

Intersectorialidad en las políticas de salud mental: sus características para la externación sustentable en el marco de la desinstitutionalización psiquiátrica en el Uruguay

Interdepartmentality in Mental Health Policies: its Characteristics for Sustainable Discharge Processes in the Psychiatric Deinstitutionalization Field in Uruguay

Intersectorialidade nas políticas de saúde mental: suas características para a externalização sustentável no quadro da desinstitutionalização psiquiátrica no Uruguai

Nelson De León¹, Lucía de Pena², Cecilia Silva³.

Resumen:

En este artículo concentramos el análisis en la comprensión de las características que asume la política de salud en el Uruguay a partir de la reforma del sistema de atención de la salud mental. La perspectiva de lectura analítica que asumimos toma dos vectores puestos en juego tanto en la norma que fomenta esta reforma (Ley N°19.529 de Salud Mental) como en la argumentación de actores implicados en el campo de la salud mental; ellos son: la intersectorialidad como modelo de políticas públicas y el discurso de derechos para el campo de la salud mental. Los datos en los que nos basamos son producto de una investigación de carácter nacional desarrollada durante el período 2016-2018. No es objetivo de este artículo presentar la investigación en su globalidad, si bien nos detenemos en detalles del diseño metodológico en el apartado correspondiente. Los objetivos de este artículo se dirigen a profundizar en una de las líneas de resultados de la investigación

¹**Nelson De León.** Licenciado en Psicología (UDELAR). Magíster en Salud Mental (UDELAR). Doctorando en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Docente e investigador de la Facultad de Psicología (UDELAR). <https://orcid.org/0000-0002-5044-3091>.

ndeleon@psico.edu.uy

²**Lucía de Pena.** Licenciada en Psicomotricidad, Licenciada en Psicología (UDELAR). Magíster en Bioética (FLACSO Argentina). Doctoranda en Ciencias de la Salud (UDELAR-UIF). Docente e investigadora de la Licenciatura de Psicomotricidad-Escuela Universitaria de Tecnología Médica-Facultad de Medicina (UDELAR). <https://orcid.org/0000-0002-9408-6460>.

luciadepena@fmed.edu.uy

³**Cecilia Silva.** Licenciada en Trabajo Social (UDELAR). Magíster en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Doctoranda en Ciencias Sociales (FLACSO Argentina). Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales en Régimen de Dedicación Total (UDELAR). <https://orcid.org/0000-0003-3835-582>.

cecilia.silva@cienciassociales.edu.uy

a partir de la incorporación de datos empíricos, la presentación de las principales líneas de lectura analítica de tales datos y el desarrollo de las conclusiones más destacadas en torno a los resultados. Son objetivos de este artículo: (i) identificar la modalidad o las modalidades de intersectorialidad presentes en el discurso de los entrevistados, (ii) brindar en términos analíticos una línea de lectura posible sobre la intersectorialidad y los derechos humanos en el campo de la política pública y la salud mental. Las conclusiones a las que arribamos indican un contexto gubernamental y técnico aún débil para la implementación de la intersectorialidad en el diseño de la asistencia de la salud mental y la generación de garantías claras para el acceso al ejercicio de los derechos humanos. Esto permea las posibilidades técnicas de desarrollo de prácticas efectivas en tal sentido.

Palabras clave:

Atención a la Salud Mental, Colaboración Intersectorial, Derechos Humanos, Sistemas de Salud, Políticas Públicas de Salud.

Abstract:

In this article we focus the analysis on understanding the characteristics assumed by health policy in Uruguay from the reform of the mental health care system. The analytical reading perspective adopted in this research takes two directions; the two play a key role in both the regulation that this reform encourages (Mental Health Act N°19.529) as well as in the argumentation of the parties involved in the mental health field. The parties are: interdepartmentality as a role model for public policies, and the human rights disclosure subordinated to the groups of interest in the mental health field. This research was based on data collected on a nationwide study conducted in 2016-2018. It is not the objective of this article to present the research in its entirety, although we will dwell on the details of the methodological design in the corresponding section. Rather, the objectives of this article are aimed at delving into one of the lines of research results from the incorporation of empirical data, the development of the main lines of analytical reading of such data and the development of the most outstanding conclusions. around the results. The objectives of this article are: (i) to identify the modality or modalities of intersectoriality present in the interviewees' discourse, (ii) to provide in analytical terms a possible line of reading on intersectoriality and human rights in the field of public policy. The conclusions we reached indicates a still weak governmental and technical context for the implementation of intersectoriality in the design of mental health care and the generation of clear guarantees for access to the exercise of human rights. This permeates the technical possibilities of developing effective practices in this regard.

Keywords:

Mental Health Assistance, Intersectoral Collaboration, Human Rights, Health Systems, Public Health Policy.

Sumário:

Neste artigo, focamos a análise no entendimento das características assumidas pela política de saúde no Uruguai, a partir da reforma do sistema de saúde mental. A perspectiva da leitura analítica que assumimos coloca dois vetores em jogo, tanto na norma que promove essa reforma (Lei Nº 19.529 sobre Saúde Mental) quanto na argumentação de atores envolvidos no campo da saúde mental; São eles: a intersectorialidade como modelo de políticas públicas e o discurso dos direitos submetidos aos grupos de interesse no campo da saúde mental. Os dados em que confiamos são o resultado de uma investigação nacional realizada durante o período 2016-2018. Não é objetivo deste artigo apresentar a pesquisa na íntegra, embora nos debruçemos sobre os detalhes do desenho metodológico na seção correspondente. Em vez disso, os objetivos deste artigo têm como objetivo investigar uma das linhas de resultados da pesquisa a partir da incorporação de dados empíricos, o desenvolvimento das principais linhas de leitura analítica desses dados e o desenvolvimento das conclusões mais destacadas. em torno dos resultados. Nesse caso, os objetivos deste artigo são: (i) identificar a modalidade ou modalidades de intersectorialidade presentes no discurso dos entrevistados; (ii) fornecer em termos analíticos uma linha possível leitura sobre intersectorialidade e direitos humanos no campo das políticas públicas. As conclusões a que chegamos indicam um contexto governamental e técnico ainda fraco para a implementação da intersectorialidade no desenho dos cuidados em saúde mental e a geração de garantias claras para o acesso ao exercício dos direitos humanos. Isso permeia as possibilidades técnicas de desenvolver práticas eficazes nesse sentido.

Palavras-chave:

Assistência à Saúde Mental, Colaboração Intersectorial, Direitos Humanos, Sistemas de Saúde, Políticas Públicas de Saúde.

Introducción

La investigación a partir de la cual se elabora este artículo tomó como eje de indagación a uno de los principales nudos críticos para la activación efectiva de la reforma asistencial de la salud mental en Uruguay. Nos referimos al cierre del manicomio nacional y de las colonias de internación permanente a nivel público y de las clínicas asilares del sector privado⁽¹⁾. Con una población que asciende actualmente a 300 personas internadas en el Hospital Psiquiátrico Vilardebó y a 850 personas en las dos colonias fusionadas⁽²⁾ en el Centro CEREMOS (Centro de Rehabilitación Médica, Ocupacional y Sico-social) y otro tanto de personas internadas en sanatorios y clínicas privadas, la reciente Ley de Salud Mental N°19.529⁽³⁾, en proceso de reglamentación, marca como fecha de cierre el año 2025 para los centros de internación monovalentes. Uno de los temas que se desprende de aquí es, por un lado, efectivamente el proceso de externación que debe ponerse en marcha para cada persona hoy en situación de encierro por razones de salud mental y, por otro lado, la desactivación del mecanismo de internación asilar como modelo de asistencia.

Esta situación para Uruguay no es coyuntural, sino que marca un estado permanente de resolución de los temas vinculados no sólo al campo de la salud mental sino a otros campos como el de la niñez, la adolescencia y las personas mayores, siendo los grupos poblacionales en los que se acentúa la institucionalización en lógica socio-sanitaria como política de atención a su situación de vulneración de derechos. El país es sistemáticamente observado por los organismos internacionales en materia de derechos hu-

manos por su alta tasa de encierro, recibiendo recomendaciones para desestimular esta práctica⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

La externación sustentable, se delimitó como centro del problema de estudio diseñado para la investigación y, en el marco de este concepto particularmente, cobraron especial interés las condiciones de desarrollo del trabajo de profesionales dentro del psiquiátrico, abocados a la generación de procesos de externación. La identificación de los obstáculos y las potencialidades con los que se enfrentan las prácticas profesionales para desarrollar estrategias de externación hospitalaria sustentable fue el sustrato de investigación. El proyecto se operacionalizó a través de la implementación de entrevistas a profesionales de los equipos de atención en sala de internación abierta. Las internaciones en el Hospital Vilardebó se organizan en dos sectores: i) sector de sala abierta sin medida de seguridad establecida por sede judicial, ii) sector de sala de seguridad con medidas de seguridad establecidas por sede judicial: medidas de seguridad extrema (para personas imputables) y atenuada (para personas inimputables).

El contenido de tales entrevistas condujo a la identificación de tres dimensiones transversales al problema de estudio: la intersectorialidad, la interdisciplina⁽⁶⁾ y las redes socio-familiares⁽⁷⁾. Estas dimensiones se entrelazan y ofician de complementariedad en una misma estrategia de abordaje para la sustentabilidad en la externación hospitalaria. La impronta del encierro manicomial además, coloca en múltiples desventajas a las personas que emprenden esa externación, lo cual implica mayor énfasis en

su abordaje para el equipo técnico que está a cargo. Por una parte, las distintas dimensiones de la vulneración dadas por el encierro, con la consecuente suspensión de la vida en comunidad y el desarraigo en los vínculos, así como la desvinculación en las redes asistenciales y socio-afectivas que todo aislamiento implica. Al mismo tiempo, la sobre cuota de vulneración está dada de antemano por el orden que impone lo psiquiátrico, lo cual ubica también un orden de dificultades considerables a la hora de acceder a una vida digna. La configuración de la persona como “paciente psiquiátrico” es un tránsito por circuitos intra y extra hospitalarios con demarcaciones subjetivas, sociales y políticas que trascienden al encierro⁽⁸⁾⁽⁹⁾. Por último, la alta prevalencia en el hospital psiquiátrico de personas signadas por el desamparo social que viven en contextos de pobreza, con precariedad laboral, de vivienda, alimentaria y de seguridad social oficia de obstáculo para la externación; en este sentido, la externación constituye un proceso complejo, signado por barreras interpersonales, institucionales y sociales⁽⁹⁾.

Aspectos contextuales y metodológicos

• Contexto de investigación

La construcción de condiciones que garanticen la atención y la vida de personas institucionalizadas, se ha constituido en uno de los principales desafíos en los procesos de reforma de la atención en salud mental en la región y Uruguay no ha quedado ajeno a ello. Esto ha involucrado, para el campo de la salud mental, la integración de perspectivas socio-históricas para la comprensión de las situaciones contextuales en

las que emerge, se desarrolla y se interviene el sufrimiento psíquico, lo que implica la articulación con disciplinas del campo sanitario, social y jurídico. En este proceso de ampliación del campo de la salud mental otras dimensiones toman centralidad complejizando la mirada médico céntrica. La discusión se resitúa en torno a: qué tipo de políticas, qué redistribución de recursos, cómo se re configura la responsabilidad profesional entre las disciplinas involucradas y qué garantías se deben crear para el ejercicio de participación de las personas usuarias del sistema de atención de la salud mental en espacios de decisión.

Es a partir de la elaboración de dos anteproyectos de ley, uno elaborado por el Ministerio de Salud Pública y otro por la Asamblea Instituyente por salud mental desmanicomialización y vida digna, ambos orientados a la producción de una ley de salud mental, en el período 2015-2017, que distintos colectivos organizados se encaminan para producir propuestas y disputar su espacio socio-político en la confrontación de modelos y principios epistemológicos, éticos y políticos. Este impulso toma antecedentes de las acciones colectivas que entre los años 2007-2009 desplegadas por la sociedad civil y actores del Estado en la elaboración de una propuesta de actualización normativa que quedó inconclusa. Este proceso finalizó con la promulgación de la primera ley de salud mental que ha tenido el país –Ley N° 19.529–, en agosto del año 2017. Y en la elaboración y aprobación en febrero de 2020, de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, cumpliendo con una de las disposiciones planteadas en la Ley N° 19.529. Hasta entonces la normativa que regía para la atención era la promulgada en los años 1936 y 1948, leyes N° 9.581 de Psicópatas y N° 11.139

• *Diseño metodológico*

de Patronato del psicópata, respectivamente, además de las orientaciones en el Plan de salud mental del año 1986.

La Ley N° 19.529 incorpora con claridad en su cuerpo normativo una de las vertientes en pugna, la vertiente psiquiátrica, orientada a la atención del trastorno mental. Queda debilitada en esta normativa la vertiente social, conformada por diversas organizaciones de usuarios, familiares, profesionales, gremiales y académicas no representativa de la psiquiatría positivista en nuestro país. Las consecuencias de tal desenlace son diversas y múltiples, a los efectos de lo que tematizaremos aquí nos interesa destacar tres particularmente: i) la intersectorialidad como diseño y ejecución de política pública desarrollada como estrategia de integralidad para la asistencia de la salud mental no es abordada por esta ley, ii) la perspectiva de derechos humanos en el marco de la calidad inalienable de sujeto de derecho depreciada a partir de la nomenclatura prevaleciente en todo el texto de la ley –personas con trastornos mentales severos y persistentes–, iii) la desinstitucionalización, entendida en la norma como el cierre de instituciones asilares hacia el año 2025, al no encastar en una lógica de integralidad intersectorial de atención y en recursos que materialicen el ejercicio de los derechos, pone en jaque precisamente la integridad de las personas hoy en situación de institucionalización, en la medida que la ley no orienta con precisión su reglamentación, de modo que se concreten acciones para acompañar el tránsito hacia la vida en comunidad en autonomía e independencia.

Se implementó un estudio cualitativo, de tipo exploratorio y descriptivo que tomó las siguientes fuentes de datos: (i) primarias: profesionales que integran los equipos de las salas de internación abiertas del hospital: licenciados/as en enfermería, licenciados/as en trabajo social, licenciados/as en psicología y médicos/as psiquiatras; (ii) secundarias: a partir de documentación estadística sobre ingresos, egresos y tiempo de estadía en el psiquiátrico.

Los criterios de inclusión para la selección de la población fueron: (i) la consideración de profesionales que integraban los equipos de las salas de internación abiertas del hospital (licenciados/as en enfermería, licenciados/as en trabajo social, licenciados/as en psicología y médicos/as psiquiatras), se entrevistó a un profesional por cada disciplina, en caso de que una sala contara con más de uno; (ii) se consideraron a los equipos que no integraban a profesionales de trabajo social que fueron parte del equipo de investigación. Como criterio de exclusión se estableció el apartar del estudio a las salas de internación en salas de seguridad, por entenderse que conllevan lógicas vinculadas a los procesos de judicialización y de inimputabilidad que no fueron de interés particular para este estudio. Bajo estos criterios, se relevaron 7 equipos, de 7 salas de internación, consultándose a 20 profesionales (3 licenciados/as en enfermería, 5 licenciados/as en psicología y 6 licenciados/as en trabajo social y 6 médicos/as psiquiatras).

Se implementaron entrevistas semi estructuradas y revisión documental, datos que fueron estudiados a partir de un análisis de contenido temático⁽¹⁰⁾. A partir del análisis de contenido temático se identificaron tres énfasis en los dis-

cursos de las personas entrevistadas: la referencia a la necesidad de articulación de recursos intrahospitalarios, interinstitucionales y comunitarios que se reúnan en un objetivo en común: la externación sustentable de personas ingresadas en el hospital psiquiátrico; la explicitación de la interdisciplina como componente del proceso de trabajo; la importancia de las redes socio-comunitarias como uno de los soportes para el sostenimiento de la vida fuera del psiquiátrico.

Marco teórico

La relación entre intersectorialidad y derechos humanos

Las características que consideramos como referencia en esta discusión teórico-analítica refieren a: i) el afianzamiento del discurso y las acciones de política pública afirmativa en base a los derechos humanos en términos de su reconocimiento y de ciertas garantías para su ejercicio; ii) la integralidad como parámetro de definición de los problemas sociales y de diseño de acciones de política pública. Estas características a las que tomamos como “coordinadas”, nos permiten orientar en un marco de comprensión amplio la lectura sobre el actual contexto de acción en la reforma del modelo de atención de la salud mental en nuestro país en un marco de políticas públicas que surgen con referencia en el modelo de Estado social, con la asunción del primer gobierno progresista de izquierda en el Uruguay.

- **El afianzamiento del discurso y las acciones de política pública en base a los derechos humanos en términos de su reconocimiento y garantías para su ejercicio**

La protección de la agencia humana es en definitiva el objetivo político y jurídico de los derechos humanos⁽¹¹⁾, vasto es el reconocimiento de los derechos humanos como instrumentos que protegen a las personas de la opresión y de los tratos inhumanos, pero complejo es consolidar un sistema de garantías para su ejercicio. Son múltiples los documentos internacionales que reconocen un crisol de derechos articulados cuyo goce efectivo posibilitaría el pleno desarrollo humano, no obstante, la vulneración de esos derechos está tan extendida que impone su naturalización.

El campo de los derechos civiles y políticos goza de mayor reconocimiento público y su vulneración por parte de los Estados es en mayor medida objeto de repudio colectivo. Por el contrario, la vulneración de los derechos sociales, económicos y culturales, nudo mismo del capitalismo, cuenta con altísimos niveles de aceptación, y se produce en un marco explicativo de la desigualdad social. Esta naturalización de los contextos de desigualdad es heredera de la matriz liberal y occidental de los derechos humanos⁽¹²⁾. “La gran mayoría de la población mundial no constituye el sujeto de derechos humanos, sino más bien el objeto de los discursos sobre derechos humanos”^(12 p13).

De hecho, existe consenso respecto a que en la medida en que son más las personas vulneradas en sus derechos que las que efectivamente gozan de ellos, tendríamos por tanto que hablar en términos de privilegios más que de derechos,

en el entendido que los derechos son por definición universales y es el Estado el que debe garantizarlos a partir de la gestión de distintos ámbitos de la vida de las personas. En este punto resulta de sumo interés destacar que la vulneración de derechos se presenta como el contexto de mayor producción de sufrimiento psíquico, es decir, el atentado mismo contra la dignidad humana se encuentra en el origen de situaciones vitales complejas que son transitadas con niveles variables de sufrimiento. Las políticas de asistencia a la salud mental constituyen por tanto una política específica y especializada que en la medida que no se articule con el resto de la matriz de protección social, continuará sosteniendo los privilegios de algunas personas y la vulneración de otras tantas.

La asociación explícita entre derechos humanos y políticas públicas es reciente en los discursos políticos y técnicos, data de la última década y, desde entonces, se ha ido profundizando al punto que resultan en la actualidad inseparables⁽¹³⁾. Sin embargo, como decíamos, persiste una dificultad para vincular el marco de acceso a determinados bienes y servicios sobre los que recae la posibilidad efectiva de vivir en condiciones dignas –acceso a vivienda, trabajo, salud, educación, seguridad social entre otros-. El Estado es agente principal en la responsabilidad de generar esas condiciones al regular y limitar justamente a través de la política pública, el impacto de las reglas del mercado sobre esas condiciones.

“Considerar la existencia y persistencia de instituciones manicomiales, implica reconocer una doble vertiente del problema: 1) Político, ya que expresa la forma en que el Estado (des)atiende a las personas que padecen; 2) Derechos Humanos, porque revela la suspensión a-temporal de

la condición de sujetos de derecho de las personas internadas”⁽¹⁴⁾. De hecho, el grueso de las personas internadas actualmente en el Hospital Vilardebó vive en contextos de pobreza, y las internaciones de larga data vienen a proponerse y perpetuarse como trágicas soluciones ante esos contextos.

Externar, por tanto, supone articular respuestas complejas, correr el foco de lo individual a lo social, e identificar con claridad los sectores del Estado que deben intervenir directamente en la génesis y el sostenimiento de nuevas condiciones de vida. Es significativo cómo los organismos internacionales instan a los Estados parte a analizar los factores contextuales que inciden en la producción de situaciones nocivas para la salud mental. “[Se] Insta también a los Estados a que se ocupen de los factores determinantes subyacentes sociales, económicos y ambientales de la salud y a que aborden de manera holística una serie de obstáculos resultantes de la desigualdad y la discriminación que impiden el pleno disfrute de los derechos humanos en el contexto de la salud mental”⁽¹⁵⁾.

Esto plantea un estado de situación paradójico, un doble camino paralelo del mismo Estado que adhiere a convenciones, pactos y acuerdos internacionales con una impronta implícita de desmedicalización de las condiciones de desigualdad estructurales y que al mismo tiempo, oficia de sostén de lógicas cristalizadas en modelos manicomiales, emprendiendo un proceso de reforma de la atención sin impulsos claros a perspectivas comunitarias por fuera de los parámetros sanitarios.

La intersectorialidad, definida anteriormente como una modalidad o perfilamiento de política pública que implica la delimitación de problemas intersectoriales para acciones intersecto-

riales, parecería ser uno de los puntos de mayor criticidad en el moldeamiento que la reforma de la salud mental. Al menos así parece ser vivida en el sector de profesionales que ejercen en este ámbito de ejecución, sin conocer cabalmente los puntos centrales de la reforma, con nociones de intersectorialidad arraigadas en la necesidad de articular recursos para la externación y no en las etapas de definición de la política asistencial particularmente. Profundizamos en esto más adelante, a partir de extractos de las entrevistas realizadas.

Las características del paradigma de derechos humanos en este contexto, parecen ser ubicados con cierta claridad en las ideas socializadas en lo discursivo, en la argumentación y fundamentación de las decisiones a tomar. No obstante, la puesta en práctica no encuentra lineamientos de coherencia, lo que parecía estar evidenciando las debilidades de la clase política para mediar en la correlación de fuerzas entre un grupo de interés y otro. El acumulado de *lobby* aún sigue siendo el mérito con mayor peso para el logro de los objetivos, la medicina psiquiátrica tradicionalista para el paradigma positivista es quien se lleva la calificación más alta en su meritosa práctica de *lobby* profesional, académico y político.

- **La integralidad como parámetro de definición de los problemas sociales y de diseño de acciones de política pública**

Para el campo específico de la salud mental, la identificación de las problemáticas en salud mental como problemáticas complejas, con fuerte determinación social, requiere el desarrollo de la denominada intersectorialidad de “alta intensidad”, caracterizada por la integrali-

dad en la definición del problema, en las acciones específicas a desarrollarse y en el monitoreo de su ejecución, así como en el intercambio de recursos financieros.

Las políticas intersectoriales de alta intensidad permiten entonces, intervenir no sólo en la atención del proceso salud-enfermedad, sino en las condiciones de producción del sufrimiento psicosocial, haciendo énfasis en las condiciones materiales de existencia como posibilitadoras de la vida en comunidad y por tanto, en la posibilidad de materializar la externación. Asumir esta complejidad, implica también un abordaje interdisciplinario en todo el proceso de atención y la articulación de otros saberes, a la hora no solo de la evaluación y valoración de la atención, sino también de su planificación, es decir una ecología de saberes⁽¹⁶⁾.

Por otra parte, este dimensionamiento de la intersectorialidad, exige voluntad política y condiciones de coordinación en términos de espacialidad y temporalidad para su efectivización. En la propuesta de anteproyecto de ley de la Asamblea instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna, presentada en el 2015, se planteaba la creación de la Secretaría interministerial e institucional de políticas de salud mental (Cap. VI, Art.27). Esta Secretaría, sería integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Transporte y Obras Públicas, el Banco de Previsión Social, representantes del Congreso de Intendentes y representantes de organizaciones de usuarios/as y familiares de salud mental.

Resultados

Intersectorialidad: algunas dimensiones de análisis a partir de los discursos profesionales

Por otra parte, en el informe del Grupo de trabajo Interinstitucional/Intersectorialidad, convocado en el 2018, por el Área Programática para la Atención de Salud Mental del MSP para aportar en la elaboración del Plan nacional de Salud Mental, se plantea la creación de la “Comisión Interministerial de coordinación intersectorial en salud mental”.

La reforma italiana, impulsada por Basaglia en la década de los setenta, referente –hoy día– de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como experiencia de desinstitucionalización, se sostuvo fuertemente desde una dimensión política y social. Ello llevó a Basaglia a ser etiquetado por sus colegas como “politiquiatra”⁽¹⁷⁾, neologismo que pone de relieve la dimensión política de sus intervenciones y, quizás al mismo tiempo destaca el debilitamiento de la mirada estrictamente clásica de la psiquiatría. Sin embargo, justamente, es en nombre de la psiquiatría que Basaglia corre el foco hacia el campo social y ubica en el escenario político las posibilidades de transformación del campo de la salud mental, lo que parece exigir por parte de sus pares una nueva nominación profesional, la asunción de otra identidad profesional. La “politiquiatría” vuelve al campo social lo que se genera a partir del campo social y, por tanto, posibilita la construcción de problemas y de respuestas desmedicalizantes sólo posibles de ser construidos en políticas intersectoriales, que integren la perspectiva de los derechos humanos y trasciendan lo meramente enunciativo.

En el contexto de hechura de la política pública son diversas las vertientes de pensamiento y posicionamiento ideológico y político respecto a cómo diseñar e implementar las políticas. La intersectorialidad cobra significado no sólo como un modelo en términos de instrumentalidad en el diseño y la ejecución sino, antes de eso, como argumentación política sobre porqué la política pública debe ser diseñada bajo un modelo intersectorial. Por tanto, se trata de fondo, de cómo se entiende la definición y el tratamiento de los temas/problemas de la sociedad a ser abordados por la política pública. Su orden de prioridad, el énfasis en sus componentes, la proyección de modificaciones a realizar y el planteo de resultados a alcanzar.

En el campo de la salud, la perspectiva intersectorial viene avanzando desde hace algunas décadas bajo argumentos que ponen de relieve la complejidad de los procesos de salud-enfermedad, así como su determinación social. Estudios de reformas psiquiátricas realizados en Brasil, Chile y Colombia, indican la necesidad de lo intersectorial⁽¹⁸⁾. La OMS, ya en 1978, en su Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud subraya la preocupación por la desigualdad en la situación de salud de las personas, y define como meta social alcanzar el mejor nivel de salud para todos los pueblos, reconociendo que para ello debe involucrarse no sólo el sector salud, sino además el social y económico⁽¹⁹⁾.

El modo particular que asuman las relaciones entre el sector salud con los otros sectores del Estado está en parte determinado por el modo en que se conceptualice la salud, y particularmente la salud mental. La perspectiva actual hegemónica en salud subraya la arista de la determinación biológica y tiende a homologar el campo de la salud con el campo de la enfermedad, legitimando y jerarquizando el sector sanitario de salud y las intervenciones que desde allí se gestionan, desarrollando lazos débiles y coyunturales con los otros sectores. Por el contrario, una perspectiva de los procesos de salud-enfermedad con eje en los determinantes sociales de la salud requiere de articulaciones que se materialicen desde los inicios, en la definición misma del problema público sobre el que intervenir ⁽²⁰⁾. En este sentido, el carácter polisémico de la noción de intersectorialidad deriva de los énfasis conceptuales y de las prácticas que la componen.

Al mismo tiempo, la perspectiva intersectorial también parece tener cierto significado y uso polisémico en el sentido cotidiano y práctico de su utilización. Así, podrá encontrarse en el discurso de los actores políticos que asumen a la intersectorialidad como sinónimo de interinstitucionalidad o coordinación intersectorial, como se expresa en el texto de la ley de salud mental. También, aunque aún con mayor ambigüedad, aparece en el discurso de los/as profesionales entrevistados/as.

Pensando en la intersectorialidad, por ejemplo, lo vivimos día a día en la falta de coordinación que hay con los demás recursos, con los demás programas, ahí creo que hay un problema (Entrevistado/a).

Para que existiera realmente una intersec-

torialidad, que los distintos, como se dice, centros, ministerios a veces, organismos pudiéramos trabajar realmente en conjunto, yo lo que veo es que, a no ser escasos y puntuales experiencias, que terminan siendo eso, puntuales, no podemos trabajar coordinados con otros sectores (Entrevistado/a).

Los datos aportados por profesionales de los equipos de atención del psiquiátrico asumen especial interés para el estudio de la intersectorialidad y su determinación en los procesos de externalización sustentable. Este interés es expresado a veces explícitamente y otras de modo subyacente o implícito. En cuanto a su operacionalización, esta difusa noción de intersectorialidad queda reducida a la coordinación entre dependencias del mismo hospital, otras a la articulación externa que pueda lograrse, generalmente con otras instituciones del mismo sector, por ejemplo, los centros de salud o las policlínicas territoriales.

De todas formas, no es casual que estos términos –intersectorialidad, interinstitucionalidad– se tornen cotidianos en los discursos técnicos. El país ha venido transitando desde la asunción de gobiernos de izquierda, por reorientaciones en los modelos de política pública que habilitan a la incorporación de nuevas formas de pensar el ejercicio profesional. En lo que refiere al campo de la salud mental en Uruguay, encuentra una conformación actual heterogénea, diversa en las trayectorias de cada actor colectivo allí presente y en su capacidad de presión en relación a fines e intereses; de múltiples miradas y perspectivas en torno a qué entender por salud mental, a cómo concebir una reforma de la atención en salud mental y, a qué lugar reconocer y conceder a la persona para el ejercicio pleno de sus derechos durante el proceso de atención.

Los modelos de política pública no emergen del sentido común. Para Cunill-Grau ⁽²¹⁾ la problematización respecto a lo que la intersectorialidad exige como modelo de política pública es escasa, por momentos inexistente, por tanto, su uso indiscriminado vacía de sentido su especificidad, y no habilita a un análisis profundo respecto a sus contenidos, la definición que a partir de ella se realiza sobre los “problemas sociales” y menos aún los alcances de sus resultados respecto a lo que se quiere transformar. Sin embargo, la disputa misma por la definición del problema y sus causas, los agentes responsables de atención y los márgenes de acción, involucran un corpus de intereses diversos que trascienda la clase gobernante explícitamente y sus definiciones técnicas de la intersectorialidad.

“Usualmente existe tan escasa problematización sobre ella [intersectorialidad] y se usa con sentidos tan generales, que suele diluirse la preocupación acerca de cómo se construye y cuál es el valor real que puede aportar a los resultados sociales” (21 p5). Esta lógica de uso polisémico de la noción de intersectorialidad no es particular al campo de la salud mental. Los distintos sentidos y los modos diversos de operacionalizar la intersectorialidad para el campo de la salud en general se basan en diferencias técnicas, pero también políticas, vinculadas a las concepciones de salud dominantes, a los contextos socio-políticos particulares y a las políticas sociales impulsadas por los Estados ⁽²¹⁾.

La intersectorialidad fue impulsada por el sector salud ⁽²⁰⁾ a partir de la noción de determinantes sociales de la salud impulsada por la OMS ya sobre finales de los años 70 ⁽¹⁹⁾. Es significativo este período, dado que coincide en términos históricos con recomendaciones para toda Améri-

ca Latina desde los organismos internacionales, de reducción del gasto público y en especial social. El viraje hacia una mirada “social” y la incorporación de la comunidad se instaló como paradoja en un escenario de reducción del gasto social y apelación a una perspectiva de participación comunitaria en los temas de salud como recurso compensatorio a la reducción del gasto. Sin embargo, para la reforma de la atención en salud mental, la perspectiva intersectorial cobra particular interés en tanto podría orientar una estrategia efectiva en el desmontaje del obsoleto modelo asilar y de la lógico médico-psiquiátrica para un reordenamiento de los criterios y las prácticas de atención.

En este sentido, la intersectorialidad de alta intensidad señalada por Cunill-Grau ⁽²¹⁾ parece tener un potencial a atender en la redefinición del abordaje de los problemas actuales en la generación de externaciones sustentables. Los problemas, hasta ahora definidos sectorialmente (por ejemplo, atención médica, acceso a ingresos, acceso a la vivienda, incorporación al mercado de empleo, acceso a la educación, establecimiento de vínculos sociales y afectivos, entre otros), se tornan posible de abordar multidimensionalmente. En este sentido, la reforma de la atención de la salud mental demanda una mirada multidimensional de los factores que conducen a la vulneración de la salud mental y a los obstáculos para establecer procesos efectivos de desinstitucionalización.

“Cuando aludimos a la intersectorialidad en tanto relación entre distintos sectores gubernamentales, el foco cambia. Ya no es exclusivamente la mejora del desempeño en la provisión de servicios públicos lo que se tiene a la vista. Aunque el desempeño puede estar presente, la mirada aumenta su alcance y se coloca expresa-

mente en la solución del problema que se busca enfrentar, advirtiendo que, si el problema es multicausal, la integración sectorial puede mejorar su abordaje integral. Esto significa que es la búsqueda de la integralidad en el abordaje de un determinado problema o situación social, lo que coloca en el centro la cuestión de la relación entre distintos sectores gubernamentales” (21 p7-8).

En esta posibilidad, de construcción de la intersectorialidad, en la especificidad de la externación sustentable para procesos de institucionalización por motivos de salud mental, se inscribe como otro pliegue, la complejidad de la vida comunitaria. Si reconocemos en la intersectorialidad lo multidimensional, se va hacer necesario compartir –entre los actores que desarrollan la intervención– la comprensión y dimensiones que se ponen en juego en la conexión intersectorial y también en la promoción de una vida digna. Esta perspectiva de intersectorialidad de alta intensidad, ubica no solo la relación entre sectores gubernamentales, sino también la participación y posibilidad de incidencia de personas usuarias y familiares en el abordaje al problema. Esto potencia las posibilidades de organización de colectivos sociales vinculados al tema que comienzan a fortalecer su aprendizaje en la incorporación de demandas en la órbita gubernamental, los términos de negociación para la concreción de sus intereses y la permanencia en la acción política, en sentido amplio, para la salvaguarda de las garantías que permitan el pleno ejercicio de sus derechos.

“Desde esta perspectiva, la noción de la intersectorialidad remite a la integración de diversos sectores, principalmente —aunque no sólo— gubernamentales, con vistas a la solución de problemas sociales complejos cuya característi-

ca fundamental es su multicausalidad. Implica, además, relaciones de colaboración, claramente no jerárquicas e incluso no contractuales” (21 p8).

Es significativo cómo los discursos de las personas entrevistadas colocan en un lugar de relevancia a la intersectorialidad aún para marcar precisamente su ausencia:

La intersectorialidad creo que un poco lo dejaba entrever en la respuesta anterior, de que es como uno de los grandes vacíos a la hora de pensar la externación sustentable, al pensar el egreso del paciente (Entrevistado/a).

Tanto en las coordinaciones intra y extrahospitalarias, como en los recursos; la posibilidad de la intersectorialidad parece debilitada. A la hora de poner en juego el compartir entre los integrantes del equipo, se plantean obstáculos específicos, como el tiempo disponible para realizar las coordinaciones. Al mismo tiempo que se reconoce la importancia de articular la intersectorialidad con la interdisciplinariedad y las redes socio comunitarias.

No tienen dónde ir, no hay otras estructuras que se hayan abierto, por supuesto que la experiencia de otros países te dice que intervienen varias instituciones, las de seguridad social, en este país el mides, en otros lados no existe eso, está Salud Pública, la Universidad, una cantidad de instituciones que hacen que la asistencia pueda ser más integral, pero estamos en pañales todavía en eso (Entrevistado/a).

Se entendería la intersectorialidad, como una realidad a construir "con lo que se tiene", donde

la dimensión política aparece como importante a la hora de su delineamiento y la realidad del contexto socioeconómico de las personas usuarias. Se entiende que la labilidad de los vínculos familiares y sociales de las personas con procesos de internación psiquiátrica, hacen que sea escaso de "dónde agarrarse". En tal sentido, aparece como fundamental la necesidad de vivienda, alimentación y dispositivos de atención comunitarios para pensar en la intersectorialidad y la externación sustentable. Las instituciones más nombradas son el Ministerio de Desarrollo Social (mides), básicamente con la política de refugios, el Instituto de Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y el Banco de Previsión Social (BPS).

Yo creo que es fundamental el tema de la coordinación intersectorial, tanto sea con distintos ministerios, con el MIDES, con quien sea que participe en el tema de Salud Mental, de alguna manera o de otra, yo he visto acá personalmente que solamente se ve el trabajo del MIDES, no he visto otras instituciones que participen en esto (Entrevistado/a).

Del discurso de las personas entrevistadas es posible identificar énfasis en el abordaje focalizado en la gestión de recursos básicos para la resolución de la vida cotidiana. Al mismo tiempo parecería ser que esta gestión de recursos se acota al vínculo personal al momento de resolver la salida del hospital. No se encuentran referencias al menos explícitas a una gestión integrada a la matriz de protección social lo cual le otorgaría un acento en la universalidad.

Estos abordajes focalizados en lo básico parecen mediados por la relevancia que aún ad-

quiere el diagnóstico con el que se identificó a la persona en el momento de la internación. De este modo, se le otorga una jerarquía notoria al diagnóstico por sobre otras consideraciones en la valoración clínica a la hora de pensar el proyecto para la sustentabilidad de la externación.

Intersectorialidad me parece que es eso, o sea la externación, hablando de externar al paciente el diagnóstico es bien importante, porque hay pacientes que realmente se pueden rehabilitar y otros no y me parece que también el contexto donde está, si hay alguien que lo contiene, si hay contención (Entrevistado/a).

De las entrevistas realizadas y, a partir de los contenidos discursivos que hemos presentado a los efectos de este artículo, se observa cierta debilidad, en ocasiones cierta ausencia, de una perspectiva intersectorial, lo cual se traduce en el uso polisémico a nivel discursivo y en la descripción de dificultades a la hora de realizar sus prácticas profesionales. Esto incide en las prácticas que desarrollan los profesionales a partir de escasos elementos de articulación real para efectivizar la sustentabilidad de los procesos de externación sustentable. No obstante, es de destacar la expresa necesidad de encontrar orientaciones claras, a partir de la política asistencial que se encuentran ejecutando. Los/as profesionales hacen visible desde sus discursos no sólo las dificultades y sus preocupaciones sino también sus énfasis en la búsqueda de alternativas que potencien sus abordajes.

Conclusiones

Nos interesa centrarnos en dos ejes principales. Uno de ellos, en torno a la noción de intersectorialidad que se desprende del contenido discursivo de los/as profesionales entrevistados/as. El otro eje, en relación a los enunciados conceptuales que hemos introducido en el desarrollo del artículo sobre las perspectivas de intersectorialidad de baja y alta intensidad en el marco de la política pública y su vinculación con los avances más recientes en materia de derechos humanos.

- **Sobre discursos profesionales e intersectorialidad**

Hemos afirmado que la polisemia de la noción de intersectorialidad es una característica contenida en los discursos. El orientarse por nociones de intersectorialidad no siempre claras conceptualmente, por lo general con una noción intuitiva al respecto y además heterogénea entre los/as profesionales que comparten tareas diarias, debilita la posibilidad de argumentación técnica sobre los recursos institucionales necesarios para efectivizar sus objetivos en torno a proyectos de externación sustentables.

Otro aspecto de relevancia, es la noción de intersectorialidad en la acción de articular acciones y recursos en el momento que la externación se pone en juego. No aparecen con claridad, señalamientos y orientaciones previas, en las cuales la política asistencial se encauce hacia enclaves comunitarios que se activen a la hora de la salida de las personas que cursan la internación. Parecería subyacer un involucramiento cotidiano, de inmediatez requerida por la pro-

pia vorágine institucional y vinculada a necesidades básicas de las personas, que deja escaso margen para espacios de reflexión y revisión técnico-política del contexto desde el que se desarrolla la práctica profesional. En este sentido, no se encuentran en las entrevistas, señalamientos sobre las etapas de diseño de la política asistencial de externación, parecería ser que el hacer técnico comienza en la ejecución de tal política.

Aun así, se registra un esfuerzo explícito por la articulación de acciones y recursos internos al hospital psiquiátrico y externos a él que repercute al menos en el establecimiento de criterios básicos para planificar procesos de externación que traduzcan cierta sostenibilidad en la red socio-asistencial externa. Se evidencia cierta "soledad" técnica, con débil acompañamiento de la gestión institucional hospitalaria, quedando a la "voluntad política" y o "voluntad individual" la activación de algunos mecanismos complementarios en el proceso de externación. Por momentos, la intersectorialidad queda en el "cuerpo a cuerpo" de los/as profesionales que, con voluntad, pero escasos recursos extramuros, intentan evitar la puerta de vaivén.

- ***Sobre las perspectivas de intersectorialidad, la política pública y los derechos humanos***

A partir de los insumos teóricos incorporados es evidente que la intersectorialidad aparece como la respuesta más acertada, pero aún no desarrollada, en las prácticas de atención, de forma institucionalizada y regular. La intersectorialidad, definida como modalidad de política pública que implica la delimitación de problemas multisectoriales y acciones integrales entre los sectores comprometidos; parecería ser uno de los puntos de mayor criticidad en el moldeamiento de la reforma en la salud mental.

Identificar y analizar los componentes de la intersectorialidad de las políticas públicas para la particularidad de la externación sustentable en las instituciones psiquiátricas asilares, requiere de una mirada compleja hacia los procesos de externación. Se trata de recuperar la significación de las diversas esferas de la vida personal y colectiva y de los procesos de subjetivación. No hay sustentabilidad de la autonomía y la independencia sin vivienda, sin salario, sin red social y comunitaria, sin desarrollo personal. El Estado tiene responsabilidad en la generación de condiciones de acceso equitativo a todas estas dimensiones y la intersectorialidad de alta intensidad podría ser una estrategia posible para la articulación de las diversas políticas existentes.

Experiencias en nuestro país, o en la región de procesos de externación sin la dimensión de la sustentabilidad no hacen más que profundizar la desigualdad social y profundizar las condiciones de sufrimiento. La externación para hacerse sustentable, debe sostenerse de forma articulada en trabajadoras y trabajadores con formación desde la perspectiva de derechos, con recursos económicos dirigidos al fortalecimiento y creación de la red socio comunitaria, con la participación activa y decisiva de personas usuarias y familiares. En definitiva, recursos que pongan en juego desde la definición misma del problema a abordar, el diseño y la implementación de las políticas públicas.

Referencias

1. Batalla M, Pena L, Martínez L, Silva C. La reforma en la trinchera: obstáculos y potencialidades en las prácticas profesionales para la externación sustentable en el ámbito hospitalario. *Revista Regional de Trabajo Social* [Internet] 2019; 33(74): 80-96. Disponible en: [http://www.revistatrabajosocial.com/revista.php?id=74\"74](http://www.revistatrabajosocial.com/revista.php?id=HYPERLINK\) [consulta: 09 abr 2020].
2. Novoa MG, López Mesa G, Barrios MC, García Trovero M, García Rampa M, Triaca J, et al. Atención de la salud mental de la población usuaria de ASSE. Diagnóstico de situación en Abril/2018. [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencia-Ley-de-Salud-Mental-10377\"10377](https://www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencia-Ley-de-Salud-Mental-HYPERLINK\) [consulta: 09 abr 2020].
3. Salud Mental. Ley N° 19.529 de 24 de agosto 2017. [Internet]. Uruguay. Disponible en: https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro=19529&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate%5D=&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate%5D=&Ltemas=&tipo-Busqueda=T&Searchtext= [consulta: 09 abr 2020].
4. Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Uruguay. [Internet]. 2017 Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEo-vLCuW2gWrFG4YIq6Ud7ogcXQXJmG-tkcZ%2FqAtMzPspMMVFV6qg786yR-QDZU8%2BH3tXw%2Bjzl3lOMs7UfR-do6ecMuZm88rFM0CIVt4S6cFDriA-q254uZ> [consulta: 09 abr 2020].
5. Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero a quinto combinados del Uruguay. [Internet]. 2015. Disponible <https://acnudh.org/comite-onu-sobre-derechos-del-nino-examino-a-uruguay/> [consulta: 09 abr 2020].
6. Silva C, Pena L, Batalla M, Pedra M. La variable interdisciplinar en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental. *Revista Fronteras* [Internet] 2019; 13:83-97. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23406/1/RF_Silva_2019n13.pdf50012008234061/RF_Silva_2019 [consulta: 09 abr 2020].

7. Morosi C, Díaz A, Martínez L. Las redes comunitarias y familiares en el tránsito hacia la externación sustentable en el contexto de la reforma del modelo de atención de salud mental en Uruguay. RUE [Internet] 2020; 15(1). Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/286/314> [consulta: 09 abr 2020].
8. Centro de Estudios Legales y Sociales. Cruzar el muro. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/> [consulta: 09 abr 2020].
9. De Souza Minayo MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013.
10. Ignatieff M. Los derechos humanos como política e idolatría. Barcelona: Paidós; 2003.
11. De Souza Santos B. Si Dios fuera un activista de los derechos humanos. Madrid: Trotta; 2014.
12. Cunill-Grau N. Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. Revista del CLAD Reforma y Democracia. [Internet] 2010; 46: 41-72. Disponible en: <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/HYPERLINK> "<http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/046-febrero-2010/cunill>"2010HYPERLINK "<http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/046-febrero-2010/cunill>" [consulta: 09 abr 2020].
13. Barraco A. Salud mental, leyes y desmanicomialización: avances y resistencias. Topía [Internet] 2012; 22(66): 30-2. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/salud-mental-leyes-y-desmanicomializaci%C3%B3n-avances-y-resistencias> [consulta: 09 abr 2020].
14. Organización de las Naciones Unidas. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. [Internet]. 2017. Disponible en: 53/Add. https://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/d_res_dec/A_HRC_36_L_25.pdf [consulta: 09 abr 2020]. revisar
15. De Souza Santos B. Descolonizar el saber: reinventar el poder. Montevideo: Trilce; 2010.
16. Basaglia F. La utopía de la realidad. Topía [Internet] 2008; 18(52): 25-7. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/la-utop%C3%AD-de-la-realidad> [consulta: 09 abr 2020].

17. Agrest M, Mascayano F, Teodoro de Assis R, Molina-Bulla C, Ardila-Gómez S. Leyes de salud mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *VERTEX Rev Arg de Psiquiat* [Internet] 2018; 39: 334-45. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330522116_Leyes_de_Salud_Mental_y_reformas_psiquiaticas_en_America_Latina_multiples_caminos_en_su_implementacion [consulta: 09 abr 2020].
18. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. [Internet]. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/HYPERLINK> "https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf"2012HYPERLINK "https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf"/Alma-Ata-HYPERLINK "https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf"1978HYPERLINK "https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf"Declaracion.pdf [consulta:09 abr 2020].
19. Organización Panamericana de la Salud. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/HYPERLINK>"https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/HiAP-Intersectorialidad-y-Equidad-SPA-2015.pdf"2015HYPERLINK "https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/HiAP-Intersectorialidad-y-Equidad-SPA-2015.pdf"/HiAP-Intersectorialidad-y-Equidad-SPA-HYPERLINK "https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/HiAP-Intersectorialidad-y-Equidad-SPA-2015.pdf"2015HYPERLINK "https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/HiAP-Intersectorialidad-y-Equidad-SPA-2015.pdf" [consulta: 09 abr 2020].
20. Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública* [Internet] 2014; 23(1): 5-46. Disponible en: [1/v231http://www.scielo.org.mx/pdf/gpp/v23n1/v23n1a1.pdf](http://www.scielo.org.mx/pdf/gpp/v23n1/v23n1a1.pdf) [consulta: 09 abr 2020].

Recibido:22/04/2020

Aceptado: 2/10/2020