



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada. Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATII20618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

Año: VI Número: 1 Artículo no.:37 Período: 1ro de septiembre al 31 de diciembre del 2018.

TÍTULO: La educación para la salud desde un enfoque intersectorial. ¿Tierra de nadie o tierra de todos?

AUTORES:

1. M.D. Oswaldo Sebastián Huilca Villena.
2. M.D. Carlos Alexander Borja Delgado.
3. M.D. Luis Andres Tapia Verdesoto.
4. M.D. Daysi Alejandra León Sanguano.
5. M.D. Diego Alfredo Burbano Bastidas.
6. M.D. Eduardo Fabricio Calero Jiménez.

RESUMEN: La necesidad de fortalecimiento, continuidad y alcance del bienestar colectivo, no se sustenta exclusivamente en las funciones del sector de la salud, sino que debe ser asumida como responsabilidad compartida con otros sectores gubernamentales, aunque siempre contando con su liderazgo y rol asesor, que deberá desde lo interdisciplinario, asegurar la capacitación de los agentes involucrados. Ello motiva a considerar como propósito del presente estudio, fundamentar la necesidad de implementación de la educación para la salud, desde un enfoque intersectorial, en la solución de problemas de salud.

PALABRAS CLAVES: educación para la salud, intersectorialidad.

TITLE: Health education from an intersectoral approach. No man's land or everyone's land?

AUTHORS:

1. M.D. Oswaldo Sebastián Huilca Villena.
2. M.D. Carlos Alexander Borja Delgado.
3. M.D. Luis Andres Tapia Verdesoto.
4. M.D. Daysi Alejandra León Sanguano.
5. M.D. Diego Alfredo Burbano Bastidas.
6. M.D. Eduardo Fabricio Calero Jiménez.

ABSTRACT: The need of strengthening, continuity and scope of collective well-being is not based exclusively on the functions of the health sector but must be assumed as a shared responsibility with other governmental sectors, although always counting on their leadership and advisory role, which must be interdisciplinary, ensuring the training of the agents involved. This motivates the consideration of the purpose of this study to establish the need of the implementation of health education from an intersectoral approach in the solution of health problems.

KEY WORDS: health education, intersectoriality.

INTRODUCCIÓN.

El enfoque de intersectorialidad para aportar solución, incluso a los más complejos problemas de salud, según la visión de Sarker y Joarder (2012), no data de fecha reciente y ratifica que múltiples sectores en acción conjunta pueden servir de soporte a la promoción y educación para salud. En este orden de ideas, resulta indispensable resaltar el rol desempeñado por los documentos de constitución en 1948 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Declaración de Alma Ata en 1978 y el Informe Lalonde en 1974, que como elemento en común tomaron como punto de partida un nuevo modo de abordar el estado de salud de la población. En este último documento, se declaraba la mutua imbricación de la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el desarrollo de los servicios y los sistemas sanitarios como determinantes del estado de salud de la población. La inclusión de factores sociales y culturales para estudiar la salud de las comunidades e

individuos, condujo a la necesidad de aproximación con intención interdisciplinaria a otros sectores para un abordaje de salud aún más fortalecido y objetivo.

Sanabria (2004), por su parte destaca, que en el Informe Lalonde se privilegia a la educación para la salud al aludir a la influencia de la educación sobre los estilos de vida, y por primera vez se responsabiliza al individuo por su propia salud en tanto sus hábitos constituyen determinantes, por lo que se quita el peso de la carga a los sistemas de salud.

En la Carta de Ottawa y la Conferencia de Atención Primaria, se declaran entre otros aspectos, el papel de otros sectores relacionados con la salud de la población, destacando al sector educacional por su labor de enseñanza en salud, de modo que la salud deja de ser un aspecto únicamente tratado desde la mirada de los sistemas sanitarios.

En este particular, se resalta también la esencia del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, que incluyó factores políticos, económicos y sociales en el proceso salud-enfermedad. Ciertamente, estos documentos refrendan la importancia de la intersectorialidad con el sector sanitario (Sarker y Joarder, 2012).

Resulta esencial lograr la comprensión del carácter multifactorial y multidimensional del proceso salud-enfermedad, basado en la determinación de pautas que permitan el desarrollo de la promoción, a partir de programas de educación en salud capaces de sensibilizar a los individuos en su propio autocuidado en pos de una cultura saludable (Sánchez, Romero y Hernández, 2015).

La reconocida complejidad de los problemas de salud y su génesis variable en los sistemas sociales y económicos, dificulta su solución a partir únicamente del accionar del sector salud (Castell-Florit, 2007). La importancia de la intersectorialidad en salud, según el criterio de Castell Florit, Gispert y Lozano (2015), se explica a partir de la concepción del proceso salud-enfermedad, cuya naturaleza no es determinística, y que a su vez se subordina a condiciones preexistentes y de naturaleza multivariada; es decir, que puede verse como un sistema no lineal y complejo. El sistema de salud, cuyos componentes son interacciones con reglas simples, se comporta similarmente al mencionado proceso en cuanto a la no linealidad y carácter no determinístico que también parte de condiciones

previas. De este modo, en la intersectorialidad, se manifiesta la interacción entre nodos de redes complejas. Ello explica la importancia del constructo, que no se circunscribe como pudiera pensarse, a la simple toma de decisiones por un grupo de personas de diferentes sectores. Roth y Molina (2013), a partir de esta posición establecen como objetivo de la intersectorialidad, a la definición de políticas públicas. Múltiples son los ejemplos de participación de otros sectores en programas de salud donde se ha demostrado que la producción social de la salud, no es responsabilidad única y patrimonial del sector salud, sino también de otros sectores de la economía y la sociedad.

Rojas (2010 y 2014) considera a la dinámica, pensamiento y accionar de la intersectorialidad, como las bases en el logro de salud bienestar y calidad de vida, al tomar en cuenta la participación de los involucrados en su construcción, tomando como premisa que la salud es un asunto de todos; sin embargo, aún se aprecian ciertas falencias que no permiten un abordaje acertado a los problemas de salud con un enfoque intersectorial, hecho que por lo general se genera porque no hay una línea de pensamiento sólida que contribuya a un mejor entendimiento de las políticas públicas de salud con un enfoque intersectorial, y en consecuencia, dificultan en algunos contextos el empleo de la intersectorialidad a nivel global y local en acciones de educación para la salud, como eje primario en la solución de problemas.

Siguiendo este orden de ideas, Castell-Florit (2007) ve en la intersectorialidad un carácter dual, en tanto es solución y problema: solución que partiendo de la enfermedad, conduce al bienestar, y problema al ser subvalorada por agentes y agencias involucradas con el proceso salud enfermedad, además de que encuentra trabas en las actitudes e ideas que no se han modificado con la celeridad que requieren los procesos actuales. La complejidad de las relaciones intersectoriales que implican al sector salud demanda, en principio, la capacitación de decisores y recursos humanos en salud con vistas a desempeñar eficazmente el trabajo intersectorial, formación que implica compartir distintos lenguajes, espacios, organizaciones, puntos de vista distintos y complementarios en programas y planes de corresponsabilidad compartida.

La educación para la salud y la promoción de la que la primera constituye una poderosa herramienta, deben responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en la sociedad. Para abordarlas, tres son las áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales. Estas áreas de intervención van a condicionar los objetivos y planteamientos de la formación, ya que son necesarios conocimientos, actitudes y habilidades para comprender y abordar estas necesidades en salud, y los factores con ellas relacionados. Por otra parte, se requiere una acción intersectorial que conduzca a la promoción de la salud de la población.

Los sistemas de salud independientemente del contexto en que operen, han de garantizar el bienestar físico, psíquico y social del hombre, y aunque no hay dudas en torno a sus enfoques desde lo curativo, no ocurre así cuando se trata de la definición de políticas públicas en salud, así como también de su implementación y control con la participación social y de los diversos sectores de la sociedad; para ello, se hace indispensable la labor de la educación para la salud, como herramienta de la Promoción de salud, enriquecida por la visión que aporta el enfoque intersectorial, por lo cual el presente trabajo persigue fundamentar la necesidad de implementar la educación para la salud, desde un enfoque intersectorial, en la solución de problemas de salud.

DESARROLLO.

La OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS) (2014) admiten, que en Latinoamérica se evidencian modificaciones que apuntan hacia aspectos positivos que redundan en amplios beneficios para las comunidades, tales como la lucha contra la pobreza, el crecimiento en la economía, y avances en las reformas de los sistemas de salud, pero a su vez admiten que no se han erradicado la pobreza, los bajos ingresos, ni los problemas inherentes a la exclusión y falta de acceso a servicios de salud de calidad, lo cual tiene como consecuencia un alto costo en lo social, que se traduce en la aparición de problemas de salud, como lo son la presencia en el mismo ámbito de un incremento de la esperanza de vida sin calidad, las enfermedades transmisibles y no

transmisibles, todo ello signado por el fracaso que representa el no alcanzar la meta de disminución de la mortalidad materna de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015 y la mortalidad infantil (García, et. al, 2013; Vásquez, Paraje, y Estay, 2013; OPS/OMS, 2014; Castell-Florit, et. al, 2015).

Castell-Florit (2007) califica a la salud como un sistema complejo, en tanto integra un elevado número de jerarquías, relaciones, propiedades y fronteras, con diversas formas de combinarse entre sí, y además, subordinados a una dinámica elevada con una presencia de las categorías notoria de la posibilidad, causalidad y casualidad. Suárez (2017), por su parte estima, que los problemas de salud en la actualidad son complejos y tienen una naturaleza universal; aspectos que dificultan determinar sus límites en términos de comienzo y terminación, tanto en su causa como en su posible solución, significando que estos cada vez demandan de estrategias cuyo carácter permita la unión armónica de actores y diferentes conocimientos aportados por las disciplinas científicas, pero entonces, dada la complejidad de la salud y sus problemas, ¿cómo se hace posible educar en salud?.

Según la visión de Carvajal, Torres, Pascual, Jústiz y López (2007), al presuponer que la educación es un proceso permanente de formación del ser humano que lo acompaña desde su nacimiento hasta la muerte, y considerar que la educación multilateral se extiende a la existencia física, moral e intelectual del hombre, entonces la educación multilateral implica educar en salud, significando la contribución al desarrollo de habilidades, hábitos y actitudes positivas hacia modos y estilo de vida saludables y hacia la propia salud. Ello conduce, entonces, al análisis de la definición conceptual de la educación para la salud.

La Educación para la salud encuentra sus bases en la interrelación entre las categorías más significativas de la Salud y la Educación, entre las que se encuentran la enseñanza, la instrucción, la socialización, la promoción de salud, la prevención, y la calidad de vida. Ellas fundamentan las políticas públicas educacionales y de salud pública, sistematizando también en un sentido dialéctico al análisis de la educación para la salud y del desarrollo de la promoción de salud, de la que la educación para la salud es una herramienta.

En 1991, la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO) y la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Infancia (UNICEF) definen conjuntamente a la Educación para la Salud como el conjunto de oportunidades educativas a favor de la salud tanto dentro como fuera de la escuela, que actúen para armonizar los mensajes de salud procedentes de diversas fuentes y que capacite a los niños y jóvenes a actuar a favor de una vida sana y de mejores condiciones de salud; es decir, que ella como constructo representa las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente para facilitar cambios de conducta para el logro de una meta predeterminada, relacionándose con la prevención de enfermedades y constituye un medio para modificar ciertos comportamientos, entendidos como factores de riesgo.

En esta definición conceptual subyace el carácter intersectorial de las acciones educativas en salud, en tanto no se la limita o circunscribe a los límites de la escuela, sino que los trasciende, dando paso entonces a acciones educativas realizadas por otras agencias y agentes que también pueden ser portadores y transmisores de los mensajes de salud. Como proceso educativo tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva; por su parte, la Promoción de salud, se refiere a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de su salud. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. Así la educación de la salud es un instrumento transversal que afecta a cada uno de los niveles descritos de la atención integral. De esta forma la educación para la salud es un instrumento para la adaptación social, la asistencia, la prevención y la promoción, de la cual se sirve técnica y metodológicamente (Carvajal et al, 2007; Almeida, Mori, Fagundes, Montoya y Coelho, 2013).

La intersectorialidad, según la definición conceptual de la OMS/OPS (1999), es el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar bienestar y calidad de vida de la población. Castell-Florit et. al (2015) señalan, que esta figura ha encontrado sus condiciones de

desarrollo como tecnología de gestión de producción de salud, que a su vez forma parte de programas de salud, estrategias y políticas.

Ciertamente, se reconoce que durante años, la visión médica ha sido a su vez hegemónica, monocentrista, y en consecuencia, incuestionable, fiel a las prerrogativas que la sociedad le ha otorgado. Si bien ya se vislumbran algunas modificaciones positivas en las actitudes que antes no daban cabida a criterios que no emanaran del sector sanitario para evaluar un problema de salud, o para darle solución, aún es factible enriquecer un enfoque que conduzca a considerar a la salud como resultante de un proceso complejo que se construye entre todos y en el que se justifica la realización de acciones intersectoriales como recurso imprescindible en la preservación y en la solución de los problemas de salud. La perspectiva hegemónica de la salud y la sociedad, en su conjunto, incide en la naturaleza de la relación del sector salud con otros sectores y entre los propios sectores. Se evidencia, además, el modo en que esta mirada modifica la conceptualización de la intersectorialidad que llega incluso a redimensionar el papel que juega la participación social en ella, privilegiando el alcance de la gestión del Estado, por encima del abordaje de los determinantes de salud y los logros en la reducción de las inequidades sociales (Etienne, 2013; OPS, 2015).

Obtener logros en salud demanda de la armonización de diversos factores y condiciones, tomando en cuenta que generalmente coinciden diferentes mecanismos sociales en la génesis del proceso salud enfermedad. Estas condiciones, en su mayoría, están más allá del ámbito sanitario, de ahí que no será posible, en consecuencia, dar solución a los problemas de salud por el accionar de salud únicamente, o por el de otro sector aislado. De igual modo se dificulta la modificación o mejora del estado de salud de la población en un contexto determinado, por no ser suficiente su incidencia sobre los llamados determinantes de salud. Todo lo anterior justifica con creces la necesidad del trabajo intersectorial, máxime cuando existen abundantes evidencias que apuntan a que los problemas de salud más complejos se encuentran en el contexto de sectores bien diferentes al sanitario (OPS, 2015).

Según estima Cunill (2014), la intersectorialidad como relación entre dos o más sectores de gobierno, no representa únicamente un mejor desempeño en la prestación de servicios públicos, si bien este puede estar presente. En la actualidad, la perspectiva es otra que se centra en la solución del problema, lo que implica que en caso de que este sea de índole multicausal, un tratamiento integral al abordarlo resultaría mejorado a partir de la integración sectorial. De modo que la relación entre diferentes sectores de gobierno ocupa la situación “centro”, gracias a la búsqueda de la integralidad en el tratamiento que se dé a los problemas o diversas situaciones sociales. Esta perspectiva significa un resultado más amplio en todo sentido, en tanto va más allá de la entrega a un público de aquellos servicios inherentes a sus funciones respectivas, pues responden articuladamente a situaciones sociales, o a la prevención de problemas complejos de tipo multicausal. Es importante significar, que las relaciones de colaboración entre sectores, son de naturaleza no jerárquica que pueden incluso no tener una naturaleza contractual.

El interés por la intersectorialidad, como temática, se mantiene activo, propulsado por el sector de salud desde los años 80. La percepción que advierte sobre la existencia de los llamados determinantes sociales de salud -por demás con complejas interacciones entre sí – presupone un rol de liderazgo al sector salud, así como un accionar que sea capaz de trascender las fronteras de los programas de salud gubernamentales que implementa. Resulta importante, en el contexto actual, el que se jerarquice el tema de “salud en todas las políticas”, que de hecho legitima y privilegia el liderazgo del sector, por su mayor sensibilidad (Engström, 2013; Evans, Hsu & Boerma, 2013; Gutiérrez y Lezama, 2013; World Health Organization, 2013; Cunill, 2014; McQueen, Wismar, Lin y Jones, 2015).

Cuando las acciones intersectoriales de salud objetivizan la acción social y la visión con la que se percibe la salud, se implementa la vía que propicia la disminución de inequidades, daños diferenciales y exposición desigual a riesgos, estratificación y vulnerabilidad (Castell Florit y Gispert, 2012; García y Vélez, 2013; Castell Florit, Gispert y Lozano, 2015).

La OMS señala, que para combatir las desigualdades sociales, es necesario que los países enfoquen sus políticas públicas en modificar los determinantes sociales de la salud (DSS) y elaboren políticas de salud que estén en sintonía con las necesidades locales y tengan en cuenta a los grupos sociales más vulnerables. En efecto, el abordaje de los DSS propuesto por la OMS busca eliminar inequidades en salud a través de acciones multisectoriales (Stoney y Batalova, 2013; Doyle y Stiglitz, 2014; Juárez, Márquez, Salgado, Pelcastre, Ruelas y Reyes, 2014; Chin y Culotta, 2014; Becerra, 2015; Munayco et al., 2015).

La intersectorialidad nace con una concepción que la convierte en paradoja cuando deviene solución y problema: Soluciona al aportar una vía para el tránsito de la enfermedad al bienestar y es problema al no ser valorada en su justa dimensión o en caso de serlo, resulta obstaculizada por diferentes enfoques y líneas de pensamiento que no marchan a ritmo actualizado. De ahí, la importancia de que el sector sanitario prepare a los agentes de los diversos sectores gubernamentales, institucionales y privados según el caso, para lograr un óptimo abordaje de los problemas que inciden negativamente en el bienestar de las personas.

Ello se logra con la educación para la salud, a partir de la cual se debe capacitar a los agentes involucrados, logrando profundizar en el conocimiento inherente a los factores que intervienen en el desarrollo de la acción intersectorial de salud, que según Castell-Florit (2007), se clasifican en tres grupos: a) los que demandan la acción intersectorial; b) los que condicionan la respuesta intersectorial y c) los que caracterizan o desencadenan la respuesta intersectorial.

El primer grupo se relaciona con los problemas que trascienden los recursos y propósitos del sector salud y que se asocian a condiciones naturales y epidemiológicas del trabajo y sociales. El segundo grupo incluye de forma holística a todos los involucrados en la respuesta al problema de salud y al propio sistema sanitario, incluyendo además estrategias, planes, programas y proyectos de salud, mecanismos de coordinación y comunicación entre sectores entre otros. Al tercer grupo pertenece la voluntad política. Nos referimos al lugar en que tiene su ejecución la acción intersectorial y expresan las relaciones entre lo que se prevé y la capacidad de respuesta estructural.

La brecha entre la teoría y la práctica, en lo que a intersectorialidad se refiere, es bien difícil de recorrer, pues en primer término resulta necesario lograr por parte del sector salud una clara definición del peso específico que tiene cada sector en la situación epidemiológica existente, para poder insertarlos adecuadamente en la estrategia y plan de acción, mediante programas y proyectos. El dominio que tenga el sector salud de los problemas que presenta y las soluciones es vital para lograr la participación de los restantes sectores.

La educación para la salud es la herramienta que debe emplearse con enfoque intersectorial, con vistas a garantizar la formación en salud que requieren los agentes pertenecientes a los diversos sectores gubernamentales involucrados en los problemas de salud de la población. Se ha de tomar en cuenta que la formación es un requisito básico para la consecución de cualquier objetivo, por lo que la capacitación profesional se convierte en un condicionante para lograr un sistema sanitario, y también educativo, orientado a la prevención y la promoción de la salud. Esta forma de superación constituye un elemento esencial para el desempeño correcto y eficaz de un ejercicio profesional de calidad, sin el que difícilmente se pueden plantear objetivos profesionales para resolver un problema o satisfacer una necesidad. De la misma manera, para el desarrollo de la promoción de salud y la práctica de la educación para la salud, es imprescindible incluso un condicionante, que es disponer de una formación suficiente y de calidad, coherente con las funciones y el papel de los profesionales.

El reto actual es que hoy ya son numerosos los planes integrales y los programas intersectoriales que exigen la formación conjunta de profesionales de distintos sectores para compartir nuevos espacios de intervención común, que exige nuevas capacidades y conocimientos al respecto. A ello se suman, entre otros aspectos, que los itinerarios formativos de los diferentes colectivos profesionales en promoción y educación para la salud son heterogéneos, y responden, especialmente, en las profesiones sanitarias a un modelo de hegemónico, biomédico e individual. Aún persisten dificultades en la comprensión y el análisis de los factores psicosociales y culturales relacionados con los procesos de salud-enfermedad, por parte de los profesionales implicados, así

como para la integración de paradigmas cualitativos propios de las ciencias sociales y carencias a la hora de desarrollar modelos formativos que sean interdisciplinarios y concebidos por equipos multidisciplinares.

Un ejemplo reconocido en materia de intersectorialidad en salud lo constituye el logro de Cuba, que la ha desarrollado como tecnología de gestión para la producción de salud y forma parte de políticas, estrategias y de varios programas de salud, de modo que la gestión intersectorial ha incrementado el capital social y los espacios de acción, lo que ha elevado la capacidad resolutive de los problemas de salud de la población.

CONCLUSIONES.

Se reconoce que la salud representa un fenómeno complejo y estado de bienestar que resulta determinado por factores socioeconómicos únicamente transformados por la sociedad. De ahí que resulte indispensable para la solución de los problemas, un esfuerzo conjunto que garantice tanto una definición objetiva de políticas públicas, como la elaboración de programas, planes y proyectos intersectoriales.

La necesidad de fortalecimiento, continuidad y alcance del bienestar colectivo no se sustenta exclusivamente en una justificación moral o en el cumplimiento de programas por parte del sector de la salud, sino que deviene en cuestión práctica de eficacia por conseguir metas sociales de manera que en el caso de la salud será asumida como responsabilidad compartida de decisores de salud, sectores de gobierno de la que no se excluye a la propia participación social (Sanabria y Benavides, 2003). Esto significa, el carácter limitante de políticas que depositen la responsabilidad de solucionar los problemas de salud en un solo sector, cuando preservar o mantener la salud es obligación de la sociedad toda, siendo una obligación de hacer por parte de los sectores sociales y de la economía, el aporte de recursos de todo tipo, siempre contando con el rol asesor del sector de salud, dispuesto a compartir su liderazgo en caso necesario según la naturaleza del problema a solucionar. La intersectorialidad entonces implica el trabajo coordinado de instituciones en

intervenciones destinadas a transformar la situación de salud en el sentido de bienestar y calidad de vida de la población.

La Educación para la salud es necesidad estratégica, cuya base se encuentra en las perspectivas actuales que le aporta el enfoque intersectorial, de ahí que resulte esencial su rol como elemento encaminado a la preparación de los sectores gubernamentales como representantes de las fuerzas de poder y sociales, en la solución de los problemas de salud que inciden en el bienestar de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Almeida G., Mori Sarti, F., Fagundes Ferreira, F., Montoya Diaz, M.D. y Coelho Campino, A. C.(2013). Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. *Rev. Panam. Salud Pública*, 33(2),90–97.
2. Becerra Posada, F. (2015). Equidad en salud: mandato esencial para el desarrollo sostenible. *Rev. Panam Salud Pública*, 38(1),1-4.
3. Carvajal Rodríguez, C., Torres Cueto, M. A., Pascual Betancourt, P., Jústiz Charón, E. y López Gómez, A. B. (2007). *Prevención integral y Promoción de salud en la escuela*. País Vasco, España: Diputación Foral de Bizkaia.
4. Castell-Florit, S. P., y Gispert Abreu, E. A. (2012). Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. *Rev. Cubana de Salud Pública*, 38(5), 823-833.
5. Castell-Florit, Serrate. P. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Rev. Cubana Salud Pública*, 33(2).
6. Castell-Florit, Serrate. P., Gispert Abreu, E. A. y Lozano Lefrán, A. (2015). Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. *Rev. Cubana Salud Pública*,41(1).

7. Chin, G. y Culotta, E. (2014). The science of inequality: what the numbers tell us. *Science*, 344(6186),819-821.
8. Cunill Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gest. polít. pública*, 23(1).
9. Doyle, M.W. y Stiglitz, J.E. (2014). Eliminating extreme inequality: a Sustainable Development Goal, 2015-2030. *Ethics & International Affairs*, 28(1),5-13.
10. Engström, H. (2013). Reinvesting in health post-2015. *The Lancet*, 382(9908), 1861-1864.
Recuperado de: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62560-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62560-X/fulltext)
11. Etienne, C. (2013). Equidad en los sistemas de salud. *Rev. Panamer Salud Pública*, 33(2), 812.
Recuperado de: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&g=5id51&Itemid
12. Evans, D., Hsu, J. & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bull World Health Organization*. Recuperado de: doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450.pdf>
13. García Ramírez, J. A. y Vélez Alvarez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Rev. Cubana Salud Pública*, 15(5), 731-742. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42230941007>
14. Gutiérrez, L.M. y Lezama, M.A. (2013). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de salud pública. México: Instituto Nacional de Geriatria.
Recuperado de: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones_ig/Prop_Plan_Accion_Envejecimie nto_Salud

15. Juárez Ramírez, C., Márquez Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre Villafuerte, B.E., Ruelas González, M.G. y Reyes Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev. Panam Salud Publica*, 35(4),284–290.
16. McQueen, D.V., Wismar, M., Lin, V. y Jones, C.M. (2015). Salud en Todas las Políticas, los determinantes sociales de la salud y la gobernanza. En D.V. McQueen, M. Wismar, V. Lin, C.M. Jone y M. Davies (eds.). *Gobernanza Intersectorial para la Salud en Todas las Políticas. Estructuras, acciones y experiencias* (pp. 56- 98). Copenhague, Dinamarca: Editorial OMS.
17. Munayco, C.V., Mújica, O.J., León, F.X., del Granado, M. y Espinal, M. (2015). Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. *Pan Am J Public Health*, 38(3),177-185.
18. Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública, Ottawa, Canada.
19. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de salud (OMS, OPS). (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14. Washington, D.C.: OPS/OMS. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es
20. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de salud (OMS, OPS). (1999). Planificación local participativa. Metodología para la promoción de salud en América Latina y el Caribe. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud, (41) 28. Washington D.C.
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington, DC: OPS.
22. Rojas Ochoa, F. (2010). Interdisciplina e Intersectorialidad. *Rev. Cubana Salud Pública*, 36(3).

23. Rojas Ochoa, F. (2014). Seguridad nacional y salud pública. *Rev. Cubana Salud Pública*, 40(4), 247-248. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400001&lng=es
24. Roth Deubel, A. N. y Molina Marín, G. (2013). Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev. salud pública*, 15(1), 44-55.
25. Sanabria G. y Benavides, M. (2003). Evaluación del movimiento de municipios por la salud, Playa 2001. *Revista Cub. Salud Pública*, 29(2): 139-142.
26. Sanabria, G. (2004). Participación social en la salud. El caso de Cuba, 1959 -2000. [Tesis de Doctorado inédita]. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.
27. Sánchez Sanabria, M., Romero Daza, A. y Hernández Salas, N. (2015). Intersectorialidad, interdisciplinariedad y educación en salud: Cuestión de responsabilidad social universitaria. *Rev Univ. salud.*,17(2),280 – 289.
28. Sarker, M. y Joarder, T. (2012). Colaboración intersectorial: un original camino para fomentar la promoción de la salud comunitaria. *Global Health Promotion*, 19(4), 85-87. Recuperado de: DOI: 10.1177/1757975912464600 <http://ped.sagepub.com>
29. Stoney, S. y Batalova, J. (2013). Mexican Immigrants in the United States. *Migration Information Source*. Recuperado de: <http://www.migrationinformation.org/usfocus/display.cfm?ID=935#1>
30. Suárez Lugo, N. (2017). Mercadotecnia sanitaria en el enfoque intersectorial en salud. *INFODIR*, (25).
31. Vásquez, F., Paraje, G. y Estay, M. (2013). Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000–2009. *Rev. Panam. Salud Pública.*, 33(2):98–106.
32. World Health Organization. (2013). *Closing the health equity gap. Policy Options and Opportunities for action*. NLM classification: WA 525. Geneva, Suiza.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Álvarez Pérez, A. G., García Fariñas, A., Rodríguez Salvá, A., & Bonet Gorbea, M. (2007). Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 45(3).
2. Barbón Pérez, O. G., Borges Oquendo, L. y Añorga Morales, J. A. (2015). La Educación Avanzada ante las exigencias de los procesos de profesionalización pedagógica en la Educación Médica. *Educación Médica Superior*, 29(2).
3. Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 346-358.
4. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de salud (OMS, OPS). (1999). Planificación local participativa. Metodología para la promoción de salud en América Latina y el Caribe. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud, (41) 28. Washington D.C.

DATOS DE LOS AUTORES.

1. **Oswaldo Sebastián Huilca Villena.** Doctor en Medicina General. Médico en Derivaciones IESS ECU 91. Subdirección Médica del IESS Pichincha. Pichincha, Ecuador. sebastianhuilca@gmail.com
2. **Carlos Alexander Borja Delgado:** Doctor en Medicina General. Evaluador médico. Coordinación provincial de prestación de servicios IESS Pichincha. Pichincha, Ecuador. Correo electrónico: alex2254cabd@outlook.com
3. **Luis Andres Tapia Verdesoto.** Doctor en Medicina General. Director del Puesto de Salud de Cumbantsa en Morona Santiago. Médico Rural en Taisha, Morona Santiago. Ecuador. Correo electrónico: luisandrestapiaverdesoto@hotmail.com

- 4. Daysi Alejandra León Sanguano.** Doctora en Medicina General. Médico Residente en la Clínica en Novaclínica del Valle – Docente de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en el área de Propedéutica. Novaclínica - Sangolquí. Pichincha, Ecuador. Correo electrónico: daysialeja17@hotmail.com
- 5. Diego Alfredo Burbano Bastidas:** Doctor en Medicina General. Pichincha, Ecuador. Correo electrónico: dabb_666@hotmail.com
- 6. Eduardo Fabricio Calero Jiménez.** Doctor en Medicina General. Pichincha, Ecuador. Correo electrónico: fabricio.calero.jimenez@gmail.com

RECIBIDO: 20 de junio del 2018.

APROBADO: 21 de julio del 2018.