

# La gobernanza en salud pública como estrategia de gobierno en la complejidad. Análisis temático de los argumentos de profesionales de salud pública de Cataluña

Governance in public health  
as a strategy of government in the complexity.  
Thematic analysis of the arguments  
of public health professionals in Catalonia

VALERIA SANTORO LAMELAS<sup>1</sup>

FÉLIX VÁZQUEZ SIXTO<sup>2</sup>

---

## RESUMEN

En el presente trabajo analizamos los argumentos que se articulan en la incorporación del modelo de gobernanza en salud y sus efectos sobre la configuración de posiciones y relaciones entre agentes en el diseño de políticas de salud pública. Para ello, desarrollamos como estrategia analítica un análisis de contenido temático. El trabajo de campo se enmarca con la aprobación de la Ley de Salud Pública de Cataluña (España). Realizamos 20 entrevistas a informantes clave. Los resultados muestran la identificación de la gobernanza como estrategia de gobierno para hacer más efectivas las intervenciones en salud pública. Asimismo, destacan la relevancia que adquiere el ámbito local como espacio en el que se materializan las acciones de salud y el saber experto como puntal que legitima a las instituciones de salud autonómicas en posiciones de mayor poder en la definición de discursos de salud pública y de la dirección de las intervenciones.

Palabras clave: políticas; planificación y administración en salud; salud pública; ciudad saludable.

---

<sup>1</sup> Doctora en Psicología, profesora del Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa de la Universidad de Barcelona, vsantorol@ub.edu.

<sup>2</sup> Doctor en Psicología Social, profesor del Departamento de Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona, felix.vazquez@uab.cat.

## ABSTRACT

In this work we analyze the arguments that are articulated in the incorporation of the model of governance in health and its effects on the positions and relations between agents in public health policy design. We used thematic content analysis as the analytic strategy. Fieldwork is framed within the approval of the Public Health Law of Catalonia (Spain). We conducted 20 interviews to key informants. The results showed the identification of governance as the government strategy to increase the effectiveness of interventions in public health. Results also underlined the relevancy of the local sphere as a space in which actions regarding health are materialized as well as the role of expert knowledge in legitimizing autonomous institutions of health in positions of a greater power in the definition of public health discourses and of the direction of interventions.

Keywords: *health policy; planning and management; public health; healthy city.*

## INTRODUCCIÓN

La conceptualización actual de la gobernanza se gesta en el interior del sistema neoliberal (Gane, 2014; Kenny, 2015) que cuestiona la capacidad del Estado de Bienestar para dar respuesta a las múltiples demandas y necesidades de las sociedades postmodernas (Rose y Miller, 1992). Sociedades caracterizadas por la presencia de (a) una amplia diversidad de especializaciones profesionales que intervienen sobre múltiples áreas de la vida de las personas (Rose, 1996); (b) la producción de personas críticas y activas que buscan su autorrealización, su salud y su felicidad a partir del reclamo de derechos y la organización en colectivos que ejercen presión sobre temas que les incumben; (c) el aumento de la presencia y capacidad de influencia sobre las acciones del Estado de movimientos y organizaciones no gubernamentales dirigidas a tratar problemas específicos (Aguilar, 2010) y (d) la pérdida de autonomía del Estado en el diseño e implementación de acciones de gobierno por la creciente injerencia del mercado e instituciones internacionales sobre él (Closa Montero, 2003).

A partir de la asunción de la necesidad de gestionar los múltiples y complejos fenómenos sociales teniendo en cuenta la variabilidad de agentes públicos y privados que intervienen en ellos, la gobernanza

es conceptualizada como una estrategia primordial que permite establecer lazos de colaboración entre entidades para el desarrollo de políticas públicas (Grau-Solés, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2011).

Es en este sentido que la gobernanza es constituida como una estrategia de acción colectiva entre un entramado diverso y heterogéneo de agentes e instituciones para producir, negociar y ejecutar acciones de gobierno coordinadas y continuas sobre la población (Kohler-Koch y Eising, 1999; Grau-Solés, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2010). Esta caracterización configura a la gobernanza como una estrategia de gobierno horizontal –en contraposición con las estructuras tradicionales verticales– e implica el reconocimiento de una cierta interdependencia entre las esferas públicas y privadas para el abordaje efectivo de las demandas y necesidades sociales. Efectivamente, quienes defienden la gobernanza como estrategia predilecta para el despliegue de las políticas públicas, asumen que este modelo propone un sistema de poder que se produce de forma horizontal, a partir de las diversas interrelaciones y negociaciones entre agentes de adscripciones múltiples –gobiernos, ONG, empresas, etc.– (Graña, 2005) y niveles de desagregación variables –instituciones locales, regionales, nacionales e internacionales– (Pacheco Pedraza, 2013) para el abordaje de cuestiones públicas (Olivio Pérez, Hernández y Reyes García, 2011).

En este contexto, se gestan las propuestas de gobierno de salud pública de las sociedades occidentales, diseñadas a partir de las nociones de multiplicidad e interrelación de elementos que intervienen en la producción de los procesos de salud-enfermedad (OMS, 2011), teniendo en consideración, por una parte, los múltiples agentes e instituciones que intervienen sobre ellos (Foucault, 1976) y, por otra parte, la importancia de asumir responsabilidades compartidas entre agentes, instituciones y personas en la producción de la salud colectiva (McNeill y Ottersen, 2015; Kickbusch y Reddy, 2015). Tales propuestas se ven reflejadas en la construcción de “sociedades saludables” (Greco, 2009; Llorca, Amor, Merino, Márquez, Gómez y Ramírez, 2010), un modelo de sociedad donde la salud que asume la implicación de agentes gubernamentales, ONG, empresas y otras entidades para hacer presente la salud en todos los espacios y momentos de la existencia (Kickbusch, 2007a y 2007b), excediendo el ámbito puramente sanitario para inscribirse en la cotidianidad para la producción de comunidades colectivamente comprometidas en la producción de su salud (Ferdeosour Rahman y Al-Khatlan, 2014).

En este marco se sitúan las reformas del modelo de salud pública en Cataluña. En octubre del 2009 se aprobó la Ley de Salud Pública de Cataluña (Llei 18/2009), que destaca la importancia de integrar y coordinar agentes de adscripción institucional múltiple para garantizar un abordaje efectivo sobre la salud pública, posibilitando la producción de modelos de Salud Pública basados en la coordinación y negociación de las políticas de salud entre entes locales y el gobierno autonómico.

La Ley de Salud Pública de Cataluña dio lugar a la creación de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) como una institución de salud del gobierno autonómico. Para su constitución, se implementaron proyectos piloto que tenían como objetivo generar escenarios de intervención sobre la salud poblacional a partir de la coordinación y negociación de acciones en salud y la gestión de recursos entre los diversos agentes territoriales, regionales y autonómicos. Uno de ellos fue *El Plan transversal de Educación y Promoción de la Salud en Infantes y Jóvenes de la comarca de La Garrotxa* (Cataluña, España). Para su desarrollo, siguiendo el modelo de gobernanza, se tomó como principio básico la participación de entidades y agentes de adscripciones diversas (salud, educación, juventud, deporte, etc.), poniendo en especial relieve el trabajo articulado desde el nivel central, regional y territorial.

En este marco, desarrollamos la tesis doctoral “La salud pública como problema de gobierno: Análisis de los problemas sociales de salud pública bajo el modelo de gobernanza”, que tiene como finalidad analizar el proceso de construcción de la salud pública como tecnología de gobierno de la población sobre determinados problemas sociales. De ella derivan los artículos: (a) *La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional* (Santoro-Lamelas, 2016), que presenta los resultados sobre los argumentos utilizados por las y los profesionales de salud para configurar la salud pública como un área de saber e intervención específica dentro de las políticas públicas de salud; (b) *La persona y el Estado como agentes de responsabilidad para la producción de sociedades saludables: análisis temático desde la perspectiva de profesionales de la salud en Cataluña* (España) (Santoro-Lamelas, 2017a), que aborda –y reflexiona sobre– la identificación de las personas y el Estado como agentes de responsabilidad en salud, además de los efectos de la producción de responsabilidades a partir de enfoques centrados en el individuo o aquellos que integran a los componentes sociales y políticos; (c) *The population*

*and its contributing capacity for Community Participation: A Thematic Analysis of Catalanian Public Healthcare professionals Arguments in Health Promotion Designs. Diversity and Equality in Health and Care* (Santoro-Lamelas, 2017b), que presenta los resultados sobre los argumentos de las y los profesionales de salud en relación a la participación comunitaria a partir de la categorización de la población en grupos etarios y su atribución sobre conocimientos y habilidades vinculadas a su cuidado en salud, y (d) el que actualmente es presentado, en el que se exponen los argumentos a partir de los cuales se articula la incorporación del modelo de gobernanza en salud y sus efectos en el diseño de posiciones y relaciones entre agentes. Los artículos mencionados se derivan de la tesis doctoral realizada y comparten metodología e informantes. Sin embargo, cada uno de ellos se centra en temáticas claramente diferenciadas.

## MÉTODO

Hemos desarrollado una investigación cualitativa, la cual permite analizar en profundidad los complejos y dinámicos procesos de producción de sentidos en salud pública (Ruiz Olabuénaga, 2012; Denzin y Lincoln, 2010). Específicamente, hemos utilizado el método lingüístico, caracterizado por permitir el desarrollo de interrogaciones amplias y flexibles orientadas a la comprensión de procesos que configuran los sentidos de la gobernanza en salud pública, aplicando como componente esencial que atraviesa toda la investigación al lenguaje; tanto para el acceso a la producción de significados, como para el análisis de los argumentos vinculados a la producción de estos (Elejabarrieta, 2007).

Hemos realizado el trabajo de campo en el marco del despliegue de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Para la obtención de la información hemos realizado 20 entrevistas individuales (Holstein y Gubrium, 1995; Rubin y Rubin, 2005) a informantes clave del Plan transversal de Educación y Promoción de la Salud en Infantes y Jóvenes de la comarca de La Garrotxa (Cataluña, España). Esta técnica permite la producción de conversaciones guiadas hacia argumentaciones múltiples y detalladas sobre el fenómeno estudiado en el acto de *re-producir* los sentidos de la propia experiencia.

La selección de informantes se centró en la identificación de los miembros del grupo que lideraba el proyecto, el autodenominado equipo operativo, integrado por agentes de salud de niveles centrales, regionales y territoriales. Realizamos entrevistas a todos los miembros activos del equipo operativo y a otros agentes que, aunque no formaran explícitamente parte de este equipo, participaban en él de manera directa y activa.

Las entrevistas se desarrollaron en Barcelona, Girona y La Garrotxa (en el espacio de trabajo cotidiano de las personas entrevistadas) en el período 2009-2012. Al inicio de la entrevista cada participante fue informado/a de los objetivos de la entrevista y del tratamiento de los datos, aceptando cada una/uno de ellas/ellos participar de la investigación. Asimismo, se garantizó el anonimato de las personas participantes. La duración media de las entrevistas osciló entre 45 minutos y hora y media.

El guion de entrevista trataba los fundamentos de la salud, la conceptualización de la salud pública y sus áreas, la identificación de los principales problemas de salud pública, la identificación de agentes e instituciones implicadas en la producción de salud, su coordinación y responsabilidades.

Los códigos de clasificación de las entrevistas (ver tabla 1) son:

- *Área profesional de la persona entrevistada*: Salud Pública General (SP), Promoción de la Salud (Pm), Protección de la Salud (Pt), Vigilancia Epidemiológica (V), CatSalut –Aseguradora Pública de Salud– (CS), Educación (E).
- *Nivel de descentralización de su trabajo*: Nivel Autonómico (NA), Nivel Regional (NR) y Nivel Territorial (NT).
- *Formación profesional*: Biología (B), Docente (D), Medicina (M), Farmacia (F), Veterinaria (V) y Medio Ambiente (MA).

Tabla 1  
ENTREVISTAS REALIZADAS SEGÚN COMBINATORIA DE CÓDIGOS DE CLASIFICACIÓN

Comisión Directiva	Equipo Operativo	Otros
CS/M	EO/NR/B i M (2)	GTIO/Pt/NRiNM/F (2)
CS/M(a)	EO/SP/NA/M	O/Pt/NR/F
	EO/CS/NR/M	O/SP/NA/M
	EO/Pt/NM/MA	O/Pt/NR/V
	EO/Pt/NT/V	O/Pm/NA/M
	EO/V/NR/M	O/SP/NA/M
	EO/CS/NR/M	
	EO/E/NR/D	
	EO/Pt/NR/B	
	EO/Pt/NM/MA	
	EO/SPiE/NM/NS	
	EO/E/NM/D	

Planteamos un análisis de contenido temático (Braun y Clarke, 2006; Coffey y Atkinson, 2003). Para ello, una vez transcrita la totalidad de las entrevistas, a partir de la lectura repetida de las mismas, iniciamos la primera fase de análisis descriptivo con la identificación de segmentos de sentido en el corpus de análisis. Seguidamente establecimos una primera categorización de la información, para este proceso, por una parte, mantuvimos el conjunto de entrevistas y por otra parte, producimos documentos que condensaban los enunciados de una misma temática y mapas conceptuales, posibilitando un análisis específico y pormenorizado en cada temática.

A partir de los documentos producidos en la fase descriptiva, se inicia una segunda fase, cuyo objetivo ya no era describir sino discernir cómo operan los enunciados del texto construyendo los objetos de los que hablan, sus relaciones y sus efectos. Para ello: (a) esclarecimos las posiciones de cada una/uno de las y los profesionales entrevistadas/os en la definición de la salud pública, y los argumentos producidos desde cada una de estas posiciones; (b) buscamos connotaciones que aparecen de forma reiterativa para justificar, describir, argumentar, etc., la gobernanza en salud. E interrogamos sobre el porqué de estas reiteraciones; (c) indagamos sobre los efectos de los argumentos en la distribución de posiciones relacionales entre agentes e instituciones para el diseño y ejecución de acciones de gobierno en salud.

En el proceso de análisis, tanto las variabilidades y regularidades argumentativas como sus vínculos permitieron configurar una imagen compleja sobre la gobernanza en la salud pública. Así pues, los temas y subtemas adquirieron formas de categorías y subcategorías y se interconectaron dando un sentido más amplio al fenómeno estudiado.

## RESULTADOS

Los resultados presentados agrupan los argumentos que las y los profesionales de salud utilizan para configurar la gobernanza como estrategia ineludible para asegurar la eficiencia de las acciones de gobierno en salud: (a) la complejidad, fundamento de las acciones coordinadas entre agentes e instituciones; (b) el territorio como espacio indispensable para la producción de salud; (c) el saber experto, la pieza clave de legitimidad; (d) la gobernanza, estrategia para la unificación de discursos e intervenciones.

### *La complejidad, fundamento de las acciones coordinadas entre agentes e instituciones*

Las y los profesionales de salud asumen que son múltiples los elementos que pueden influir sobre la vida de las personas (hábitos, medio ambiente, determinantes sociales, etc.). Por ello, destacan que la salud debe traspasar las estrechas fronteras del ámbito sanitario e internarse en todos aquellos espacios y momentos en los que se desenvuelva la vida de las personas (educación, urbanismo, medio ambiente, trabajo, etc.), con el objetivo de integrar a los diferentes componentes que puedan determinar la salud y hacer más efectivas las intervenciones. Para ello, proponen que el Área de Salud se coordine con otros Departamentos de la Generalitat de Cataluña y con entidades del tejido comunitario (gubernamentales –como son los municipios– y no gubernamentales –ONG, empresas, etc.–).

Departamento de Salud, Vivienda, Trabajo, Educación, Medioambiente, Urbanismo, etc., etc., ¿no? Todos los elementos que tienen que ver con realizar políticas que van a impactar sobre la... sobre la salud pública (SP/NAV/M, p. 1).

En este marco, las y los entrevistadas/as remarcan la importancia del trabajo colaborativo entre agentes e instituciones para negociar



acciones y definir propuestas efectivas de intervención sobre la salud poblacional.

Esta manera de trabajar de colaboración y cooperación. Es decir, no tiene sentido que desde aquí [estar] haciendo un programa muy bonito con medios... Lo que tiene sentido es ponerse al lado, trabajar junto a la gente para generar las mejores propuestas posibles... ¿eh? (Pm/NA/M, p. 6).

### *El territorio como espacio indispensable para la producción de salud*

Las y los profesionales de salud pública asumen que es en el nivel local donde las intervenciones alcanzan especial importancia, por ser el espacio donde se materializan las condiciones estructurales en situaciones específicas donde prácticas de producción de salud tienen lugar.

Cooperamos juntos para conseguir lo mejor [...] al final las cosas pasan en un nivel muy local y, a lo mejor, tenemos que tener toda paciencia [...] también las otras instituciones, las otras entidades [...] y nosotros tenemos que hacer un discurso continuo, continuo, continuo de trabajar conjuntamente con el territorio y construir muy conjuntamente (Pm/NA/M p. 14).

Asimismo, expresan que es en el nivel local donde se integra una gran diversidad de acciones de salud. Y destacan la Promoción de la Salud como ámbito de intervención especialmente plural, por incorporar intervenciones impulsadas desde el gobierno autonómico, desde las instituciones y organizaciones municipales y desde organizaciones no gubernamentales.

Bueno, a ver... el mundo local tiene todo [sic] una panoplia de instituciones, de organizaciones que pueden hacer promoción de la salud. Y aquí sí que entran pues, yo qué sé, organizaciones juveniles, juventud, deportes (SP/NA/M, p. 13).

El impulso de las intervenciones de promoción de la salud desde diversos ámbitos y niveles institucionales tiene connotaciones negativas, puesto que, según plantean las personas entrevistadas, muchas de ellas se implementan de forma independiente y des-

coordinada con las instituciones gubernamentales de salud de Cataluña. Asumen que esta situación deriva en duplicar acciones de salud pública en el territorio, y convierte a las intervenciones de salud en un escenario de tensión entre instituciones que compiten por captar sujetos, abarcar territorios y definir sentidos de la intervención.

El territorio iba tirando millas, iba haciendo sus proyectos y... nosotros también íbamos haciendo los nuestros, y muchas veces nos convertíamos en competidores, lo que estamos intentando montar es un sistema cooperativo donde seamos socios a los tres niveles: local, regional y central (SP/NA/M, p. 13).

Las y los profesionales de salud pública argumentan que la trayectoria y diversidad de acciones aisladas de promoción de la salud en el territorio hacen que su coordinación e integración en una estrategia común acorde con las propuestas del gobierno autonómico, se conviertan en el principal reto para quienes despliegan las acciones de salud pública. Asimismo, la propuesta de coordinación entre agentes e instituciones que hasta el momento trabajaban de forma aislada genera interrogantes entre las y los profesionales de la salud, sobre cuál será el rol atribuido y asumido por el territorio en la definición de los problemas de salud pública y sus soluciones: ¿Adquiere el territorio un rol más activo o debe seguir los criterios del gobierno autonómico?

Pero... el gran reto... lo tenemos muy presente, ¿eh? Lo tenemos muy presente... pero esto no quiere decir que no cueste... al revés, costará mucho pero esto no quiere decir que no sea lo más relevante. Para mí es lo más relevante [...] Es como cualquier lugar... es decir, que tú estás en un restaurante y... mmmmm... quiero decir, el camarero de, al final no sabe qué o no hace lo que sea... o el cocinero o el que sea... todos son parte de todo. Y lo tenemos que trabajar conjuntamente (Pm/NA/M, pp.14-15).

## *El saber experto, la pieza clave de la legitimidad*

Las y los profesionales de salud asumen que, para el despliegue de intervenciones de salud pública, cada agente e institución debe asumir posiciones diversas en la red de colaboración y coordinación interinstitucional. En la configuración de la red de relaciones entre instituciones, identifican el saber experto como el elemento clave que permite posicionar a ciertas instituciones en espacios de legitimidad para negociar y promover discursos de salud. Concretamente, las y los profesionales de salud reconocen a las instituciones autonómicas de salud como la entidad de mayor conocimiento experto. Argumentan que su posicionamiento privilegiado de saber experto se fundamenta a partir del constante uso que hacen de estudios y la evidencia científica para justificar sus intervenciones, y también en su tradición de trabajo en diferentes ámbitos y temas del territorio.

La Dirección General de Salud Pública es quien sabe más de estos temas. Es donde hay el conocimiento, ¿no? (Pt/NR/B, p. 4).

El reconocimiento tanto de los propios profesionales de niveles autonómicos como de niveles locales de las instituciones autonómicas de salud como instancias de acceso privilegiado al saber experto deriva a la asunción de las definiciones que esta organización gubernamental realiza sobre los problemas de salud y las acciones para solucionarlos como cuestiones inapelables (en cuanto a la metodología y a su efectividad), relegando el trabajo coordinado a un segundo plano como garantía de cobertura y eficacia de las propuestas de las instituciones autonómicas.

Bueno sabemos menos... o sea nosotros con lo que contamos y hemos contado siempre es con lo mejor de la gente que hemos trabajado de manera coordinada durante todo este tiempo en el territorio, es decir, nosotros no sabemos [...], lo que sí sabemos es trabajar de manera coordinada y de manera, eh... digamos, conjunta, con otra gente que saben mucho más [...] nos parece de tontos discutir, ir a discutir con alguien que es especialista; es decir, es más una función colaborativa, una función de sumar, de participar y de creerte que aquello va bien; o

sea, discutir con los grandes *liners*, pero yo tengo toda la confianza en [referencia a agentes de salud del gobierno autonómico] (Pt/NT/MA, p. 20).

El reconocimiento del manejo de la evidencia científica proveniente de instituciones nacionales e internacionales y la experticia de las y los especialistas en salud de las instituciones autonómicas contrasta con la mirada que las y los profesionales salud asumen del nivel local; manifiestan que las intervenciones desarrolladas por el territorio (ONG, municipios, etc.) suelen estar al margen de cualquier regulación existente y pueden no hallarse sustentadas por guías reconocidas o impulsadas por la figuras expertas de salud.

Es evidente que hay algunas intervenciones que vienen del Departamento y alguien puede decir, ¡hombre! Pero éstas están más que, hecho esto... Es evidente pero no todas las que hemos puesto aquí vienen del departamento de salud. O vienen del departamento de educación. Hay algunas que no son así. Y habría que verlas [...] Por lo tanto, pienso que no estoy segura que tal como está planteado, todas las acciones sean... correctas o buenas, o las mejores para hacer en esta población (CS/NR/M, pp. 9-10).

Aunque las y los profesionales de salud cuestionan el saber experto de las y los agentes territoriales, otorgan legitimidad de sus acciones a partir del reconocimiento de su tradición interventiva. Es su historia de trabajo en el ámbito de salud la que las/los habilita especialmente como ámbito de conocimiento situado de salud territorial. En el marco del conocimiento situado, las y los profesionales de salud destacan que los agentes e instituciones del territorio poseen un saber pormenorizado sobre las condiciones de vida específicas del espacio donde realizan sus intervenciones. Tal conocimiento, reconocen, permitiría adaptar las intervenciones de salud a las particularidades locales para hacer más efectiva su influencia en la práctica territorial.

[...] trabajar en el entorno hace que tú sepas que esto lo puedes utilizar. Y por lo tanto, si estás trabajando en el Ayuntamiento te enteras de estas cosas... que si tú estás en tu entorno de salud... salud pública, salud... sistema sanitario.... no te enteras a veces (Pm/NA/M, p. 7).

Así pues, a partir de la identificación de dos espacios de producción de saberes –el conocimiento experto (basado en estudios empíricos y marcos conceptuales científicos) y el conocimiento situado (fundamentado en la experiencia cotidiana de quienes actúan en el territorio)–, las y los profesionales de salud establecen diversas legitimidades de acción sobre la salud poblacional. Por una parte, la atribución del saber experto a la institución autonómica de salud la sitúa en una posición privilegiada para definir cómo y sobre qué actuar. Por otra parte, la atribución del conocimiento situado al territorio sitúa a las instituciones locales en un nivel ejecutor que requiere de la formación y de la supervisión de quienes encarnan la autenticidad de la salud: las instituciones autonómicas de salud.

La materia gris de la protección está en estos de salud y en este momento ha pasado a la agencia que pasa, evidentemente, si una persona de [entidad local] tengo que ir a hacer una inspección de un restaurante no sabe tanto como nosotros [...] ¿cuál es nuestra obligación? Cogér a esta persona y decirle: “Mira, cuando tengas que hacer la inspección, éstos son los procedimientos, éste es el protocolo de protección de la agencia y además las primeras veces que vayas, yo iré contigo y te enseñaré” (Pt / NR/B, p. 13).

### *La gobernanza, estrategia para la unificación de discursos e intervenciones*

A partir del reconocimiento de la divergencia en recursos, conocimientos y prácticas de producción de salud producidas por las diversas entidades y agentes que actúan sobre la salud poblacional. Y asumiendo que esta divergencia puede desembocar en acciones contradictorias con el discurso oficial de salud pública propuesto por la institución autonómica de salud, las y los profesionales entrevistadas/os defienden la necesidad de integrar los diferentes sentidos que adquiere la salud pública y las acciones derivadas en un discurso común como elemento clave para optimizar las actividades realizadas en el territorio y alcanzar una mayor efectividad.

En este marco, la gobernanza se erige como la estrategia privilegiada que posibilita aunar recursos y evitar actividades duplicadas para, a la postre, difundir un discurso en salud común y coherente en todos los espacios de relación de las personas. De esta manera, se hace más eficiente la producción de un discurso unificado de salud.

Cuando se construye esta cooperación [...] A partir de allí se genera un discurso común y a ver cómo entre todos podemos conseguir más de lo que conseguirían solos (Pm/NA/M, p. 15).

Ahora bien, las y los profesionales de salud entrevistadas/os no plantean la gobernanza como estrategia que permite el diálogo y negociación de discursos sobre la salud, sino que la idean como estrategia que permite a quienes no posean el saber experto, conocer y actuar en consecuencia a él.

Así pues, el foco en la gobernanza no se centra en la capacidad de confrontación de posiciones, negociación de ideas y creación de propuestas comunes, por el contrario, su interés reside en la capacidad de esta estrategia para que el discurso oficial de salud sea más efectivo, alcanzando mayor cobertura y optimizando recursos.

En la búsqueda de alcanzar mayor eficiencia del discurso oficial de salud pública, las y los profesionales de salud pública asumieron que en un principio se planteó habilitar a las instituciones que trabajaran en salud a partir del establecimiento de criterios de evaluación sobre su adecuación o no al discurso oficial. Sin embargo, expresaron las dificultades que esto suponía dada la diversidad de trayectorias existentes en intervenciones vinculadas con la salud poblacional, las relaciones de poder entre agentes y la dificultad de seleccionar intervenciones. En este proceso, por una parte destaca la relevancia de reconocer las tradiciones de intervención y las posiciones de poder de las instituciones que despliegan las acciones de salud, y por otra parte, asumen la dificultad de imponer criterios a entidades que no tengan dependencia organizacional con el gobierno autónómico.

Yo creo más en este modelo. Yo este modelo de acreditar... no sé hasta qué peldaño de la cadena se puede hacer, [...] ¿Y tú cómo acreditas un ayuntamiento? (Pt/NR/B, p. 21).

Del mismo modo y debido a la existencia de múltiples elementos que puedan vincularse a la producción de salud y a las diversas actividades que pueden ser asociadas a ella, la Promoción de la Salud se vuelve un espacio abierto a nuevas propuestas y discursos de salud, con mayores dificultades para desarrollar criterios de acreditación.

[...] se había hablado, pero esto no... no... a ver yo pienso que más que acreditarlas... está claro, ¿tú cómo acreditas?... no lo sé, yo qué sé, una asociación de no sé qué, del Alt Empordà, que hace un tema de drogas. ¿Cómo lo acreditas? Yo pienso que más que acreditarla es tenerla, a tu lado. ¿No? Y... y dirigirla, y... (Pt/NR/B, p. 21).

Las y los profesionales del gobierno autonómico en salud argumentan que, ante la dificultad de administrar acreditaciones a instituciones por motivos de poder jerárquico y por la diversidad de actividades vinculadas con la producción de salud, es necesario generar alianzas institucionales para que quienes trabajen en salud pública asuman los discursos autonómicos de salud como un asunto propio y sean defendidos y reproducidos en cada intervención realizada. En consonancia con ello, la gobernanza en salud pública es planteada como una estrategia para instaurar discursos de salud propios de las instituciones gubernamentales a otros espacios e instituciones que intervienen directamente sobre la población, dado que mediante el proceso de cooperación y coordinación entre las diversas instituciones cada una de ellas asume el discurso oficial como un discurso compartido y unificado, haciendo trascender de esta manera el alcance de la institución autonómica en salud en las prácticas de instituciones ajenas a tal organización.

Estamos intentando agarrar a los proveedores y unificar los discursos y el mensaje de los proveedores (Pt/NT/MA, p. 11).

Porque si no, también va perdiendo efecto toda esta historia que estamos diciendo ¿no? Al final de esto, es un proyecto que tendría que ser esta línea y este discurso más o menos ordenado (Pt/NT/MA, p. 11).

## DISCUSIÓN

El análisis presentado muestra cómo los discursos de la complejidad –que refieren a la configuración de la salud como un fenómeno producido por diversos elementos de la vida social que exceden al ámbito puramente médico y a la existencia de una imbricada trama de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, profesionales y organizaciones sociales que intervienen en ella– dibujan un panorama diverso e interconectado de problemas de salud pública.

La concepción de la salud y los procesos sociales como una cuestión múltiple e interrelacionada vuelven, por una parte, imperiosa la necesidad de inscribir los discursos de salud pública en cada uno de los espacios donde la salud es producida para hacer más eficientes las tecnologías de gobierno, y por otra parte, derivan en constituir una mirada del gobierno con un alcance limitado sin la articulación con entidades y agentes ajenos a él. En este marco, las y los profesionales de salud entrevistados conciben la gobernanza como una propuesta que permite establecer relaciones entre agentes e instituciones públicas y privadas para hacer más efectivas las acciones de gobierno en salud, en un contexto de diversificación de agentes y escenarios implicados en la producción de salud (Kickbusch, 2014; Kickbusch y Reddy, 2015).

Ahora bien, las argumentaciones desplegadas por las personas entrevistadas contradicen las pretensiones de horizontalidad que diversos teóricos proponen de tal estrategia en la coproducción de sentidos y negociación de acciones de gobierno (Aguilar, 2010; Clo-sa Montero, 2003; Brower Beltramin, 2016). En el presente análisis se evidencia que la gobernanza se constituye como una herramienta para que quienes se ubican en posiciones privilegiadas de saber y recursos puedan asegurar inscribir su lógica de entendimiento y propuestas de intervención sobre la salud de la población en entornos donde su alcance es limitado. Es en este sentido que la gobernanza permitiría que el discurso hegemónico de salud pública sea asumido voluntariamente por las instituciones que actúan en mayor o menor medida sobre la salud poblacional. En otras palabras, la institución de salud pública de la autonomía hace uso de la gobernanza como estrategia de *gobierno a distancia* (Rose, O'Malley y Valverde, 2006; Rose, 1990) para que diversas instituciones que antes intervenían en solitario sobre la población, asuman y promuevan los discursos oficiales de salud, a partir de su asunción como propios y legítimamente incuestionables por fundamentarse en el saber experto.

Los hallazgos de la investigación son coherentes con la reflexión que propone Tomás Ibáñez (2012) sobre el papel de la evidencia científica para establecer espacios “no opinables” en el proceso de diálogo e intercambio que propone la gobernanza. Los espacios “no opinables” permiten, a quienes mantengan la legitimidad del saber, controlar el curso del proceso participativo dentro de unos márgenes



establecidos, y evitar así efectos no esperados por quienes poseen la hegemonía en salud (en este caso las instituciones del gobierno autonómico).

En el trabajo presentado, los espacios no opinables son extensos y relegan el margen de negociación de la gobernanza a aspectos instrumentales de ejecución de políticas de gobierno en salud y la gestión de recursos. Pero no conducen a una reconstrucción de sentidos sobre la salud poblacional: por el contrario, las instituciones y agentes participantes en el proceso asumen los discursos expertos como verdades incuestionables y de obligado cumplimiento. En este sentido, la asunción de la complejidad de los procesos de salud y enfermedad no rompe la condición de *impermeabilidad* (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2017) del saber experto, habilitando la creación de espacios inclusivos de confrontación y encuentro de conocimientos y agentes (profesionales, científicos y profanos), asumiendo lo incompleto del saber fraccionado de cada ámbito de conocimiento con el objetivo de dotar de sentido holístico y profundo a los procesos de salud y enfermedad. Por el contrario, la gobernanza permite perfeccionar el gobierno en salud basado en conocimiento experto, impregnándose en lugares e instituciones que hasta el momento tenían un alcance limitado. Ante este escenario, es importante apuntar, tal como indica Kenny (2015), la inexistencia de un conocimiento neutral que simplemente dé cuenta de la realidad que representa, siendo imposible desligar la producción del saber experto a ciertas tecnologías de gobierno propias, en nuestro caso, del modelo neoliberal imperante en las sociedades occidentales (Gane, 2014).

Asimismo, el escenario de horizontalidad que esboza la gobernanza crea un espacio de diálogo entre instituciones que permite a la institución autonómica de salud acceder al conocimiento situado que maneja el territorio sobre la población y las condiciones materiales en las que se inscriben las intervenciones. Este conocimiento es considerado como un elemento primordial para modelar las propuestas del gobierno autonómico sobre la salud de la población, adaptándolas a situaciones y demandas concretas de las personas y colectivos para hacerlas más efectivas.

Finalmente, es importante destacar que la construcción de responsabilidades compartidas entre múltiples agentes e instituciones que propone el modelo de gobernanza puede derivar a una pérdida de poder del gobierno sobre la salud de la población. Dado que, como se

ha evidenciado en las líneas precedentes, el poder de gobierno de las instituciones autonómicas de salud no radica únicamente en su legitimidad como institución pública creada para ello, sino que se centra en el manejo del saber experto. En este sentido, entendiendo que el poder es una relación que puede ser cuestionada en su propio ejercicio (Foucault, 1978; Larrauri, 2009), la estructura horizontal esbozada por la gobernanza crea un espacio de mayor dinamismo, donde la posición de legitimidad puede ser rebatida en el momento que el saber experto sea contemplado por otros agentes o en el momento que cambie la fuente de legitimidad a otro foco, como pueden ser los intereses económicos de la salud en una sociedad cada vez más mercantilizada.

#### REFERENCIAS

- Aguilar, L. F. (2010). *Gobernanza: El nuevo proceso de gobernar*. México, D.F.: Fundación Friedrich Nauann para la Libertad.
- Braun, V. y Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Brower Beltramin, J. (2016). En torno al sentido de gobernabilidad y gobernanza: delimitación y alcances. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, 67, 149-162. doi: 10.6018/202011.
- Catalunya. Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública (2009). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 30 d'octubre de 2009, núm. 5495, pp. 81070-81116.
- Closa Montero, C. (2003). El libro blanco sobre la gobernanza. *Revista de Estudios Políticos. Nueva Época*, 119, 485-503.
- Coffey A. y Atkinson P. (2008). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Contus.
- Denzin, N. K y Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research*. London: Sage.
- Elejabarrieta, F. (1997). *El método lingüístico: Técnicas de obtención de información*. Barcelona: Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ferdeosour Rahman, K. y Al-Khatlan, H. M. (2014). An inquiry into different perspectives of health and illness: is the reconciliation

- possible? *Clinical Governance: An International Journal*, 19(4). 332-341. doi: 10.1108/CGIJ-07-2014-0021.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*, 10(2). 152-70. Recuperado de: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4451.pdf>.
- Foucault M. (1978). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Gane, N. (2014). The Emergence of Neoliberalism: Thinking Through and Beyond Michel Foucault's Lectures on Biopolitics. *Theory, Culture & Society*, 31(4), 3-27. doi: 10.1177/0263276413506944.
- Graña, F. (2005). Todos contra el Estado: Usos y abusos de la "gobernanza". *Espacio Abierto*, 14(4), 501-529. Recuperado de: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/2135>.
- Grau-solés, M., Íñiguez-Rueda, L. y Subirats, J. (2010). La perspectiva sociotécnica en el análisis de políticas públicas. *Psicología Política*, 41, 61-80. Recuperado de: <https://www.uv.es/garzon/psicologia%20politica/N41-4.pdf>.
- Grau-solés, M., Íñiguez-Rueda, L. y Subirats, J. (2011) ¿Cómo gobernar la complejidad? Invitación a una gobernanza urbana híbrida y relacional. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 11(1), 63-84. doi: 10.5565/rev/athenead/v11n1.827.
- Greco, M. (2009). Thinking beyond polemics: approaching the health society through Foucault. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34(2), 13-27. doi: 10.1007/s11614-009-0010-y.
- Holstein, J. A. y Gubrium, J. F. (1995). *The active interview*. London: Sage.
- Ibáñez, T. (2012). La Gobernanza: pieza clave del neoliberalismo avanzado. *Libre pensamiento*, 73, 32-41. Recuperado de: <http://librepensamiento.org/archivos/3800>.
- Kenny, K. E. (2015). The biopolitics of global health: Life and death in neoliberal time. *Journal of sociology*, 5(1), 9-27. doi: 10.1177/1440783314562313.
- Kickbusch, I. (2007a). Responding to the health society. *Health Promotion International*, 22(2), 89-91. doi: 10.1093/heapro/dam014.
- Kickbusch, I. (2007b). Health governance: the health society. En: D. McQueen e I. Kickbusch (Eds.). *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion* (pp. 144-161). New York: Springer.
- Kickbusch, I. (2014). Gobernanza para la salud, bienestar y sostenibilidad, ¿qué es lo que está en juego? *Global Health Promotion*, 21 (Supp. 1), 91-92. doi: 10.1177/1757975914522583.

- Kickbusch, I. y Reddy, K. S. (2015). Global health governance—the next political revolution. *Public Health*, 129(7), 838-842. doi: 10.1016/j.puhe.2015.04.014
- Kohler-Koch, B. y Eising, R. (1999). *The transformation of governance in the European Union*. London: Routledge.
- Larrauri, M. (2009). *Anarquología. Teoría de la verdad en Michel Foucault*. Valencia: Episteme.
- Llorca, E., Amor, M. T., Merino, B., Márquez, F. J., Gómez, F. y Ramírez, R. (2010). Ciudades Saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 24(6), 435-436. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.07.010.
- Martínez-Hernández, A. y Correa-Urquiza, M. (2017). Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*, 13(2), 267-278. doi: 10.18294/sc.2017.1168
- McNeill, D. y Ottersen, O. P. (2015). Global Governance for Health: how to motivate political change? *Public Health*, 129(7), 833-837. doi: 10.1016/j.puhe.2015.05.001.
- Olivo Pérez, M. A., Hernández, C. A. y Reyes García, L. (2011). Crítica a los conceptos de gobernabilidad y gobernanza. Una discusión con referencia a los consejos escolares de participación social en México. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 16(50), 775-799. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-66662011000300006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662011000300006).
- O.M.S. (2001). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). *Salud Pública y Educación para la Salud*, 1(1): 19-22. Recuperado de: <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>.
- Pacheco Pedraza, A. (2013). Gobernanza: Teoría y prácticas colectivas [reseña]. *Frontera norte*, 25(49), 197-201. Recuperado de: <https://ojs.colef.mx/index.php/fronteranorte/article/view/798>.
- Rose, N. (1990). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. London; New York: Routledge.
- Rose, N. y Miller, P. (1992). Political Power beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology*, 43(2), 173-205. Recuperado de: <https://stateinafrica.files.wordpress.com/2008/02/rose-miller-1992.pdf>.
- Rose, N. (1996). El gobierno en las democracias liberales “avanzadas” del liberalismo al neoliberalismo. *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*, 29, 25-40.

- Rose, N., O'Malley, P. y Valverde, M. (2006) Gubernamentality. *Annual Review of Law and Social Science*, 2(1), 83-104. doi: 10.1146/annurev.lawsocsci.2.081805.105900.
- Rubin, H. J. y Rubin, I. S. (2005). *Qualitative Interviewing: The art of Hearing Data*. Los Angeles: Sage.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Santoro-Lamelas, V. (2016). La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional. *Revista de Salud Pública*, 18(4), 530-542. doi: 10.15446/rsap.v18n4.47854.
- Santoro-Lamelas, V. (2017a). La persona y el Estado como agentes de responsabilidad para la producción de sociedades saludables: análisis temático desde la perspectiva de profesionales de la salud en Cataluña (España). *Salud colectiva*, 13(1), 45-61. doi: 10.18294/sc.2017.1002.
- Santoro-Lamelas, V. (2017b). The population and its contributing capacity for Community Participation: A Thematic Analysis of Catalanian Public Healthcare professionals Arguments in Health Promotion Designs. *Diversity and Equality in Health and Care*, 14(4), 175-183. Recuperado de: <http://diversityhealthcare.imedpub.com/the-population-and-its-contributing-capacity-for-community-participation-a-thematic-analysis-of-catalonian-public-healthcare-profe.pdf>.

#### AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha podido ser realizada gracias a la colaboración de la Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut. Agradecemos especialmente a las y los profesionales que participaron en la investigación. ☺

