

La gobernanza y las ONG para la abogacía de políticas saludables.

María del Rocío Sáenz Madrigal
Allan Abarca Rodríguez

Resumen: este artículo discute cómo la gobernanza, esto es, el diseño y la aplicación de procesos, mecanismos y vínculos entre instituciones de gobierno y organizaciones de la sociedad civil, repercute en vínculos colaborativos y transparentes servicios de salud y a la estrategia de promoción de la salud. Se explica el caso del proyecto *Mujeres que salvan vidas: modelo de Navegación de Pacientes*, en Costa Rica ha sido desarrollado por profesionales de la promoción de la salud, el prestador de servicios de salud de Costa Rica y un conjunto de organizaciones no gubernamentales, con una repercusión de mejoría frente a las diversas barreras que enfrentan mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Abstract: this article discusses how governance, that is, the design and application of processes, mechanisms and links between government institutions and civil society organizations, has an impact on collaborative and transparent health services and health promotion strategy. The case of *Mujeres que salvan vidas: modelo de Navegación de Pacientes* project is explained, in Costa Rica it has been developed by health promotion professionals, the health service provider of Costa Rica and a group of non-governmental organizations, with an impact of improvement against the various barriers that affect women diagnosed with breast cancer.

I. Introducción.

Aplicada al campo de la salud pública, la gobernanza es la que estudia la presencia, funcionamiento y legitimidad social de las instituciones que la conforman. Si bien la estructura es necesaria, no es suficiente para comprender la complejidad de las interrelaciones de los actores relevantes, es decir de aquellos que cuentan con recursos de conocimiento, convocatoria, legitimidad y representatividad, esto en aras de resolver problemas o de aprovechar situaciones de mejora.

En temas relativos a la salud, la gobernanza se enfoca preponderantemente en la conducción y control, más que en los resultados; sin embargo, para el logro de esos resultados se requiere de un buen desempeño. La tarea de gobernar pasa por procesos democráticos de participación, administración y eficiencia, así como de la confianza interpersonal y de gobierno.

En los procesos de decisión, los actores tienen diferentes y variados recursos de poder y peso estratégico; estos -los recursos de poder- provienen de cargos públicos o autoridad, del control de las funciones públicas o de factores de producción, del control y acceso a la información, de la autoridad moral, y/o de la posibilidad de convertirse en un grupo de presión (1). La interrelación de jugadores y las reglas de juego -formal y no formal- afectan las organizaciones; el sistema de salud no es ajeno a esas interacciones y recursos de poder, que lo determinan y condicionan.

Este artículo aborda cómo se concibe la gobernanza en el campo de la salud siendo que antes se repasan los elementos y condiciones necesarias de este constructo. Al final se explica un caso de

vínculo asociativo -proyecto *Navegación de pacientes*- nacido de una universidad pública, que con la participación de diversas ONG y el apoyo del prestador de servicio público de salud (CCSS), resuelven una situación deficitaria que se presenta en un servicio de salud enfocada en mujeres.

II. La Gobernanza.

En los años 70 y 80 del siglo XX la discusión sobre cómo mejorar la función pública generó propuestas paradigmáticas de diversa índole. Por ejemplo, la nueva gestión pública (NGP) ha sido un movimiento en pro de una gestión de lo público con parámetros del sector privado, impulsado en la década de los ochenta del siglo pasado. Entre sus principios se entroniza la concepción del “cliente” en la administración pública (2); si bien se centra en el requerimiento de gerenciar de la mejor manera, evoca una especie de funcionario público a la medida de un empresario, lo que hace generar un fundamento eficientista en la misión pública.

No obstante, con el advenimiento del nuevo siglo hay una intención de impulsar la participación de los ciudadanos, idea que ostenta un mayor vigor en países de Europa del norte (2), aunque influenciando en otras latitudes. Eso es lo que se denomina gobernanza, siendo la lógica “que mayor participación ciudadana traerá consigo mayor calidad en la tarea de gobernar” (2).

Así pues, desde Secretarías, Ministerios, Consejos o cualquier ente que diseñe o ejecute políticas públicas o acciones -sea en los ámbitos nacional, regional o local-, hay un profundo interés que se realice con el mayor escrutinio social. El dominio jerárquico se diluye en aras de un afán colectivo, por eso se reivindica al

Recuadro 1. Ciudad saludable y participación.

Las ciudades saludables se han mostrado como una estrategia prioritaria de construir promoción de la salud bajo la idea de mejorar los entornos del vivir y convivir. Llorca y otros, repasan la iniciativa de un proyecto europeo que ha ido expandiéndose con base a acciones y compromisos de las ciudades participantes. Para los autores, este tipo de iniciativas se ejecutan bajo “la colaboración intersectorial, la participación de la ciudadanía y la gobernanza en salud, una forma menos jerárquica de gobierno, centrada en la cooperación en redes y con otros tipos de actores de la sociedad.” (3).

ciudadano, no al cliente; esto es, quien ostenta derechos y deberes por vivir en una sociedad, más no quien exige una prestación de servicio solamente por la tenencia del poder adquisitivo.

En la vigilancia de la hacienda pública hay una constante preocupación por la eficiencia en momentos en que aumenta la demanda de bienes y servicios públicos. Peters es de la idea que las “reformas hechas al gobierno, sobre todo en los regímenes democráticos, han estado orientadas a fortalecer su capacidad para procesar las demandas de sus ciudadanos y para responder mejor a ella” (2).

Por eso Quintero afirma que “la gobernanza es un tema de gobierno que implica lo administrativo, pero que no se reduce a ello. Incluye procesos en un nivel más alto que la prestación de servicios y bienes públicos necesarios” (4), siendo que no está limitado a los actores que son referidos en una ley.

II.1 Orígenes.

El término original homologaba la *gobernanza* con el *gobierno* y, por lo tanto, con la noción de “conducción”. Sin embargo, en el siglo XX reaparece bajo otra connotación (5).

Husata llama la atención que en la Cumbre de la Tierra realizada en Río de Janeiro se utilizó varias veces el término, pero como sinónimo de gobierno o de autoridad. Pero dos textos, uno del año 1985 (*The Governance of de American Economy: the role of markets, clans, hierarchies, and Associative Behaviour*, de Hollingsworth y Lindberg), y otro de 1990 (*The Governance of de American Economy*, de Hollingsworth, Lindberg, y Campbell), impulsaron el abordaje teórico de la gobernanza (5).

En efecto, como constructo, a la gobernanza se le ha imputado varias definiciones, algunos le han sinonimizado a la “dirección”, otros como la *capacidad del conjunto de instituciones y sus relaciones*, con lo cual el concepto no solo cambia sino que se torna amplio (6). Siendo que “los patrones, estructuras y reglas de juego”, son fundamentales para entender su acepción (6).

“La gobernanza se presenta como una forma de cooperación y colaboración entre las entidades de la sociedad civil y los organismos del Estado, especialmente los de la rama gubernamental. En el lenguaje de la gobernanza, el término ‘sociedad civil’ suele incluir tanto los movimientos sociales y las ONG’s como las empresas privadas. Hay autores, sin embargo, que distinguen entre la sociedad civil y el «sector privado», sin incluir este en aquella.” (7).

Hay que recalcar el basamento en las *redes* como marco organizativo prioritario. Éstas -las redes- se basan en la cooperación -rasgo horizontal- y en intereses comunes para impulsar acciones o políticas públicas.

En la gestión pública hay un énfasis al establecimiento del límite de la oferta o intervención del Estado. Ya sea por incapacidad o por razones de conveniencia, hay nuevos mecanismos/formas de interacción estatal, esto es, se renuevan los marcos regulatorios con los cuales los actores de la sociedad civil y política se vinculan.

Al respecto, Natera afirma que, aunque la “gobernanza se utiliza de distintas maneras y adquiere múltiples significados hay, con todo, un acuerdo básico acerca de que se refiere a la puesta en práctica de estilos de gobernar en los que se han difuminado los límites entre los sectores público

y privado” (6). Esto lo reafirma Koimann, al asegurar que “las líneas divisorias entre los sectores público y privado se están borrando (8), y que los intereses con frecuencia son “compartidos”.

De hecho, la imposición es sustituida, idealmente, por un convencimiento entre partes de cómo realizar transformaciones con cierto nivel de acuerdo cooperativo. Las nuevas estructuras regulan esos procesos decisorios, como espacios comunes. No se debe caer, eso sí, en que es una forma armoniosa de entonar las relaciones, sobre todo en momentos en que la protesta social y la fragmentación atizan la convivencia.

También es cierto que la aparición y la exigencia de la gobernanza revela la crisis del modelo de Estado, su falta de respuesta a los problemas diversos y crecientes (6), pero no siempre la emergencia de una organización que no sea de gobierno para enfrentar problemas públicos sea porque hay un déficit de actuación del Estado, sino que puede ocurrir porque el problema pasaba inadvertido, como se verá en el caso ejemplo de *Navegación*, que se desarrolla más adelante.

Husata define a la gobernanza como “(...) un enfoque posgubernamental de gobernar. Los tiempos modernos requieren nuevas formas de ejercer el poder, ya no la clásica forma vertical y discrecional de actuar” (5). La coordinación entre actores de vuelve fundamental.

Pero esto, además de voluntades, exige mirar los arreglos institucionales, siendo que muchos son formales (vg. Parlamentos o Ministerios), pero otros de manera informal (vg. comportamientos de los grupos en sociedad).

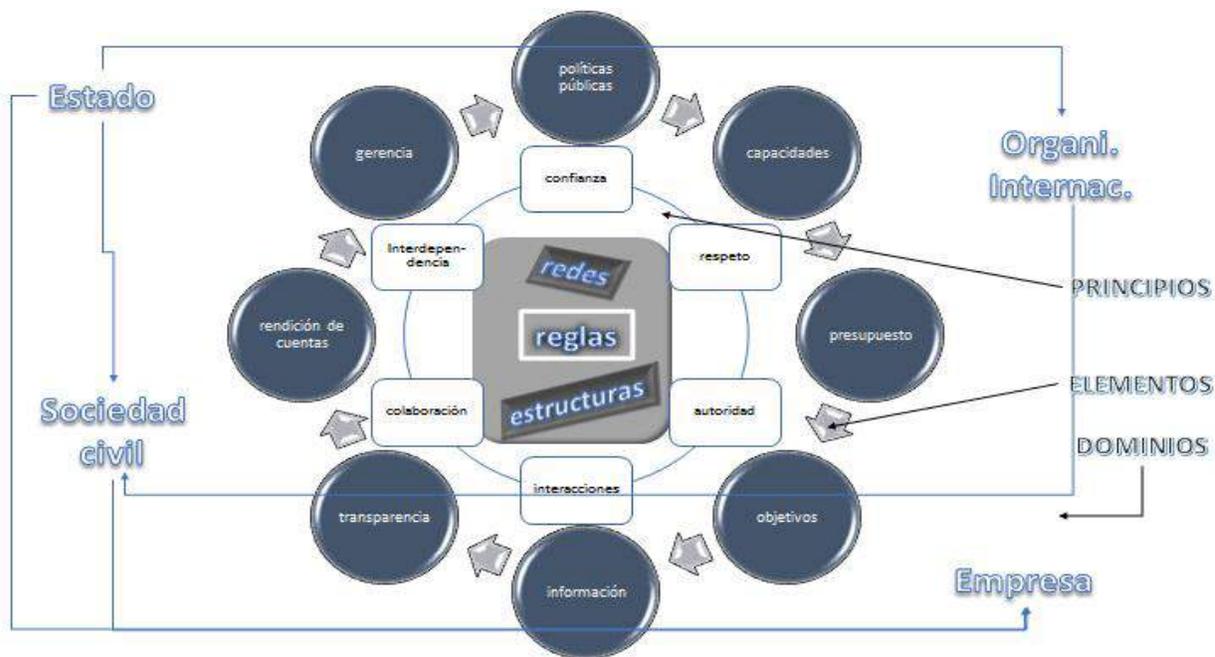
En el año 1997 la ONU califica a la gobernanza como “the exercise of political, economic and administrative authority to manage a nation’s affairs. It is the complex mechanisms, processes, relationships and institutions through which citizens and groups articulate their interests, exercise their rights and obligations and mediate their differences.” (9). Así, los problemas y los recursos son gerenciados en un marco que exige participación pública, rendición de cuentas y transparencia.

A su vez, la ONU identifica tres tipos de gobernanza, una dirigida a lo económico (marco relacional con otras economías, y los intercambios comerciales, que afectan la calidad de vida, la pobreza, entre otros), otra a lo político (referida a la toma de decisiones y su implementación, y la clara división de poderes) y, finalmente, a la administrativa (a la implementación de la política pública, que se lleva a cabo con un sector público que es eficiente, transparente, responsable y abierto) (9).

Para Serna de la Garza, hay elementos prescriptivos en el concepto y es el hecho que las prácticas de incorporación de “otros” sectores genera formas correctas de gobernar (10).

Entre los elementos a destacar se encuentra las capacidades (técnicas y conocimientos al servicio de los actores), el circular información (que debe ser completa y oportuna sobre los propósitos e intereses) (véase diagrama 1).

Diagrama 1. Principios, elementos y dominios básicos en y para la gobernanza.



Fuente: Construcción propia basado en Husata, Natera, Kooiman, Cano y García (5,6,8,11,12).

En este marco, el *capital social* es un ingrediente necesario para la gobernanza, en tanto demanda una ciudadanía activa que caracteriza un nuevo equilibrio y forma relacional entre el Estado y las organizaciones no gubernamentales. Los grupos o actores sociales pueden representar intereses legítimos; Natera les denomina “intereses sociales” (6).

Si bien las intervenciones refieren a las políticas públicas, las interacciones no solo son de los actores entre sí, sino de aquellos elementos que operan como interferencias (8); por ejemplo, en el ámbito de la salud piénsese en las sequías producto del cambio climático, las migraciones por hambruna o guerra, los desastres naturales, entre otros.

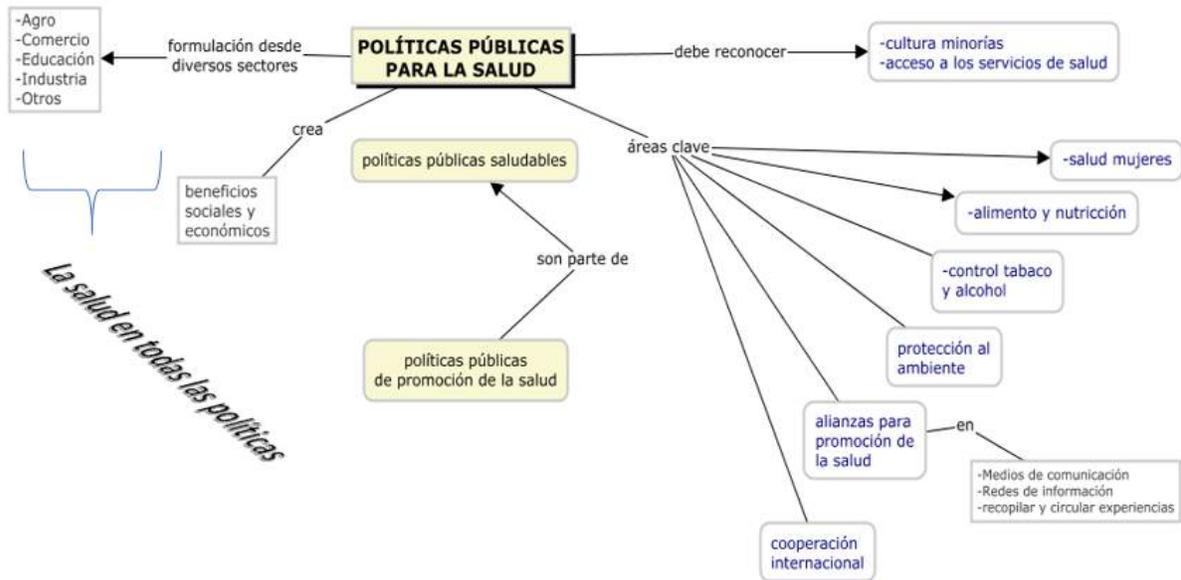
III. Gobernanza y salud.

Diversos estudios y propuestas analíticas refieren al tema de la gobernanza a los servicios de salud, particularmente a los mecanismos de aseguramiento, la cobertura y los procesos de cambio en los sistemas de salud, con énfasis en los ejes de participación de la sociedad civil -en el monitoreo de las acciones respectivas- y de la rendición de cuentas (13–16).

También se reconoce su potencialidad en el ámbito de la promoción de la salud, y cuya demanda queda patente en dos Conferencias Mundiales, una realizada en Australia y la otra en Tailandia.

En efecto, en 1988 se realizó la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Adelaida, de la cual derivó un particular llamado a que todos los sectores incluyesen a la salud como parte de sus políticas. En otras palabras, dado que las instituciones realizan políticas públicas, se pretende que incluso aquellas que no pertenecen estrictamente al sector salud, se avoquen a prever el impacto en salud y, en lo ideal, planificar el vínculo de la política en sí con la salud de las poblaciones (véase diagrama 2).

Diagrama 2. Elementos centrales en la declaración sobre la salud en todas las políticas públicas, (Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Adelaida, 1988).



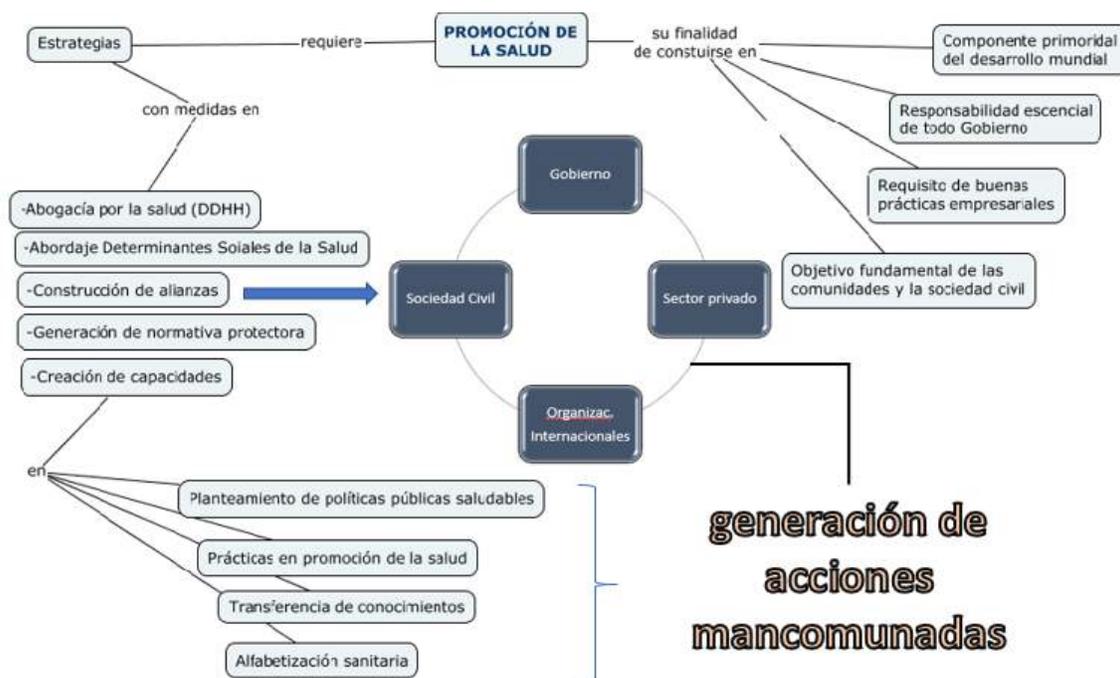
Fuente: Construcción propia basado en OMS (17).

En el año 2010 se emite la Declaración de Adelaida que también llama a que todos los sectores incluyan a la salud, para esto, indica, se “requiere una nueva forma de gobernanza en la que haya un liderazgo conjunto dentro de los gobiernos, entre todos los sectores y niveles de gobierno”, y hace un particular énfasis que en la formulación de políticas públicas se realicen respuestas en conjunto “con la sociedad civil y el sector privado” (18), habida cuenta que el éxito de una política pública requiere una respuesta integrada, y ello significa gobernanza.

En la sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, llevada a cabo en Bangkok, se parte del contexto globalizador que exige que la promoción de la salud sea parte de un articulado en que el Gobierno sea un actor más (19).

Las comunidades y la sociedad civil organizada deben ser protagonistas en impulsarla. Las circunstancias internacionales implican un desafío y una oportunidad para ese trabajo mancomunado, y desde esferas que no son estrictamente de gobierno (véase diagrama 3).

Diagrama 3. Elementos centrales en la Carta de Bangkok, (Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Bangkok, Tailandia, 2005).



Fuente: Construcción propia basado en OMS (19).

III.1 Las redes y la participación.

Con la gobernanza destaca el hecho de gobernar, esto es, de imprimir direccionalidad y sentido en las respuestas públicas, bajo un sentido colaborativo y participativo. Dicho de otra manera, se estimula la opción de gobernar por parte de varios actores, siendo el propio Gobierno uno más, aunque ciertamente el más importante.

Como lo refiere Quintero, lo que importa no es el gobierno en sí mismo sino la acción de

Recuadro 2. Gobernanza en manejo del agua.

En una exploración de caso, Cano Roncagliolo se concentra en el manejo hídrico del río Chancay (Perú), que es la primera cuenca en implementar una política de gestión integrada del recurso hídrico (11). Esta es fundamental para el consumo humano, la agricultura y la industria. Precisamente basado en el marco de gobernanza multinivel de la OCDE, el autor integra un análisis describiendo las brechas que se dan en lo administrativo, la información, las políticas, las capacidades, lo fiscal, los objetivos, y la rendición de cuentas, esto en tanto inconsistencias, contradicciones o vacíos, en los elementos centrales de la gobernanza.

gobernar, y que administraciones, ejecutivos y legislativos —el gobierno en sentido amplio— solo son trascendentes en función de lo que hacen *con*, *desde* y *para* otros actores sociales y económicos, antes que *por* y *hacia* sí mismos.” (destacado es del original) (4).

Para Souto Maior et al., la gobernanza, al enfocarse en las prácticas participativas en la gestión pública, debe incorporar dos aspectos: en primer lugar, diseñar espacios para que actores sociales

participen tanto de la gestión como del control social; en segundo lugar, que se generen prácticas asociativas situadas en las redes primarias (territorios, la comunidad) que implican entramados mayores (20).

El vínculo entre Estado y sociedad civil implica potenciar mejores resultados en una red que no hay que nominarla como servilista. Es decir, el vínculo se genera con organizaciones de la sociedad civil, pero estas organizaciones tienen su propia agenda y principios que fomentaron su creación, muchas veces como reacción a un Estado desapercibido.

Nótese, eso sí, que hay procesos de gobierno que no requieren la red, sea porque el marco sea más intervencionista, y, por ende, de tipo gobernanza jerárquica (21).

La buena complicidad entre las organizaciones del Estado y la sociedad civil organizada está en función del bien público superior, de una coincidencia de aspiraciones, de una generación de valor agregado a partir del trabajo conjunto, a diferencia de si estuvieran divorciadas.

“Las redes rara vez son tan autorreferenciales y autónomas como algunos teóricos suponen, pues para tener cierto peso en la política deben tener una cierta cercanía con la autoridad del Estado. Mientras más estrechos son sus vínculos con el gobierno más probabilidades tienen de ser efectivas, a largo plazo, en obtener lo que desean de él” (2).

III.1.2 Las ONG.

En las últimas décadas, los países de América Latina han implementado en sus sistemas de salud una serie de reformas (23) que han modificado las organizaciones y las reglas del juego que influyen en las políticas públicas en salud (25).

Recuadro 3. Fenómenos transfronterizos.

Con el fenómeno de la influenza A H1N1, en el año 2009, se afirmó la idea que hay fenómenos afectantes de la salud de las personas de manera transfronteriza. Para Legler ese es un ejemplo de la “gobernanza global” (22), caracterizando a la misma “como la resolución de problemas globales específicos por medio de la creación de distintas esferas transnacionales de autoridad, cada una de las cuales comprende un grupo diferente de actores y una arquitectura institucional particular” (22). La idea de fondo es que hay fenómenos trans escalares o multinivel, o sea, no solamente hay elementos de contextos local o nacional como el SARS, el cambio climático, entre otros.

A pesar de ciertos esfuerzos por instituir la participación (vg. en Costa Rica se idearon Juntas de Salud en Hospitales y Clínicas para la participación de ciudadanos en el control de los servicios), desde la perspectiva de la comunidad se lamentan los escasos recursos de poder para actuar y limitaciones para incidir en la gestión, casi que reducido a la sugerencia y, eventualmente, el reclamo (25). En ese sentido, para una buena gobernanza de los sistemas de salud se requiere fortalecer los procesos participación y la inclusión de nuevos actores al proceso de toma de decisiones.

Las ONG en sí mismas, son una expresión de asociatividad que en la mayoría de los casos no encuentra satisfactor en el lucro, sino más bien en la entrega de tiempo y dedicación en el marco de un voluntariado.

En el caso particular de las organizaciones de pacientes, estas se conforman principalmente por personas que padecen o han experimentado, a nivel personal o familiar, alguna patología severa. Hay que reconocer que son actores políticos fuertes, ya que expresan las necesidades no resueltas de pacientes que han experimentado en carne propia la soledad, el sufrimiento y la posibilidad de su propia muerte; ya se sea por una enfermedad crónica, degenerativa, dolorosa o traumática. Al agruparse, buscan y construyen apoyo, con el fin de que los nuevos pacientes encuentren un camino menos empedrado que el que ellos mismos o sus familiares han pasado.

Cada ONG tiene su propia historia de origen y desarrollo. Por ejemplo, en las ONG de pacientes vinculadas al cáncer de mama, es posible identificar una experiencia personal o filial que marcó la necesidad de hacer todo lo posible, para que futuras pacientes no sufran, no vivan, no experimenten o no padezcan lo mismo que ellas mismas o sus familiares padecieron.

El tener conocimiento de la enfermedad, los tratamientos y el encontrar mecanismos para superar dificultades identificadas en el sistema de salud, son un común denominador. En no pocas ocasiones, las ONG sirven de interlocutor con los servicios de salud, canalizan o buscan solventar limitaciones o barreras que podrían retrasar, interrumpir o provocar abandono al tratamiento por motivos propios de la prestación de los servicios de salud.

Cernea menciona tres nuevas características del reciente desarrollo de las ONG: a. que han venido multiplicando y expandiendo en número, b. antiguas organizaciones asumen nuevas funciones, c. conscientes de su poder han aumentado la militancia y su movilización (26).

Amuchástegui, en un estudio sobre ONG y SIDA realizado en México, cita al menos cuatro roles de las lideresas de la ONG, vistas desde lo político, (i) víctimas, (ii) beneficiarias, (iii) socias o (iv) líderes de proyectos; sin embargo, desde las asociaciones de pacientes el rol identificado es la generación de capacidad de acción (27). Las primeras, se encuentran más cercanas a un patrón de vulnerabilidad-inacción y de competencia por la vulnerabilidad, mientras las segundas empujan fuertemente a la acción directa, sin mediación.

Las empresas que generan innovaciones terapéuticas y diagnósticas en sus sitio electrónicos, ofrecen apoyo a las organizaciones de pacientes vinculadas a los productos que ellas ofrecen, enmarcadas en los programas de responsabilidad social o programas para pacientes y cuidadores.

Sin embargo, dado el interés comercial propio de la empresa, es difícil que las pacientes, ONG y otros actores no sientan que son un medio para acercar las innovaciones. El presente artículo, si bien no aborda este tema, los autores consideran que no mencionarlos podría visualizarse como una omisión intencionada; siendo que, dado lo complejo del tema, tendrá que ser abordarlo en futuras comunicaciones.

IV. Caso de aplicación: diversas ONG en el articulado de una política con participación de promotores de la salud.

La reorientación de los servicios de salud como parte del movimiento de la Promoción de la Salud es un eslabón perdido. En documentos oficiales e institucionales, es posible identificar una gama de compromisos y actividades sobre hábitos y espacios saludables, control de factores de riesgo o rol de los municipios. Acciones o proyectos para que los servicios de salud se enfoquen más a la promoción de la salud que a la atención de la enfermedad no han tenido el mismo peso, ni el mismo éxito.

En el 2007, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, asume el reto de desarrollar una opción profesional en Promoción de la Salud. La propuesta académica se fundamentó en competencias, se seleccionó un conjunto de contenidos, proyectos formativos y prácticas que siguieron la tendencia de la práctica de la promoción de la salud en el país y en otros países de la región latinoamericana, dejando un espacio reducido para la reorientación de los servicios de salud. Es más, en los documentos de justificación de la nueva oferta académica, se consigna que un énfasis de campo de trabajo sería en el nivel local-comunitario.

Mientras en el ámbito académico se asumía el reto de formar a nuevos profesionales en promoción de la salud, en los medios de comunicación, en las calles y en ámbitos institucionales, los movimientos de mujeres lanzaban un llamado para mejorar la atención del cáncer de mama. Explícitamente solicitaban programas de detección temprana, tratamiento oportuno, mayor capacitación y sensibilidad del personal de salud; el clamor más fuerte fue “*hacer algo*” con las mujeres que teniendo el cáncer no recibían tratamiento oportuno o la detección era muy tardía.

Es así como se posibilita que los nuevos profesionales incursionaran en el ámbito hospitalario con el fin de rescatar que la visión y necesidades de las pacientes estuvieran presentes, no sólo alimentando la oferta de servicios, sino en el proceso mismo de la atención, lo que implicaba realizar todas las actividades para que las necesidades médicas y no médicas de las pacientes fueran reconocidas y atendidas.

En tal proceso se integran los profesionales en promoción de la salud, las ONG -cuyo perfil se explica más adelante- y los mismos trabajadores de la salud en el proyecto *Mujeres que salvan vidas: modelo de Navegación de Pacientes*. En el diseño, ejecución y evaluación participan tres actores: la sociedad civil, la Universidad de Costa Rica (por medio de la Escuela de Salud Pública), y la Caja Costarricense del Seguro Social (28). Sus propósitos son: mejorar la calidad de vida de las pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, y disminuir barreras y tiempos de espera en el proceso de atención, bajo un acompañamiento personalizado.

Nacido en el año 2011 con Fondos del Consejo Nacional de Rectores (CONARE) administrados por la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional, *Navegación de Pacientes* busca orientar a las pacientes con cáncer de mama en el transitar por el sistema de salud costarricense (29). A partir del año 2016, por medio de una contratación entre la Caja Costarricense del Seguro Social y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, el proyecto se fortalece y amplía a los tres hospitales nacionales, un hospital especializado y dos hospitales regionales.

El modelo de *Navegación* se articula a partir de 5 pasos o etapas (véase diagrama 4).

Diagrama 4. Proceso del modelo de Navegación de Pacientes, 2011-2020, CCSS-UCR.



Fuente: Bejarano y Vargas (30).

Etapas 1. Acercamiento y negociaciones con el sistema de salud costarricense.

Con las autoridades de cada hospital se explora el interés para el desarrollo del proyecto, se acuerdan condiciones mínimas de apoyo como, por ejemplo, el enlace hospitalario, un espacio físico, el acceso a una línea telefónica, y la aceptación e integración de las navegadoras y

promotoras de la salud en el hospital. De igual forma, la dirección del hospital y los servicios deben expresar el compromiso de mejoramiento continuo para fortalecer la atención oportuna de las pacientes, de acuerdo con los hallazgos y recomendaciones del equipo de Promotores de la Salud y el voluntariado. Una de las primeras acordadas en conjunto es la realización de una ruta de atención.

Etapa 2. Identificación de las ONG y grupos de voluntariado.

Hay que destacar que para la selección de las ONG se realiza un análisis de idoneidad y capacidad de los diferentes grupos de voluntariado, en conjunto con la dirección del hospital y los servicios involucrados en el proceso de atención de los pacientes a navegar. Dentro de la idoneidad se incluye la experiencia de trabajo en el hospital, el tipo y tiempo de la organización, el liderazgo y experiencia del trabajo con pacientes.

Como la navegación se ejecuta por medio de un voluntariado que desea apoyar a las pacientes, el proceso de reclutamiento toma en cuenta que la voluntaria sea sobreviviente de cáncer de mama, sea familiar o persona cercana a pacientes con esta patología, o bien que viva en el área de atracción del hospital. Desde la perspectiva de la ONG, las voluntarias pueden ingresar al proyecto bajo 3 modalidades, no excluyentes entre sí:

- a. Pertenecer a una ONG que desarrolle el tema de cáncer de mama y expresar el deseo de participar.
- b. Pertenecer a una ONG que no desarrolle el tema en específico pero que desee colaborar en el proyecto.
- c. Bajo la modalidad de reclutamiento de pacientes o familiares con experiencias en el tema de cáncer y que deseen colaborar voluntariamente.

Al año 2020 los voluntariados participantes en el proyecto son: Tour Rosa y Fundeso (Hospital México), Elige Vivir y Metamorfosis (H. San Juan de Dios), APECAGIMA y Fundacáncer (H. Calderón Guardia), FUNDAMURO (H. San Vicente de Paul) y un grupo organizado de voluntarias en el Hospital de las Mujeres.

Etapa 3. Capacitación a las voluntarias de la organización no gubernamental.

En sesiones presenciales y dinámicas de grupo se comparten los temas que las voluntarias requieren para brindar un servicio de navegación apropiado, como información sobre el cáncer de mama, organización de los servicios de salud, manejo de datos, trato a la paciente, ética, confidencialidad y trabajo en equipo, entre otros (31). Es importante mencionar que el contenido de la capacitación y los capacitadores se definen en conjunto con el equipo de profesionales del

servicio de salud. Las voluntarias, su dedicación y compromiso es fundamental, a lo largo de todo el proceso; así como que la líder motive a las futuras navegadoras sobre la apropiación de los conceptos brindados en la capacitación y el acompañamiento a la usuaria (31).

En las diferentes capacitaciones se utiliza metodología constructivista, lúdica y que responde a las características socio-cognitivas de las voluntarias, de modo que se aproveche al máximo el aprendizaje y se fortalezca el empoderamiento de las futuras navegadoras sobre las prácticas que van a ejercer día a día en el hospital, así como los conocimientos necesarios para colaborar con la paciente en su transitar por el servicio de salud.

Etapa 4. Integración del Voluntariado con los equipos del hospital.

Una vez capacitadas las navegadoras se realiza la inserción progresiva a los diferentes puntos de contacto de las pacientes con el hospital y las diversas actividades, lo cual requiere de una minuciosa y cercana coordinación para las diferentes unidades que participan en la atención del paciente. Es en esta etapa que la navegadora encuentra a las pacientes y los diversos servicios especializados, así como las rutas que en cada momento debe seguir para lograr una atención oportuna y sin retrasos.

Etapa 5. Ejecución y operacionalización de la navegación de pacientes.

Las Navegadoras inician el acompañamiento a las pacientes según la ruta de atención definida dentro de los diferentes servicios prestados por el hospital; incluso acompañan una vez finalizado el tratamiento de quimioterapia y durante las citas de control anual. Los datos de cada paciente se registran por las navegadoras en un formulario, información que posteriormente es ingresado por la Promotora de Salud en la base de datos.

Se incluye información sobre características sociodemográficas de la paciente, como datos personales, escolaridad, dirección y teléfono; también datos de la persona-contacto; fecha aproximada de sospecha de diagnóstico y fecha de primera cita, consentimiento informado, e información sobre procedimientos diagnósticos, tratamientos y seguimientos. En cada sección se incluye un espacio recordatorio de las acciones que debe de realizar la navegadora. Toda la información permite estimar tiempos de atención o barreras internas y externas de la paciente que inciden en su proceso de atención.

El acompañamiento de la navegadora inicia desde el momento en que el profesional de salud de la Clínica de Mama, clasifica el caso como con alta sospecha de cáncer de mama o con diagnóstico confirmado.

El seguimiento consta de llamadas telefónicas y/o presenciales con el fin de asegurar el cumplimiento a cabalidad de todos exámenes de laboratorio o gabinete, tratamientos y citas con especialistas. En cada hospital la promotora de salud planifica semanalmente las tareas a realizar para el seguimiento, elabora agendas para la ejecución de llamadas y acompañamientos presenciales a las pacientes.

Los contactos telefónicos tienen por objetivo conocer el proceso que lleva cada usuaria y recordar las citas próximas. Los acompañamientos presenciales se realizan principalmente para obtener citas, apoyar en caso de que no cuente con acompañamiento, identificar los sitios donde debe dirigirse, brindar información básica a las pacientes o familiares, y gestionar las barreras que requieren ser abordadas por el hospital. Lo anterior permite:

- a. Sensibilizar y brindar información básica a las usuarias del servicio acerca de diferentes temas atinentes al proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y los derechos por medio de material escrito.
- b. Con respecto a las barreras, el equipo de promotores de la salud posee una matriz diseñada en un programa de cómputo para la caracterización de las mismas y las acciones para gestionarlas.

Etapas 6. Evaluación y seguimiento.

Los equipos de los diferentes hospitales se reúnen para observar y analizar puntos de mejora en forma continua. El equipo incluye un grupo de especialistas en promoción de la salud conformado por gestores y analistas de datos; especialistas en la atención del cáncer de mama (que son la contraparte de los Servicio de Salud), voluntarias coordinadoras de navegación, y presidentas de las ONG en cada hospital.

Además, se desarrolla un monitoreo permanente de inconsistencias y duplicidades de la base de datos; permite identificar los puntos de mejora y los avances del modelo, según los indicadores de cumplimiento e innovación, y que alimentan los informes y reportes a cada hospital, la Gerencia Médica de la CCSS y de la Universidad de Costa Rica.

Para el 2019, *Navegación* opera en 6 hospitales públicos, participan 8 ONG, se han capacitado 230 navegadoras y permanecen 84 navegadoras-voluntarias. Entre el 2016 y enero 2019 se ha acompañado a 2321 pacientes, con más de 30 mil contactos entre llamadas y acompañamientos presenciales, logrando disminuir los tiempos de respuesta en 136 días. Estos resultados se han agrupado en 37 indicadores de innovación categorizados según accesibilidad, adopción, apropiación, fidelidad, costo, cobertura y escalonamiento, esto, basados en distintos autores (28,32,33).

Retomando los criterios de clasificación de las ONG, planteados por Cernea, se puede caracterizar a las ocho ONG que forman parte del proyecto de navegación (véase tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de las ONG, Proyecto Mujeres que Salvan Vidas, Costa Rica.

ONG	Criterios			
	Fuertes +++ Frágiles ++ Débiles + (1)	Internacionales y centrales +++ Locales y periféricas + (2)	Grandes e integradas a redes (+++) Pequeñas y aisladas (+) (3)	Duraderas y crecientes o efímeras o de corta vida (4)
Tour Rosa	+++	+	+++	+ (2012)
Elige vivir	+++	+	+++	+ (2012)
FUNDACANCER	+++	+	+++	+++ (1996)
APECAGIMA	++	+	+	+++ (1993)
FUNDESO	+++	+	+++	+++ (1983)
Metamorfosis	+++	+	+++	+ (2014)
FUNDAMURO	+++	+	+++	+ (2012)
Asociación por Hospital SRA	+	+	+	+++ (1983)

(1) Misión o visión específica en trabajo con pacientes de cáncer, Si = (+++), No = (+)

(2) Desarrollo de trabajo Nacional = (+++), local = (+)

(3) Grandes o integradas a redes (+++) o pequeñas o aisladas = (+)

(4) Según fecha de creación += menos de 10 años, ++ + 10-20 años, +++ = más de 20 años

Fuente: Construcción propia basados en metodología de Cernea (26).

La mayoría de las organizaciones mencionan explícitamente en la misión o visión el enfoque de trabajo con pacientes de cáncer, tres especifican el cáncer de mama, dos de ellas cáncer de mama y cuello de útero; dos organizaciones dirigen sus esfuerzos a los pacientes en general o la provisión de insumos y equipo médico. Todas las organizaciones son locales; solo dos no mantienen relaciones con otras redes. En cuanto a la vida de la organización hay una organización con casi 40 años y tres con ocho años, la más reciente apenas supera los 5 años.

V. Conclusiones y reflexiones.

Según Murray y Frenk, el desempeño de los sistemas de salud se puede agrupar en tres acciones sanitarias: (i) mejorar la salud, (ii) acrecentar la capacidad de respuesta a las expectativas de la población y (iii) asegurar la equidad de la contribución financiera (34). La segunda acción, agregan los autores, supone el respeto a las personas, incluida la dignidad, la confidencialidad y la autonomía de estas y sus familias, para tomar decisiones sobre su propia salud. Incluye la orientación del usuario, incluso, en la atención pronta, el acceso a redes de apoyo social durante la asistencia y la calidad de los servicios básicos.

Estructurar, organizar, diseñar y operar sistemas de salud públicos que busquen el acceso y cobertura universal, reduzcan desigualdades, sean sostenibles y que respondan a las expectativas de la población, requiere del desarrollo de mecanismos e instrumentos específicos y concretos que faciliten la gobernanza. Tarea poco sencilla que pasa por el reconocimiento de la complejidad y diversidad de actores que deben de participar para cumplir la máxima de ofrecer la mejor salud posible para su población (35).

El proyecto *Navegación de Pacientes* ha sido posible gracias a la vinculación de la academia, los servicios de salud y las organizaciones no gubernamentales, esta interrelación de actores y sus resultados han catalogado este modelo -el de *Navegación*- como una innovación en la atención del cáncer de mama en Costa Rica (29), incluso llegan a una cobertura que supera el 70% de las pacientes vistas en la sesión de mama (28).

Si bien es cierto actualmente se desarrolla en hospitales nacionales y algunos regionales, lo ideal a futuro sería establecer un trabajo en red que involucre el seguimiento y orientación a la paciente desde el primer nivel de atención hasta el hospital nacional, ya que se ha detectado que parte de las inequidades residen en el primer y segundo nivel de atención; prolongando el diagnóstico y tratamiento oportuno.

La experiencia personal de sufrir una enfermedad grave y pasar por el proceso de atención, es el motor de la mayoría de las ONG analizadas y, el que podría explicar la permanencia en el tiempo. Aunado a la construcción de pilares organizativos y de funcionamiento sobre una base del compromiso y la flexibilidad. La búsqueda de soluciones particulares a necesidades o preocupaciones no atendidas podría explicar el que todas las organizaciones sean locales.

Dickson menciona retos del trabajo con una ONG, inserción en un ambiente politizado, centralizado, y con una preferencia por el aislamiento, la percepción de ineficiencia del Estado o de la ineffectividad de las ONG (36). Por su parte, Ferrer et al. plantean que la fragilidad de la mayoría de las ONG para subsistir como entes autónomos, expresa su alta dependencia a recursos públicos o privados para funcionar (36). Sin embargo, en el proyecto de *Navegación de Pacientes*, la motivación personal o familiar apunta a ser el motor de la permanencia.

Barreto y Bobadilla, en un análisis de las relaciones de ONG y Estado, plantean que a éste le corresponde definir el rol que jugará y la de otros actores, ya sea facilitando, trasladando o regulando las tareas en la provisión de servicios (37). Las ONG que participan en *Navegación* no

parecen estar llenando un espacio dejado por el Estado costarricense sino más bien participando en un servicio que no se había identificado como necesidad.

El cáncer de mama, por su impacto en la mujer, su cuerpo y el rol que la sociedad le impone, concentra unas dimensiones para una atención integral no necesariamente reducido a lo clínico-médico. Las mujeres que han experimentado la enfermedad conocen de primera mano esas necesidades, percepciones y sentimientos mejor que cualquier otra persona; realidad que, al colocarse frente de otra mujer que inicia ese camino, logra una empatía y compromiso mayor. Es así que, los reclamos, quejas o denuncias se canalizan o enfocan en la solución particularísima y no en una discusión de tipo ideológico y político.

En gobernanza hay varios; los hay de tipo regulatorio, en el que la gobernanza es un estado (se puede tener un nivel bajo, medio o intermedio) en la cual se plantea una serie de mecanismos e indicadores (una especie de tablero de control), que se valoran en tanto generan un bajo, medio o alto riesgo en desestabilizarse (12).

Aplicándolo al campo de la promoción de la salud, se podría asegurar que el principio a destacar es la coordinación que se debe estimular entre los niveles, evitando duplicidad o superposición de responsabilidades; tener claro los vínculos y la transparencia (véase tabla 2).

Tabla 2. Aspectos centrales de gobernanza multinivel deseables y riesgos no favorecedores en el campo de la promoción de la salud.

Elementos para Gobernanza multinivel deseable	Elementos favorecedor de la no Gobernanza
Existencia de un ente impulsador-articulador de políticas y de acciones.	Institución -rector u otro tipo- vinculado a la política, con poca claridad de responsabilidades, falta de autoridad política o técnica, siendo que la capacidad institucional es fundamental.
Se definen los roles y las responsabilidades institucionales en la materia.	En vez que cada organización realice aquello que le compete del cual es idóneo, hay concentración de decisiones, actividades y políticas.
Hay una armonía en la concepción y ejecución de las políticas.	En los distintos niveles de los servicios de salud y de otras instancias no sanitarias, no se entiende el alcance de lo que se debe ejecutar, ni del porqué hay vínculos interorganizacionales. Las mejores prácticas -elaboradas en comunidades o por entes políticos particulares (municipios)- no se recuperan ni divulgan.
Hay una concepción clara de la política pública a impulsar: qué, cómo, cuándo, para qué, para quiénes.	Hay fragmentación de las políticas públicas; en promoción de la salud tienden a ser generalmente reactivas y aisladas en tiempo y espacio.
Participación ciudadana y/o empresarial es fundamental.	Cultura política poco participativa. Cuando se participa hay reticencia de las autoridades a compartir datos. Cultura institucional de apropiación de acciones (verticalismo).

Introducción de evaluaciones en un marco de rendición de cuentas.	No hay metas claras o intención de transparentar los procesos y sus resultados. Proclividad a no generar evidencias.
---	---

Fuente: Construcción propia a partir de un análisis de las prácticas de marco regulatorio.

En el impulso de la promoción de la salud persiste una debilidad orgánica, matizada por el poco conocimiento de las personas sobre el control de la salud, y por la supremacía que adquiere la demanda de los servicios de recuperación y rehabilitación. Eso sí, se da una demanda latente, esto es, aumentan los actores que señalan que los esfuerzos en promoción y prevención de la salud deberían ser más.

En general, la promoción de la salud enfrenta varios desafíos:

- a. En el ámbito del mercado su contraparte es una serie de oferta de servicios contrarios a su esencia (generadores de comportamientos de consumo no saludables)
- b. Enfrenta una competencia frente a problemas públicos crecientes que, siendo parte intrínseca de la promoción de la salud, se atienden desde la recuperación en los servicios de salud.
- c. Concepciones individualizadas de la promoción de la salud (ideología dominante sanitaria que hace recaer en el sujeto la responsabilidad en el control sobre su estado de salud y de los comportamientos saludables).

Erigir políticas públicas basadas en el marco de la gobernanza tiene grandes potencialidades desde la promoción de la salud:

- a. Un activismo del trabajo desde organizaciones no gubernamentales potencializa el trabajo colaborativo con instituciones de gobierno en aras de propósitos comunes.
- b. Aún considerada como una actividad residual, la promoción de la salud exige y ha despertado un inusitado interés de actores de la sociedad civil por ser partícipes de iniciativas de impacto local o nacional.
- c. Es fundamental que en el contacto que se realice, ya sea de arriba hacia abajo (de la autoridad de gobierno a las ONG) o de abajo hacia arriba (cuando la iniciativa o política parte de la base), se establezcan mecanismos de flujo de información garantizado y con transparencia, tanto de los propósitos como de los insumos ejercidos.

VI. Bibliografía.

1. Flores W. Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud [Internet]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, GT; 2010 [citado 6 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/50014>
2. Peters BG. Gobernanza y burocracia pública: ¿Nuevas formas de democracia o nuevas formas de control? Foro Int XLV El Col México. diciembre de 2005;45(4):585-98.
3. Llorca E, Amor MT, Merino B, Márquez FJ, Gómez F, Ramírez R. [Healthy cities: a reference strategy in local public health policies]. Gac Sanit. diciembre de 2010;24(6):435-6.

4. Quintero-Castellanos CE. Gobernanza y teoría de las organizaciones. *Perfiles Latinoam.* diciembre de 2017;25(50):39-57.
5. Husata-Garay R. Conceptualización del término Gobernanza y su vinculación con la Administración Pública. *Encruc Rev Electrónica Cent Estud En Adm Pública* [Internet]. diciembre de 2014 [citado 6 de febrero de 2020];0(18). Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/encrucijada/article/view/58374>
6. Natera-Peral A. Nuevas estructuras y redes de gobernanza. *Rev Mex Sociol.* diciembre de 2005;67(4):755-91.
7. Estévez-Araujo JA. La influencia del neoinstitucionalismo en el discurso de la gobernanza. *Mientras Tanto.* 2014;(120):83-110.
8. Kooiman J. Gobernar en gobernanza. En: *La Gobernanza hoy. 10 textos de referencia.* [Internet]. España.: Instituto Nacional de Administración Pública (INAP); 2005 [citado 6 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1368191>
9. United Nations Development Programme. (PDF) *Reconceptualising Governance* [Internet]. 1997 [citado 6 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/265292783_Reconceptualising_Governance
10. Serna de la Garza JM. El concepto de gobernanza. En: *Globalización y gobernanza: Las transformaciones del estado y sus implicaciones para el derecho público* [Internet]. México; 2010 [citado 6 de febrero de 2020]. p. 21-51. Disponible en: <http://148.202.167.116:8080/xmlui/handle/123456789/1011>
11. Cano-Roncagliolo Á. La gobernanza del agua en la cuenca Chancay-Lambayeque, Perú. De la Reforma Agraria a la Gestión Integrada de Recursos Hídricos (1969-2013). *Rev Geográfica.* 2013;(153):7-53.
12. García-Villareal JP. Prácticas y Políticas Exitosas para Promover la Mejora Regulatoria y el Emprendimiento a Nivel Subnacional. Documentos de Trabajo de la OCDE sobre Gobernanza Pública, 2010/18, Publicación de la OCDE. [Internet]. 2010 [citado 7 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://mba.americaeconomia.com/biblioteca/papers/practicas-y-politicas-exitosas-para-promover-la-mejora-regulatoria-y-el-emprendimi>
13. OPS, OMS. Rectoría y gobernanza hacia la salud universal [Internet]. *Salud en las Américas.* [citado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=administracion-y-gobernanza-hacia-la-salud-universal
14. OPS, OMS. Estrategia para la cobertura universal de salud. Washington, D.C., EUA: OPS, OMS; 2014 jun. (154.a Sesión del Comité Ejecutivo.). Report No.: CE154/12.
15. Sabignoso M. 5 atributos de la buena gobernanza en salud [Internet]. *Gente Saludable.* 2018 [citado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/5-atributos-de-la-buena-gobernanza-en-salud/>
16. Ugarte-Ubilluz Ó. Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 25 de junio de 2019;36(2):296-303.
17. World Health Organization. *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences.* Elsevier Esp. diciembre de 2010;24(6):435-6.
18. World Health Organization, Government of South Australia. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar [Internet]. Ginebra.: Organización Mundial de la Salud.; 2010 [citado 6 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44391>
19. World Health Organization. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* (11 August 2005). [Internet]. WHO. 2005 [citado 6 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

20. Souto-Maior BA, Dornelas MA, Andreu LF. Redes, gobernanza urbana y prácticas asociativas: el ejemplo del Programa de Salud de la Familia. *Estud Sociológicos*. 2008;26(76):33-63.
21. Zurbriggen C. Hacia una nueva gobernanza. *Inst Interam Coop Para Agric*. diciembre de 2015;62.
22. Legler T. Gobernanza Global. En: *Introducción a las Relaciones Internacionales: América Latina y la Política Global*. México: Oxford University Press; 2013. p. 253-82.
23. Suplemento 2. Atlas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe. *Salud Pública México [Internet]*. 2011;53. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/issue/view/285/showToc>
24. Gómez O, Sesma S, Becerril VM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Pública México*. 2011;53:220-32.
25. Sáenz M del R, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL. Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública México*. enero de 2011;53:156-67.
26. Cernea MM. Organizaciones no gubernamentales y desarrollo local. Washington, D.C., EE.UU: World Bank; 1989 p. 40pp. Report No.: WDP40.
27. Amuchástegui A. Gobernanza neoliberal en la epidemia del VIH/SIDA en mujeres en México: los efectos del paradigma de la vulnerabilidad. *Estud Sociológicos*. agosto de 2017;35(104):343-71.
28. Vargas I, Bejarano A, Morales J, Leiva D, Solís J. Informe Proyecto Navegación de Pacientes 2017-2018. Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica. 2018.
29. Sáenz M del R, Gutiérrez M, Alvarado R, Bejarano A, Camacho A, Morgan L. Navegación y cáncer de mama: una intervención basada en las pacientes. *Rev Costarric Salud Pública*. diciembre de 2015;24(2):126-36.
30. Bejarano A, Vargas I. La ruta de atención como herramienta para la reducción de inequidades en cáncer de mama. En: *Metamorfosis 2041: hacia una CCSS centenaria*. Costa Rica.: Caja Costarricense de Seguro Social.; 2016. p. 219-34.
31. Alvarado R, Bejarano A. Perfil del voluntariado de Fundacáncer para un servicio de acompañamiento en promoción de la salud dirigido a las mujeres con cáncer de mama en el área de atracción del Hospital Calderón Guardia, 2013 [Internet]. 2015 [citado 7 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/2843>
32. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health*. marzo de 2011;38(2):65-76.
33. Villarreal-Ríos E, González-Rocha J, Salinas-Martínez AM, Garza-Elizondo ME, Núñez-Rocha G, Uribe-Martínez MG. Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. *Aten Primaria*. 1 de enero de 2000;25(7):475-8.
34. Murray CJL, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. *World Health Organ [Internet]*. 1999 [citado 7 de febrero de 2020]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66267>
35. OPS. Constitution of the Pan American Health Organization. 1947;10.
36. Dickson K. Colaboración entre organizaciones no gubernamentales y los gobiernos en la reforma del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. Abil de 1997 [citado 7 de febrero de 2020];1(4). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9092>
37. Bobadilla P, Barreto E. Las ONGs y el Estado en torno a las políticas sociales. *Rev Cienc Soc*. diciembre de 2000;VI(3):437-61.