio Alberto Escobar-Díaz¹, Zuly Andrea Rodríguez-Corredor¹.

1. *Fundación Universitaria del Area Andina. Bogotá DC, Colombia.*

Enviado: 8 de agosto de 2023.

Aceptado: 29 de septiembre de 2023.

Autor de correspondencia: Fabio Alberto Escobar Diaz. E-mail: fescobar13@areandina.edu.co

RESUMEN

Introducción. La intersectorialidad, desde la Conferencia de Alma-Ata en 1978, se ha convertido en una parte fundamental del discurso político sobre salud pública, determinantes sociales y promoción de la salud para abordar los problemas de salud en la sociedad. En relación a esto, es importante identificar la investigación que se realizó en América Latina y en el Caribe sobre este tema en la última década.

Métodos. Se realizó una revisión de alcance sobre la evidencia científica publicada entre 2011 y 2021 en países de la región latinoamericana sobre experiencias y acciones intersectoriales entre salud y otros sectores para abordar problemas conjuntos de salud pública.

Resultados. Se incluyeron 15 estudios, en su mayoría de Brasil, con diseños predominantemente cualitativos y de carácter local. Además, algunos análisis destacan la hegemonía del modelo biomédico, así como los conflictos y tensiones a nivel ideológico en ciertos temas de salud y prácticas tradicionales que limitan una colaboración intersectorial efectiva.

Conclusión La intersectorialidad no es un tema estrictamente técnico, sino que convergen elementos ideológicos que determinan su alcance y limitaciones. Deben ampliarse los estudios en países como Colombia para contar con evidencia que permita comprender las barreras y los aspectos facilitadores de la intersectorialidad.

Palabras clave: colaboración intersectorial, determinantes sociales de la salud, Política Pública, América Latina.

Health in All Policies and intersectorality in Latin America and the Caribbean, 2011 - 2021: a scoping review

ABSTRACT

Introduction. Intersectoriality, since the Alma Ata Conference in 1978, has become a fundamental part of the political discourse on public health, social determinants, and health promotion to address health problems in society. Following the above, it is important to identify the research carried out in Latin America and the Caribbean on this topic in the last decade.

Methods. A scoping review was carried out on the scientific evidence published between 2011 and 2021 in countries of the Latin American region on experiences and intersectoral actions between health and other sectors to address joint public health problems.

Results. 15 studies were included; mostly from Brazil, with predominantly qualitative designs and local character. In addition, some analyses highlight the hegemony of the biomedical model, as well as the conflicts and tensions at the ideological level in certain health issues and traditional practices that limit effective intersectoral collaboration. **Conclusion.** Intersectoriality is not a strictly technical issue, but ideological elements converge that determine its scope and limitations. Studies in countries such as Colombia should be expanded to have evidence that allows an understanding of the barriers and facilitating aspects of intersectorality.

Keywords (DeCS/MeSH): intersectoral collaboration, social determinants of health, Public Policy, Latin America

INTRODUCCIÓN

Desde la Declaración de Alma-Ata en 1978 sobre Atención Primaria de Salud (APS), la intersectorialidad cobró relevancia a nivel internacional para ayudar a mejorar las condiciones de salud en las sociedades. Con la Carta de Ottawa en 1986 sobre Promoción de la Salud y más recientemente con el enfoque llamado “Salud en Todas las Políticas” (HiAP, por sus siglas en inglés), se enfatiza la importancia de la intersectorialidad en las políticas que permiten mantener y proteger la salud, debido a la imposibilidad de resolver problemas exclusivamente desde este sector (1).

Sin embargo, la intersectorialidad aún carece de una definición inequívoca y acordada, tampoco cuenta con una base teórica estructurada, y el estudio y la sistematización de cómo se ha practicado aún es muy escasa. Varios términos similares que se utilizan como acción intersectorial, diálogo o colaboración, coinciden en que las políticas de salud pública que se comprometen con otros sectores deben considerar también su impacto en sus determinantes sociales a nivel población (2). La intersectorialidad, en general, se refiere a la integración de varios sectores para resolver problemas sociales de manera integral, esto implica tener la articulación entre sus bases, tanto políticas (construcción e implementación de políticas y estrategias conjuntas entre los sectores) como técnicas (compartir recursos y conocimientos específicos de cada sector para lograr mejores soluciones) (3).

La intersectorialidad propone una nueva racionalidad en la gestión pública para superar la fragmentación de políticas, considerando el concepto de salud como un todo, y que ofrece una forma diferente de planificar, implementar y monitorear la prestación de servicios por parte de los diferentes sectores (3). Sin embargo, en la práctica existen diferentes visiones o formas de desarrollar la intersectorialidad, que se enfocan en algunos aspectos más que en otros. Por ejemplo, algunos enfatizan que los otros sectores deben incorporar la equidad y responder a las necesidades de salud; otros, en cambio, se centran en la colaboración entre los sectores gubernamentales y no gubernamentales; algunas de las definiciones incluso encuentran la intersectorialidad como una modalidad de trabajo articulada entre el sector público y el sector privado (4).

El enfoque HiAP se acuñó por primera vez a finales de la década de 1990 y fue promovido desde la Unión Europea (2). Se utilizó en la 8ª Conferencia

Internacional de Promoción de la Salud en 2013, donde se utilizó el lema “Salud en Todas las Políticas” (5) y propone que los sectores en los que opera el Estado deben tener en cuenta el significado de la salud en sus propias decisiones, para construir sinergias que favorezcan la salud y eviten impactos negativos en la población (6). Por lo tanto, HiAP se considera el mecanismo para actuar sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) (7).

Se realizó una revisión de la literatura, utilizando el método de revisión de alcance. Para mapear y describir la evidencia científica existente sobre las acciones intersectoriales en salud, incluyendo las que se enmarcan en el enfoque HiAP, en los países de América Latina y el Caribe (ALC), la pregunta de revisión formulada fue: ¿Qué estudios e investigaciones sobre Intersectorialidad y HiAP se realizaron en ALC en el período 2011-2021? Por lo tanto, se consideraron todos los países de habla hispana y portuguesa a nivel continental e insular: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela.

MÉTODOS

Se desarrolló una revisión de alcance para mapear y caracterizar diferentes estudios realizados en ALC que abordan experiencias e acciones intersectoriales en salud o desde la perspectiva de HiAP. La revisión de alcance es un tipo de revisión que no intenta abordar preguntas tan específicas para identificar intervenciones, sino que explora la extensión y profundidad de la literatura existente, mapea y resume la evidencia, y orienta la investigación futura (8). El proceso de revisión fue desarrollado de forma independiente por los dos investigadores.

Se eligieron las bases bibliográficas Pubmed, Scopus, Scielo y Web of Science. Se utilizaron términos indexados en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) y también términos libres: colaboración, acción o trabajo intersectorial, intersectorialidad, determinantes sociales de la salud, políticas públicas, salud en todas las políticas, y sus equivalentes en inglés como intersectoral collaboration, intersectoral action, social determinants of health, public policy, health in all policies. Para las combinaciones entre los términos se utilizaron los conectores booleanos AND y OR. Con el número relativamente pequeño

de registros encontrados en las diferentes bases de datos, no fue necesario incluir términos relacionados con países de ALC, pero su identificación se realizó de forma manual.

Los criterios de inclusión usados fueron los siguientes: a. Artículos de investigación u originales de países de ALC, publicados en español, inglés y portugués; b. Estudios cuyo objetivo principal aborde la Intersectorialidad o el enfoque HiAP; c. Que hayan sido realizados en el período 2011-2021. Además, solo se accedió a aquellos que eran de acceso abierto. Todos los registros que no cumplieron los criterios anteriores fueron excluidos. La búsqueda se realizó entre julio y octubre de 2022. Los registros encontrados en cada base de datos se exportaron y se enviaron a la plataforma Rayyan® desde donde los investigadores excluyeron los que estaban duplicados y los revisaron por título y resumen. De los 1242 registros encontrados en las 4 bases de datos, quedaron 728 después de excluir 514

por estar duplicados. De los 728 por título y resumen, se filtraron 52. De estos elegibles, se excluyeron 37 por estar fuera del período de análisis, no abordar la intersectorialidad como objetivo central del estudio o pertenecer a una población o ubicación geográfica diferente a ALC. Finalmente, se incluyeron 15 estudios en la revisión.

RESULTADOS

En la revisión de alcance se incluyó un total de 15 estudios (Figura 1). Uno de los primeros resultados a destacar es que la mayoría de los estudios sobre intersectorialidad y HiAP, período 2011-2021 en ALC, se llevaron a cabo en Brasil, con 11 investigaciones publicadas en revistas científicas. Sigue Colombia con 2 y Chile con solo 1. Como caso particular, existe un estudio en el cual se analizan las políticas nutricionales en países de América Latina y que incluye un análisis de intersectorialidad (Tabla 1).

Figura N°1: Diagrama de flujo prisma para la selección de estudios.

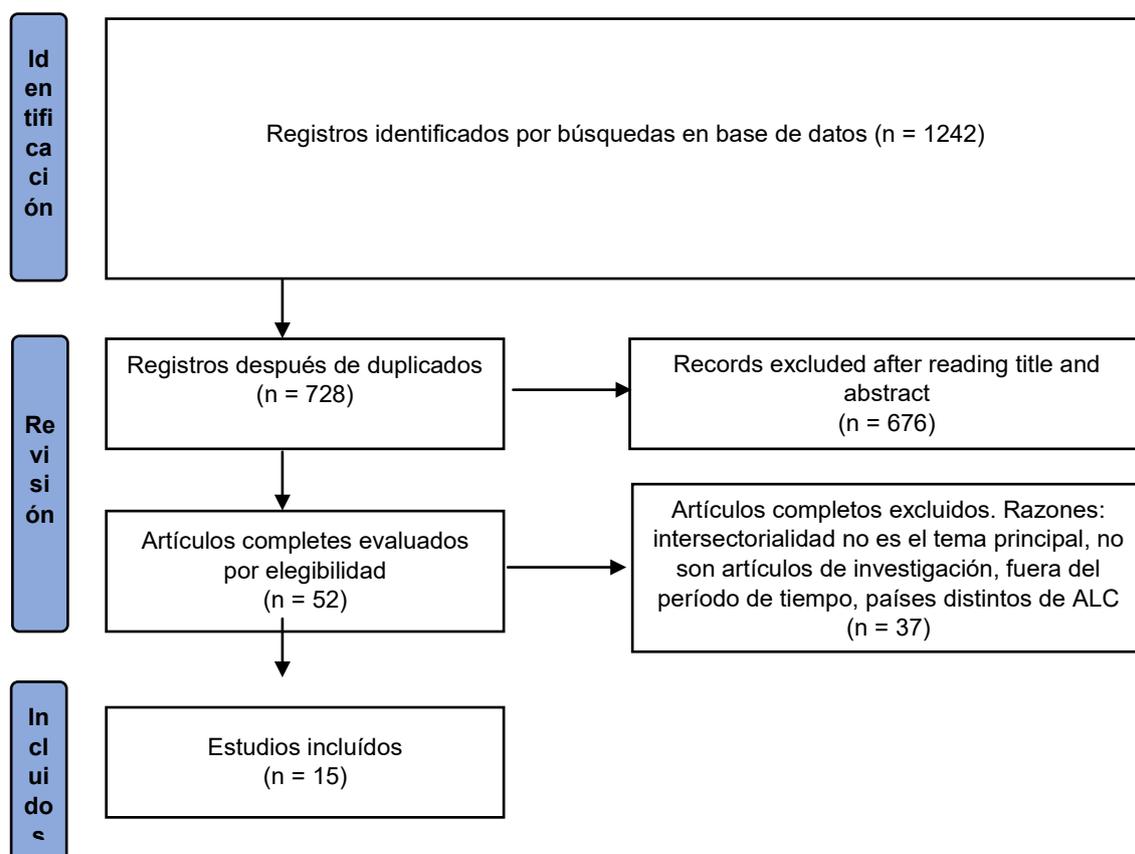


Tabla N°1: Características de los estudios incluidos, HiAP e Intersectorialidad en ALC, 2011-2021

Autores	Año	País	Métodos	Población	Muestra
Aguiar et al.(9)	2020	Brasil	Cualitativo	Profesionales de equipos de atención primaria de la salud	intencional
Andrade, et al.(10)	2018	Brasil	Cuantitativo	Representantes de instituciones que promueven la actividad física gratuita en las comunidades	intencional
Arches, et al.(11)	2016	Chile	Cualitativo	Profesionales de un centro de salud familiar nivel primario y sectores sociales involucrados	intencional
Babajide, et al.(12)	2021	Colombia	Cualitativo	Ciudades que implementaron sistemas de transporte público masivo (BRT) en el mundo	intencional
Barros, et al.(13)	2020	Brasil	Cualitativo	Generadores de políticas y legislación en las áreas de seguridad y salud ocupacional, gestores y responsables de su implementación en San Pablo en salud, trabajo, bienestar social, y justicia.	intencional
Chiari, et al.(14)	2018	Brasil	Mixto	Gestores Municipales del Políticas de Salud Escolar.	intencional
Dias, et al. (15)	2018	Brasil	Cualitativo	Administradores de programa a nivel municipal, gestores del área de salud, profesionales de atención primaria, gestores de educación municipal, y profesionales de escuelas involucrados en el programa.	intencional
Lencucha et al.(16)	2013	Brasil	Cualitativo	Diputados/Senadores, autoridades de ministerios clave, representantes de la sociedad civil y cuerpos intergubernamentales.	intencional
Molina, et al.(17)	2018	Colombia	Cualitativo	Profesionales de la salud y líderes de organizaciones de salud comunitarias de seis ciudades.	intencional
Nunes, et al.(18)	2019	Brasil	Cualitativo	Profesionales relacionados a la red de salud mental intersectorial de un municipio.	intencional
Pinheiro et al.(19)	2017	Brazil	Cualitativo	Enfermeras y médicos de cuatro equipos de salud familiar y maestros de una escuela primaria municipal.	intencional
Pinho et al. (20)	2017	Brasil	Cualitativo	Equipos, gestores, usuarios y familiares en torno a los servicios de atención de salud mental	intencional
Pinto, et al.(21)	2019	Brasil	Cualitativo	Miembros de la red comunitaria que promueve acciones educativas, de cuidado y salud (escuelas, unidades básicas de salud, centros de asistencia social) y ONGs.	intencional
Pinto, et al.(22)	2020	Brasil	Cualitativo	Maestros de escuelas públicas en un municipio de Brasil.	intencional
Tirado, et al.(23)	2016	Latin America	Cualitativo	Países de América Latina.	intencional

Por otro lado, 13 de los 15 artículos tienen metodologías cualitativas en las que utilizan diferentes estrategias de recopilación de información, como entrevistas individuales semiestructuradas y entrevistas en profundidad. Solo uno estudio es cuantitativo y otro tiene un diseño metodológico

mixto. Con respecto a la muestra, teniendo en cuenta la naturaleza cualitativa de la mayoría de los estudios, se utilizó un muestreo no probabilístico e intencional, o de propósito, coherente con el objetivo de cada investigación.

Tabla N°2: Objetivos de los estudios, resultados principales y sectores considerados.

Autores	Objetivo	Resultados principales	Sectores considerados
Aguiar et al. (9)	Analizar los cambios producidos en los servicios de asistencia (psicosocial, policial y judicial) de la red intersectorial de atención a las mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor conocimiento de los profesionales sobre la existencia de otros servicios. ● Mejor percepción de las dificultades de integración entre los servicios. ● Hay más servicios, pero están segmentados. ● Diferencias ideológicas, religiosas y de género obstaculizan la comunicación y la integración de los servicios. 	Salud, Justicia, Asistencia Social
Andrade, et al.(10)	Describir una red local de promoción de la actividad física	<ul style="list-style-type: none"> ● El 40% de las relaciones en la red solamente intercambian información. ● El 20% fueron relaciones colaborativas o de asociación. ● El sector público concentró el 40% de las asociaciones y alianzas en las redes. 	Recreación y deporte
Arches, et al.(11)	Comprender las experiencias vividas por profesionales en la gestión de procesos del Sistema Integral de Protección de la Infancia en una localidad de la Región Metropolitana, Chile.	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de vínculo entre las pautas de las políticas y el contexto local y las demandas de la población. ● Resistencia al cambio o la innovación debido a la percepción de una carga de trabajo aumentada con más responsabilidades. ● La hegemonía del discurso biomédico. ● La predominancia de lo pragmático, la economía de esfuerzo y tiempo, la rutina y lo familiar. 	Salud, Asistencia Social
Babajide, et al.(12)	Examinar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), la equidad y enfoques intersectoriales y su incorporación en el proceso político local en torno a la política de Sistemas de Transporte Rápido por Autobús (BRT) en 3 megaciudades: Lagos, Bogotá y Beijing.	<ul style="list-style-type: none"> ● Las decisiones sobre políticas relacionadas a BRT rara vez tienen en cuenta sus impactos en la salud. ● Información limitada para guiar las políticas o evaluar su impacto en la salud. ● Los ministerios de salud no participan en política. ● Los expertos en salud no estaban vinculados a las políticas de BRT. 	Transporte

<p>Barros, et al.(13)</p>	<p>Conocer la perspectiva de los formuladores y gestores de políticas públicas dirigidas a los trabajadores a nivel municipal, estatal y nacional, en relación a la intersectorialidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● La intersectorialidad no es natural ni espontánea. ● Los sectores no conocen los roles de los demás, ni comparten sus acciones o experiencias. ● No existen estrategias conjuntas para abordar los problemas. ● Énfasis excesivo en las especificidades de cada sector, lo que no favorece la unidad o la colaboración. ● Se comparte información, pero no se coordinan acciones ni soluciones. ● La intersectorialidad se percibe más como una iniciativa individual o privada, no respaldada institucionalmente. ● Se privilegia la productividad y la organización de las acciones sectoriales porque son rutinarias, controladas y medibles. 	<p>Salud, trabajo, bienestar social, justicia</p>
<p>Chiari, et al.(14)</p>	<p>Evaluar la implementación y ejecución del Programa Salud en la Escuela (PSE) en la Municipalidad de Belo Horizonte, Minas Gerais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● La implementación del PSE no ha logrado adoptar una lógica de acción intersectorial. ● No promueve la integración y articulación entre sectores y actores. ● No tiene poder de toma de decisiones, ni cuenta con respaldo institucional. ● No hay alternancia en la coordinación del espacio intersectorial, asumida únicamente por el sector de la educación. ● Imposición de una sola visión sectorial de un programa intersectorial. ● Permanencia del modelo de intervención biomédica con un patrón tradicional de acciones aisladas. 	<p>Educación y salud</p>
<p>Dias, et al.(15)</p>	<p>Identificar y analizar el proceso de construcción de acuerdos intersectoriales entre los sectores de salud y educación, en particular los espacios institucionales y de gestión, los procesos de negociación, las convergencias y las ideas en disputa, en el contexto de la implementación de la estrategia NutriSUS en una ciudad en el estado de Río de Janeiro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● La gestión intersectorial se fomenta a nivel local, pero no es sostenible porque predomina la tradición sectorial y de un solo sector en los programas. ● El diseño del programa y la participación de los sectores y actores no favorecieron la integración pedagógica. ● Algunas acciones preventivas no son favorables para construir la intersectorialidad, ya que son medidas sectoriales. ● No hay articulación entre los principios del programa de salud y el programa de educación, uno desde una visión medicada (suplemento de hierro) y el otro desde una visión social, económica y medioambiental (alimentación). ● La intersectorialidad depende de la iniciativa y la disposición de los gestores para dialogar y negociar. ● El sector de educación participa solo en la ejecución y operación del programa, no en la concepción ni en el diseño. 	<p>Educación y salud</p>

<p>Lencucha et al.(16)</p>	<p>Examinar las características institucionales de la Comisión Nacional para la Implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, las características institucionales que facilitaron o dificultaron su capacidad para promover el control del tabaco intersectorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Normas y reglas para la interacción gobierno-industria y el control del tabaco entre todos los sectores. ● Mayor coherencia a favor del control del tabaco por parte de actores que se oponían a estas medidas. ● La Comisión facilita las reglas y regulaciones del juego que promueven y protegen la capacidad del gobierno para legislar el control del tabaco. ● Algunos de sus miembros tienen relaciones directas con la industria tabacalera y defienden sus intereses. ● Divergencia de perspectivas entre el tabaco como un bien económico (producción, industria, comercio, empleo) y la salud pública. 	<p>Congreso, Salud, Relaciones Internacionales, Comercio e Industria, Agricultura.</p>
<p>Molina, et al.(17)</p>	<p>Comprender los aspectos involucrados en la toma de decisiones en políticas y programas de salud pública y su relación con el acceso y la calidad de estos programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Experiencias de articulación o cooperación intersectorial a corto plazo en programas y proyectos específicos. ● Las experiencias intersectoriales se manifiestan a través de: alianzas, contratos, acuerdos, pactos, mesas de trabajo, actas de compromiso y diagnósticos comunitarios. ● Algunos facilitadores de la intersectorialidad son: visión compartida del problema, pautas nacionales, continuidad del personal adecuado, la voluntad política del gobernante, el apoyo de los secretarios de finanzas y planificación. ● Entre las tensiones y dificultades relacionadas con la intersectorialidad se incluyen la poca capacidad para convocar a las autoridades, falta de consideración por el conocimiento local, iniciativa privada o individual, no institucional, conflictos interpersonales, competencia o rivalidad entre actores, desconfianza, problemas de lenguaje y comunicación entre políticos y técnicos, resistencia pasiva, regulaciones desarticuladas, complejas e inconsistentes, incompatibilidad de horarios y plazos. 	<p>Salud, Educación. Niñez, Cultura, Recreación y Deporte, Tesorería</p>
<p>Nunes, et al. (18)</p>	<p>Analizar las posibilidades y desafíos en la construcción de redes intersectoriales en salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● La necesidad de establecer alianzas con otros servicios de salud y otros sectores: familia, escuela recreación. ● La predominancia del modelo biomédico en la atención de salud psicosocial se centra en la institución, la enfermedad y la farmacología. 	<p>Salud, Justicia, Asistencia Social y Educación</p>
<p>Pinheiro et al.(19)</p>	<p>Analizar cómo se desarrolla el trabajo de educación sexual para adolescentes y jóvenes desde la perspectiva de la intersectorialidad entre salud y educación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● La responsabilidad predominante recae en el profesional de la salud ● Falta de integración intersectorial. ● Los docentes no han actualizado sus enfoques y clases sobre educación sexual. ● Falta de preparación profesional de los docentes para abordar temas relacionados con la sexualidad. ● Estructura organizativa sectorial fragmentada y relaciones de poder entre los sectores. ● La ausencia de acciones intersectoriales concretas para el desarrollo del trabajo de educación sexual para jóvenes y adolescentes. 	<p>Salud y Educación</p>

Pinho et al.(20)	Evaluar los recursos intersectoriales en la composición de redes para la atención de usuarios de crack.	<ul style="list-style-type: none"> • No hay intersectorialidad. No hay articulación con las autoridades judiciales como la Fiscalía o las brigadas militares. • El acceso a la red de atención se realiza a través del aparato legal y no por el sistema de salud. • Predomina una visión política estigmatizadora, prohibicionista y delictiva del consumo de crack en lugar de una visión de salud pública. El usuario es considerado un delincuente en lugar de una persona enferma. • Hay poca articulación con acciones no relacionadas con la salud a nivel social, recreativo o cultural como parte de medidas de apoyo y terapéuticas para el consumidor. 	Salud, Justicia, Asistencia Social
Pinto, et al. (21)	Analizar las acciones de promoción de la salud en un territorio y cómo reflejan los valores, principios y pautas de la política nacional de promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • La participación está restringida porque la comunidad no está involucrada en la planificación o evaluación de las acciones. • La red se centra en intereses institucionales en lugar de intereses comunitarios. • La red reproduce el concepto tradicional basado en la asistencia. • Prevalce una lógica preventiva, higienista, clínica y biomédica en las acciones de salud. 	Asistencia social, educación, salud, comunidad.
Pinto, et al.(22)	Analizar discursos, representaciones y enfoques sobre la salud y la promoción de la salud en las escuelas	<ul style="list-style-type: none"> • Predominio del modelo médico de salud, clínico y biológico en el discurso y la práctica social de los profesores de escuela pública. • Los docentes separan la salud de sus determinantes sociales y responsabilizan a la persona por su salud. • La promoción de la salud se asume como la prevención de riesgos a través de cambios en el comportamiento. 	Salud y Educación
Tirado, et al.(23)	Mapear las políticas existentes que abordan la malnutrición en todas sus formas en América Latina	<ul style="list-style-type: none"> • En algunos países, se han incorporado acciones nutricionales en políticas de protección social y seguridad alimentaria en sectores como la educación, el medio ambiente, la agricultura y el empleo. • Las políticas carecen de una integración intersectorial para promover la nutrición y prevenir enfermedades no transmisibles. 	Salud, educación, medio ambiente, agricultura.

Los estudios incluidos en nuestra revisión reflejan algunos elementos característicos para comprender las experiencias intersectoriales o las acciones de salud en sectores distintos a este. Aunque no tenían un alcance evaluativo, la mayoría de ellos refleja dificultades y problemas para una acción intersectorial efectiva. En algunos de estos estudios se reflejó cómo el modelo biomédico, clínico y preventivo basado en la enfermedad como punto de acción puede limitar la acción intersectorial dada la imposibilidad de generar consensos o acuerdos con otros sectores (18, 21, 22).

Un segundo aspecto a considerar en el análisis de los estudios es que la acción del Estado parecería estar tradicionalmente separada en los diferentes sectores; cada institución pública que representa un sector tiene sus programas o acciones y existe resistencia para trabajar de manera articulada. El estudio sobre el BRT (12) o los relacionados con la salud escolar (14,15), donde sectores como movilidad, transporte y educación operan de manera sectorial con muchas dificultades para reconocer el papel del sector salud en sus programas o políticas. Por otro lado, las diferentes posiciones ideológicas pueden afectar de manera negativa la construcción de una colaboración intersectorial. Temas tales como el consumo de drogas psicoactivas, la salud sexual y reproductiva y el enfoque de género (19, 20) generan tensiones porque reflejan diferentes posiciones y creencias entre las personas. Después de todo, los distintos sectores, salvo salud, mantienen posiciones tradicionales al respecto. Estos conflictos en el terreno ideológico también constituyen una limitación significativa para la acción

intersectorial.

Con relación a lo anterior, la intersectorialidad se enfrenta a prácticas específicas de cada sector en términos de desempeño y actividades que los funcionarios de las instituciones realizan a diario. De esta manera, trabajar de manera colaborativa entre sectores puede generar resistencia debido a la percepción de mayores cargas de trabajo, compromisos y responsabilidades de las que suelen tener cuando actúan solo de manera individual, institucional y sectorial (13).

Sin embargo, con respecto a los sectores vinculados o considerados en los estudios incluidos en esta revisión, los que investigan la colaboración intersectorial entre salud y educación parecen tener un mayor interés en áreas como promoción de la salud, educación sexual y nutrición (14, 15,19). Hay muy poca investigación que integre sectores como transporte (12) o actividad física en el análisis (10). Se destacan los estudios que incluyen al sector de la justicia, especialmente en problemas relacionados con violencia contra las mujeres, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (9, 18, 20).

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente revisión de alcance fue mapear la literatura científica sobre estudios que examinan la intersectorialidad y el enfoque HiAP en los países de ALC, en el período 2011-2021. El análisis de los 15 estudios que se incluyeron muestra lo siguiente: 1. Brasil es el país que ha realizado y publicado la mayoría de los estudios sobre intersectorialidad en salud en la región de América Latina; 2. Casi todos los estudios son cualitativos, con muestras intencionales o no probabilísticas; 3. Solo hay una investigación cuantitativa; 4. Es extremadamente complejo llevar a cabo acciones intersectoriales efectivas; 5. La predominancia de los modelos preventivos y biomédicos puede limitar la intersectorialidad; 6. Los aspectos ideológicos en torno a ciertos problemas de salud pública en conflicto representan un desafío para construir acciones intersectoriales y 7. La resistencia al cambio, la innovación y la incertidumbre frente a la colaboración entre sectores son barreras para estas iniciativas conjuntas.

Entre los estudios revisados, es destacable que ninguno de ellos aborda el enfoque HiAP, pero conceptualmente se basan en la intersectorialidad, el trabajo o la acción intersectorial. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (4),

el enfoque HiAP se promueve principalmente en países con una capacidad significativa para regular los mercados, coordinar la provisión de servicios sociales y aplicar políticas redistributivas a través de impuestos u otros mecanismos, aspectos que no se dan en la mayoría de los países de ALC, con capacidades más limitadas.

Por otro lado, el escaso número de estudios incluidos en nuestra revisión es coherente con lo que Shankardass (24) y la OPS (4) habían señalado previamente: el creciente interés y el uso de acciones intersectoriales no van de la mano con la investigación que aborda su implementación, en términos de su éxito o fracaso. Una revisión de la literatura internacional realizada en 2018 por Corbin (25) respondió al objetivo de identificar procesos de alianza en la promoción de la salud, encontrando 26 estudios realizados entre 2007 y 2015, un período de 8 años, en su mayoría de Estados Unidos, y ninguno en ALC. Otra revisión similar sobre la promoción de la salud fue hecha por Reza (26) en 2021 para mapear la literatura existente entre 2001 y 2015 sobre intersectorialidad y el enfoque HiAP, se encontraron 52 artículos en la revisión según los criterios de inclusión establecidos; la mayoría de los estudios provienen de Estados Unidos, nuevamente, y en menor medida de Alemania, Canadá y Australia. Entre los países de ALC, solo se encuentra Brasil, con solo un estudio. De los 52 estudios, 27 se clasificaron como salud pública, 6 como salud mental y 6 como salud escolar.

Gugliemin y otros investigadores (27) realizaron una revisión de alcance sobre la implementación del enfoque HiAP a nivel local entre 2002 y 2016. La mayoría de los estudios que ingresaron a la revisión provienen de América del Norte y Europa, 14 de 23 artículos, y ninguno de ellos proviene de los países de ALC. Los autores indican que la escasa evidencia científica sobre HiAP se debe a que es un tema relativamente reciente.

En conclusión, es importante avanzar y fortalecer la investigación en todos los países de ALC, especialmente en aquellos con menos experiencias y acciones de carácter intersectorial. Esto es necesario para abordar los problemas de salud pública de las poblaciones tanto a nivel local como nacional, desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la promoción de la salud. La investigación podría generar evidencia para orientar y fortalecer la toma de decisiones con respecto a las políticas bajo un enfoque de DSS.

Además, sería positivo realizar más estudios que aborden metodologías mixtas, combinando análisis cuantitativos o cualitativos, cuyos resultados contribuirían a una mejor comprensión de la intersectorialidad, los límites y requisitos ante los aspectos ideológicos o las dinámicas burocráticas particulares en cada sector.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diez E, Camprubí L, Ferrelí R. Recommendations with technical and operational guidelines for strengthening the Intersectoral Public Health Commission in Colombia. Bogotá DC: Eurosocial, Public Health Agency of Barcelona, Ministry of Health and Social Protection; 2015.
2. Pan American Health Organization. Intersectorality and equity in health in Latin America: an analytical approach. Washington, DC: PAHO; 2015.
3. Solar O, Valentine N, Rice M, Albrecht D. Moving forward to Equity in Health: What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Nairobi: 7th Global Conference on Health Promotion; 2009.
4. Pan American Health Organization. Intersectorality and equity in health in Latin America: an analytical approach. Washington, DC: PAHO; 2015.
5. World Health Organization. Health in All Policies: Framework for Country Action. Geneva: WHO; 2015.
6. Sanz-Tolosana E. Health in all policies. Notes for action. *Aposta Journal of Social Sciences* [Internet]. 2015;(66):122–47. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495950262006>
7. Baum F, Lawless A, Delany T, Macdougall C, Williams C, Broderick D, et al. Evaluation of Health in All Policies: Concept, theory, and application. *Health Promote Int*. 2014 Jun 1;29(S1):i130–42.
8. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute; 2021.
9. de Aguiar JM, D'oliveira AFPL, Schraiber LB. Historical changes in the intersectoral network of services targeted at violence against women – São Paulo, Brazil. *Interface: Communication, Health, Education*. 2020;24:e190486.
10. Andrade DR, Garcia LMT, Perez DCP. Local collaborations for physical activity promotion: A network analysis. *Cad Saude Publica*. 2018;34(10):e00127517.
11. Arcos-Griffiths E, Vollrath-Ramírez A, Muñoz-González LA, Sánchez-Segura X. Understanding the management of public policy for the comprehensive protection of children in Chile. *Rev Gerenc and Polit Salud*. 2016 Jul 1;15(31):51–62.
12. Babajide O, Martins DC, Maani N, Abdalla SM, Gomez EJ, Pongsiri MJ, et al. Improving Decision-Making for Population Health in Nonhealth Sectors in Urban Environments: the Example of the Transportation Sector in Three Megacities—the 3-D Commission. *J Urban Health*. 2021 Aug 1;98(Suppl 1):S60–8.
13. Barros J de O, Daldon MTB, Rocha T de O, Sznalwar LI, Lancman S. Intersectorality in health and work in the current Brazilian context: The utopia of reality? *Interface: Communication, Health, Education*. 2020;24:e190303.
14. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, Amaral JHL do, Machado KM, Senna MIB. Intersectoral Networks of the Health Program at School: perceptions and practices. *Public Health Cad*. 2018;34(5):e00104217.
15. Dias PC, Henriques P, Ferreira DM, Barbosa RMS, Soares DSB, Luquez TM de S, et al. Challenges of inter-sector collaboration in public policies: The dilemma between nutritional supplementation and the promotion of healthy eating in schools. *Cad Saude Publica*. 2018;34(12):e00035218.
16. Lencucha R, Drope J, Bialous SA, Richter AP, da Costa E Silva VL. Institutions and the implementation of tobacco control in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2017;Sup 3:e00168315.
17. Molina-Marín G, Ramírez-Gómez A, Oquendo-Lozano T. Inter-sectoral and inter-institutional cooperation and coordination in public health within the market model of the Colombian health care system, 2012-2016. *Public Health Magazine*. 2018 May 1;20(3):286–92.
18. Nunes CK, Olschowsky A, Silva AB da, Kantorski LP, Coimbra VCC. Mental health in children and adolescents: a vision of the professionals on challenges and possibilities in building up intersectoral networks. *Rev Gaucha Enferm*. 2019;40:e20180432.
19. Pinheiro A de S, Silva LRG da, Tourinho MBA

- da C. The health strategy of the family and the school in sexual education: an intersectoral perspective. *Work, Education, and Health*. 2017 Dec;15(3):803–22.
20. Pinho LB de, Wetzel C, Schneider JF, Olschowsky A, Camatta MW, Kohlrausch ER, et al. Evaluation of intersectoral resources in the composition of care networks for crack users. *Anna Nery School*. 2017 Oct 26;21(4):e20170149.
 21. Pinto MB, Silva KL. Health promotion in the territory: strengths and challenges of local projects. *Anna Nery School*. 2019;23(1):e20180282.
 22. Pinto MB, Silva KL. Health promotion in schools: speeches, representations, and approaches. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180774.
 23. Tirado MC, Galicia L, Husby HB, López J, Olamendi S, Chaparro MP, et al. Mapping of nutrition and sectoral policies addressing malnutrition in Latin America. *Rev Panam Public Health*. 2016;40(2):114–23.
 24. Shankardass K, Renahy E, Muntaner C, O’Campo P. Strengthening the implementation of health in all policies: A methodology for realist explanatory case studies. *Health Policy Plan*. 2015 May 1;30(4):462–73.
 25. Hope Corbin J, Jones J, Barry MM. What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promote Int*. 2018 Feb 1;33(1):4–26.
 26. Reza Amir Esmaili M, Damari B, Hajebi A, Rafiee N, Goudarzi R, Haghshenas A. Basic Criteria, Models, and Indicators of Intersectoral Collaboration in Health Promotion: A Scoping Review. *Iran J Public Health* [Internet]. 2021;50(5):852–65. Available from: <http://ijph.tums.ac.ir>
 27. Guglielmin M, Muntaner C, O’Campo P, Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. Vol. 122, *Health Policy*. Elsevier Ireland Ltd; 2018. p. 284–92.