

El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB. Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



---

**La acción intersectorial por la salud:**  
**una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud**

**Gabriel Jaime Otálvaro Castro**

**Angélica López**

**2017**

# Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Proyecto BUPPE:



Catalogación en la publicación  
Biblioteca Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia

Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica/ Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2017. 202 p.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN 978-958-5413-18-4

1. Atención primaria de salud 2. Promoción de la salud 3. Gestión en salud 4. Salud pública



# Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

1803

Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica.

Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Andrés Colorado Vélez, Johnny Alexander Gómez-Granada, José Fernando Elorza Saldarriaga, Nairobi Cárdenas Velásquez, Juan Fernando García Cano, Diego Alejandro Ossa Estrada, Rene Casanova Yela, Sandra Milena Porras Cataño, Dayhana Álzate García, Nora Luz Salazar Marulanda, Sebastián Bedoya Mejía, Angélica López Patiño, Natalia Gaviria Angulo, Janier Hernando Álvarez Pérez, Luis Alfonso Acevedo Escalante, Diana Catalina Garcés Jaramillo, Geicy Sepúlveda Vergara, Javier Alonso Bolívar Echeverri, Dorian Ignacio Ospina Galeano, Álvaro Franco Giraldo, Luis Alberto Martínez Saldarriaga.

E-mail: apssuroeste@gmail.com - <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apssuroeste/>

© Universidad de Antioquia

ISBN: 978-958-5413-18-4

ISBNe: 978-958-5413-19-1

Primera edición: 2017.

Diseño y diagramación: Erledy Arana Grajales, Imprenta Universidad de Antioquia.

Terminación e impresión: Imprenta Universidad de Antioquia.

Teléfono: 219 53 36. Calle 67 N.º 53-108. Medellín, Colombia.

Imagen de portada: Alejandro Serna Quintero. Celular: 311 602 52 91.

Revisión de estilo: Juliana Paniagua Arroyave.

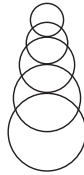
Impreso y hecho en Colombia / Printed and made in Colombia.

Se permite la copia, de uno o más artículos completos de esta obra o del conjunto de la edición, en cualquier formato, mecánico o digital, siempre y cuando no se modifique el contenido de los textos y se respete su autoría.

Dependencia responsable de la publicación: Facultad Nacional de Salud Pública. Centro de Extensión. Teléfono: 219 68 07. Correo: cesaludpublica@udea.edu.co  
Calle 62 N.º 52-59, oficina 106. Medellín, Colombia.

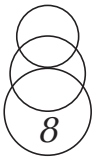
El libro Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica, es producto de los aprendizajes y experiencias del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS, en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región del Suroeste de Antioquia 2015-2016”; financiado por el Banco Universitario de Programas y Proyectos de Extensión – BUPPE de la Universidad de Antioquia por medio de la convocatoria 2014; en el proyecto participaron las Unidades Académicas de la Universidad de Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública, Facultad de Enfermería, Facultad de Odontología, Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias, Facultad de Medicina, Facultad de Comunicaciones y la Escuela de Nutrición y Dietética. Además de los gobiernos municipales y las Empresas Sociales del Estado de los municipios de Andes, Ciudad Bolívar, Hispania, Betania y Jardín. Y las instituciones: Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia - AESA, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Savia Salud EPS y el SENA.

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos contenidos en la obra, así como la eventual información sensible publicada en ella.



# Contenido

Presentación .....	9
Lo clásico de los modelos de salud y de la Atención Primaria (APS): bases conceptuales previas a la investigación y a la renovación .....	14
Desigualdades territoriales en la salud de la población de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, caracterizadas por la estrategia de APS durante el periodo 2014-2015.....	29
Salud en los territorios (Escenas de una película colombiana) .....	54
La relación universidad y municipios: visiones, acciones y decisiones para el desarrollo local .....	66
La acción intersectorial por la salud: una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud .....	79
La comunicación en la APS: una experiencia más allá de los medios .....	95
«Uno solo no es capaz». Desafíos de la gestión territorial de la salud en el ámbito municipal .....	110
El cuidado y la Atención Primaria en Salud como simbiosis en un campo de acción de la Enfermería:retos para una práctica interdisciplinaria basada en la Atención Primaria en Salud .....	137



Influencia de los actores del sistema de salud en la reorientación de los servicios de salud en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño .....	148
Oportunidades y retos de la Telesalud para la gestión integral de la Atención Primaria en Salud .....	160
Construcción de una micro red integrada de servicios de salud. Diagnóstico inicial, conceptos básicos y criterios para su conformación .....	173
Sala situacional de salud. Una metodología para la toma de decisiones en salud, municipio de Ciudad Bolívar-Antioquia, 2016 .....	188



# La acción intersectorial por la salud: una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud

*Gabriel Jaime Otálvaro C<sup>19</sup>, Angélica López<sup>20</sup>.*

## **La intersectorialidad en la gestión de la salud. Breve introducción**

La gestión municipal de la salud se enfrenta de manera cotidiana y permanente al desafío de actuar sobre múltiples problemas sociales de gran complejidad, que demandan una acción que trasciende las fronteras del sector salud. Problemas que requieren la articulación, cooperación y coordinación con otros actores del desarrollo, tanto públicos como privados, y de la acción concertada con las propias comunidades involucradas en los asuntos que se enfrentan.

Si bien tanto los actores que participan en la gestión de la salud, como los responsables de liderar las políticas sociales, reconocen la importancia del trabajo intersectorial y de la cooperación interinstitucional para enfrentar los problemas de los territorios y mejorar los resultados en salud pública, precisamente es el desarrollo de respuestas

---

19 Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. PhD(c) en Salud Colectiva. Coordinador del proyecto BUPPE APS Suroeste.

20 Estudiante de Administración en Salud, énfasis en servicios de salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Realizó las prácticas académicas en el marco del proyecto BUPPE APS Suroeste, durante el segundo semestre de 2016.



intersectoriales una de las debilidades que predomina en la gestión territorial de la salud en el departamento y el país.

La intersectorialidad como concepto de la gestión de las políticas sociales data de la segunda mitad del siglo XX. La crisis económica de fin de siglo reposiciona este concepto en la agenda de la salud internacional, dada la preocupación por el crecimiento de las desigualdades sociales y de los limitados resultados de las políticas de lucha contra la pobreza, lo que expuso las dificultades de una planificación del desarrollo dispersa y desarticulada por una visión sectorial de la acción social del Estado (Castro, 1990).

En Colombia, con el proceso de reforma de la Constitución Política de 1991, se señaló la deficiente capacidad de gestión, producto de la organización sectorial del Estado (Jolly, 2005). A partir de este momento, se dio la posibilidad de pensar una gestión territorial de lo social para la búsqueda de formas de organización horizontales de administración y gestión de los asuntos públicos. En el ámbito de la salud, desde la misma institucionalización de la APS con la declaración de *Alma Ata* (Organización Mundial de la Salud, 1978) se reconoce que conseguir un alto nivel de salud y materializarla como derecho humano fundamental, requiere de la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

La intersectorialidad hace referencia a un modo de construcción de interacciones en el marco de las relaciones Estado-Sociedad. Se puede entender por oposición al concepto de sectorialidad, que remite a las lógicas de acción institucional que distinguen un tipo de actor y de actividades (como el sector público, el sector mercantil, el sector privado no mercantil) o de conocimientos especializados en la organización funcional del aparato gubernamental, dispuestos para actuar con criterio de especialización en la división del trabajo como sector educación, sector salud, sector trabajo, sector vivienda, sector agricultura, etc. (Castro, 1990; Cunill, 2014b). Así, la intersectorialidad hace referencia a las relaciones entre los diversos sectores gubernamentales y diferentes modalidades de asociación entre sectores públicos y privados (Cunill, 2014b).

En Colombia, mediante la Ley 1438 de 2011 que recién abrió las puertas a la estrategia de APS en el sistema de salud creado desde el año 1993, se define la intersectorialidad como la acción conjunta y coordinada de diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población (República de Colombia, 2011).

Una apuesta por una APS integral se caracteriza porque se gestiona en el marco de una decidida vocación por la intersectorialidad, para actuar sobre las causas de los problemas de salud de los diversos grupos humanos que habitan los territorios municipales. De esta manera, se busca superar las perspectivas más asistenciales que se han arraigado producto de un pensamiento biomédico y mercantilizado de la salud, y que

han resultado poco efectivas para superar las problemáticas vividas por las personas y grupos humanos del territorio.

En el marco del proyecto BUPPE «Fortalecimiento de capacidades locales para la implementación integral, participativa y continua de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño», se identificaron debilidades relacionadas con barreras de orden estructural y organizacional que limitan una adecuada conducción del sistema local de salud. Barreras relacionadas con la predominancia de una perspectiva asistencial biomédica para organizar la gestión territorial de la salud y la ausencia de modelos de gestión-atención e integración en redes de servicios, la baja resolutivez de los servicios, fragmentación de las acciones, discontinuidad en programas y estrategias, y desarticulación de las instituciones, entre otras (Otálvaro-Castro, 2017; Universidad de Antioquia, 2014).

Dadas las condiciones predominantes bajo las cuales se gestiona la salud en los municipios, la ampliación de las capacidades locales para una mejor gestión municipal de la salud, pasa por construir y viabilizar escenarios de aprendizaje colectivo. Se trata de promover un pensamiento estratégico, que motive y desencadene procesos de reconocimiento, diálogo y construcción creativa de los actores locales comprometidos con la garantía de los derechos humanos integrales y la calidad de vida de la población. Este podría ser un escenario para que la universidad ejerza un papel protagónico, en el acompañamiento, motivación y monitoreo de este tipo de escenarios y propuestas<sup>21</sup>.

El presente texto recoge algunas reflexiones derivadas de la experiencia de implementación del proyecto BUPPE APS Suroeste, que se complementan con los hallazgos de una revisión temática de literatura, que se ofrece como un aporte para pensar la intersectorialidad, uno de los elementos más nombrados en la gestión de la salud pública, pero que en la práctica denota los alcances y resultados más pobres.

En la revisión de literatura se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Ebsco, SciELO, ScienceDirect, y el repositorio digital de la OPS. Se utilizaron las palabras clave intersectorialidad y salud. Se revisaron artículos de revista, libros, declaraciones mundiales. Se identificaron 34 elementos de consulta: 22 artículos de revistas, nueve documentos conceptuales, dos declaraciones mundiales y una ley. Se incluyeron textos de ocho países: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, España y México.

Para el análisis de los textos seleccionados se elaboraron siete preguntas orientadoras que se dispusieron en una matriz de organización de la información. Las preguntas

---

21 En esa perspectiva, desde el proyecto BUPPE APS se propuso lo que se denominó *Construcción de pactos intersectoriales por la salud en el territorio*. Algunos materiales y reflexiones de la experiencia se pueden consultar en: <https://apssuroeste.wordpress.com/>, <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apssuroeste>.

orientadoras hicieron referencia a la conceptualización sobre la acción intersectorial en salud, noción de salud, mecanismos o formas de realización; actores que intervienen, movilización de recursos, relación con los procesos sociales determinantes de la salud, limitaciones y obstáculos identificados.

## **1. Elementos clave para el desarrollo de la acción intersectorial por la salud. Hallazgos destacados de la revisión de literatura**

Se puede entender la acción intersectorial para la salud como una relación y proceso, entre un actor del sector salud con uno o más actores de otros sectores, que se ha constituido para llevar a cabo acciones en un tema con el fin de conseguir resultados en salud de una forma más efectiva y sostenible de lo que sería posible con la sola acción del sector salud. No siempre las acciones intersectoriales son iniciadas por el sector salud, aunque este suele ser uno de los actores clave en los equipos intersectoriales y constituye uno de sus principales catalizadores (Sosa Lorenzo et al., 2013; Zunzunegui & Béland, 2010).

En el ámbito local, lograr un nivel de salud adecuado es posible en la medida en que se desplieguen acciones conjuntas entre diferentes actores. En la planificación de esta acción articulada se requiere de un análisis de los procesos sociales determinantes de la salud, para precisar la intervención de los actores que se integran al proceso de acción intersectorial (Díez et al., 2016).

Se hace referencia a procesos sociales determinantes de la salud, para señalar que las causas de la enfermedad, discapacidad y muerte de las poblaciones, y su contracara de la salud, son el producto de los procesos sociales en los cuales se reproduce, de manera concreta, la vida de dichas poblaciones.

Este señalamiento se diferencia de la idea de *determinantes sociales de la salud* tan en boga en la salud pública oficial, fuertemente influenciada por una visión factorializada de la realidad, que se sustenta en el paradigma positivista, en el cual se separa el sujeto de los objetos que lo rodean y la praxis social en la que ambos están circunscritos. De esta manera, las relaciones sociedad-naturaleza y social-biológico se convierten en externalidades entre factores, creando una falsa relación de conexión externa de «variables» de la realidad (Breilh, 2010a, 2010b, 2013). Con esta perspectiva se limita la comprensión del movimiento complejo de los procesos sociales que definen la situación de salud de los grupos humanos, y comúnmente reduce la acción a los llamados factores proximales como los comportamientos y servicios de salud.

La acción intersectorial requiere de escenarios compartidos para la planeación, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación, que podría materializar la construcción de políticas públicas y de desarrollo (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Para el desarrollo de la intersectorialidad es imprescindible la voluntad política de los actores sociales que comparten un territorio de acción, voluntad que se materializa más eficazmente por medio del diálogo que por un ejercicio de imposición de autoridad (Cunill, 2014). En el marco de los diálogos propiciados por la disposición política de los actores que convergen en espacios conjuntos, suelen realizarse análisis situacionales, procesos de capacitación, deliberación, monitoreo y formulación de planes de acción. Lo anterior como parte de procesos que requieren de años para consolidar relaciones entre los actores, por lo que se hace necesario intentar reducir al mínimo la rotación de personal. Esta es una de las principales causas del bajo desarrollo de la acción intersectorial en el contexto de la gestión de la salud en el país.

La definición de objetivos comunes sigue siendo un motor de la acción intersectorial. De manera particular, las medidas de combate a la pobreza demandan la articulación de distintos sectores con inversión de recursos (Cunill, 2005). También un motivador de la acción intersectorial puede ser la propia arquitectura de las instituciones responsables de la gestión de las políticas sociales o de los sistemas de protección social, en los que se dirigen las acciones a grupos poblacionales con cierta homogeneidad (Cunill, 2005, 2014). En otros casos, el motivador puede ser la movilización social en torno a proyectos que responden a las demandas sociales de las comunidades (Cunill, 2005).

Para la Organización Mundial de la Salud, desde el planteamiento de «salud para todos en el año 2000» la exigencia del trabajo intersectorial con sectores como agricultura, industria, educación, se realiza principalmente para actuar sobre las brechas de inequidad y el acceso limitado a la atención en salud (Enria et al., 2014). A partir de los planteamientos de esta organización, se han desarrollado importantes estrategias como los *municipios y ciudades saludables*. Estos procesos han sido desarrollados para intervenir problemas de salud complejos, basados en concepciones amplias de la salud y como mecanismo para mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

La experiencia española señala la relevancia de estrategias para el desarrollo de la intersectorialidad como la conformación de comisiones intergubernamentales con participación de tomadores de decisiones de alto nivel, que han liderado estrategias en múltiples temas (Mateu i Serra, 2015). Se cuenta también la construcción e implementación de planes intergubernamentales de salud pública con respaldo del gobierno local en el que se transversalicen los asuntos de salud en las políticas públicas y se

reordenen los servicios de acuerdo con la revisión de prioridades (Cabeza et al., 2016). Finalmente, otro aspecto importante se relaciona con la construcción de redes que facilitan la gestión del conocimiento en la implementación de estrategias de promoción de la salud entre los profesionales que trabajan en el territorio, los técnicos de los sistemas de información y los responsables de la formulación de políticas de salud (Hernández Quevedo, Peiró, & Villalbí, 2016).

Una de las propuestas recomendadas es la conformación de una mesa local de coordinación intersectorial en la que estén representados los sectores de salud, educación, bienestar social, transporte, urbanismo, deportes, medio ambiente y la sociedad civil (Díez et al., 2016). En los municipios grandes pueden crearse mesas por sectores, barrios o corregimientos.

En Cuba, referente en el desarrollo de una intersectorialidad de alta intensidad, esta se explica por la alineación entre las instituciones gubernamentales dado su sistema político, así como la existencia de una comisión de salud integrada por organizaciones sociales y comunitarias, que permite un abordaje intergubernamental con fuerte participación comunitaria (Castell Florit Serrate, 2008). Se identifican como factores de éxito en el trabajo intersectorial, la articulación del sector salud con otros sectores sin generar un liderazgo anulador, una educación con fuerte orientación a la intersectorialidad a dirigentes y profesionales de diferentes disciplinas, y el diseño de instrumentos de evaluación y monitoreo de las acciones intersectoriales (Castell Florit Serrate, 2008). Los presupuestos son planificados participativamente entre todos los sectores sociales, y los recursos financieros destinados al sector salud están descentralizados en el nivel municipal lo que facilita las intervenciones y la cobertura de los territorios (Sosa Lorenzo et al., 2013).

Resulta fundamental la articulación con actores de la comunidad en todo proceso de intersectorialidad, porque estos tienen un conocimiento más profundo del territorio, de las necesidades y condiciones de vida, que inciden sobre el bienestar. La participación de las mujeres ha sido fundamental en diferentes experiencias (Cunill, 2005).

Respecto a los recursos, la mayoría de las veces se movilizan desde sectores formales (Panader Torres, Agudelo Cely, Bolívar Suárez, & Cárdenas Cárdenas, 2014), e integran los sectores sociales informales en la planificación e implementación de las estrategias por su influencia, conocimiento del territorio y de los problemas sociales (Hernández, 2007; Sosa Lorenzo et al., 2013). La financiación parcialmente compartida favorece la confianza entre los sectores y la estabilidad de las acciones, porque logra un efecto multiplicativo y se realiza una mejor planificación de las intervenciones (Díez et al., 2016; Peiró, López, Marrodán, Fernández, & Ramírez, 2003).

En Colombia, el estudio de Molina y otros autores acerca de las tensiones presentes en las decisiones relacionadas con salud pública en el sistema de salud, analizó el proceso de toma de decisiones en las políticas y la gestión de la salud pública en seis ciudades capitales del país. Los resultados de la investigación identificaron como facilitadores de la acción intersectorial la construcción de visiones compartidas de las problemáticas en salud pública y de propósitos comunes, la construcción progresiva de vínculos, el diálogo y la buena comunicación; la capacidad de persistencia y disuasión, el involucramiento de las comunidades, la sinergia en la gestión de recursos, la continuidad contractual de directivos implicados en la gestión de la salud pública, entre otros (Molina, Ramírez, & Ruiz, 2013).

La acción intersectorial en la APS se ve limitada cuando es desarrollada en su versión reducida de atención básica, que es dinamizada con fuerte carácter sectorial y donde no se apunta a la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Las experiencias han demostrado que cuando estas acciones son dirigidas desde un sector, no logran trascendencia y el impacto social resulta insuficiente. En este contexto, un factor clave es que las acciones intersectoriales sean asumidas como proyecto de gobierno local (Cunill, 2005).

También la falta de articulación de las comunidades resulta un limitante importante, en tanto dificulta una adecuada identificación de las prioridades (Cunill, 2005). La falta de una orientación comunitaria de la APS está relacionada con el deficiente empoderamiento de las comunidades (Cabeza et al., 2016).

Otras dificultades para el desarrollo de la acción intersectorial por la salud tiene que ver con el corto tiempo de duración de las acciones implementadas y la discontinuidad del trabajo intersectorial consecuencia de los cambios administrativos en las instituciones y actores gubernamentales (Hernández, 2007). Una decidida articulación de las comunidades resulta clave para combatir dicho problema, puesto que son estas quienes permanecen en el territorio y mediante la movilización social pueden diagnosticar, planificar y evaluar las acciones en salud pública, además de presionar la continuidad de los procesos. En algunos casos la discontinuidad y los cambios administrativos producen desmotivación en los líderes comunitarios que llevan al abandono de los procesos (Castell Florit Serrate, 2008; Sosa Lorenzo et al., 2013).

Se han descrito dificultades para el desarrollo de la acción intersectorial en las zonas rurales, en tanto las acciones se concentran en las zonas urbanas donde la población tiene mayor facilidad de acceso a los servicios y disponibilidad de información (Zunzunegui & Béland, 2010).

Otros elementos que limitan el desarrollo de la intersectorialidad tienen que ver con la falta de sistemas de medición que permitan documentar los resultados conjuntos a lo

largo del tiempo (Cunill, 2014), la insuficiente incorporación del tema en la formación y desarrollo de los directivos y profesionales, la exagerada carga administrativa que limita el tiempo que debe dedicarse a este trabajo; otros aspectos señalan la inexperiencia y desconfianza en el trabajo colaborativo, ligado a la falta de costumbre de trabajar con profesionales con los que se tiene poca tradición de trabajo en común (Cabeza et al., 2016).

En Colombia, el estudio de Molina y otros identificó múltiples obstáculos que debilitan el desarrollo de la intersectorialidad, como la capacidad de convocatoria de la autoridad municipal, la limitada capacidad y posicionamiento de la autoridad sanitaria nacional y municipal para orientar y sincronizar los recursos y actores del sistema, la incoherencia normativa, el protagonismo personal y/o institucional que se sobrepone sobre los intereses colectivos; la incompatibilidad de cronogramas entre instituciones, el débil reconocimiento de las necesidades locales por las directrices nacionales, la limitada visión compartida sobre la salud pública de los actores, son otros de los obstáculos señalados. A esta lista se suman el marcado carácter sectorial en la gestión de la salud pública, el poco compromiso y cooperación del sector privado en las acciones de salud pública, la alta rotación del personal de salud y la ausencia de incorporación de la promoción de la salud en la formación de la mayoría de profesionales de la salud (Molina et al., 2013).

## **2. Fortalecer la acción intersectorial por la salud. Aportes desde la experiencia de gestión de la Atención Primaria de la Salud en el nivel municipal**

La experiencia vivida en el marco del proyecto BUPPE APS permite entender la intersectorialidad como un proceso complejo de integración de la acción, en el que diferentes actores sociales abordan de manera conjunta y estratégica uno o más problemas sociales, para lograr mejores resultados que los alcanzados de manera independiente, buscando incidir en sus procesos sociales causales.

La realidad socio-epidemiológica de los municipios constata que gran parte de los problemas emergentes en los perfiles epidemiológicos (como el abuso de sustancias psicoactivas, el suicidio, la contaminación de alimentos por agrotóxicos, el aumento de accidentalidad vial, la contaminación del aire, etc.), constituyen problemas complejos, lo que demanda a los actores locales nuevas formas de entender las problemáticas y planificar las acciones. Ningún actor o institución por separado puede resolver estos problemas sociales emergentes. Aunque de acuerdo con la norma están bajo su competencia, enfrentarlos requiere del concurso y la sinergia con otros actores y sectores municipales.

A pesar de esta constatación, las acciones gubernamentales de salud que se desarrollan como parte del denominado *Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas*,

comúnmente circunscritas al desarrollo de acciones de educación para el cambio de comportamientos, constituyen paños de agua tibia que resultan insuficientes para lograr impactar de manera positiva en las causas de los problemas de la salud pública municipal.

En el contexto de la gestión local de la salud, la acción intersectorial se convierte en un imperativo, aun cuando resulta un proceso de gran complejidad, dadas las condiciones políticas, institucionales y organizacionales que se mencionaron en la sección anterior. Representa esto uno de los principales desafíos de la salud pública del presente en el país.

Emprender un proceso de trabajo intersectorial en el ámbito municipal, en el marco de un modelo de gestión territorial de salud con enfoque de APS, puede representar un arduo esfuerzo de múltiples actores de la vida municipal. Sin embargo vale la pena intentarlo por diversas razones:

- **Para comprender los problemas a enfrentar.** Al constituirse como asuntos complejos, los problemas contemporáneos demandan un mayor esfuerzo de comprensión, por lo cual se convierte en un imperativo el trabajo interdisciplinario y creativo que entraña la acción intersectorial.
- **Para configurar procesos de mayor sustentabilidad.** Al lograr construir acuerdos entre diferentes actores institucionales, sociales y comunitarios, se disminuye la probabilidad de inobservancia de los procesos que suele ocurrir ante los cambios político-administrativos que suceden de manera periódica en la gestión gubernamental y de la salud.
- **Para elevar el alcance de las acciones.** Al realizar una planificación conjunta y concurrir con recursos, eventualmente se puede orientar la acción de un modo más estratégico, que genere incidencia en los procesos sociales determinantes de los problemas. Lo que resulta menos probable cuando se actúa de manera aislada por parte del sector salud, ya sea porque los recursos son insuficientes, o porque no se tiene la perspectiva, la capacidad técnica o logística suficiente para enfrentar desafíos de mayor calado.
- **Para hacer «rendir» los recursos disponibles.** Es común que los recursos disponibles para las acciones de salud pública sean insuficientes y que frente a perfiles epidemiológicos de complejidad creciente, esos recursos se atomicen en una distribución que obligatoriamente tendrá que atender todas las dimensiones que obliga el *Plan Decenal de Salud Pública*. Una acción intersectorial estratégicamente concebida puede ser una alternativa para articular recursos disponibles y enfrentar en mejores condiciones los desafíos socio-epidemiológicos que plantea la realidad de los municipios.



Los aprendizajes de la experiencia del proyecto BUPPE APS Suroeste enseñan que es posible impulsar la acción intersectorial para incidir sobre los procesos sociales determinantes de la salud, desde una decidida voluntad política, un liderazgo flexible, abierto y dialogante desde las secretarías municipales de salud. En ese marco se elaboró la guía *Orientaciones para la definición de una ruta metodológica para el desarrollo de un pacto intersectorial por la salud a nivel municipal*<sup>22</sup>.

En estas orientaciones se propone impulsar un proceso local en cuatro momentos de desarrollo, que pueden ser simultáneos si las condiciones lo permiten, que siguen la lógica de un ciclo progresivo de mejora continua (en algunos contextos se conoce como ciclo de Deming o ciclo PHVA por las siglas de Planear – Hacer – Verificar y Actuar).

El momento uno consiste en la conformación de un grupo gestor que impulse el proceso. Tiene como propósito la construcción de condiciones para impulsar el proceso de acción intersectorial. En este momento se podrían desplegar acciones como: (a) la selección de un tema prioritario que logre captar la atención de los tomadores de decisiones y las comunidades; (b) la conformación de un grupo interinstitucional, interdisciplinario y con participación comunitaria que se apersona del liderazgo en la gestión del proceso de acción intersectorial; (c) la concertación de acuerdos conceptuales básicos que permitan ir construyendo una visión compartida frente a la acción intersectorial; (d) la concertación de unos acuerdos básicos en la dinámica de trabajo del grupo gestor [la periodicidad de las sesiones de trabajo, la convocatoria, el registro de la memoria del proceso]. Puede ser de gran relevancia identificar un espacio de coordinación interinstitucional existente (como por ejemplo: submesas de los comités municipales de política social, o comités de salud mental, etc.).

Durante el momento dos se realiza un análisis crítico situacional. El objetivo es construir una comprensión de la problemática que reconozca el acumulado de conocimiento existente por los actores locales, identifique posibles vacíos o nuevas comprensiones necesarias para movilizar una acción incluyente y vinculante del conjunto de actores de la vida municipal. El análisis crítico situacional hace referencia a una síntesis que pone en relación los diagnósticos producidos y las capacidades de respuesta social existentes, en una perspectiva que reconoce los procesos sociales determinantes de los problemas, en el que convergen dialécticamente procesos protectores y destructivos de tres dimensiones de la realidad: la dimensión general de la sociedad, la dimensión particular de los modos de vida diferenciales de los diversos grupos humanos presentes en el territorio y la dimensión singular de las decisiones y estilos de vida de las personas y sus entornos familiares.

---

22 La guía y el material audiovisual de apoyo se pueden consultar en: <https://apssuroeste.wordpress.com/>, <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/apssuroeste>.

Este análisis debe entenderse como un proceso dinámico, pues puede partir de un conocimiento presente del tema, pero se puede proyectar estratégicamente para ser ampliado de manera progresiva, en la medida en que avanza la implementación de estrategias de trabajo intersectorial. El análisis crítico situacional es una oportunidad para desplegar diálogos sociales y movilizar actores de la vida municipal. En este momento se podrían realizar acciones como: (a) la compilación y/ profundización en los ejercicios diagnósticos y de análisis frente al tema seleccionado; (b) la identificación y problematización de redes de trabajo, de la calidad de las relaciones existentes entre los actores locales, de la capacidad institucional municipal para responder con universalidad e integralidad frente a la problemática en cuestión.

En el momento tres se vislumbran las acciones necesarias para reorientar la acción, de manera tal que sea universal en su cobertura, integral en su alcance, participativa en su gestión y enfocada estratégicamente para actuar sobre el proceso de determinación social del problema en cuestión. Es decir, que no aborde solo sus manifestaciones superficiales y sintomáticas, y no se quede en un abordaje asistencial.

La reorientación de la acción es un proceso complejo y progresivo, no se alcanza con una acción aislada e inmediata. Requiere que los actores ganen confianza en el valor de una relación de mayor interacción-interdependencia, que será realimentada en la medida en que el proceso sea monitoreado y ajustado en su modo de implementación.

Se espera que la acción sinérgica de los actores gane en alcance (para que pueda aspirar a una acción sobre procesos sociales de mayor complejidad) y la interacción evolucione desde niveles de intersectorialidad de baja intensidad caracterizados por el simple intercambio de información y la cooperación en la ejecución de actividades, a niveles de mayor intensidad caracterizados por la coordinación en la planificación y financiamiento común de planes y acciones, así como la integración de procesos de diferentes actores públicos, privados y comunitarios, en la búsqueda de mayor efectividad y eficiencia.

En este momento se pueden desplegar acciones como: (a) la definición o verificación de la ruta de atención frente a la problemática en cuestión, su nivel de reconocimiento y apropiación por las comunidades y los puntos críticos o barreras para su adecuado desarrollo; (b) la formación de actores clave que puedan implementar estrategias para actuar sobre las causas de la problemática en cuestión; (c) la abogacía y posicionamiento político, para generar un ambiente social y político favorable a las acciones propuestas y propiciar un contexto socio – cultural más favorable a la visión general definida en el pacto intersectorial.

El propósito del cuarto momento es definir los procesos comunicativos y las dinámicas de monitoreo necesarias para mantener un circuito de retroalimentación de los

procesos y resultados del pacto intersectorial. Se parte de la premisa de que aquello que no se evalúa por parte de los actores implicados en un proceso, no tendrá grandes posibilidades de ser modificado y dirigido a la meta deseada.

Sin embargo, no se trata solo de evaluar los impactos o resultados finales, sino de valorar de manera continua el proceso mismo y sus efectos en los diferentes actores y dimensiones de la realidad que espera ser transformada. Así mismo la comunicación puede ser una herramienta estratégica para propiciar o desencadenar transformaciones culturales, que puede ser utilizada o impulsada por los propios actores partícipes de un proceso.

En este momento se pueden desplegar acciones como: (a) el diseño e implementación de estrategias comunicativas para la resignificación de pautas o patrones culturales relacionados con el tema de interés, y para motivar la participación de organizaciones sociales o comunitarias en el municipio que trabajan en torno a la problemática en cuestión; (b) el diseño de una línea base de la situación de la problemática en cuestión, la formulación de indicadores para el monitoreo de la situación y de su evolución, la preparación de reportes de situación, la dinamización de espacios de análisis de situación con actores implicados en la respuesta. Se podría dinamizar la acción intersectorial a través de metodologías como la sala situacional<sup>23</sup>.

### **3. Balance inicial de la experiencia en el Suroeste**

La experiencia del proyecto BUPPE APS Suroeste permitió constatar la factibilidad de desarrollar un proceso de acción intersectorial que articule múltiples actores sociales y comunitarios. Aunque evidentemente resultó un proceso complejo, se configura como una buena estrategia para unir las voluntades de los actores locales y actuar sobre las causas sociales de los problemas que ocupan el interés de las agendas sanitarias municipales.

En la experiencia se confirmó la fuerte influencia del sector salud, siendo clave el liderazgo en actividades como la convocatoria, la sistematización de información relacionada con los acuerdos y avances del proceso y la planeación de las jornadas de trabajo. Aunque se ha afirmado la debilidad en la capacidad técnica, operativa y financiera de las secretarías de salud en el ámbito municipal, es cierto que comparativamente con otros sectores el de la salud es mayor y ejerce una influencia clave en los espacios de gestión de la política social municipal.

---

23 Un capítulo posterior de este texto presenta la experiencia de diseño e implementación de una sala situacional para dinamizar la gestión territorial de la salud orientada a la acción sobre los procesos sociales determinantes de la salud.

Un aspecto a resaltar en esta experiencia, fue el proceso de reunir actores para pensar conjuntamente y avanzar hacia una planeación articulada. Este ejercicio requirió de la construcción de acuerdos en la manera como se diagnosticaba y explicaba la realidad que era problematizada.

En esta línea de trabajo, la experiencia demostró la relevancia de los ejercicios de análisis de la situación de salud, y de la planificación cuidadosa para incorporar una perspectiva de análisis compleja que aborde los procesos sociales determinantes de la salud; todo con miras a ampliar y potenciar comprensiones profundas de los problemas de salud-enfermedad-atención y con ello abrir la puerta a estrategias y acciones coherentes con dicha complejidad.

El impulso en torno a la construcción de un pacto intersectorial por la salud mental con énfasis en el consumo problemático de sustancias psicoactivas en Ciudad Bolívar, uno de los municipios participantes en el proyecto, desencadenó otros esfuerzos de trabajo intersectorial en un tema paralelo al del pacto (referido a la prevención de violencias), llegando a obtener interesantes resultados en términos de producir un dispositivo clave para la gestión, una ruta de atención frente a las violencias y lograr gestionar un acuerdo del Concejo Municipal que adoptaba la misma. Ello expone como lo sugiere la literatura, que la acción intersectorial en escenarios compartidos se puede materializar en políticas (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Es claro en la experiencia vivida, que la posibilidad de avanzar en el trabajo intersectorial está sustentada en una sólida voluntad política y liderazgo, en este caso particular, de las secretarías de salud municipales. Se evidenció que mientras más fuerte era el liderazgo y la voluntad política más avanzó el proceso, demostrando que no se trata de la imposición de autoridad, pues lo que mejor funcionó fue la dinamización de espacios de diálogo y reconocimiento de los saberes, perspectivas y experiencias de los actores locales.

Sin embargo, también es claro en la experiencia que este tipo de procesos requiere de años para consolidar relaciones de trabajo intersectorial. En este sentido, el cambio de personal es un factor que amenaza la consolidación de esta clase de trabajo pues la alta rotación es una realidad en el ámbito de la gestión de la salud en estos municipios y en el país en general.

Un aspecto que se mostró de forma heterogénea en los municipios, durante la experiencia de trabajo, fue la selección del lugar en el cual asentar el proceso de encuentro y diálogo intersectorial. En algunos casos se realizaron varios intentos por desplegar

la construcción del pacto intersectorial en nuevos espacios que no estuvieran atados a la dinámica de coordinación interinstitucional del municipio, en algunos casos esos intentos fracasaron y fue reorientado el proceso para gestionarse desde espacios de gestión interinstitucional de la política social, como los Consejos Municipales de Política Social COMPOS, como fue el caso del municipio de Ciudad Bolívar. En otros casos los nuevos espacios creados a propósito de la construcción del pacto intersectorial, fueron un nicho apropiado para avanzar en dicho propósito, como en el caso de los municipios de Betania y Jardín.

En todos los casos, fue indispensable avanzar a la par en la realización de análisis situacionales sobre el tema priorizado, con la realización de inventarios de actores clave que podrían ser invitados a participar del espacio de gestión del pacto intersectorial. La mayor dificultad identificada durante este proceso fue el acercamiento con actores comunitarios, aspecto que indica la manera como se configuran las relaciones entre la institucionalidad y las organizaciones sociales y comunitarias, relaciones en las que no existe suficiente confianza para acercarlos a este tipo de procesos gubernamentales.

Otra característica común de los procesos implementados fue que una parte importante del tiempo en el inicio del proceso de desarrollo del pacto intersectorial, tuvo que ser ocupado en promover la construcción de una visión compartida. Se requirió la deconstrucción de visiones y perspectivas de análisis en torno a los problemas, para introducir tanto una explicación compleja de los mismos como rescatar el valor del trabajo intersectorial.

Finalmente, se puede afirmar sin vacilación que el papel de la Universidad de Antioquia fue clave para motivar y acompañar el liderazgo que ejercieron los secretarios de salud en la construcción del pacto intersectorial, en gran medida el ritmo del proceso dependió del ritmo del acompañamiento de la Universidad. Valdría la pena que desde esta instancia se trabajase en el desarrollo de un proceso de formación a estos líderes, actores clave en la gestión de la salud en los municipios, para elevar su capacidad técnica y potenciar su liderazgo en la dinamización de procesos de acción intersectorial para incidir en los procesos sociales determinantes de la salud.

#### 4. Referentes bibliográficos

1. Breilh, J. (2010a). *Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. (Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional, Ed.) (7a edición). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.
2. Breilh, J. (2010b). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83–101. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652010000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=en).

3. Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (Supl 1), 13–27. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es).
4. Cabeza, E., March, S., Cabezas, C., & Segura, A. (2016). Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza. *Gaceta Sanitaria*, 30, 81–86. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.012>.
5. Castell Florit Serrate, P. (2008). *Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de [http://www.ensap.sld.cu/webfm\\_send/810](http://www.ensap.sld.cu/webfm_send/810).
6. Castro, G. (1990). Las Políticas Sociales integradas en la perspectiva de la intersectorialidad y de la acción de la UNESCO en apoyo a las estrategias de desarrollo para América Latina y el Caribe en el marco del ajuste. *Revista Educación Superior y Sociedad*, 1(1), 89–96. Recuperado de <http://ess.iesalc.unesco.org.ve/index.php/ess/article/view/138/105>.
7. Cunill, N. (2005). La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. *X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la administración pública*. Santiago de Chile. Recuperado de <http://siare.clad.org/fulltext/0053026.pdf>.
8. Cunill, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, 23(1), 5–46. Recuperado de <http://siare.clad.org/fulltext/2236500.pdf>.
9. Díez, E., Aviñó, D., Paredes, J., Segura, J., Suárez, Ó., Gerez, M. D., Camprubí, L. (2016). Una buena inversión: la promoción de la salud en las ciudades y en los barrios. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 74–80. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.015>.
10. Enria, G. M., D'Andrea, L. C., Staffolani, C. M., Colunga, F. J., Álvarez, F. J., Mera, M. F., Colobig, M. (2014). *Promoción de la salud una perspectiva latinoamericana*. Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos LATIn. Recuperado de [http://www.proyectolatin.org/books/Promocion\\_de\\_la\\_Salud\\_CC\\_BY-SA\\_3.0.pdf](http://www.proyectolatin.org/books/Promocion_de_la_Salud_CC_BY-SA_3.0.pdf).
11. Hernández, J. (2007). Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud en instituciones de básica primaria de Bucaramanga. *Salud UIS*, 39, 143–151. Recuperado de <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/374/625>.
12. Hernández Quevedo, C., Peiró, R., & Villalbí, J. R. (2016). La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica. Informe SESPAS 2016. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 1–2. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.001>.
13. Jolly, J. F. (2005). Gobierno y gobernancia de los territorios, sectorialidad y territorialidad de las políticas públicas. *Desafíos*, 12, 52–85. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/desafios/article/viewArticle/673>.
14. Mateu i Serra, A. (2015). Salud en todas las Políticas e intersectorialidad en la promoción de la salud: el Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) de Cataluña. *Medicina Clínica*, 145(1), 34–37. [http://doi.org/10.1016/S0025-7753\(15\)30036-1](http://doi.org/10.1016/S0025-7753(15)30036-1).

15. Ministerio de Salud y Protección Social, & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2014). CONPES social 147/2012: Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Definiciones teóricas, políticas y programáticas. Bogotá.
16. Molina, G., Ramírez, A., & Ruiz, A. (2013). *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública «Hector Abad Gomez».
17. Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. In *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* (p. 3). Alma-Ata, URSS: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270).
18. Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. [http://doi.org/ISN\\_92\\_75\\_32699\\_1](http://doi.org/ISN_92_75_32699_1).
19. Otálvaro-Castro, G. J. (2017). Capacidades municipales para la gestión territorial de la salud en el Suroeste antioqueño. ¿Están preparados los municipios para la reorientación del modelo de atención? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(1), 126–27. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/326800/20784085>.
20. Panader Torres, A., Agudelo Cely, N. A., Bolívar Suárez, Y., & Cárdenas Cárdenas, L. M. (2014). Control del tabaco: una experiencia desde la intersectorialidad en Tunja (Colombia). *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 508–510. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.012>.
21. Peiró, R., López, F., Marrodán, J., Fernández, C., & Ramírez, C. (2003). Actividades intersectoriales en la prevención de accidentes de tráfico. *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 332–334. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(03\)71757-9](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(03)71757-9).
22. República de Colombia. Ley 1438 de 2011, Congreso de Colombia (2011). Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>.
23. Sosa Lorenzo, I., Rodríguez Salvá, A., Álvarez Pérez, A., & Bonet Gorbea, M. (2013). Intersectorialidad y participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud en Cuba. *MEDISAN*, 17(4), 650–661.
24. Universidad de Antioquia. (2014). Proyecto para el fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región Suroeste de Antioquia 2015-2016. Medellín-Colombia: Universidad de Antioquia.
25. Zunzunegui, M. V., & Béland, F. (2010). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 68–73. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.08.004>.



**G**estión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica es una compilación de análisis y reflexiones derivadas de la implementación del proyecto “Fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de la estrategia de APS en los municipios de la cuenca del río San Juan de la región del Suroeste de Antioquia 2015-2016” co-financiado por la Vicerrectoría de Extensión de la Universidad de Antioquia.



El proyecto representó la posibilidad de resignificar la manera de entender los desafíos de la gestión territorial de la salud en un contexto de profundas contradicciones producto de la orientación mercantil del sistema de salud, entendiendo que mientras la política nacional permanezca dominada por los intereses de la competencia y el afán de lucro que promueve el mercado, es necesario intentar la construcción de fuerzas antagónicas en los actores locales, quienes pueden reivindicar la solidaridad, la participación y la cooperación como los criterios esenciales para gestionar la salud en el territorio y la reorganización de los servicios de salud.



Los textos pretenden ser insumo para el diálogo y la discusión de los equipos locales de salud, los líderes comunitarios, los tomadores de decisiones en los territorios, para estudiantes, docentes e investigadores interesados en comprender el complejo escenario de la gestión local de la salud en el país.



ISBN: 978-958-5413-18-4

