



Cuadernos del CENDES

ISSN: 1012-2508

cupublicaciones@ucv.ve

Universidad Central de Venezuela

Venezuela

MANDL STANG, JORGE

Gobernanza de políticas públicas saludables en los ámbitos locales: una propuesta para el debate

Cuadernos del CENDES, vol. 34, núm. 96, septiembre-diciembre, 2017, pp. 65-86

Universidad Central de Venezuela

Caracas, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40354944003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Gobernanza de políticas públicas saludables en los ámbitos locales: una propuesta para el debate*

JORGE MANDL STANGL**

pp. 65-86

Resumen

Este artículo pretende compendiar algunos elementos teóricos y prácticos relacionados con el proceso de gobernanza democrática local para gestionar políticas públicas saludables, planteando la posibilidad de abordar un conjunto de condiciones y tendencias presentes en los gobiernos y las comunidades. Además de describir las correlaciones entre los elementos constitutivos y las modalidades, expone un ciclo de interacciones deliberativas que responden estratégicamente a la construcción de la realidad, el fortalecimiento de estructuras y mecanismos de asociación local, la socialización de las instituciones y la conducción y redistribución del poder;. Con ello se aspira poder actuar sobre los determinantes sociales de la salud, privilegiando la equidad y justicia social en defensa de los derechos humanos. Finalmente, se sugiere un modelo integral sustentado en la propuesta de Marc Hufty y las modalidades de interacción planteadas por Kickbusch y Gleicher.

Palabras clave

Políticas públicas saludables / Salud en todas las políticas / Gobernanza democrática local

Abstract

This article aims to summarize some theoretical and practical elements related to the process of democratic governance to manage healthy public policies, outlining the possibility of addressing a set of conditions and trends in Governments and communities. In addition to describing the correlations between the constituent elements and modalities, outlines a cycle of deliberative interactions that respond strategically to the construction of reality, the strengthening of structures and mechanisms of the local Association, the socialization of institutions, and the driving and redistribution of power; for action on the social determinants of health, privileging equity and social justice in defense of human rights Finally, suggest a holistic model based on the proposal of Marc Hufty and modalities of interaction raised by Kickbusch and Gleicher.

Key words

Healthy Public Policies / Health in all Policies / Local Democratic Governance

* Artículo basado en la Tesis de Doctorado en Ciencia Política, intitulada «Nuevas prácticas y significados en políticas públicas saludables en los ámbitos locales de Venezuela: un modelo de gestión»; aprobada el 16 de noviembre de 2015 con calificación Sobresaliente, Mención: Publicación, en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad del Zulia, Maracaibo.

** Doctor en Ciencia Política por La Universidad del Zulia (LUZ). Especialista en Salud Pública (UCV). Médico Cirujano (LUZ). Correo-e: jorge_mandl@yahoo.com

Introducción

La complejidad de los factores sociales, políticos, económicos y ambientales que influyen en las desigualdades en el sector de la salud, y el hecho de que la mayoría de tales factores se encuentra fuera de su jurisdicción, requiere nuevos modos de participación política para promover procesos conducentes a cambios en la manera de tomar decisiones para la salud y el bienestar con el fin de alcanzar un desarrollo integral sostenible, con equidad y justicia social (Barr *et al.*, 2008). El enfoque de *Salud en Todas las Políticas*, planteado por la Organización Mundial de la Salud, pretende sentar las bases para lograr este objetivo, creando alianzas para la implementación de políticas entre niveles de gobierno, la ciencia y la academia, empresas privadas, organizaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales. El fin es el de generar co-beneficios a favor de la salud colectiva y cerrar la brecha de inequidad, en particular para las comunidades vulnerables (OMS, 2010). En este sentido, una respuesta convincente demanda una discusión que va más allá de los mecanismos formales o informales del Estado: abarca los procesos de acción social en que una sociedad en su conjunto, organiza y gestiona sus asuntos para lograr cambios positivos en salud, construyendo articulaciones y vínculos entre distintos actores y estructuras (Olavarría, 2007).

Una gobernanza eficaz se refiere a la calidad de estos procesos de acuerdo a un conjunto de características como la legitimidad democrática y la consolidación de la práctica del poder que surjan de las necesidades del bien común; la pertinencia e integralidad en las estrategias y tácticas para contribuir de forma efectiva en las decisiones y competencias de la gente; la coordinación intersectorial para regularizar las relaciones entre los diferentes actores; la transparencia en la comunicación de la información y en la rendición de responsabilidades; la sustentabilidad en las alianzas entre la ciudadanía y los poderes públicos para el cabal ejercicio de los compromisos compartidos; y el acuerdo para redefinir los roles que ambos desempeñan (Brody, 2009).

El ámbito privilegiado para desarrollar estos procesos es el que se encuentra más cercano de la gente. El municipio hace referencia a un espacio micro-social identificable, reconocido e integrado por actores individuales, colectivos, sociales e institucionales, en el que se aprende a discernir y elegir el bien común, se cultiva la cohesión social y se prepara a las personas para actuar colectivamente a favor del desarrollo de todos (Castro y Evangelista, 1998). Asimismo, es en este espacio donde las regulaciones y normas sirven a un doble propósito: por un lado, provee los instrumentos para la ejecución de aspectos concretos de las políticas nacionales; y por el otro, constituye una herramienta para la toma de decisiones políticas, adaptándolas a las necesidades locales.

Una buena gobernanza para la salud y el bienestar en los ámbitos locales debe vincular los elementos constitutivos observables en los diferentes momentos de acción colectiva, así como agrupar diversas interacciones que producen estas condiciones y sus consecuencias (Hufty *et al.*, 2006). Las variables que se utilizan para abordar el proceso responden a cómo el Estado¹ y la Comunidad² afrontan estratégicamente los problemas, las opciones que toman sobre las artilugios utilizados, los actores participantes, las instancias de gobierno y de la comunidad que intervienen y cuando se asocian (Bursztyn *et al.*, 2010)

Este ensayo pretende, a partir de una revisión sistemática, desentrañar algunos elementos teóricos extraídos de lecciones relacionadas con el proceso de gobernanza del Proyecto *Municipios Hacia la Salud*,³ impulsado en 64 municipios de Venezuela entre 1994-1999. Este se hizo con base en propuestas de acción desde la gestión municipal y se sustentó en el liderazgo de los alcaldes, con el objeto de expandir los logros en salud mediante el empoderamiento colectivo para mejorar las oportunidades en el acceso a la educación, la seguridad alimentaria, el saneamiento básico, el trabajo, la vivienda, el saneamiento ambiental, entre otros.

Inicialmente, plasmamos una breve caracterización sobre políticas públicas saludables y salud en todas las políticas a partir del discurso y práctica propuestas en Conferencias Internacionales desarrolladas sucesivamente. Luego, se abordan las perspectivas contemporáneas del concepto de gobernanza, haciendo énfasis en los territorios locales y, finalmente, se considera una aproximación teórico-metodológica de un modelo para su aplicación ulterior como herramienta en la toma de decisiones políticas para salud y bienestar. Con este planteamiento, procuramos formular el reto de futuras investigaciones sobre la temática presentada en el desarrollo de políticas de salud en todos los sectores y organizaciones.

¹ El Estado entendido como «un espacio de condensación de una relación de fuerzas, como regulador de las relaciones sociales y factor de cohesión en una formación social» (Belmartino, 1992: 123). «La tendencia moderna es a reglamentar también las relaciones de producción donde proteja al individuo de otros económicamente poderosos, y debe mostrarse como el concertador de alianzas, a través de las reglas del juego político, entre el Estado, el mercado y la sociedad, quienes deben tener una visión conjunta de lo que significa impulsar un desarrollo social sostenible» (Martínez, 2000: 132).

² Comunidad definida como «conjunto de personas que comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que han desarrollado a lo largo del tiempo y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas» (OMS, 1998: 15).

³ Municipios Hacia la Salud conceptualizado como «una intervención organizada de entes gubernamentales, no gubernamentales y fuerzas vivas de la sociedad civil en general los cuales invierten recursos y esfuerzos con el fin de alcanzar una nueva cultura en salud a través de acciones concertadas dirigidas a mejorar las oportunidades de vida, estableciendo una relación armoniosa con el entorno físico y natural, modificando estilos de vida individuales y colectivos en la búsqueda de equidad, solidaridad, universalidad, coestión social y la convivencia para fortalecer la democracia» (Oletta *et al.*, 1999: 76-7).

De Políticas Públicas Saludables a Salud en Todas las Políticas

Inicialmente, la expresión *Políticas Públicas Saludables* sirvió de título para la Meta n° 13 de los objetivos de políticas de *Salud Para Todos* de la Oficina Regional para Europa de la OMS, en 1984 (OMS, 2000). Este concepto también se identificó como el primero de los cinco elementos clave de Promoción de la Salud delineados en la Carta de Ottawa (OMS, 1986).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), tales políticas «se caracterizan por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud» (OMS, 1998:24).

En 1988, en la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Adelaide (OMS, 1988) se señaló la importancia de lograr una mayor concienciación sobre las consecuencias en salud de las decisiones políticas y las prácticas organizativas de distintos sectores, como la agricultura, la educación, las finanzas, el trabajo, entre otros. Por tanto, la salud debe figurar en la agenda política de todos los ámbitos y a todos los niveles del gobierno, enfatizando la necesidad de mejorar las oportunidades para que la gente pueda tomar decisiones sanas mediante un movimiento promotor de procesos autónomos que conduzcan a cambios conductuales desde el Estado y desde la Comunidad.

La Declaración de Sundsvall en la Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (OMS, 1991), introdujo la dimensión política en el debate de la salud, exigiendo a los gobiernos garantizar la participación democrática en la toma de decisiones y la descentralización de responsabilidades y recursos, a fin de lograr un desarrollo sostenible. En 1992, en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Santa Fe de Bogotá (OPS, 1992a), se destacó la importancia de la equidad y la solidaridad en la salud para eliminar diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al Estado de Derecho.

Posteriormente, ese mismo año, en la Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe en Puerto España (OPS, 1992b) se enfatizó en la importancia de las consideraciones multisectoriales y multidisciplinarias para la formulación de normas públicas saludables, con alianzas entre los distintos sectores. Asimismo, en la Declaración de Yakarta, Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (OMS, 1997), se reafirmaron los vínculos entre la salud y el desarrollo social y económico. Se trata de un concepto que considera el desarrollo como un proceso integral de ampliación de las oportunidades para las personas, grupos sociales y comunidades que comparten un territorio específico, generado a partir de la movilización de las distintas capacidades y recursos de la propia población, a favor del bien común, desde el punto de vista social, económico y político.

Las principales propuestas enunciadas en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en México (OMS, 2000) consideraron la construcción de ciudadanía, el disfrute de la vida, el desarrollo social y económico, y la equidad, fundamentados en la participación social y comunitaria, como elementos claves para contribuir en la consolidación de una cultura de salud; cultura esta soportada, no sólo en la demanda de derechos, sino principalmente en responsabilidades orientadas a actuar sobre los factores que afectan su salud, lo que se materializa con voluntad política.

Los enunciados en la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Bangkok (OMS, 2005) identificaron las acciones, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, proceso caracterizado por cambios en quienes detentan el poder, en las formas de este y en su uso. Ello ha llevado a la discusión de nuevos modos de participación política entre la sociedad civil y las alianzas público-privadas y de autoridad, es decir, el gobierno.

La propuesta de Adelaida en 2010, aborda la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados en salud (OMS, 2010). Esta declaración precisa que para instaurar este proceso de integración es necesario: asociaciones consistentes que reconozcan los intereses mutuos y metas compartidas entre sectores y actores que presentan problemas comunes relacionadas con las inequidades existentes; compromiso de la totalidad del gobierno con la participación al más alto nivel; desarrollo de ordenamientos normativos sólidos; integración de las responsabilidades en las estrategias, objetivos y metas; toma de decisiones y rendición de cuentas conjuntas con respecto a los resultados; procesos deliberativos para estimular la aprobación e intervención de las partes interesadas; nuevos modelos de interacción que integren los objetivos sociales, económicos y medioambientales; intercambio de percepciones y significados adquiridos sobre el terreno; y mecanismos de retroalimentación que puedan ser monitorizados y evaluados de manera conjunta (Rudolph *et al.*, 2013).

Concomitantemente, la Declaración Política de Rio 2011 (OMS, 2011), acordó que es necesario adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo para contribuir significativamente en la reducción de las desigualdades originadas por los determinantes sociales que afectan la salud, así como fomentar la participación en la formulación y aplicación de las políticas, vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas, tanto de las organizaciones gubernamentales como de los ciudadanos.

En la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Helsinki, Finlandia (OMS, 2013) se afirmó que los gobiernos deben priorizar la salud y la equidad como una de las principales responsabilidades con sus pueblos. Por tanto, se requiere coherencia política efectiva para la salud y bienestar mediante un enfoque de *Salud en Todas las Políticas*

como estrategia de Estado; ello supone entender el enorme potencial de promover la salud en todos los sectores de la sociedad y de conseguir la colaboración de los actores políticos en una nueva alianza para alcanzar un desarrollo sostenible y sustentable (OPS, 2013).

En todas las reuniones mencionadas se expresa lo que se ha considerado el marco político y metodológico del tema que nos ocupa, dando origen a nuevas prácticas y significados que renuevan el concepto originario de políticas públicas saludables. Con este se pretende sentar las bases para mejorar los procesos de construcción de salud como derecho, generador de bienestar, bien común y justicia social.

En nuestra opinión, representa un nuevo modelo de gestión caracterizado por la secuencia de respuestas integradas y sostenidas, producto de procesos multisectoriales y transdisciplinarios de mediación social, que buscan garantizar a todos los miembros de la sociedad oportunidades justas y equitativas de participar en las decisiones atinentes a su calidad de vida y su salud. Se pretende una transformación significativa en las formas de interacción entre actores políticos, grupos o redes comunitarias e instituciones, cuyas dinámicas e interrelación pueden impactar positivamente la salud a través de iniciativas de política en todos los sectores del gobierno y a la vez contribuir a la consecución de los objetivos base en otros sectores y ámbitos de la política.

La Gobernanza como concepto

La salud como producto del posicionamiento social, debe ser definido por dos elementos fundamentales: los determinantes que inciden sobre la “buena o mala” calidad de vida colectiva, y las relaciones de interdependencia entre las unidades de organización social con el Estado que, en un determinado territorio, son responsables por las grandes igualdades-desigualdades en la sucesión de los eventos y en los recursos para hacerles frente.

Ambos elementos evolucionan en un contexto pluridisciplinario y dinámico, caracterizado por una gran diversidad de normas, valores e intereses que condicionan una determinada concepción de desarrollo sustentable. Una respuesta contundente a este panorama complejo requiere una discusión que va más allá de los mecanismos formales de gobierno y se refiere a los modos en que una sociedad organiza y gestiona colectivamente sus asuntos para lograr cambios positivos en salud.

El desarrollo de gobernanza, como un camino para el cambio social, particularmente en los ámbitos locales, pudiera ser de alta relevancia. Se requiere entonces enfatizar, en primer lugar, en los procesos de acción social que promueven la participación de la gente y de las organizaciones gubernamentales hacia el logro de un mayor control individual y colectivo, eficacia política, mejoría en la calidad de vida comunitaria y en la justicia social. En segundo lugar, en la interdisciplina e intersectorialidad, donde todos los involucrados actúan cooperativamente: los individuos, sus comunidades, sus organizaciones formales e

informales y, por supuesto, las instituciones responsables del gobierno. En tercer lugar, en la habilidad de incorporar estos procesos en la cultura y valores para alcanzar un desarrollo integral y continuar regularmente en la comunidad.

El espacio común para desarrollar estos procesos es donde la gente vive, donde se relaciona con el medio y donde se crean los poderes sociales para incidir sobre los determinantes de la salud. Lo local está condicionado por nuestro entorno próximo, por las perspectivas que nos vinculan con otras personas: identidad, historia, territorio común, relaciones sociales, clase social, cultura, cotidianidad, etc. Todo espacio local siempre es dialéctico; es decir, conlleva antagonismo, conflictos, pero también objetivos comunes, acuerdos y construcción colectiva (Castro y Evangelista, 1998). Varios factores confirman esto: las redes sociales y la escala de las operaciones dentro de las comunidades, entre los encargados de desarrollar las políticas y las personas a quienes dichas políticas afectan, son más fuertes; los encargados de desarrollar las políticas viven donde trabajan, por lo cual se identifican por sus propias políticas; las burocracias de las comunidades son relativamente pequeñas y por ende las posibilidades de cooperación intersectorial son mayores (Hancock, 1992).

Por gobernanza entendemos los mecanismos, procesos y arreglos institucionales de interacción entre el Estado y la comunidad, por cuyo medio se articulan los intereses de los ciudadanos y se intermedian sus diferencias, en tanto ellos ejercen sus legítimos derechos y sus obligaciones, mediante el ejercicio de la autoridad política, económica y administrativa; todo esto se sustenta en la participación, rendición de cuentas y en la transparencia, en respuesta a las necesidades críticas de la sociedad civil (Mayorga y Córdova, 2007; Flores y Gómez-Sánchez, 2010).

Asimismo, la gobernanza es un proceso de construcción del diálogo en la definición e implementación de políticas públicas; favorece la comprensión de los conflictos de intereses entre los actores, así como del nivel de influencia que cada uno de ellos ejerce para llevar a cabo la acción cooperativa, interactuando en el marco de la diversidad, complejidad y dinamismo de las situaciones sociopolíticas de gobierno y aún más allá del mismo. Incluye las instituciones formales, además de los acuerdos informales y el capital social de los ciudadanos (Flores, 2010; Calabuig, 2008; Bevir, 2011; Stoker, 1998; Kooiman, 2005).

La gobernanza es un modo de acoplamiento social que conduce a que una sociedad pueda gobernarse a sí misma con el consenso y la participación de sus miembros (Espindola, 1999), siendo el poder una dimensión imprescindible en el análisis de la regulación de las relaciones de colaboración entre las organizaciones (Rodríguez, *et al.*, 2003). Una perspectiva multidimensional de este poder social e institucional debe hacer hincapié en la eficiencia, la descentralización y el empoderamiento ciudadano para desafiar la desigualdad e impulsar la participación para la búsqueda de la equidad,

colocándola junto con las alianzas y la acción intersectorial en el centro de todos los debates actuales y futuros de las políticas a implantar (Barten *et al.*, 2001).

En este desarrollo, juegan un papel importante los cambios que se producen en las relaciones políticas entre comunidad y Estado; las normas, tradiciones y creencias que se llevan a cabo dentro de esa sociedad y las relaciones económicas que la regulan. El Estado pasa a ser más cooperativo, las redes sociales se expanden y la integración es un fenómeno usual (Mayntz, 2005).

Para lograr una gobernanza efectiva es necesario tomar en cuenta numerosos elementos: asegurar que el liderazgo político esté centrado en el concepto de salud como derecho humano, bien público, componente del bienestar y elemento de justicia social para alcanzar el desarrollo humano sostenible; debatir con todos los sectores de la sociedad, estableciendo mecanismos formales e informales que faciliten la colaboración entre sí y acuerden enfoques entre el gobierno y de la sociedad, así como generen una conciencia de responsabilidad compartida; instaurar métodos que permitan anticipar las necesidades futuras a través de la mejora de los pronósticos y la promoción de múltiples intervenciones a pequeña escala a nivel local y comunitario; motivar proactivamente a los ciudadanos para fomentar la participación, la rendición de cuentas y la mejora de los resultados, así como difundir sus resultados entre todos; presentar evidencias mediante el monitoreo y la rendición de cuentas a través de comisiones conjuntas designadas para tal fin y llevadas a cabo en asambleas públicas (Hancock, 2008; Pato, 2011).

Las principales características de la gobernanza incluyen: legitimidad democrática y consolidación de una práctica del poder que surge de las necesidades del bien común, donde el Estado junto a los ciudadanos y sus organizaciones asume la participación y cooperación en la definición y seguimiento de las políticas públicas gracias a un nuevo modelo de gestión sustentado en la realización de oportunidades de vida y logros colectivos; pertinencia e integralidad en las estrategias y tácticas para contribuir de forma efectiva en las decisiones y habilidades de la gente, y de esa manera transformar recursos como la salud y responder a las necesidades de la comunidad en su diversidad; cooperación intersectorial y coordinación para organizar las relaciones entre los diferentes tipos de actores, según unos procedimientos establecidos en común, lo que supone entender las diversas percepciones de la gente sobre la incorporación del enfoque saludable en el ejercicio de las responsabilidades de las distintas políticas y acciones públicas; democratizar la información y transparencia pública en la rendición de cuentas; sostenibilidad en las alianzas entre la ciudadanía y los poderes públicos para el cabal ejercicio de las responsabilidades compartidas; y compromiso para redefinir los roles que ambos desempeñan (Foro para una Nueva Gobernanza Mundial, 2011; Sánchez, 2012).

La Gobernanza para la salud y el bienestar en los ámbitos locales

Hoy día, la salud involucra principalmente a la gente, cómo vive e interpreta la salud en el contexto de la vida cotidiana. Esto requiere una perspectiva sinérgica que se sustenta en la reducción de diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades, con el fin de acceder a un desarrollo sostenible (Whitehead, 1991).

Ello se alcanza, por un lado, mejorando el proceso de toma de decisiones, la cohesión social y las prioridades ciudadanas; y por el otro, facilitando la acometida intersectorial del Estado, trasladando el foco de las políticas públicas de todos los sectores hacia factores y acciones sociales que propendan al bienestar colectivo, más que hacia objetivos focalizados por los diferentes actores, institucionales o comunitarios, que participan en el gobierno (De Ortúzar, 2011).

Como hemos señalado, el concepto de gobernanza que nos ocupa se basa en evidencias continuas desde *Política Pública Saludable* hasta *Salud en Todas las Políticas*. En este sentido, los territorios locales son un ámbito político crucial para utilizar muchas herramientas y medios similares, tal como se utilizan en el ámbito nacional/estatal, debido a la ventaja de una mayor capacidad para la conducción integrada de las acciones en los distintos sectores y actores presentes con la participación activa y el compromiso de las comunidades (Espinosa, 2009). Esto permite establecer espacios institucionalizados de comunicación recíproca directamente con los afectados por las decisiones políticas, así como incluir las decisiones transcendentales en materia de bienestar de la población más vulnerable (Cuchumbe y Giraldo, 2013). Además, pueden otorgar prioridad a la salud en sus programas y cuentan con una posición estratégica para adaptar estos mejor al contexto social, cultural e histórico de sus comunidades, contribuyendo de esta manera en la construcción de políticas más inclusivas (Desjardins *et al.*, 2010). Asimismo, procesos más participativos favorecen la conformación de órganos de coordinación entre las diferentes instancias de gobierno y la comunidad organizada; equipos de gestión y redes conjuntas con los gobiernos locales facilitan el acceso a las medidas de apoyo, así como la evaluación de impacto sobre la salud con relación a las necesidades básicas percibidas por la sociedad. Esto posibilita una rendición de cuenta más cercana al ciudadano y contribuye con la sostenibilidad del proceso de gobernanza (Koivusalo, 2013; Mandl, 1999; Ghirardi, 2008; Cunill *et al.*, 2011).

Para comprender el concepto de gobernanza para la salud y el bienestar, se asume la metodología propuesta por Marc Hufty. Según el autor, «la gobernanza se refiere a una clase de hechos sociales, los procesos colectivos formales e informales de toma de decisión y de elaboración de normas sociales con relación a asuntos públicos» (Hufty, 2010: 48). Para los diferentes momentos de acción colectiva, el marco analítico debe sistematizar los

elementos constitutivos observables en cada ámbito local: los problemas,⁴ los actores,⁵ las normas sociales,⁶ los puntos nodales⁷ y los procesos⁸ e identificar las diversas interacciones y consecuencias que producen estas categorías analíticas. Por tanto, el análisis de gobernanza se hace como herramienta para la comprensión de las relaciones dinámicas entre dimensiones elegidas (Hufty, 2010; Bursztyn *et al.*, 2010).

Con relación a los mecanismos de interacción en gobernanza para la salud, Kickbusch y Gleicher (2012) establecen cinco modalidades: gobernando por colaboración; involucrando a los ciudadanos; mezclando la regulación y persuasión; a través de nuevas agencias independientes y órganos de expertos; y gobernando mediante políticas adaptables, estructuras resistentes y prospectivas.

Gobernando a través de la participación ciudadana implica trabajar directamente con la población, lo que se traduce en colocar el poder de decisión final en manos de la comunidad. Varios modelos analíticos ayudan a la comprensión del nivel de potencia que se delega a los participantes: informar, consultar, colaborar y empoderar a los ciudadanos (Kickbusch y Gleicher, 2012).

La gobernanza a través de la colaboración es un proceso iterativo de forjar acuerdos, construir liderazgo, legitimidad, confianza, gestión de conflictos, planificación, trabajar hacia

⁴ «Los problemas son discrepancias entre una situación existente y una deseada. Son el producto de una construcción social que depende de los valores y principios de quienes identifican una situación como injusta y evitable» (Hufty, 2010: 50-51).

⁵ «Los actores son sujetos o grupos institucionales o comunitarios cuyas expectativas, valores y estrategias determinan la interacción colectiva; el tipo de recursos controlados por estos actores, la combinación de los mismos y su habilidad para movilizarlos en función de sus propios intereses potencian su poder para determinar o cambiar las reglas de juego. La identificación de los actores involucrados en cada escenario está en función de: su adscripción formal; su condición ante el sistema y contexto; sus creencias, ideologías y mapas mentales; sus comportamientos y procedimientos; su coherencia o cohesión como grupo o actor social y político; su núcleo de responsabilidades; su espacio de intervención y su posicionamiento político ante los problemas y alternativas de solución planteadas. De acuerdo a esta caracterización, los actores se clasifican en: estratégicos, cuando cuentan con recursos de poder suficientes para impedir o perturbar la toma de decisiones y de soluciones de conflictos colectivos; relevantes, que se movilizan o que se ven dominados en el proceso de acuerdo a intereses muy puntuales y; secundarios, que no tienen el poder suficiente para determinar el cambio de las reglas de juego que conducen a la formulación de normas» (Hufty *et al.*, 2006: 39-40).

⁶ «Las normas orientan el comportamiento de los actores y son modificadas por la acción colectiva. Se apoyan en valores o creencias, sugieren lo que tiene o que no tiene que hacerse, y suponen sanciones positivas o negativas. En un debate, esto sucede en tres niveles: puede ser que las pautas sean conocidas y aceptadas por todos y en este caso se reproducen implícitamente; puede ser que sean deliberadas abiertamente para reproducirlas o cambiarlas; y aquellas que estipulan cómo se van a definir las reglas y quién tiene la legitimidad de decidir las mismas. Las normas pueden ser de tres tipos: las meta-normas referidas a premisas o principios que orientan el contrato social en su sentido amplio, definiendo criterios y valores estructurales; las normas constitutivas que dan a un actor su identidad y las que para una organización definen los mecanismos organizativos e institucionales relacionados con el funcionamiento sectorial del objeto o escenario bajo análisis; y las normas regulativas que definen las prácticas de comportamiento desde el punto de vista de la sociedad; estas últimas, requieren arreglos institucionales o modos de gobernanza, que contemplen la percepción de la equidad y la legitimidad como elementos imprescindibles que moderan la conducta de los actores y definen niveles o espacios para su formulación e implementación» (Ibid: 40).

⁷ «Los puntos nodales son los espacios físicos o virtuales, formales o informales (por ejemplo, una mesa de negociación, el consejo comunal, un comité técnico), en donde convergen varios, actores, normas y procesos, aisladamente o en interacción con otros, y en donde se toman decisiones, se construyen acuerdos y se elaboran normas sociales sobre la problemática deliberada. La identificación de los mecanismos de ejercicio del poder, su caracterización, las relaciones y sus efectos sobre las determinantes del problema permiten definir determinadas características de los procesos de gobernanza que se asocian a mejores resultados» (Hufty, 2010: 56-57).

⁸ «Los procesos son una secuencia de momentos explicativos que buscan identificar diversos ciclos de evolución favorables para el cambio y monitorear la dirección por la cual evolucionan las posibles transformaciones. Están influenciados por varios factores relacionados al contexto social, político, cultural e histórico» (Ibid: 57).

resultados de ganar-ganar, compromiso con el proceso y la visión compartida de retos y valores. Depende, por una parte, de las condiciones iniciales de cooperación, como las percepciones de los recursos de las partes interesadas, las percepciones de la interdependencia entre los actores y la historia de cooperación anterior, y, por otra parte, el papel de liderazgo para alinear a estas condiciones iniciales, reglas para el proceso, transparencia y normas de consenso (Kickbusch y Gleicher, 2012).

La gobernanza, por medio de una mezcla de regulación y persuasión, es utilizada cuando el consenso es considerado como provisional; existen conexiones a diferentes niveles de gobierno; hay desviaciones en la aplicación de las normas; coexisten combinaciones de objetivos de actores del Estado con considerable autonomía para las unidades de las comunidades y se refleja en la presencia de diversos actores legítimos que también toman decisiones, toman medidas reglamentarias, implementan políticas, asignan recursos y aceptan y reconocen funciones. Su objetivo va más allá de cambiar el comportamiento de las personas a través de recompensas y sanciones, se pretende cambiar las ideas de la gente acerca de cómo debe comportarse ante determinado problema (Kickbusch y Gleicher, 2012).

La gobernanza, a través de agencias independientes y órganos de expertos, se produce en respuesta a una demanda creciente de información, asesoramiento y coordinación a nivel comunitario, así como a la necesidad de disminuir la carga de trabajo y la búsqueda de una toma de decisiones más eficiente y eficaz. Tiene como objetivo fomentar la credibilidad de la toma de decisiones técnicas y evitar que la evaluación sea tan politizada (Kickbusch y Gleicher, 2012).

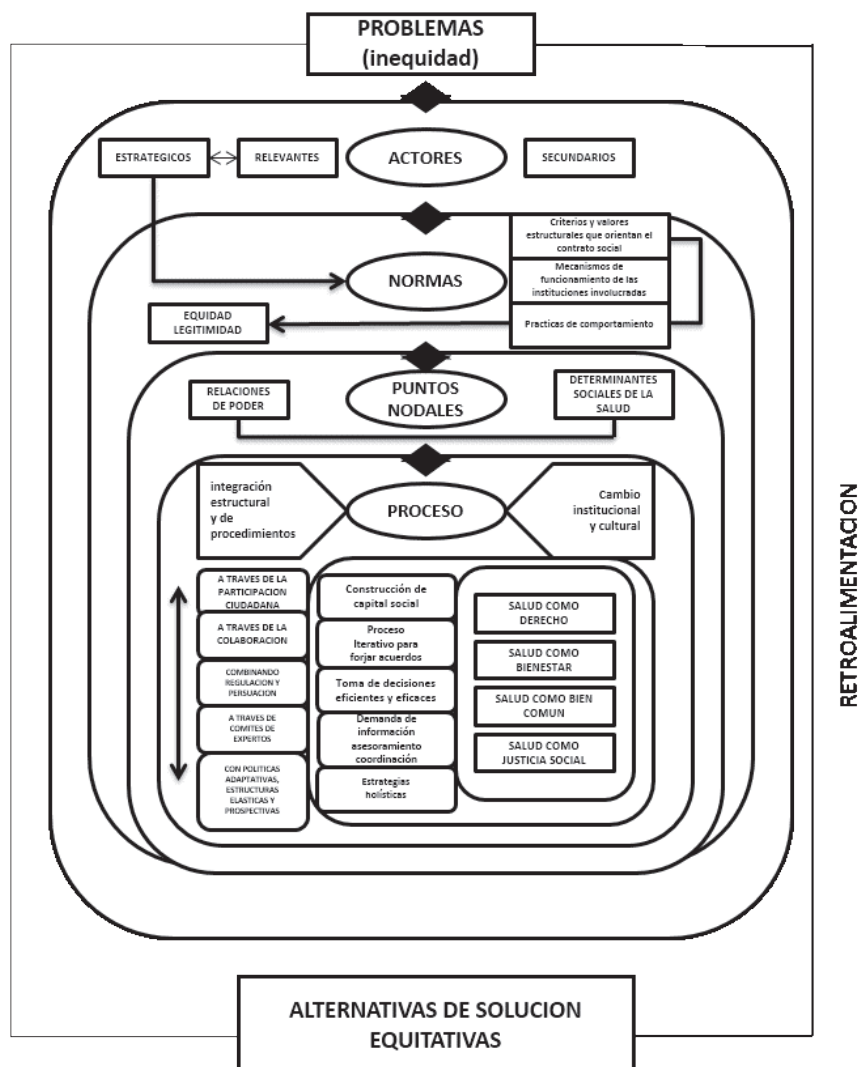
La gobernanza, por políticas adaptables, estructuras resilientes y prospectivas, se administra cuando los sistemas son complejos y se caracterizan por relaciones lineales y rígidas entre actores, produciendo incertidumbre y consecuencias imprevistas o un comportamiento jerárquico. Promueve la capacidad de adaptación para evolucionar con los retos de manera menos traumática posible y tiene la capacidad de anticipar futuros alternativos que reflejen los problemas de salud a abordar y así proporcionar una mejor base para la toma de decisiones (Kickbusch y Gleicher, 2012).

De cómo construir un modelo de gobernanza para *Salud en Todas las Políticas* en los ámbitos locales

La gobernanza para la *Salud en todas las Políticas* supone la organización, para el ejercicio verdadero del poder, y la libertad para tomar decisiones sustentadas en compromisos de solidaridad y responsabilidad compartida. Ello se logra a través de enfoques basados en derechos sociales y reconociendo la necesidad de la acción intersectorial justa y el papel crítico dialogante de las comunidades en los esfuerzos del Estado y la Sociedad Civil para actuar sobre los determinantes sociales de la salud; así es posible formular alternativas de

solución equitativas. Proponemos esquematizar una plataforma teórica sobre la gobernanza, basados en las diversas iniciativas del Proyecto *Municipios Hacia la Salud*, que invita a un espacio de discusión en el marco de *Salud en Todas las Políticas* (figura 1).

Figura 1
Modelo de gobernanza para políticas públicas saludables en los ámbitos locales



Nota: Elaboración propia del autor a partir de la metodología de Hufty (2010) y las modalidades de interacción de Kickbusch y Gleicher (2012).

El proceso se inicia con la identificación de un problema social. Para que este logre mutar hacia un problema político es necesario que los ciudadanos organizados, o cierto experto clave, logren desarrollar algunas capacidades que les permitan transformarse en actores políticos. Estos voceros, con sus necesidades y aspiraciones al lado de los intereses y presiones por parte del resto del grupo, inician una confrontación hasta lograr negociar el problema e incorporarlo en la agenda, para someterse, junto a otras situaciones injustas, al proceso participativo de priorización y posterior análisis de causa-efecto. Finalmente, se proponen alternativas de solución, resultado también de una disputa entre actores interesados, procurada por la interacción establecida por los intereses del Estado y por las necesidades de la sociedad, así como por los marcos institucionales que moldean la acción de ambos.

Lo más relevante en este accionar son los conocimientos, habilidades y experiencias adquiridos por los ciudadanos, los cuales permitirían un aprendizaje colectivo y, consecuentemente, un empoderamiento social útil, condición *sine qua non* para construir el espacio de concertación óptimo, donde se vislumbra un Estado eficiente y confiable y una Sociedad Civil, informada, participativa y proactiva.

Los actores involucrados en nuestro modelo, se categorizan en función de: su adscripción a redes comunitarias, dependencias de organismos públicos o al gobierno local; su nivel jerárquico ante el sistema o contexto socio-político; sus creencias ideológicas; sus comportamientos y proceder; su coherencia o cohesión como grupo o actor social y político; su núcleo de responsabilidades; su espacio de intervención y su posicionamiento político ante los problemas y alternativas de solución planteadas. Estos actores secundarios, estratégicos o relevantes, se agrupan en redes para la gobernanza, conformando una estructura multipolar, cuya interdependencia y la tendencia a desarrollar procesos y alcanzar resultados es de forma relacional. Asimismo, los espacios de encuentro para llevar a cabo sus interacciones, poseen un grado aceptable de estabilidad. Este equilibrio se sustenta en relaciones de confianza entre los individuos de una comunidad y sus grupos de pertenencia y la relación entre individuos que pertenecen a grupos diferentes y que trascienden el ámbito de la comunidad en la que residen. De igual manera, favorece relaciones de cooperación entre instituciones y la credibilidad de estas a la hora de ejercer sus funciones.

Mediante acuerdos o decisiones, la acción colectiva de los actores estratégicos, instituidos en las redes, establece un conjunto de reglas compartidas y aceptadas por el conjunto y asentadas en un sistema de valores sociales. Dichas normas políticas son de dos tipos: por un lado, son formales, ya que involucran las instituciones relacionadas con salud-bienestar y, por el otro, son de corte informal, esto es, las costumbres y maneras de relación entre la población y los mecanismos de poder (Hernández-Bonivento, 2011). Las pautas que prevalecen conforman un conjunto de tres tipos de acuerdos reglamentarios: las normas

referidas a criterios y valores estructurales, que orientan el contrato social; los procedimientos, que definen los mecanismos organizativos relacionados con el funcionamiento de las instituciones involucradas; y las convenciones regulatorias, que definen las prácticas de comportamiento desde el punto de vista de la sociedad. Estas han de considerar la equidad y la legitimidad como elementos imprescindibles para moderar la conducta de los actores y definen momentos y espacios para su formulación e implementación.

Todos estos momentos de planificación estratégica se desarrollan en espacios de negociación instaurados en las redes comunitarias, v.g. el consejo comunal, el comité de salud, en donde convergen varios actores, normas y procesos, y en donde se toman decisiones, se construyen acuerdos y se elaboran propuestas sobre la problemática deliberada. Para que estos puntos nodales o interfases espaciotemporales puedan ser usados en la descripción y análisis de las transformaciones que se pretenden alcanzar con las políticas públicas saludables, es necesario ampliar su perspectiva en la distribución del poder y el tipo de interacción sobre los determinantes sociales de la salud; esta posición obliga a la politización de la esfera de la sociedad civil, a la articulación de diferencias en la búsqueda de soluciones compartidas (Paredes, 2007).

La distribución del poder en la gobernanza es producto de los efectos que dan forma a las capacidades comunitarias para determinar sus propias circunstancias y destino. En nuestra propuesta, estas capacidades están determinadas con base en la legitimidad de las reglas aceptadas por el conjunto de actores para la promoción de la salud y el bienestar de la comunidad; tanto por parte de las instituciones formales e informales que median entre sujetos políticos, como del conocimiento y prácticas discursivas de las comunidades que producen identidades sociales dirigidas a dar significado político al concepto integrador del derecho a la salud. Autores como Barnett y Duvall (2005) denominan estos enfoques como poder institucional y poder productivo.

La distribución de los factores de poder para la gobernanza de políticas públicas saludables depende básicamente de: la disponibilidad y desarrollo de conocimientos pertinentes, fiables y válidos sobre las causas y efectos del problema social y la posibilidad de vínculos con la salud de la población; del ejercicio de un liderazgo fuerte que viabilice la comprensión de los contextos sociales y culturales de estas relaciones; del consenso político y social alrededor de estas correlaciones con lo que se propone; y de los procedimientos, dentro de las organizaciones interesadas, para que el conocimiento producido sea utilizado por los actores (Gagnon y Kouri, 2008).

Las diversas interacciones sobre los determinantes que originan las desigualdades, implican un esfuerzo orientado a un cambio fundamentalmente político y social que desafía la distribución del poder y los recursos existentes. Por tanto, estos esfuerzos deben estar dirigidos a la creación de sinergias a través de esfuerzos colaborativos intencionales

que conecten entre sí diversas causas con efectos sobre la salud y el bienestar; la cuestión crucial es la voluntad de identificar quién/qué es el responsable de la producción y reproducción de las causas que originan condiciones injustas (Jackson *et al.*, 2013).

Esto se logra aplicando una herramienta metodológica conocida como *modelo de campo social y paradigmas de bienestar y fuerzas de salud*, que plantea cuatro elementos que se relacionan y modifican entre sí mediante un círculo envolvente: la población afectada, los sistemas culturales y los comportamientos de vida, los equilibrios ecológicos y los recursos naturales. Estos elementos abarcan causas ambientales, estilos y modos de vida, causas biológicas y causas relacionadas con servicios de atención (Mandl, 1996).

Estos procedimientos son útiles para que los actores diseñen una red de efectos sobre los determinantes intermedios asociados con una condición de salud que afecta a la comunidad, en especial a los grupos socialmente excluidos; ello conducen a la formulación de un conjunto de actividades intersectoriales de carácter básicamente promocional y participativo, que se desarrolla para ofrecer a los colectivos protección frente a las amenazas para su salud y, a su vez, permitirles ampliar sus conocimientos y capacidades para actuar oportunamente en aquellos lugares donde viven, estudian, trabajan o se esparcen las personas en cuestión.

Las correlaciones entre los elementos constitutivos y las modalidades definen las posibilidades de desarrollo de la gobernanza para la salud y el bienestar en todas las políticas. Los tipos de interacción entre los diferentes actores para la implementación de las agendas mencionadas, revelan como el Estado y la Comunidad responden estratégicamente a los problemas de salud, las opciones que hacen sobre qué mezcla de herramientas a utilizar, cuáles actores interactúan, en qué instancias de gobierno y de la sociedad participan, y cuándo. Las variantes que expondremos se implementarán, de manera particular o combinada, dependiendo de las capacidades y competencias de los actores en las percepciones sobre las situaciones injustas, los acuerdos políticos, las características de la estructura socio-política, las interfases espacio-temporales y la distribución del poder que generan los procesos participativos.

Gobernanza a través de la participación ciudadana

Esta modalidad se nutre en la construcción de capital social que amplía las oportunidades para las innovaciones, a través de la coproducción del conocimiento de la sociedad; además, crea nuevos mecanismos de coordinación con los organismos gubernamentales, los alcaldes y los demás actores del gobierno local.

Implica interactuar con la población y requiere de las comunidades: una conciencia crítica; redes comunitarias capacitadas con herramientas técnicas para participar en las decisiones públicas de manera eficiente; generar propuestas estructuradas y participativas

insertas en la política global, con enfoque de equidad y garantía de sostenibilidad. De igual modo, privilegia espacios para a una ciudadanía deliberativa que desarrolla el significado de la participación política, más allá de que la comunidad se beneficie, más o menos equitativamente de las políticas públicas saludables (Oletta *et al.*, 1999; Leal, 2010).

Entre las condiciones particularmente destacadas para su puesta en marcha, encontramos: el sentido de pertenencia de la comunidad; el sentido de competencia compartida para alcanzar metas concretas; las habilidades para identificar, movilizar y responder a los problemas comunes; y el compromiso con la comunidad, el apoyo social de la comunidad y mecanismos de articulación política para facilitar la interacción participante y la toma de decisiones.

Gobernanza a través de la reciprocidad

Se trata de un conjunto de esfuerzos reiterados para moldear acuerdos que involucren a todos los actores sociales en la búsqueda de condiciones saludables. Para su puesta en funcionamiento, las redes comunitarias necesitan consolidar la integración con múltiples actores institucionales y con el gobierno local, soportados en enfoques transdisciplinarios que generen nuevos métodos mediante un lenguaje y compromiso compartido, tanto individual como colectivo (Greaves y Bialystok, 2011). Igualmente, deben contar con presupuestos participativos; sistemas de información y control social transversales; capacidad de trabajo en equipo junto con marcos reglamentarios convenidos que promuevan la responsabilidad y establezcan derechos y deberes, y fundamentalmente, deben producir alternativas de solución que permanentemente vinculen la realidad con visiones políticas desde lo técnico, y viceversa (Rovere, 2005; Ruger, 2011).

Esta modalidad se centra en la reflexión de lo que implica ser y actuar como ciudadano al momento de establecer relaciones con el gobierno y con sus instituciones. A partir de esto, se observan actores con capacidad de participar de manera activa en redes sociales empoderadas, capaces de generar consenso, propiciando sentimientos de confianza compartida con las instituciones y gobiernos locales, a fin de integrar recursos, visiones, valores, marcos ideológicos o pragmáticos. Actores capaces de ofrecer alternativas de solución frente a las necesidades y problemas fundamentales de las comunidades así como frente a los desfases entre sectores, sociedad y gobierno, y de establecer mecanismos de rendición de cuentas. Es necesario promocionar espacios de negociación para identificar temas, establecer las agendas, examinar políticas que podrían tener un efecto sobre la salud y el bienestar y; generar un perfil de impacto en salud que permita medir el progreso de aspectos positivos con los cuales la población más se identifique.

Gobernanza por medio de una mezcla de regulación y argumentación

Compromete un giro en la concepción misma del Estado, donde este asume un papel como propiciador del diálogo y negociador de alternativas de solución a los problemas mediante la creación de consensos para llegar a horizontes compartidos que privilegien las necesidades de la mayoría de la población (Canto, 2008; Leal, 2001).

Se utiliza cuando existen conexiones a diferentes niveles de gobierno; hay desviaciones en la aplicación de las normas; coexisten combinaciones de objetivos de actores del Estado con considerable autonomía para las unidades de las comunidades y, en presencia de diversos actores legítimos que también toman decisiones y medidas reglamentarias, implementan políticas, asignan recursos y aceptan y reconocen funciones.

Frente a la dispersión de responsabilidades que generan estas situaciones, resulta imprescindible contar con directivos que ejerzan un liderazgo basado en el reconocimiento recíproco (Costa-Alcaraz *et al.*, 2013). En tal sentido, las diferentes iniciativas desarrolladas en Venezuela, recomiendan procesos conducidos por actores que adoptaron estilos de liderazgo democrático, situacional y comunitario, como elementos claves para actuar conjuntamente y acceder a los objetivos planteados.

Gobernanza a través de asesores externos y órganos de expertos

Los asesores externos y expertos actúan como catalizadores del cambio con capacidad de negociar, abogar, explicar, conectar, demostrar y convencer a los participantes del valor añadido de intentar algo nuevo, y crean oportunidades para demostrar los beneficios organizacionales en conexión con el desarrollo de políticas integradas

Esta modalidad es muy útil para: facilitar la comprensión del papel que desempeñan las instituciones gubernamentales y de cómo los diversos actores participan en la aplicación de políticas públicas saludables; proporcionar orientación sobre la división de responsabilidades para la formulación de políticas entre sectores específicos u otras estructuras formales y el gobierno local; y sugerir los mecanismos para la distribución de los recursos que apoyan los diversos procesos de interacción.

Los procedimientos utilizados para tal fin son: la sensibilización de los actores que conforman las redes sobre la necesidad y las razones para un enfoque intersectorial en salud; y el enfoque ganar-ganar (Freiler *et al.*, 2013), como alternativa cuando no existan acuerdos sobre la sostenibilidad en la propuesta en cuanto a los intereses del colectivo. Estas técnicas tienen como objetivos: mejorar el control de la comunidad en iniciativas sobre determinantes sociales de la salud; asegurar las estructuras sostenibles para la implementación de interacciones de promoción de la salud equitativas en diversos contextos; garantizar mecanismos de financiación sostenibles que aseguren una respuesta holística; y revertir el actual sesgo institucional sobre el derecho a la salud.

Gobernanza por políticas adaptables

Se aplica cuando los sistemas políticos son complejos y se caracterizan por relaciones lineales y por la rigidez de la organización entre actores, produciendo incertidumbre y consecuencias imprevistas. En este caso, la gobernanza significa: promover estrategias holísticas para intervenir en la construcción de relaciones, de consenso y en la solución de problemas (Toikka, 2011); desconcentrar la toma de decisiones con el objeto de promover la variedad y diversidad en las respuestas a problemas comunes; institucionalizar el aprendizaje continuo a través de la revisión reglamentaria existente que facilite la renovación o adaptación de la política.

En este enfoque, las redes socio-políticas —Comités de Salud, Consejos Comunales— son instrumentos adecuados para la creación y el acceso al conocimiento tácito, pues permiten acceder a una variedad mayor de fuentes de información, proporcionan mayores oportunidades de aprendizaje, así como bases más flexibles y estables para la coordinación. El mecanismo de enlace que las caracteriza es, por definición, la lealtad o, por lo menos, la confianza entre los integrantes de la red (Natera, 2005).

El modelo de gobernanza de la salud y el bienestar propuesto expone el carácter dinámico y conflictivo del proceso. Lo más relevante del modelo lo constituye su corresponsabilidad en la construcción de ciudadanía, cimentada en la universalidad de los derechos individuales, políticos y civiles en pro de la salud; el reconocimiento de la interdependencia de la comunidad y el Estado para incidir sobre aquellos determinantes claves que fortalecen estos derechos en los ámbitos locales, y la búsqueda de la justicia social y equidad en salud como objetivo vinculante.

La exitosa implementación del modelo requiere: crear un marco de política y un enfoque que priorice la promoción de la salud; fortalecer la responsabilidad conjunta en los sectores tomadores de decisiones dentro y fuera del gobierno; compromiso político claro en términos de estrategias y el plan nacional, estatal y municipal; garantizar la vinculación horizontal así como la vinculación vertical de niveles dentro de los sectores; conformar redes estables de equipos que trabajan bien juntos; desarrollar modelos prácticos, herramientas y mecanismos de apoyo a la implementación de acciones intersectoriales; creación de un panel de supervisión político/técnico independiente de la influencia de procesos institucionalizados; garantizar la participación ciudadana; consolidar los sistemas y estructuras legislativas de contraloría social que permitan la acción intersectorial sobre equidad y determinantes sociales de la salud y; asegurar nuevos marcos de financiamiento.

Entre las limitantes y retos a superar, podemos considerar: la posibilidad de una escasa participación y representación de los actores claves integrados a las redes, que conducirían a la toma de decisiones en desmedro de la mejora en la situación de salud y bienestar de la población; el déficit informacional y la rigidez institucional, que pudiesen subordinar la

salud bajo objetivos de otros sectores, originando efectos contradictorios sobre su abordaje como necesidad social. Igualmente, la limitada disposición de conciencia institucional hacia la rendición de cuentas conjuntas entre las comunidades y autoridades de gobierno, lo que se traduce en indicadores pocos precisos para incentivar el control de la producción social de la salud como fin último para mejorar la calidad de vida de la población.

Referencias Bibliográficas

- Barnett, Michael y Raymond Duvall** (2005). «Power in global Governance» en M. Barnett y R. Duval, ed., *Power in global Governance*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, pp. 1-32.
- Barten, F, M. Akerman, D. Becker, S. Friel, T. Hancock. M. Modi et al.** (2011). «Rights, Knowledge and Governance for Improved Health Equity in Urban Settings», *J Urban Health*, 88(5), pp. 896–905, *Bulletin of the New York Academy of Medicine*.
- Barr, Victoria, Steve Pedersen, Mike Pennock e Irv Rootman** (2008). *Equidad en salud a través de la acción intersectorial: un análisis de estudios de casos en 18 países*, OMS /Asociación de Salud Pública de Columbia Británica, Canada.
- Belmartino, Susana** (1992). «Políticas de salud: ¿Formulación de una teoría o construcción de un problema para investigar?», en S. Fleury, ed., *Estado y políticas sociales en América Latina*, UAM/Fiocruz/Ensp, México.
- Bevir, Mark** (2011). «Governance as Theory, Practice and Dilemma», en M. Bevir, ed., *The Sage Handbook of Governance Part one: Theories of Governance*. Berkeley, Sage Publications, pp. 1-16.
- Brody, Alyson** (2009). «Gobernanza: conceptos, objetivos y principios», *Informe general sobre género y gobernanza*, UK, Institute of Development Studies, University of Sussex.
- Bursztyn, I, R. Kushnir, L. Giovannella, A. Stolkner, L. Sterman-Heimann, M. Riveros et al.** (2010). «Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados» *Revista de Salud Pública*, 12(1), pp. 77-88, Bogotá, Colombia.
- Calabuig Tormo, Carola** (2008). «Agenda 21 Local y Gobernanza Democrática para el Desarrollo Humano Sostenible: Bases para una Gestión orientada al Proceso». [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Politécnica de Valencia, Valencia, España.
- Canto Chac, Manuel** (2008). «Gobernanza y participación ciudadana en las políticas públicas frente al reto del desarrollo», *Política y Cultura*, n° 30, pp. 9-37, México, DF.
- Castro Sánchez, A. y Evangelista Martínez** (1998). «Investigación en Políticas Sociales», *Revista Trabajo Social*, n° 19, pp. 19-27, Mexico DF.
- Costa-Alcaraz, Ana M., Fernando Calvo-Rigual y Juan Carlos Siurana-Aparisi** (2013). «La gobernanza compartida y la razonabilidad como aportaciones éticas a la política sanitaria», *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), pp. 137-147, Madrid, España.
- Cuchumbe Holguin, Nelson Jair y Jhon Alexander Giraldo Chavarriaga** (2013). «Aproximación a la democracia deliberativa de Habermas», *discus.filos.*, 4(22), pp. 141-159, Manizales, Colombia.
- Cunill Grau, Nuria, María Margarita Fernández y Marcos Vergara** (2011). «Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud: Un análisis a partir del caso chileno», *Salud colectiva*, 7(1), pp. 21-33, Buenos Aires, Argentina.
- De Ortúzar, María Graciela** (2011). «Igualdad Social, Justicia y Políticas de Salud», *Revista Latinoamericana de Bioética*, 11(1), pp. 68-77. Bogotá, Colombia.

Desjardins, Sylvie, Marilyn Rice y María Cristina Franceschini (2010). *Facilitando el avance de la promoción de la salud en las Américas*. Lecciones de 15 estudios de caso, OPS/OMS/Aspc, Washington DC.

Espíndola, Roberto (1999). «Gobernancia democrática y salud», en Casas JA, Torres C, ed., *Gobernabilidad y salud. Políticas públicas y participación social*, Washington, DC, OPS, pp. 17-33.

Espinosa, Mario (2009). «La participación ciudadana como una relación socio-estatal acotada por la concepción de democracia y ciudadanía», *Andamios*, 5(10), pp. 71-109, Mexico, DF.

Flores, Walter (2010). «¿Qué es la gobernanza del sistema de salud y cuál es su relevancia?», ponencia en el Taller: «Promoviendo la gobernanza democrática en las políticas públicas de salud a nivel municipal», Ciudad de Guatemala, Guatemala, Cegss.

Flores, Walter e Ismael Gómez-Sánchez (2010). «La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder», *Revista de Salud Pública*, 12 suppl.1, pp. 138-150, Bogotá.

Foro para una Nueva Gobernanza Mundial (2011). «Propuestas para una nueva Gobernanza Mundial», Documento de trabajo, Charles Leopold Mayer Foundation, Paris, Francia.

Freiler, A, C. Muntaner, K. Shankardass, C. Mah, A. Molnar et al. (2013). «Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP)» *J Epidemiol Community Health*, 67(12), pp. 1068–1072, London, UK.

Gagnon, François y Denise Kouri (2008). «Integrated governance and Healthy public policy: Two Canadian examples», Publication n° 1469, *National Collaborating Centre for Healthy Public Policy*, Québec, Canada.

Ghirardi, Horacio (2008). «Políticas Locales. Punto de partida de una estrategia de inclusión social: la experiencia de la ciudad de Rosario, Argentina», en Pascual Esteve JM y Pascual Guiteras J, coord., *Cohesión Social y Gobernanza democrática: Para unas regiones y ciudades más inclusivas*. Barcelona, España, Junta de Andalucía/Consejería de Gobernación/Aeryc, pp. 279-291.

Greaves, Lorraine J. y Lauren R. Bialystok (2011). «Health in All Policies – All Talk and Little Action? » *Can J Public Health*, 102(6), pp. 407-9.

Hancock, Trevor (2008). «Gobernabilidad para ciudades y pueblos sanos: De la salud al desarrollo humano sostenible», en OPS, ed., *Gobernabilidad, gobernanza y políticas públicas*, Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana. Mexico, Secretaría de Salud, pp. 42-48.

Hancock, Trevor (1992). «Public policies for healthy cities: Involving the policy makers», en Flynn BC, ed., *Proceedings of the Inaugural Conference of the World Health Organization Collaborating Center in Healthy Cities*. Institute of Action Research for Community Health, Indiana School of Nursing, Indianapolis, pp. 33-41.

Hernández-Bonivento, José Andrés (2011). «Capacidades, instituciones y gobernanza democrática local: elementos para el estudio de los gobiernos locales en América Latina», *Circunstancia*, 26(3), Madrid, España.

Hufy Marc (2010). «Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico», *Revista de Salud Pública*, 12 sup (1), pp. 39-61, Bogotá, Colombia.

Hufy, Marc, Ernesto Báscolo y Roberto Bazzani (2006). «Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación», *Cadernos de Saúde Pública*, n° 22 Sup, pp. 35-45, Rio de Janeiro, Brasil.

Jackson, S. A. Birn, S. Fawcett, Poland y J. Schultz (2013). «Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas», *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(6), pp. 473-480, Washington, DC.

Kickbusch, Ilona y David Gleicher (2012). *Governance for health in the 21st century*, WHO/EUR, Copenhagen, Denmark.

Koivusalo, Meri (2013). «Health in all policies - framework for the action of countries», Proceedings of the Regional meeting for the 8th Global Conference on Health promotion; February 25-27; Brasilia, Brazil. OMS.

Kooiman, Jan (2005). «Gobernar en Gobernanza», en Cerrillo i y Martínez A. , ed., *La Gobernanza Hoy: 10 textos de referencia*, Madrid, Instituto Nacional de Administración Pública, pp. 57-81.

Leal, Nila (2010). «Nuevas significaciones en el proceso de democratización latinoamericano», *Cuestiones Políticas*, n° 45, pp. 13- 41, Maracaibo.

Leal, Nila (2001). «América Latina: la construcción de nuevas alternativas democráticas», *Cuestiones Políticas*, n° 26, pp. 8-19, Maracaibo.

Mandl, Jorge (1999). «Proyecto Municipios Hacia la Salud: El cambio que queremos», en J. Mandl y M. Toba, ed., *Proyecto Municipios hacia la Salud Experiencia Venezolana*. Tomo II, Caracas, OPS/OMS/Msas/Rvmhs, pp. 17-30.

Mandl, Jorge (1996). «Metodología para la Planificación en Salud a Nivel de los Municipios», en *Proyecto Municipios hacia la Salud Experiencia Venezolana*. Tomo I, Caracas, OPS/OMS/Msas/Rvmhs, pp. 23-50.

Martínez, Agustina Yadira (2000). «Bases Teóricas sobre la Conformación del Estado Moderno», *Cuestiones Políticas*, n° 25, pp. 125-133, Maracaibo, Venezuela

Mayntz, Renate (2005). «Nuevos desafíos de la Teoría de la Gobernanza», en Cerrillo i y Martínez A. ed., *La Gobernanza Hoy: 10 textos de referencia*, Madrid, Instituto Nacional de Administración Pública, pp. 83-98.

Mayorga, Fernando y Eduardo Córdova (2007). «Gobernabilidad y Gobernanza en América Latina», Working Paper Nccr Norte-Sur, Instituto Universitario de Estudios del Desarrollo, Ginebra, Suiza.

Natera Peral, Antonio (2005). «La gobernanza como modo emergente de gobierno y gestión pública», *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, n° 33-34, pp. 53-65, Madrid, España.

Olavarria Gambi, Mauricio (2007). «Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas». Documentos de trabajo n° 11. Santiago de Chile, Inap/Universidad de Chile.

Oletta, José Félix, Jorge Mandl y María Toba (1999) «Municipios Hacia La Salud. ¿Hacia dónde vamos?», en J. Mandl y M. Toba, ed., *Proyecto Municipios hacia la Salud Experiencia Venezolana*. Tomo II, Caracas, OPS/OMS/Msas/Rvmhs, pp. 73-83.

OMS (2013). Octava Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. «Crear nuestra herencia, mirar a nuestro futuro». Helsinki, Finlandia, OMS.

OMS (2010). «Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards shared governance for health and well-being». Report from the International Meeting on Health in All Policies. WHO, Government of South Australia, Adelaide, OMS.

OMS (2005). Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. «Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado». Bangkok, Tailandia, OMS.

OMS (2000). Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. «Promoción de la Salud. Hacia una mayor equidad». Ciudad de México, OMS.

OMS (1998). «Promoción de la Salud. Glosario», Ginebra, Suiza, WHO/HPR/HEP/98.1, OMS.

OMS (1997). Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. «Nueva Era, nuevos Actores: Adaptar la Promoción de la Salud al siglo XXI». Yakarta, Indonesia; OMS.

OMS (1991). Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. «Entornos propicios para la Salud». Sudsval, Suecia, OMS.

OMS (1988). Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud Políticas públicas saludables. Adelaide, South Australia, OMS.

OMS (1986). Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. «Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública». Ottawa, Canadá, OMS.

OMS (2011). Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, Brasil, OMS.

OPS (2013). *Salud en todas las políticas en las Américas. Resumen de las experiencias de las Américas*, Helsinki, Finland, OPS.

OPS/OMS (2000). Salud de la Población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables «La perspectiva canadiense», Washington DC, OPS.

OPS (1992a). Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1992). Santa Fe de Bogotá, Colombia. OPS.

OPS (1992b) Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe (1992). Puerto España, Trinidad y Tobago. OPS.

Paredes, Juan Pablo (2007). «Otra Democracia: sociedad civil, ciudadanía y gobernanza local (Notas para la discusión)», *Polis*, 6(16), pp. 1-19, Santiago, Chile.

Pato Lorente, Ignacio (2011). «La Gobernanza para la Salud en el Siglo XXI», Estudio Conducido por la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, *Revistae-Salud.com*, 7(28), 9 págs., España.

Rodriguez, Ch; L. Lamothe, F. Barten y J. Haggerty (2010). «Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina», *Revista de salud pública*. 12 Sup. (1), pp. 151-159, Bogotá.

Rovere, Mario (2005). «La salud en el municipio de Rosario: aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática», en *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo/Gobierno de la Municipalidad de Rosario*, ed., Rosario. Argentina, Gobierno de la Municipalidad de Rosario, pp. 107-64

Ruger, Jennifer P. (2011). «Shared Health Governance», *The American journal of bioethics*. 11(7), pp. 32-45, Oxford, UK.

Rudolph, L, J. Caplan, K. Ben-Moshe y L. Dillon (2013). «Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments», Washington, DC and Oakland, CA, American Public Health Association and Public Health Institute.

Sánchez Bursón, José María (2012). «La Gobernanza en la nueva Ley de Salud en Andalucía», *RevistaeSalud.com*, 8(30), 16 págs., España.

Stoker, Gerry (1998). «Governance as theory: five propositions» *International Social Science Journal*, 50, (155), pp.17-28, Oxford, UK.

Toikka, Arho (2011). *Governance theory as a framework for empirical research – a case study on local environmental Policy-making in Helsinki*, Finland, Department of Social Research, University of Helsinki, Finland.

Whitehead, Margaret (1991). «The Concept and Principles of Equity and Health», *Health Promotion International*, 6 (3), pp. 217-228, Oxford, UK.