

Gobernanza en salud pública

Governance in Public Health

María Lourdes Domínguez López

Universidad de Ciencias Médicas, Facultad Manuel Fajardo
Cuba

 0000-0002-0753-676X

marlourdesd@gmail.com

Dalsy Torres Ávila

Dirección Provincial de Salud de La Habana
Cuba

 0000-0001-5917-5882

dalcytorres@ifomed.sld.cu

Fecha de enviado: 07/09/2021

Fecha de aprobado: 28/03/2022

RESUMEN: La gobernanza se refiere a la gestión de procesos de interacción horizontal entre los ámbitos público y privado, y los actores sociales, en el contexto más amplio de una institucionalidad, que permita avanzar sobre grandes metas sociales. La aplicación efectiva de técnicas de gobernanza tiene un impacto hacia lo positivo o lo negativo en el estado de salud de la población. El mayor desafío para la gobernanza en salud ha sido la Pandemia de la COVID-19. La implementación de las políticas de Gobierno a través de lo que hoy conocemos como gobernanza en salud es un proceso socio-político que ha madurado en la medida en que ha mejorado la interacción entre los elementos que aportan el Estado, la sociedad civil con sus organizaciones y la economía, en función de un objetivo común: la mejora de los indicadores de salud de la población.

PALABRAS CLAVE: gobernanza; Salud Pública; intersectorialidad; salud mental.

ABSTRACT: Governance refers to the management of horizontal interaction processes between the public and private spheres and social actors, in the broader context of an institutional framework that allows progress on major social goals. The effective application of governance techniques has a positive or negative impact on the health status of the population. The greatest challenge for health governance has been the COVID 19 pandemic. The implementation of government policies through what we now know as health governance is a socio-political process that has matured to the extent that the interaction between the elements provided by the state, civil society with its organizations and the economy based on a common objective: the improvement of the population's health indicators.

KEYWORDS: governance; Public Health; intersectorality; mental health.

Los términos «governabilidad» y «governanza» son fruto, por encima de todo, de la implementación de modelos de desarrollo neoliberal en varias partes del mundo, que desembocaron en profundas crisis, agudizadas a partir de la década de los años setenta del pasado siglo. Desde esta fecha comienzan a aparecer publicaciones de estudios socio-políticos que ilustran, primero, la creciente imposibilidad de los Gobiernos para solucionar los problemas que, supuestamente, deberían ser capaces de solventar y, con ello, su incapacidad para dirigir la sociedad; y, segundo, la necesidad de una manera diferente e inclusiva de gestionar el Gobierno con el objetivo de solucionar las deudas acumuladas con la anterior manera de hacer (Rodríguez, Lamothe, Barten & Haggerty, 2010). Como señala Brower (2016), las consecuencias de la pésima gestión de los modelos neoliberales llevaron a una mala gobernabilidad; de ahí la necesidad de que esta se optimizara, al plantear que era preciso que la autoridad de las instituciones se orientara al bien común, en un marco de respeto a los ciudadanos dentro de las interacciones económicas y sociales que los involucren. Fue esta la base del surgimiento del término gobernanza, que el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* define como: «El arte o la manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía» (Real Academia Española, s. a., s. p.).

Entonces, la gobernanza se refiere a la gestión de procesos de interacción horizontal entre los ámbito público y privado, y los actores sociales, en el contexto más amplio de una institucionalidad que permita avanzar sobre grandes metas sociales (Brower, 2016).

Como expresan Rodríguez, Lamothe, Barten y Haggerty (2010), si se aplica la teoría social de Giddens para explicar los asuntos de gobernanza, se deduce que las interacciones entre actores sociales participantes en la toma de decisiones estratégicas para las colectividades humanas en un espacio y tiempo concretos, van a generar las normas y recursos necesarios para la implementación o no de las decisiones actuales y futuras; una actividad social que recreará o modificará los elementos estructurales de la gobernanza.

La definición que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre «governanza global» se refiere a la implementación de políticas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos, que en el proceso de toma de decisiones reflejen valores como la atención centrada en el paciente y basada en evidencia, en el cual intervienen todos los actores del sistema de salud: desde los proveedores hasta los usuarios (Smith & Lee, 2017).

Según la World Health Organization (2018), dentro de los objetivos de desarrollo sostenible 2030 se encuentra lograr una cobertura universal de los servicios de salud. Para cumplir con esta meta, una de las funciones esenciales que la salud pública debe cumplir y que impacta de manera transversal en todos sus procesos es la gobernanza. Esta, a su vez, debe cubrir áreas fundamentales donde se incluyan políticas y administración de salud, calidad y regulación, y control de los servicios.

Como se conoce, la salud pública es un producto del sistema político imperante. La gestión de los determinantes del estado de salud de la población depende de la voluntad política de la clase dominante y una parte importante de estas determinantes se garantizan desde fuera del sector de la salud pública (Galvão, Finkelman, Henao & Organization, 2016; Villar, 2011). Por

ello la aplicación efectiva de técnicas de gobernanza que cumplan con los principios de transparencia, rendición de cuentas, participación colegiada, integridad y capacidad demostrada de sus participantes, tendrá un impacto hacia lo positivo o lo negativo en el estado de salud de la población (Greer, 2016).

Desarrollo

«Gobernanza» es un término que en las últimas décadas ha generado un interés creciente a nivel internacional, al referirse a las acciones adoptadas por una sociedad para organizarse en la promoción y protección de la salud. De manera general, constituye el proceso mediante el cual las organizaciones toman decisiones y determinan a quiénes implican y de qué manera rendirán cuentas de ellas.

Gobernanza y salud mental

La construcción de mecanismos de coordinación organizacional y de atención mediante redes integradas de servicios de salud mental requiere de nuevas concepciones de la práctica profesional, en las que se incorpore el trabajo interdisciplinario y transversal en la atención de salud.

El papel de la gobernanza en los sistemas de salud mental está reconocido en la Estrategia para la Cobertura Universal de Salud y en los Planes de Acción de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud (OPS, s. f.) El concepto de «gobernanza» ha sido poco analizado en el campo de la salud mental. Los diferentes actores del sistema de salud mental organizan la manera de solucionar los principales problemas que surgen de las necesidades de atención en salud mental a través de diversas actividades estratégicas. Estas involucran a actores gubernamentales, organizaciones civiles, líderes

comunitarios, académicos y otros líderes sociales, redes de apoyo y organizaciones no gubernamentales, para acordar resoluciones y aplicarlas en la práctica. Es decir, en la resolución de los problemas de salud mental; en particular, a través del diseño y la ejecución de políticas públicas exitosas, no solo se debe contemplar al sistema de salud, sino también a otros actores de diversos sectores sociales (Díaz-Castro, Arredondo, Pelcastre-Villafuerte & Hufty, 2017).

Según Minoletti, Sepúlveda, Gómez, Toro, Irrázabal, Díaz, *et al.* (2018), la integración de la salud mental en la atención primaria de salud (APS) facilita el acceso equitativo, la detección, el tratamiento, la rehabilitación y la recuperación de las personas con problemas de salud mental. La gobernanza implica proteger el interés público y requiere una acción tanto política como técnica, que concilie demandas por recursos limitados en circunstancias siempre cambiantes; por lo tanto, es uno de los componentes más críticos y complejos de cualquier sistema de salud mental. En su publicación Minoletti *et al.* (2018) incluyen funciones de supervisión y guía para todo el sistema de salud, la formulación de marcos estratégicos de políticas, la construcción de alianzas, la regulación y la rendición de cuentas. El colectivo de autores plantean: «La implementación de servicios comunitarios que respondan en forma creciente a las necesidades de salud mental de la población es, a su vez, un facilitador para la gobernanza de los sistemas de atención en los países en vías de desarrollo» (p. 2).

Durante las últimas décadas, múltiples han resultado los retos a los que se ha enfrentado la salud mental, el ejemplo más reciente es la respuesta global a la infección por el virus SARS-Cov-2. Según Antiporta y Bruni (2020), la pandemia de la COVID-19 ha generado necesidades específicas, que requieren medidas

como las intervenciones virtuales, la formación de capacidades para la protección de usuarios y prestadores de servicios de salud, el fortalecimiento de la toma de decisiones basadas en la evidencia, el apoyo psicosocial y la integración de la salud mental a los mecanismos de alto nivel que guían la respuesta a esta temible enfermedad.

La noción de gobernanza esclarece acerca de los límites del Gobierno, a través de un solo actor, y enfatiza que la calidad de las interacciones que genera un determinado arreglo institucional es tan importante como la eficiencia (Cunill, Fernández & Vergara, 2011). Las autoridades de salud resultan las encargadas de la conducción sectorial para formular, organizar y dirigir las políticas de salud, con el fin de mejorar la eficacia, la eficiencia y la equidad del sistema, a través del fortalecimiento o la transformación de las estructuras de gobernanza dentro del sector. Los procesos de transformación de los sistemas de salud tienen una naturaleza que integran la acción colectiva bajo una entidad responsable tanto de su factibilidad como de su viabilidad. Por este motivo, se necesita destacar la necesidad de una perspectiva de rectoría no asociada a una concepción generalizada del poder de influencia de las autoridades de salud; tiene importancia ponderar el liderazgo como una acción colectiva en la cual se incluyan también otros actores, integrantes o no de la estructura del Estado (PAHO, s.f.). En otras palabras, la gobernanza es un proceso de toma de decisiones estratégicas en el sector salud, en el cual los respectivos Gobiernos desempeñan un papel importante, pero no son los únicos actores implicados en el proceso (Brower, 2016).

La regulación intersectorial puede ubicarse en diferentes niveles: espacios macro o meso institucionales, que contienen mecanismos de coordinación de las políticas de salud con otras

políticas sociales para articular su implementación en el espacio territorial; y un nivel micro institucional: existen iniciativas intersectoriales que regulan la relación entre la prestación de servicios de salud con otros sectores o servicios que influyen en los determinantes de la salud de la población (George, Laborí, Noa & Nicot, 2017).

La Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES) reconoce que muchas de las soluciones sugeridas para los problemas de salud más acuciantes proceden de fuera del sector salud. Por ello, es indispensable propiciar las prácticas de gobernanza que faciliten una mejora del trabajo intersectorial por parte del Gobierno, del sector no gubernamental, de las instituciones académicas y del sector privado, en todas las escalas territoriales (Cunill, 2014). Los resultados finales de las acciones intersectoriales tienen como objetivo efectuar cambios en otras políticas; por ejemplo, variar la justificación, la base informativa, los contenidos, su financiación e implementación o su base jurídica para estas políticas, con el fin de que ejerzan una influencia positiva en la salud o en los determinantes de la salud (Cabral-Bejarano, Nigenda, Arredondo & Conill, 2018). Desafortunadamente, el solo hecho de contar con organizaciones que traten de fortalecer la intersectorialidad no es suficiente para garantizar su impacto en las mejoras de los indicadores de salud mental. Un ejemplo de ello es la asociación para la gobernanza de la salud mental de la Unión Europea (UE), que comenzó a trabajar como programa desde 1995 y se constituyó como organización en 1998. Al no existir una voluntad política manifiesta para la atención prioritaria de esta esfera dentro de los países miembros, se considera que aún existe una escasa atención académica a los problemas de la salud mental dentro de la UE. Se reconoce

que, a partir de las presiones ejercidas por profesionales, pacientes, familiares y organizaciones no gubernamentales (ONG), se logró que el Consejo de Ministros de la UE aprobara legislaciones que, si bien se consideran muy suaves, permitieron evaluar la situación de la salud mental en los países miembros, lo que tuvo siempre la oposición de algunos Estados a estas políticas (Edquist, 2021).

En las Américas la situación no difiere de lo antes expuesto, según publica la oficina de la OPS, a partir del Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, se ha decidido revisar el plan de acción sobre salud mental adoptado en 2009. El área más desigual del planeta en materia económica muestra datos que son muy preocupantes: la prevalencia de demencia en los adultos mayores de 60 años oscila entre 6,46 % y 8,48 %. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada veinte años. La depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales; es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, y entre el 20 % y el 40 % de las mujeres en países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio. Para hacer frente a esta situación, el gasto público promedio en salud mental en toda la región resulta apenas un 2 % del presupuesto de salud –el 60 % de este destinado a hospitales psiquiátricos–. Sin dudas, constituyen estos verdaderos retos para una gobernanza efectiva y transformadora en un área densamente poblada como la región de las Américas (OPS, s. f.)

En Cuba la situación de la atención a la salud mental se muestra muy diferente a lo antes planteado. El reconocimiento de la salud como un derecho constitucional (Gaceta Oficial de la República de Cuba, Artículo 72); el

establecimiento de políticas centradas en el paciente y en su familia, según la ley 41 de salud pública (Ley No. 41, 1983); y la reorientación de la psiquiatría hacia la APS, a partir de 1995 –en que se redactó–, que discutió y aprobó la Carta de La Habana como plataforma programática de la salud mental (Quintana, Suárez, Tamayo & González, 2011), han abierto un espacio de transformación de la manera de actuar, tanto de los aseguradores y proveedores de los servicios como de los usuarios, lo que, unido a la intersectorialidad como principio de nuestra salud pública, facilita la implementación de técnicas de gobernanza con resultados reconocidos por autoridades sanitarias en varias partes del mundo.

Cuarenta y dos años después de Alma Ata: ¿gobernanza que garantice salud para todos, en todas partes?

Según la OMS, «salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado de perfecto bienestar físico, mental y social» (León & Berenson, 1996, s. p.).

Como se ha explicado, los determinantes económicos, sociales y políticos del estado de salud se garantizan desde fuera de sus instituciones. La realidad convulsa de las sociedades neoliberales de la segunda mitad del siglo XX tenía su traducción dentro de los indicadores de salud mundial, según el Dr. Mahler, director general de la OMS desde 1973 hasta 1988. Mahler (2009) describe una situación alarmante que debería transformarse con estrategias de trabajo diferentes a lo hecho hasta entonces. El autor reseña que en aquellos años

un recién nacido en países de África no tenía más que un 50 % de posibilidades de sobrevivir hasta la adolescencia, las cuatro quintas partes de la población mundial carecía de acceso a toda forma

de atención sanitaria permanente y tan solo una de cada tres personas de los países en desarrollo disponía en medida razonable de agua inocua y de un saneamiento adecuado. (Mahler, 2009)

En ese contexto, la OMS convocó a sus países miembros a participar en la conferencia de Alma Ata, Kazajistán, antigua Unión Soviética, desarrollada en septiembre de 1978. Este magno evento reiteró que «la salud es un derecho humano fundamental» y declaró que «la atención primaria de salud representaba la clave para conseguir que todos los pueblos del mundo alcanzaran en 2000 un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva» (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978, s. p.).

Como plantean De Rivero, Sánchez, Ormachea y Carbone-Campoverde (2018), debe considerarse como APS, «el cuidado o la protección de la salud con un enfoque preventivo» y no la «atención médica curativa orientada a la enfermedad puesta al alcance de las mayorías en sus comunidades o regiones» (pp. 675-676).

Entiéndase entonces que la APS incluye la

asistencia sanitaria esencial basada en métodos, tecnologías y prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, con un espíritu de autorresponsabilidad, autodeterminación. (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978, s. p.)

Para ello cumple con tres requisitos previos: un criterio multisectorial, la participación de la comunidad y el uso de la tecnología apropiada. No existe un mejor escenario para que la aplicación de técnicas adecuadas de gobernanza

pueda conducir a un impacto positivo en los niveles de salud de una localidad, región o país.

Pese a que han existido avances, la realidad a la que se enfrenta el mundo cuarenta y dos años después de Alma-Ata no es muy diferente a la descrita por el Dr. Mahler (2009) durante el último cuarto del siglo xx. En la ciudad de Astana, Kazajistán, se celebró en 2018 una Conferencia Mundial sobre APS. Precisamente al conmemorarse los cuarenta años de Alma-Ata, en su declaración final se expresa:

[...] en todas las regiones del mundo sigue habiendo personas con necesidades sanitarias desatendidas [...]; estimamos que es inaceptable desde un punto de vista ético, político, social y económico que persistan las disparidades en los resultados sanitarios y la inequidad en la salud. (s. p.)

Si en la primera conferencia se planteó la estrategia de salud para todos en 2000, la segunda se enfocó en lograr una cobertura sanitaria universal como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (UNICEF, 2018). Pero las estrategias de Gobierno y de gobernanza aplicadas no fueron capaces de garantizar salud para todos en 2000 y ya tienen en peligro el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible 2030; algunas publicaciones así lo refrendan. Según Friedman, Laurence, Maleche, Nilo y Foguito (2020), más de la mitad de las personas en todo el mundo no estaban cubiertas por servicios de salud esenciales, más de una cuarta parte no tenía acceso a saneamiento básico, y el 10 % carecía de agua potable y suficientes alimentos.

Por su parte, la propia OMS (2019), en su informe “La Atención Primaria de Salud en el Camino Hacia la Cobertura Universal de Salud” reconoce lo siguiente:

El resurgimiento de enfermedades antiguas y nuevas, algunas vinculadas a la degradación ambiental, el riesgo de pandemias y las consecuencias para la salud del cambio climático, así como la creciente carga mundial de enfermedades no transmisibles, que representan más del 70 % de las muertes entre las personas de 30 a 70 años, harán imposible que se logre la cobertura universal de salud para 2030, lo que impactará de la peor manera en los países pobres.

Cuba: gobernanza en tiempos de crisis; gobernanza en tiempos de pandemia

Cuba, país pobre del Tercer Mundo, que sufre un bloqueo económico, comercial y financiero desde hace más de 60 años, ha tenido que desarrollar una cultura de resistencia e innovación que no solo le permita sobrevivir, sino luchar por desarrollarse; ejemplo de ello es que en 2019 ocupó el lugar 72 entre 189 países en la clasificación del Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas (PNUD) (Conceição, 2019). Este resultado no hubiera sido posible sin un sistema de Gobierno que aplique técnicas de gobernanza en la que la integración de todos los factores de la sociedad les dé respuesta a los acuciantes retos a los que nos enfrentamos día a día.

El mayor desafío y la mejor prueba en lo que a gobernanza en salud se refiere, ha sido la pandemia de la COVID-19. A decir de los expertos el Sistema Nacional de Salud de Cuba, a partir de su cobertura universal, gratuita y basada en la APS ha logrado garantizar una respuesta eficaz y con equidad en el combate a esta pandemia (Mas, Sánchez, Somarriba, Valdivia, Vidal, Alfonso, *et al.*, 2020).

Desafortunadamente, iguales resultados no se pudieron obtener en un gran número de países, muchos de ellos con un alto grado de desarrollo económico, pero carentes de Gobiernos con una voluntad política que les permitiera una mejor

preparación y gestión de esta crisis sanitaria. La falta de planes de preparación, de información, de recursos y de profesionales adecuados, entre otras muchas, se reconocen hoy como causas de que a nivel internacional ya se contabilicen 115 094 614 personas infectadas con el virus del Sar-Cov-2; de ellas, 2 560 995 han fallecido y 223 países y territorios se encuentran afectados (Federación de Estudios de Economía Aplicada & Vega, 2020; World Health Organization, s. f.).

Al analizar los resultados de la salud pública cubana de manera general, se aprecian grandes logros. Las características fundamentales de nuestro sistema de salud, según Gálvez, González, Álvarez, Vidal, Suárez & Vázquez (2018), le permiten, aun en medio de tan difíciles condiciones, cosechar los siguientes éxitos:

- Es un sistema único, donde la salud representa una responsabilidad estatal y la medicina tiene un carácter social.
- Tiene una cobertura universal y gratuita, lo que garantiza la accesibilidad del total de la población a sus servicios.
- Se basa en la participación comunitaria e intersectorial.
- Posee una centralización normativa y una descentralización ejecutiva.
- Desarrolla y promueve la colaboración internacional.
- Realiza una aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica.

Todo lo anterior tiene como fundamento el alegato de autodefensa de la Causa No. 37 del 16 de octubre de 1953 por el asalto al Cuartel Moncada, realizado por el líder histórico de la Revolución cubana, Fidel Castro Ruz, en Santiago de Cuba. En su presentación hizo una caracterización detallada de la pésima situación socioeconómica en la que vivía la mayor parte de

la población cubana y señaló las acciones que se acometerían después del triunfo revolucionario, que en su conjunto se conocen como “El Programa del Moncada” (Quijano, 2018). Estas son además las proyecciones para mejorar los determinantes sociales de salud en Cuba, incluidas en el Plan de Desarrollo Económico y Social hasta 2030 (Naciones Unidas, s. f.).

Conclusiones

La implementación de las políticas de Gobierno a través de lo que hoy se conoce como gobernanza en salud es un proceso socio-político que ha venido madurando en la medida en que ha mejorado la interacción entre los elementos que aportan el Estado, la sociedad civil con sus organizaciones y la economía, en función de un objetivo común: la mejora de los indicadores de salud de una población determinada. La salud pública es un producto del sistema político imperante, entonces un papel preponderante siempre tendrá la voluntad política de la clase en el poder para preservar la salud como el máspreciado de los bienes comunes, y como un derecho humano elemental y básico.

Más de setenta años después de la Declaración Universal de Derechos Humanos, las Naciones Unidas continúan luchando por lograr una cobertura universal de salud. Sin embargo, con tantos ejemplos que ilustran lo acontecido en materia de salud a nivel mundial, caben las preguntas: ¿se practica en el mundo la gobernanza que garantice salud para todos, en todas partes? y ¿llegaremos con estos métodos a una cobertura de salud universal?

Referencias bibliográficas

Antiporta, D. A. & Bruni, A. (2020). Emerging mental health challenges, strategies and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic: Perspectives from South American decision-

makers. *Rev Panam Salud Pública*, 44. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.154>

Brower Beltramin, J. A. (2016). En torno al sentido de gobernabilidad y gobernanza: delimitación y alcances. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (67), 149-62. DOI: <https://doi.org/10.6018/202011>

Cabral-Bejarano, M. S., Nigenda, G., Arredondo, A. & Conill, E. (2018). Rectoría y gobernanza: Dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en el Paraguay, 2008-2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2229-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09242018>

Conceição, P. (2019). Panorama general: Informe sobre Desarrollo Humano 2019-Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. World ReliefWeb. <https://reliefweb.int/report/world/panorama-general-informe-sobre-desarrollo-humano-2019-m-s-all-del-ingreso-m-s-all-de>

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978). Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39244>

Cunill Grau, N., Fernández, M. M. & Vergara, M. (2011). Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud: Un análisis a partir del caso chileno. *Salud Colectiva*, 7, 21-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1851-82652011000100003>

Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*, 23 (1), 5-46. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&tlng=es

De Rivero, D. T., Sánchez, T., Ormachea, J. & Carbone-Campoverde, F. (2018). Cuarenta años después de alma ata: La actualidad de sus

- conceptos fundamentales. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35, 675-7. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.354.3902>
- Díaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B. E. & Hufty, M. (2017). Governance and mental health: Contributions for public policy approach. *Revista de Saúde Pública*, 51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006991>
- Edquist, K. (2021). EU mental health governance and citizen participation: A global governmentality perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 16 (1), 38-50. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1744133120000262>
- Federación de Estudios de Economía Aplicada & Vega de Seoane, J. (2020). Informe sobre las Reformas e Innovaciones que requiere el Sistema de Sanidad español (IRISS). Madrid: FEDEA. <https://biblioteca.abogacia.es/Record/Xebook1-33629/t/informe-sobre-las-reformas-e-innovaciones-que-requiere-el-sistema-de-sanidad-espanol-iriss-federacion-de-estudios-de-economia-aplicada>
- Friedman, E., Laurence, G., Maleche, A., Nilo, A. & Foguito, F. (5 de mayo de 2020). Global Health in the Age of COVID-19: Responsive Health Systems Through a Right to Health Fund. *Health and Human Rights Journal*, 199-207
- Gaceta Oficial de la República de Cuba. Artículo 72 (10 de abril de 2019). <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/constitucion-de-la-republica-de-cuba-proclamada-el-10-de-abril-de-2019>
- Galvão, L. A. C., Finkelman, J., Henao, S. & Organization, P. A. H. O. (2016). Environmental and Social Determinants of Health. PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51686>
- Gálvez González, A. M., González López, R., Álvarez Muñiz, M., Vidal Ledo, M. J., Suárez Lugo, N. de la C. & Vázquez Santiesteban, M. (2018). Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la salud universal. *Rev Panam Salud Pública*, 42. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.28>
- George Quintero, R., Laborí Ruiz, R., Noa Legrá, M. & Nicot Martínez, N. (2017). Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. *Revista Información Científica*, 96 (3), 527-38. <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/297/642>
- Greer, S. L. (2016). *Strengthening health system governance: Better policies, stronger performance*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- León Barua, R. & Berenson Seminario, R. (1996). Medicina teórica.: Definición de la salud. *Revista Médica Herediana*, 7 (3), 105-7. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000300001&lng=es&tlng=es.
- León González, M. (2002). La atención comunitaria en salud mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18 (5), 340-2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500009&lng=es&tlng=es
- Ley No. 41 (13 de junio de 1983). Derecho que tiene la población cubana de atención y protección de su salud. <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecor&ID=2>
- Mahler, H. (2009). El sentido de "la salud para todos en el año 2000". *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (4), 2-28. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400002&lng=es&tlng=es
- Mas Bermejo, P., Sánchez Valdés, L., Somarriba López, L., Valdivia Onega, N. C., Vidal Ledo, M. J., Alfonso Sánchez, I., et al. (2020). Equidad y respuesta del Sistema Nacional de Salud de Cuba ante la COVID-19. *Rev Panam Salud Pública*, 44. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.138>
- Minoletti, A., Sepúlveda, R., Gómez, M., Toro, O., Irrarázabal, M., Díaz, R., et al. (2018). Análisis

- de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e131. DOI: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.131>
- Naciones Unidas (s. f.). Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2030 de Cuba | Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo. Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe. <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-nacional-de-desarrollo-economico-y-social-2030-de-cuba>
- OPS. (s. f.). Salud Mental-OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento 2019: documento de síntesis. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328919>
- PAHO (s. f.). Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. Salud en las Américas 2017. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-governance-es.html>
- Quijano, H. G. (2018). Papel de Fidel Castro en los determinantes sociales de la salud en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 47 (4), 489-500. <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/128>
- Quintana, L., Suárez, C., Tamayo, A. & González, M. (2011). IEMS-OMS. Informe sobre el sistema de salud mental en la República de Cuba. https://www.researchgate.net/publication/295703928_IEMS_-_OMS_INFORME SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN LA REPUBLICA DE CUBA
- Real Academia Española (s. a.). Gobernanza. *Diccionario de la Lengua Española*. <https://dle.rae.es>
- Rodríguez, C., Lamothe, L., Barten, F. & Haggerty, J. (2010). Gobernanza y salud: Significado y aplicaciones en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000700011>
- Smith, R. & Lee, K. (2017). Global health governance: We need innovation not renovation. *BMJ Global Health*, 2 (2), e000275. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000275>
- UNICEF (2018). Global Conference on Primary Health Care. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Astana, Kazachstan. <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference>
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28 (4), 237-41. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&tlng=es
- World Health Organization (2018). Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272597>
- World Health Organization (s. f.). Coronavirus (COVID-19). Dashboard. <https://covid19.who.int>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

María Lourdes Domínguez López: Investigación, conceptualización, supervisión, redacción del borrador, revisión y edición.

Dalcy Torres Ávila: Curación de datos, investigación, metodología, revisión y completamiento del borrador original del trabajo.