



Capítulo VII

Alianzas estratégicas en salud global

Perspectivas innovadoras para una Epidemiología del Desarrollo Sostenible

JOSÉ CARLOS SUÁREZ-HERRERA

ZULMIRA M. ARAÚJO HARTZ

MARLY MARQUES DA CRUZ

Resumen

De cara a la complejidad de los desafíos actuales en materia de salud global, las políticas internacionales de salud pública propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) integran gradualmente ciertas estrategias que no fueron consideradas en Alma Ata, tales como los impactos en la salud de la recesión global y la globalización, la necesidad de estrategias de desarrollo sostenible centradas en el ser humano, un compromiso sólido con los principios éticos de equidad en salud y un amplio uso de alianzas para la salud a niveles globales, nacionales y locales. Así, la mejora de la salud y del bienestar de las poblaciones, así como la equidad en salud pública, aparecen hoy día como principios básicos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), promoviendo el acceso a los servicios y sistemas de salud y el imperativo moral implícito de la justicia social. Estos principios – que se concentran en el ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” – se expresan más concretamente en el reconocimiento de la salud global como un derecho humano básico. Esto da lugar a una serie de acciones y alianzas para combatir activamente los brotes epidémicos emergentes, lograr mejoras substanciales en los índices de salud pública y abordar la creciente carga de las enfermedades crónicas. Estas alianzas se contemplan en el ODS 17: “Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible”. Diferentes modalidades de alianzas, tales como la

gobernanza en red, la concertación intersectorial, la asociación público-privada y la participación comunitaria, han desempeñado un papel importante en la ampliación y el fortalecimiento de los programas de salud pública basados en el desarrollo sostenible en los países de todos el mundo, incluidos aquellos de América Latina y El Caribe. El objeto de este capítulo es el de presentar las características esenciales de ciertos tipos de alianzas interorganizacionales e inter-institucionales que constituyen un eje esencial en la Nueva Epidemiología del Desarrollo Sostenible.

Palabras Clave: Salud Global; Gobernanza; Epidemiología; Desarrollo Sostenible

Introducción

De cara a la complejidad de los desafíos actuales en materia de salud global, las políticas internacionales de salud pública propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) integran gradualmente ciertas estrategias que no fueron consideradas en Alma Ata, tales como la medida de los impactos en la salud de la recesión global y la globalización, la necesidad de enfoques de desarrollo sostenible centrados en el ser humano, un compromiso sólido con los principios éticos de equidad en salud y un amplio uso de alianzas estratégicas para la salud a niveles globales, nacionales y locales (1,2).

En este contexto, la mejora de la salud y del bienestar de las poblaciones, así como la equidad en salud pública, aparecen hoy día como principios básicos de la Agenda 2030 para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), promoviendo el acceso universal a los servicios y sistemas de salud y el imperativo moral implícito de justicia social (3). Estos principios – que se concentran en el ODS n° 3: “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*” – se expresan más concretamente en el reconocimiento de la salud global como un derecho humano básico (4). Este reconocimiento exige, por otro lado, la puesta en marcha de una serie de alianzas estratégicas para combatir activamente las crisis sanitarias emergentes, lograr mejoras substanciales en los índices de salud pú-

blica y abordar eficazmente la creciente carga de las enfermedades crónicas (5,6).

Estas alianzas se contemplan en el ODS n° 17: “*Revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible*”. En el sector de la salud, diferentes modalidades de alianzas estratégicas, tales como la gobernanza en red (7), la colaboración intersectorial (8), la asociación público-privada (9) y la participación social (10), han desempeñado un papel importante en la ampliación y el fortalecimiento de los sistemas universales de salud en los países de todo el mundo, incluidos aquellos de América Latina y El Caribe (11). El objeto de este capítulo es el de presentar las características esenciales de estas nuevas formas de alianzas interorganizacionales e interinstitucionales que constituyen un eje esencial en la creación y la actualización del campo de la epidemiología y de la salud pública.

Transición social de la epidemiología

El 1 de abril de 1974 se presentó en la Cámara de los Comunes la versión final del Informe Lalonde, titulado “*Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*” (12). Este informe identificaba dos objetivos en el ámbito de la salud: el sistema de atención sanitaria, y la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, destacando que el estado de salud de una población es el resultado dinámico de la interacción de cuatro grandes categorías de factores determinantes de la salud de las poblaciones: factores biológicos, hábitos de vida, condiciones ambientales y la organización de servicios y sistemas de salud.

Así, basándose en la definición de la salud propuesta por la OMS como “*un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias*” (13), el campo de la epidemiología y de la salud pública enfatiza su insistencia en investigar explícitamente los determinantes sociales de la distribución de los patrones de salud en una población determinada, y no como simples circunstancias personales o familiares. Según algunos autores, abordar esta tarea requiere la contribución de teorías, conceptos y métodos que ayuden a comprender los vínculos entre la sa-

lud de las poblaciones y las influencias del contexto social de los territorios (14,15).

El vínculo entre la epidemiología y las ciencias sociales surge consecuentemente de la necesidad creciente de comprender el complejo entramado existente entre los múltiples factores del contexto y los patrones de salud de una población determinada.

Epidemiología Social y Salud Pública

La “*epidemiología social*” se distingue por su interés explícito en los determinantes sociales de las distribuciones poblacionales de la salud, la enfermedad y el bienestar, en lugar de tratar dichos determinantes como meros antecedentes de los fenómenos biomédicos (16). En el marco de este capítulo, se podría definir la epidemiología social como el estudio sistemático de los estados de salud y enfermedad, el bienestar y las condiciones sociales y sus determinantes, utilizando métodos de salud pública y de las ciencias sociales para desarrollar intervenciones y programas que reduzcan el impacto adverso de los peligros para la salud y promuevan y mantengan el nivel de salud de las poblaciones (17,18). Efectivamente, el creciente interés en los estudios epidemiológicos y la prevención de la enfermedad ha llevado a una mayor conciencia de la importancia del entorno social para la salud. En este campo de investigación y de acción interdisciplinar, se realizan hoy en día numerosas investigaciones sobre la posible asociación entre diferentes tipos de factores sociales y el estado de salud de la población (19).

Entre la miríada de factores sociales más estudiados por la epidemiología social, podríamos citar la organización del trabajo, la intervención comunitaria, el impacto de las políticas y las desigualdades sociales en salud.

Basados en los principios de la sociología de las organizaciones y de las ciencias de la gestión, algunos autores desarrollan sus trabajos sobre la organización del trabajo como determinante de salud. La mayoría de los trabajos se refieren a la forma en que se estructuran las organizaciones del trabajo y a las consecuencias que esas estructuras plantean para la salud de los trabajadores (20,21). Ampliamente

inspirados por los trabajos de orientación marxista, estos autores desarrollan la noción de “*alienación del trabajo*”, por la que la identidad de los trabajadores queda absorbida por la organización general del trabajo y el individuo se ve privado de autonomía y de oportunidades. En este contexto, los trabajadores pueden interiorizar su alienación y desarrollar diversas formas de sufrimiento mental y físico.

A nivel del entorno y las poblaciones, algunos trabajos sobre las diferentes modalidades de organización social han mostrado la intervención comunitaria como un factor relevante en el desarrollo de respuestas significativas a los desafíos económicos y sociosanitarios de los últimos 30 años (22). Este tipo de intervenciones, basadas en el efecto de los contextos vecinales y de la organización ciudadana en los resultados en materia de salud y desarrollo, permite desarrollar respuestas colectivas para remediar las disparidades y mejorar substancialmente la salud de las poblaciones (23). La importancia de las dinámicas sociales en el seno de una comunidad (así como la complejidad de los factores que se le relacionan) para el estado de salud de las poblaciones es tal, que numerosos autores han propuesto un tipo de investigación basada en el desarrollo de acciones conjuntas con los miembros de las comunidades (24–27)

Otro de los determinantes de salud clave para la epidemiología social es la dimensión política de la salud. En las últimas décadas, un buen número de investigaciones epidemiológicas se ha centrado en el impacto de la política – expresada ésta como el conjunto de tradiciones, partidos políticos y características del estado de bienestar –, en la salud de la población (21). Más precisamente, en las llamadas sociedades democráticas, los estudiosos y analistas de la salud pública estudiarían los diversos dispositivos institucionales (tales como los partidos políticos o el sistema legislativo) a través de los cuales las personas expresan sus deseos y necesidades y se configuran las políticas públicas que afectan a la salud de las poblaciones (28). De esta forma, la influencia de la política en salud pública podría manifestarse, entre otros, a través de las relaciones de poder (clase, raza, género, descentralización regional y nacional) y su expresión a través de instituciones representativas (29), de las tradiciones políticas de un país

determinado, de los regímenes de bienestar y de los fenómenos vinculados a la globalización (21).

Uno de los ejes de investigación y de acción centrales de la epidemiología social es su interés por los desequilibrios entre los diferentes grupos de población a nivel social, en un sentido amplio del término. Gran parte de su labor empírica ha demostrado la existencia de desigualdades en materia de salud a lo largo de varios ejes de diferenciación social (30,31). A medida que las agendas contemporáneas más relevantes de la salud pública se van alineando en sus componentes conceptuales y emerge más explícitamente el rol medular de la equidad como su principio constitutivo (6,22), va creciendo también la importancia y el peso de las desigualdades sociales en salud como instrumento por excelencia de la investigación en salud pública para juzgar objetivamente el progreso hacia la equidad en el seno de los territorios y sus poblaciones (32).

Se plantean entonces varias cuestiones esenciales inherentes al campo de la epidemiología social y más ampliamente de la salud pública, tales como la relación entre jerarquía social y salud para entender los gradientes en salud existentes en un territorio determinado y la necesidad práctica de una clasificación socioeconómica de los territorios y sus poblaciones.

Capital Social y Salud Comunitaria

Analizando el potencial de intervenciones progresivamente menos individualizadas y cada más centradas en la comunidad para prevenir las muertes por enfermedades cardíacas, el apoyo social y las medidas para aumentar la cohesión social se desempeñaron satisfactoriamente frente a los enfoques de atención médica más individuales (33). Desde entonces, la noción de “*capital social*” se ha utilizado para referirse a las características de las relaciones sociales – como los niveles de confianza interpersonal y las normas de reciprocidad y ayuda mutua – que facilitan la acción colectiva en beneficio de la salud de una comunidad (34).

A pesar de las numerosas críticas y cuestionamientos que algunos investigadores de la salud pública han manifestado en los últimos

20 años (35–37), se considera que el capital social desempeña un papel importante en el funcionamiento de la vida comunitaria en diversos ámbitos, que van desde la prevención de la delincuencia y la criminalidad juvenil, la promoción del desarrollo satisfactorio de los jóvenes y la mejora de la escolarización y la educación hasta el fomento de la participación política (38–41).

Otros autores constatan que los enfoques basados en el capital social se utilizan en la salud pública como alternativa tanto a la redistribución económica centrada en el Estado como a la política de partidos, y representa una posible privatización tanto de la economía como de la política (35). Esos usos del capital social fueron un reflejo, a principios de los años 2000, de las políticas de “tercera vía” de potencias económicas occidentales, tales como Alemania, Reino Unido y los Estados Unidos (42). El interés por el capital social y su adopción efectiva en el seno de las comunidades están directamente vinculados al desarrollo de las políticas nacionales e internacionales emergentes en un contexto de globalización de la salud pública (36,43).

Podemos resaltar aquí la importancia – y la complejidad – que juega el contexto socioeconómico y político en el campo de epidemiología y de la salud pública. De todos los tipos de intervención que se podrían emplear para mejorar la salud de la población, es probable que las intervenciones basadas en el capital social sean las más específicas del contexto y se vean especialmente afectadas por los límites establecidos en torno a éste (43). Para una mejor aprehensión del contexto, se requiere una combinación de conocimientos del pensamiento sistémico, de los enfoques comunitarios de la investigación, y de las ciencias y teorías de las organizaciones (25,27,44). Para ello es necesario prestar una atención renovada a los componentes específicos del capital social, comprender cómo el contexto interactúa dinámicamente con los esfuerzos por mejorar la salud, dar un mayor papel a la práctica en el diseño, la aplicación, la adaptación y la evaluación de las intervenciones en salud pública, y el apoyo de los investigadores para desarrollar métodos más adecuados de reconocimiento y clasificación de los conocimientos generados por las intervenciones

complejas (45–48).

La contextualización de las intervenciones basadas en los principios de la epidemiología social y del capital social acontecen en el marco de una transición paradigmática de la salud pública cada vez más evidente, hacia dimensiones y referentes internacionales que irán configurando los pilares conceptuales, metodológicos y prácticos de un campo transdisciplinar emergente: la “*salud global*” (49,50).

Salud Global

En un contexto internacional neoliberal caracterizado por la globalización de los desafíos en materia de salud pública y bienestar de las poblaciones, se podría argumentar firmemente que el interés propio y el altruismo colectivo convergerán en un mundo cada vez más complejo e interdependiente (51). La transnacionalización de las enfermedades y los riesgos para la salud requiere una conciencia, un análisis y una acción mundiales, e indica la necesidad de formas más coordinadas e inclusivas de gobernanza. Las medidas transnacionales deben basarse en firmes convenios locales y nacionales, pero también requieren nuevas formas de colaboración transnacional a fin de reducir al mínimo los riesgos y aprovechar las oportunidades (52).

“Glocalización” de la salud

Algunos autores señalan el serio desafío que supone, para la salud pública internacional, la globalización de riesgos de todo tipo – industriales, financieros, alimentarios, sanitarios, ecológicos – en un contexto mundial de crecimiento de desigualdades sociales y de salud (52,53). El reto para garantizar la mejora y el mantenimiento de la salud de las poblaciones estará basado, durante las generaciones venideras, en la voluntad de los gobiernos de tomar decisiones de política interna e internacional que fortalezcan la redistribución de los ingresos, la reglamentación económica y los derechos ciudadanos (54).

La conexión acelerada entre políticas y fenómenos internacionales, por un lado, y la emergencia de un conjunto de acciones y mo-

vilizaciones ciudadanas, por el otro, marca la aparición de una nueva era para el campo de la epidemiología y la salud pública, que debe adaptarse – e incluso reinventarse estructuralmente – para lidiar con nuevos desafíos de orden global y local (55,56). En este contexto, las ciudades y los gobiernos locales – y con ellos las fracciones organizadas de la sociedad civil – asumen gradualmente un papel significativo como actores importantes en la escena internacional. La salud pública se reorganiza y emprende gradualmente un conjunto de acciones y de programas contando con la participación de las instituciones internacionales, los gobiernos nacionales y los líderes locales de la sociedad civil. El programa “*Municipios y Comunidades Saludables*” (57,58) muestra claramente cómo una perspectiva global de la salud puede hacerse realidad a nivel local fortaleciendo significativamente el desarrollo de los territorios y sus poblaciones. Ilona Kickbusch (59) propone el término “*glocal*” para este enfoque dual de la salud pública a fin de establecer una identidad global y un sentido colectivo, manteniendo la diversidad y la especificidad de las poblaciones a nivel local.

Así, a finales de los años 90 y principios de los 2000, se empieza a comprender la importancia de la interconexión entre países, actores y sectores de intervención múltiples, dando lugar a la configuración en red de nuevos compromisos colectivos y una responsabilidad conjunta, un enfoque que a partir de ese momento es considerado por muchos estrategas mundiales como la única forma de avanzar en el proceso de globalización (60,61). Los dirigentes políticos y responsables de la salud pública cambian progresivamente su forma de trabajar con los sectores privados y asociativos, pasando de las asociaciones internacionales público-privadas a las asociaciones mundiales para la salud y creando, durante esta transición, nuevos mecanismos institucionales para gobernar la salud mundial (62–64).

Paralelamente, una red cada vez más creciente de actores de la sociedad civil participa de manera dinámica y frecuentemente resolutoria en la implantación de programas y proyectos de desarrollo territorial en el ámbito de la salud pública, dando forma a un conjunto de movimientos sociopolíticos de alcance transnacional, tales como los

grupos de lucha antiglobalización, los movimientos contra las desigualdades sociales, las reivindicaciones medioambientales, anti-racistas y anti-sexistas o las nuevas autoridades de seguridad alimentaria (65,66). Una miríada de redes de todo tipo de actores nace de las constantes interrelaciones entre las políticas de salud pública, los programas e intervenciones de salud y servicios sociales y los actores que representan a la sociedad civil (67–69). Estas redes de actores intersectoriales, entrelazadas a nivel internacional, facilitan en cierto modo el anclaje de diversos movimientos sociales globalizados en los escenarios locales de las luchas cotidianas y la gestión de la salud de los territorios y sus poblaciones (70,71).

En este contexto notablemente complejo, las instituciones gubernamentales de un buen número de países se encomiendan – algunos con más entusiasmo que otros – a la ardua tarea de coordinación en los procesos de planificación de políticas de salud y servicios sociales a escala internacional (72–74). De esta manera, la salud global encuentra nuevos nichos de investigación y de acción en espacios paradójicos simultáneamente de carácter regional local – entidades geográficas bien definidas, como las ciudades, los municipios y los pueblos –, y de carácter territorial global, en lugares espacialmente distantes, pero íntimamente interconectados (75). Como resultado, aparecen incesantemente nuevas formas de gobernanza que trascienden la capacidad de adopción de decisiones de esos actores para gestionar los desafíos en materia de salud global a una escala nunca vista (66,76).

Gobernanza mundial de la salud

Las crisis sanitarias actuales – como la reciente pandemia del COVID-19 causada por el nuevo coronavirus (Sars-Cov-2) –, ocasionan un impacto directo y sin precedentes en los procesos de reorganización democrática de los sistemas universales de salud, producen un debilitamiento de las políticas públicas y las relaciones interestatales y dejan entrever las desigualdades sociales subyacentes en las sociedades contemporáneas (77–79). De cara a estos nuevos desafíos de salud global, la respuesta internacional debe centrarse en los determi-

nantes políticos de la salud, en particular en los mecanismos que contribuyen en primer lugar, a garantizar los bienes y servicios públicos mundiales necesarios para un desarrollo más equitativo y seguro (80), y, por otra parte, a establecer los nuevos parámetros de una gobernanza mundial de la salud (2).

Una salud pública regida por los principios de gobernanza a escala mundial podría hacer frente a los posibles desafíos de liderazgo de las instituciones multilaterales en materia de salud, como la OMS, y a la escasa coherencia de los gobiernos en la configuración de las políticas internacionales de salud y servicios sociales que socavan las posibilidades de obtener beneficios sostenibles en materia de salud (81,82). Esta transición hacia una nueva salud pública, más integral y global permite (¡exige!) la entrada en el terreno de juego de nuevos actores de muy diferente índole, tales como las fundaciones privadas y las iniciativas de múltiples partes interesadas de la sociedad civil (83–85).

Ahora bien, la enorme cantidad de respuestas, las múltiples redes de actores que defienden todo tipo de intereses, la variedad de contextos en los que se crean las políticas de salud y desarrollo, todo ello agrava la complejidad de los desafíos mundiales. Estos desafíos evolucionan en un contexto mundial proteiforme y dinámico, caracterizado por una gran diversidad de normas, valores e intereses entre las sociedades, así como por grandes desigualdades en la distribución de los riesgos sanitarios y los recursos necesarios para hacerles frente (86). Los sistemas universales de salud necesitan de este modo adoptar las características propias de los sistemas adaptativos complejos, con sus múltiples y diversos actores, sus relaciones polivalentes y en constante evolución, así como sus ricas y dinámicas interacciones (53,87). El desarrollo y adopción de una gobernanza mundial de la salud a través de los propósitos de la teoría de la complejidad ofrece una visión clarificadora de los frecuentemente ininteligibles procesos de planificación de las políticas de salud global y, al tiempo que proporciona un marco teórico para dar sentido al conjunto, abre numerosas vías para acceder a esta complejidad a través de múltiples compromisos locales (55).

Según Frenk y Moon (86), cuatro funciones esenciales son imprescindibles para fortalecer los sistemas universales de salud, lo que facilitaría su transición hacia sistemas adaptativos complejos. La primera función es la producción de bienes públicos mundiales, especialmente los relacionados con el conocimiento (88,89). La segunda función es la gestión de las externalidades para prevenir o mitigar los efectos negativos para la salud que las situaciones o decisiones originadas en un país puedan tener en otros (90,91). La tercera función es la movilización de la solidaridad mundial, que ha sido el centro de atención predominante de los enfoques tradicionales de la salud global, principalmente mediante la prestación y distribución de ayudas (92,93). La cuarta función es un sistema de gobernanza mundial, que proporciona una dirección estratégica general a los sistemas universales de salud de modo que todas las demás funciones puedan desempeñarse adecuadamente.

De esta manera, las políticas y programas basados en un sistema de gobernanza mundial de la salud pueden originarse en diversos sectores de intervención. Por consiguiente, es necesario que los gobiernos configuren las nuevas estrategias de salud global siguiendo los propósitos de la acción intersectorial (94). Algunas iniciativas, como el programa “*La Salud en Todas las Políticas*” fomentaron precisamente los enfoques intersectoriales de la gestión, la coordinación y la acción colectiva. Este programa está estructurado esencialmente como un enfoque intersectorial para la elaboración de políticas públicas nacionales o regionales, de modo que los principios de salud pública son tenidos plenamente en cuenta por los sectores no sanitarios. Sin embargo, los riesgos actuales para la salud de las poblaciones adquieren dimensiones sin precedentes y se propagan rápidamente a nivel transnacional, lo que exige el desarrollo e implantación de nuevas formas de alianzas estratégicas basadas en la intersectorialidad de los programas e intervenciones entre los gobiernos (90).

Finalmente, la articulación de las acciones propias de una gobernanza mundial de la salud precisa de un desarrollo más sostenible para responder adecuadamente a los desafíos de sociedad. Los nuevos enfoques de salud pública basados en los ecosistemas, y en el

campo más amplio de la ecología de la salud, contribuyen a este objetivo, al abordar la salud de las poblaciones como un equilibrio entre el individuo, su familia y comunidad, su entorno y la sociedad (95). Numerosos autores declaran la importancia de la integración entre disciplinas y sectores, la participación de los interesados directos y una articulación de la sostenibilidad y la equidad para lograr acciones pertinentes para el cambio (6,54,96).

Salud Global y desarrollo sostenible

El desarrollo de las naciones se encuentra hoy día en un declive crítico global, ya sea a nivel político, financiero, social o medioambiental. Los recursos naturales se están agotando, mientras que la indiferencia hacia la integridad de los ecosistemas – arraigada en las prácticas políticas y comerciales actuales – no cesa de aumentar (87). De hecho, a pesar de la creciente sensibilización a escala planetaria en sentido contrario, esta indiferencia mostrada por algunos gobiernos y numerosas entidades financieras multinacionales hacia la sostenibilidad de los recursos (¡y de nuestro planeta!) a largo plazo y, por lo tanto, hacia la salud y el bienestar de las generaciones futuras, podría calificarse de gratuito (6) y en algunos casos, de negligente.

De este modo, los dirigentes políticos y las autoridades sanitarias responsables de la salud pública y el desarrollo de los territorios son interpelados a integrar los temas de sostenibilidad (incluyendo la gobernanza mundial de la salud, los sistemas universales de salud, la promoción de la justicia social y la defensa de los derechos humanos) en las estrategias de salud global. Esta incorporación constituye una contribución vital para proteger tanto a las generaciones presentes como a las futuras y para reducir las brechas de recursos y salud entre las poblaciones. En pocas palabras, la sostenibilidad se convierte en un elemento clave en la contribución del campo de la epidemiología y de la salud pública a la estructuración de una sociedad más justa y responsable.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

La creación y firma en 2015 de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible da testimonio del alcance mundial y sistémico de los desafíos de la sociedad contemporánea¹². Esta iniciativa se estructura alrededor de 17 ODS que abarcan todas las cuestiones de desarrollo que preocupan a nuestro ecosistema mundial, tales como la pobreza, el hambre, la salud, la educación, el trabajo, la energía, el agua, la violencia, el clima y las desigualdades, entre otras.

La Agenda 2030 fusiona el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el Programa “*Cumbre de la Tierra*”¹³. Se trata de un enfoque universal, es decir, se aplica a todos los países, tanto del Norte como del Sur. A este respecto, la totalidad de los países de nuestro planeta son llamados a adoptar una postura socialmente responsable basada en la sostenibilidad de sus territorios. Con sus 17 ODS y 169 metas (o sub-objetivos), la Agenda 2030 ofrece una hoja de ruta detallada que abarca prácticamente todas los retos y desafíos de las sociedades contemporáneas, entre ellos, la salud y el bienestar de las poblaciones.

Los ODS constituyen un llamamiento a la acción de todos los países para promover la prosperidad y proteger el planeta. Reconocen que la erradicación de la pobreza exige la implantación de una serie de estrategias que fomenten el desarrollo económico y aborden las necesidades sociales crecientes en materia de educación, de salud, de protección social y de oportunidad de empleo, al tiempo que luchan contra el cambio climático y fomentan la protección del medio ambiente. Ahora más que nunca en la historia de la Cooperación Internacional para el Desarrollo, los ODS proporcionan un marco crítico para la respuesta colectiva y coordinada a los desafíos actuales en materia de salud global, tales como los cambios climáticos o los brotes epidémicos y pandémicos (80,97,98).

¹² Sustainable Development Goals : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>

¹³“*Cumbre de la Tierra*” es la expresión que se utiliza para denominar las Conferencias de Naciones Unidas sobre el Medio ambiente y su Desarrollo, un tipo excepcional de encuentro internacional entre jefes de estado de todos los países del mundo, con el fin de alcanzar acuerdos sobre el medio ambiente, desarrollo, cambio climático, biodiversidad y otros temas relacionados.

El ODS n° 3 de la Agenda 2030 “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”, incluye esencialmente 13 metas, que abarcan las principales prioridades de salud e incluyen la agenda inacabada y ampliada de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cuatro metas para abordar las enfermedades no transmisibles, la salud mental, las lesiones y las cuestiones ambientales, y cuatro metas sobre los medios de aplicación de estas estrategias.

Según Sachs (4), la mejora de la salud y el bienestar de las poblaciones es uno de los logros más importantes de nuestra era y uno de los mayores desafíos de la próxima generación. Adicionalmente, los principios de una gobernanza mundial de la salud se expresan en el reconocimiento universal de la salud como un derecho humano básico y en el nuevo ODS n°3 para asegurar una vida sana y promover el bienestar individual y colectivo. La epidemiología – y por ende la salud global – se sitúan indiscutiblemente en el corazón de este gran objetivo que ofrece así una oportunidad para el desarrollo de los territorios y sus poblaciones.

La dimensión ética juega un papel importante en el marco de la Agenda 2030. Los ODS, claramente más ambiciosos en su alcance que los ODM, vinculan desarrollo con sostenibilidad para promover la inclusión y la reducción de las desigualdades. Según algunos autores (3,99), la equidad sanitaria constituye un tema transversal, dentro de un marco conceptual basado en evidencias, que ayudaría a los países a desarrollar una acción coherente en todos los sectores y las esferas destinatarias de los ODS.

Sin embargo, nos enfrentamos hoy día a las consecuencias de un modelo de desarrollo que ha descuidado la sostenibilidad y la equidad, y que se ha construido a partir de la explotación intensiva de los territorios y de sus poblaciones (2). El reto que se plantea aquí para el desarrollo de una gobernanza mundial de la salud es esencialmente transversal, afectando todas las categorías de actores y todos los sectores de intervención. La sostenibilidad y la equidad en materia de salud se alinean definitivamente con el principio general de los ODS y el imperativo moral implícito de la justicia social que

deben acompañar el conjunto de respuestas colectivas a los desafíos de sociedad (100).

En este contexto, la OMS, en calidad de organismo normativo dotado de poderes constitucionales sin precedentes, y a pesar de los éxitos considerables alcanzados – como la erradicación de la viruela –, se enfrenta a numerosos desafíos para cumplir con las expectativas generadas en materia de salud y derechos humanos (101). Integrando los principios de la justicia social a las funciones esenciales de los sistemas universales de salud, algunos autores señalan que la legislación vigente en materia de derechos humanos permitiría establecer los principios y las bases de una gobernanza mundial de la salud más allá de las premisas políticas propuestas por las naciones (102,103). Sin embargo, existe una brecha de gobernanza entre el marco de derechos humanos y las prácticas internacionales de las políticas de salud global y desarrollo sostenible. Según estos autores, las manifestaciones actuales del derecho a la salud en la Agenda 2030 son insuficientes y superficiales, al no vincular explícitamente los compromisos o el discurso sobre el derecho a la salud con las obligaciones vinculantes de los tratados existentes en el marco de la cooperación para el desarrollo en materia de salud global (92,104).

Ahora bien, si tomamos los principios de una gobernanza mundial de la salud y de la justicia social, la totalidad de los ODS y sus objetivos puede caracterizarse como determinantes sociales de la salud que, por lo tanto, ejercen una gran influencia en la salud de las poblaciones. Por ejemplo, podríamos citar la eliminación del hambre y de la pobreza, el desarrollo de una educación inclusiva, equitativa y de calidad, la lucha por la igualdad entre los géneros y la reducción de la desigualdad en y entre los países, o los esfuerzos de estructuración de entornos urbanos más inclusivos, seguros y sostenibles. Algunos autores señalan la importancia de abordar estos determinantes sociales de la salud mediante nuevas formas de alianzas estratégicas, contando con la movilización de todas las esferas de gobierno, la implicación de las instituciones económicas y una participación social efectiva (1,9).

Consecuentemente, los esfuerzos por incluir los determinantes

sociales de la salud en el desarrollo de una gobernanza mundial de la salud han comenzado a proporcionar información crucial para el establecimiento de alianzas estratégicas más justas y sostenibles. Estas alianzas se basan en la colaboración – a escalas regional, nacional e internacional – entre una amplia gama de organizaciones, incluyendo gobiernos nacionales, autoridades locales, instituciones internacionales, empresas, organizaciones de la sociedad civil, fundaciones, filántropos, inversores de emprendimiento social, universidades y la ciudadanía.

Los ODS ofrecen una nueva oportunidad de colaboración entre la salud global y el resto de la sociedad y, es de esperar, el impulso para pasar de las palabras a la acción considerando la salud como un derecho humano básico (4,105,106). Dicho esto, para tomar estas decisiones – y elaborar planes de acción, estrategias y políticas integradas en el marco de una gobernanza mundial de la salud, es necesario mejorar nuestra comprensión de las pautas de interacción y de concertación entre los actores implicados (8,96,107).

Alianzas estratégicas en Salud Global

Cabe destacar el potencial federador de los ODS – al igual que el de los ODM precedentes. Tanto los dirigentes de una gobernanza mundial de la salud como las autoridades responsables de los sistemas universales de salud tendrán que demostrar su capacidad de respuesta coordinada, de reforma y de adaptabilidad a los desafíos emergentes en las sociedades contemporáneas (108). Entre los 17 ODS, la cooperación y las alianzas estratégicas se han enumerado como un factor clave para responder de forma innovadora y eficaz a estos desafíos y lograr las metas establecidas por la Agenda 2030.

Por otro lado, el reconocimiento de la salud global como un derecho humano básico, exige la puesta en marcha de estas alianzas estratégicas y concertaciones multilaterales para combatir activamente las crisis sanitarias emergentes, lograr mejoras substanciales en los índices de salud de las poblaciones y abordar eficazmente la creciente carga de las enfermedades crónicas (1,5,6,9).

Salud Global y nuevas formas de alianzas estratégicas

La configuración de alianzas estratégicas y multilaterales se contempla en el ODS n° 17: “*Revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible*”. En el campo de la salud global, constatamos la aparición de una serie de acciones y de intervenciones concertadas que desempeñan un papel importante en la ampliación de los programas de salud pública y en el fortalecimiento de los sistemas universales de salud – basados en el desarrollo sostenible – de los países de todo el mundo, incluidos los de América Latina y El Caribe (1,109).

Tal es el caso del “*Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo*”, creado en 2001 en el contexto de la pandemia del SIDA y los ODM. En este caso, la asociación entre el sector público y el privado jugó un papel importante en el avance de las ciencias de la salud y en la ampliación y el fortalecimiento de las actividades de salud pública basadas en evidencias en los países en desarrollo (9). Este tipo de iniciativas podría servir de inspiración para financiar la investigación, el desarrollo y la ampliación de las intervenciones tanto en el ámbito de la salud como en otros ámbitos de los ODS de la Agenda 2030.

Otros autores enfatizan igualmente la importancia de las asociaciones intersectoriales que los gobiernos pueden establecer con la salud pública, promoviendo asimismo la participación activa y reflexiva de la sociedad civil. La sostenibilidad de las asociaciones intersectoriales bien equilibradas contribuye a un desempeño satisfactorio de una gobernanza mundial de la salud y, lo que es más importante, a un buen estado de salud y de bienestar de las poblaciones (110–113).

Algunos estudios sobre las nuevas formas de alianzas estratégicas para abordar los determinantes de salud prioritarios identifican varios enfoques clave, entre los cuales cabe destacar el compromiso y la colaboración entre las partes interesadas para dar una respuesta colectiva a los desafíos actuales en materia de salud global (7,8,114). Otro factor clave para el desarrollo de este tipo de alianzas es el aprendizaje colectivo (107), considerado como el núcleo de la planificación y la adopción de iniciativas intersectoriales eficaces, concre-

tamente por su capacidad de adaptar constantemente las estrategias a las circunstancias cambiantes y a las situaciones imprevistas que afectan a los sistemas adaptativos complejos, tales como los sistemas universales de salud (53,55,86).

En el campo de la epidemiología y de la salud pública, a partir de un estudio sobre las enfermedades transmitidas por vectores, Herdiana *et al.* (115) identifican una serie de factores que influyen en la eficacia de la colaboración intersectorial, tales como el tipo de prácticas colaborativas, la gestión responsable de los recursos, la calidad de las relaciones institucionales, las modalidades de gobernanza y la visión compartida. Estos autores señalan que, a pesar de su importancia, muy pocos estudios han evaluado el grado en que la colaboración intersectorial contribuye precisamente al impacto social de las intervenciones en salud pública y recomiendan la realización de otros estudios de alta calidad que utilicen indicadores específicos para este tipo de estrategia.

Por su parte, varios grupos de investigadores han profundizado en este sentido, evaluando los efectos de las alianzas estratégicas en materia de salud global para la investigación y la educación (116–118). Identifican una serie de factores centrales en el éxito de los programas de salud global, tales como la constitución de un comité gestor de investigación; el desarrollo de un plan de acción estratégico; la obtención de apoyo institucional y financiación básica; el desarrollo de un liderazgo colectivo; el seguimiento y la evaluación de las intervenciones; la comunicación y coordinación sistemáticas; y la creación de redes estratégicas entre actores académicos e institucionales.

En este sentido, resulta más probable que las redes intersectoriales produzcan los efectos deseados cuando sus miembros construyen un marco operacional convincente sobre el plan de acción estratégica (que incluya una comprensión colectiva del problema, un consenso sobre las soluciones y un conjunto de razones plausibles para actuar), y cuando las partes interesadas consiguen crear una coalición política que implique actores influyentes más allá del sector de la salud, tarea que exige considerar íntegramente el conjunto de determi-

nantes de la salud, tales como los ODS de la Agenda 2030 (118–120).

Así, según Ledema *et al*, en el marco de una gobernanza mundial de la salud, se debería implicar a los profesionales de la salud y a los actores intersectoriales para crear una estructura de redes múltiples. Esta estructura requiere que las deliberaciones y colaboraciones sean flexibles y sitúa a los miembros de la red en una posición de “*híbridos estratégicos*”, lo que les permite co-construir un sentido común y un interés colectivo como respuesta a los desafíos actuales (121–124).

En el marco de la Agenda 2030, la eficacia de las redes de actores y de acciones concertadas podría apreciarse específicamente en términos de sostenibilidad. Algunos autores (125,126) constatan que, sobre la base de los ODS, existen varios desafíos a la hora de configurar una red de acción intersectorial sostenible. El primero es la definición conjunta del problema (generar consenso sobre la naturaleza del problema y la forma de abordarlo). El segundo es el posicionamiento (representar el problema de manera que inspire a los actores externos a actuar). El tercero es la formación de coaliciones (forjar alianzas sostenibles con los actores intersectoriales). El cuarto es la gobernanza (establecer un marco operacional y una serie de convenciones que faciliten la acción colectiva). Los resultados de las investigaciones indican que las redes mundiales de salud que abordan eficazmente esos problemas tienen más probabilidades de obtener apoyo para hacer frente a las condiciones que les preocupan.

Asimismo, para alcanzar los ODS de la Agenda 2030 habría que ampliar el abanico de colaboraciones. Varios autores muestran la importancia creciente y manifiesta de las organizaciones progresistas de la sociedad civil como actores vitales para lograr las transformaciones necesarias (10,127–129). Estos autores defienden la idea de que una sociedad civil robusta puede cumplir varias funciones esenciales en el campo de la salud global, tales como la creación de coaliciones intersectoriales más allá del sector de la salud, la garantía de los enfoques basados en los derechos humanos, el aumento de la legitimidad de las iniciativas en materia de salud de las poblaciones, la

mejora de los sistemas de rendición de cuentas y finalmente – una función esencial que desarrollamos en la próxima sección –, el fortalecimiento de los sistemas universales de salud.

Sistemas Universales de Salud integrados y sostenibles

Un aspecto clave de la respuesta integrada y sostenible a los desafíos de salud pública actuales es la capacidad de los países de fortalecer los sistemas universales de salud. La OMS considera que un sistema universal de salud comprende el conjunto de organizaciones, personas y acciones de un territorio determinado con la intención primordial de promover, restaurar o mantener la salud de las poblaciones (114,130). La cobertura universal de salud, una de las metas de salud del ODS n° 3 – indispensable para mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones –, requiere un aumento significativo de la inversión pública en el fortalecimiento de los sistemas universales de salud (131,132).

Esta visión integradora va más allá de una lógica de acción sanitaria y se extiende a otros sectores y sistemas que influyen en la salud de las poblaciones (como por ejemplo la educación o el trabajo) o que consideran que la salud es una parte importante de su razón de ser, pero con objetivos que difieren de los del sistema de salud (como por ejemplo las políticas de cooperación para el desarrollo o las estrategias de lucha contra los cambios climáticos). Así, la capacidad de establecer alianzas estratégicas para fortalecer los sistemas universales de salud es fundamental para hacer frente a acontecimientos catastróficos, tales como la crisis económica y la pandemia de coronavirus (COVID-19,) que azotan actualmente las sociedades contemporáneas (102,133,134).

En otras palabras, la contribución de los sistemas universales de salud a la consecución de los ODS se vería fortalecida gracias a la articulación de una red inclusiva de actores intersectoriales (a nivel mundial, regional, nacional y local) en términos de principios y valores, así como en términos de visión y de objetivos compartidos que prioricen en los territorios y sus poblaciones. Ahora más que nunca es necesaria una sólida cooperación internacional con el fin de garan-

tizar que los países que poseen los medios para recuperarse de las crisis fortalezcan sus sistemas universales de salud y consigan alcanzar los ODS (5,135,136).

Por otra parte, es necesaria una serie de esfuerzos concertados para lograr una cobertura sanitaria universal y una financiación sostenible de los sistemas universales de salud, con el fin de mejorar nuestra respuesta a los desafíos de salud global. Como ha demostrado la pandemia del Covid-19, los sistemas de salud universales, integrales y sostenibles se adaptan y responden mejor a las situaciones críticas de salud pública que los que no lo son, que tratan la salud como un servicio privado y no como un bien común o un derecho humano básico (80,137–142).

Quizás la clave para una gobernanza mundial de la salud pase por un tipo de alianza estratégica entre las naciones e instituciones internacionales basada en la “*diplomacia sanitaria*” (1,143,144), mejorando nuestra respuesta contra las desigualdades en materia de salud y promoviendo la equidad en el campo de la salud global (145). La operacionalización de esta práctica diplomática requiere un arduo trabajo de integración de los principios de la salud global en las deliberaciones de política exterior, y por tanto en las negociaciones para crear una gobernanza mundial de la salud. Entre los ámbitos de principal interés para el campo de la salud global tenemos la seguridad, el comercio, el desarrollo, los bienes públicos mundiales, los derechos humanos y el razonamiento ético/moral, que han sido movilizados para promover el programa “*La Salud en Todas las Políticas*” (90,94).

Lo que está en juego aquí es la cuestión de cómo fortalecer los sistemas universales de salud mediante un desarrollo integral y sostenible de base amplia, aprovechando los éxitos y promoviendo las alianzas transdisciplinarias e intersectoriales especialmente beneficiosas, en las que se puedan crear sinergias entre los actores locales y globales, fomentar los “*híbridos estratégicos*” y mejorar el impacto de las intervenciones de salud global en los territorios y sus poblaciones (118, 119,125,146).

Conclusión: alianzas estratégicas, salud global y desarrollo sostenible

Los autores citados en este capítulo insisten en la necesidad de una visión renovada en el campo de la epidemiología y de la salud pública capaz de adaptarse a las numerosas transiciones desestabilizadoras de las sociedades contemporáneas. Desde el punto de vista de nuestra comprensión de los procesos en curso, cabe mencionar la necesidad de un enfoque holístico, sostenible y equitativo, necesario para el desarrollo de una gobernanza mundial de la salud, integrada en la visión y los propósitos de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (103). Estas iniciativas deben ir más allá del enfoque sanitario para lograr una comprensión de orden superior de los territorios como complejos sistemas transfronterizos, intersectoriales, transdisciplinarios y multiescalares, con la integración de múltiples actores, prioridades y soluciones (147). Una propuesta plausible para lograr estos fines sería la de combinar los principios de programas ya implantados al respecto por la OMS –, tales como “*Municipios y Comunidades Saludables*” (57,58,90,94), el “*Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo*” (9) o “*La Salud en Todas las Políticas*” – con los ODS de la Agenda 2030.

La integración de alianzas intersectoriales y multiescalares en la gobernanza de los sistemas universales de salud, haciendo énfasis las desigualdades sociales de salud permitiría abordar las prioridades sociosanitarias de los territorios y sus poblaciones, que varían considerablemente entre los países, entre regiones territoriales, entre distritos urbanos y rurales, y a lo largo de una línea temporal. Considerando los determinantes infraestructurales, políticos, económicos, ambientales y socioculturales a diferentes escalas, estas nuevas formas de alianza estratégica podrían dar lugar, por ejemplo, a pronósticos epidemiológicos y sanitarios regionales que proporcionen mensajes personalizados a las poblaciones prioritarias, intervenciones sanitarias integradas en el ámbito de comunidades y municipios, un acceso más equitativo a alimentos nutritivos y espacios verdes y una mayor atención a los bienes, espacios y eventos socioculturales que mejoran

la calidad de vida y el bienestar humano (5,8,111,134,135,147–149).

Finalmente, a guisa de conclusión, proponemos que el nuevo campo de la salud global se organice, en el marco de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, en forma de “*red transnacional de traducción de conocimientos*”, es decir, como un conjunto de actores intersectoriales y transdisciplinarios que traducen conocimientos diversos y aprenden unos de otros (66). Reconociendo el papel de vanguardia de la gestión del conocimiento, por sus efectos innovadores y transformadores, la formación de redes de traducción de conocimiento constituye una estrategia clave para el desarrollo de sistemas universales de salud integrados y sostenibles. Numerosos autores (68,119,125,126,146) sostienen que la organización conjunta y la interacción dinámica entre las redes de actores intersectoriales, actualiza los sistemas universales de salud como espacios híbridos innovadores de coproducción de conocimientos y de aprendizaje colectivo, capaces de adaptarse rápidamente a los cambios incesantes del entorno y permitiendo al mismo tiempo la elaboración conjunta, entre actores locales y globales, de respuestas eficaces a los desafíos socio-sanitarios actuales.

Referencias bibliográficas

1. Buss PM. De pandemias, desenvolvimiento e multilateralismo. Le Monde Diplomatique [Internet]. 2020 de Abril de [cited 2020 Apr 4]; Available from: <https://diplomatie.org.br/de-pandemias-desenvolvimento-e-multilateralismo/>
2. Kickbusch I. Global Health Governance Challenges 2016 – Are We Ready? Int J Health Policy Manag. 2016 Feb 29;5(6):349–53.
3. Marmot M, Bell R. The Sustainable Development Goals and Health Equity. Epidemiology. 2018;29(1):5–7.
4. Sachs JD. Epidemiology in the age of sustainable development. Int J Epidemiol. 2017 Feb 1;46(1):2–3.
5. Bekker L-G, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D, et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society—Lancet Commission. The Lancet. 2018 Jul 28;392(10144):312–58.
6. Soskolne CL, Butler CD, IJsselmuiden C, London L, von Schirnding

- Y. Toward a Global Agenda for Research in Environmental Epidemiology. *Epidemiology*. 2007 Jan;18(1):162–166.
7. de Leeuw E. Engagement of Sectors Other than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action. *Annual Review of Public Health*. 2017;38(1):329–49.
 8. Baan C, Weger E de, Steenkamer B, Vooren N van, Lemmens L, Struijs J, et al. Towards a sustainable health system in the Netherlands: strategies to improve cross-sector collaboration and community engagement. *International Journal of Integrated Care*. 2018 Oct 23;18(s2):81.
 9. Sachs JD, Schmidt-Traub G. Global Fund lessons for Sustainable Development Goals. *Science*. 2017 Apr 7;356(6333):32–3.
 10. den Broeder L, Uiters E, ten Have W, Wagemakers A, Schuit AJ. Community participation in Health Impact Assessment. A scoping review of the literature. *Environmental Impact Assessment Review*. 2017 Sep 1;66:33–42.
 11. Meads GD, Griffiths FE, Goode SD, Iwami M. Lessons from local engagement in Latin American health systems. *HealthExpectations*. 2007 Dec 1;10(4):407–18.
 12. Lalonde M. *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens [Rapport Lalonde]*. Ottawa (Canada): Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social; 1974.
 13. World Health Organization. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, [Internet]. New York, NY, USA: World Health Organization; 1946 p. 18. Available from: www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
 14. Kawachi I. Why social epidemiology? *Australasian Epidemiologist*. 2000 Sep;7(3):5.
 15. Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiologic reviews*. 2000;22(1):155–163.
 16. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2001 Oct 1;55(10):693–700.
 17. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford University Press; 2000. 414 p.
 18. Cwikel JG. Social Epidemiology. In: *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* [Internet]. American Cancer Society; 2014 [cited 2020 Mar 15]. p. 2166–72. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118410868.wbehibs2>

19. Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM. *Social Epidemiology*. Oxford University Press; 2014. 641 p.
20. Muntaner C, Benach J, Hadden WC, Gimeno D, Benavides FG. A glossary for the social epidemiology of work organisation: part 2 Terms from the sociology of work and organisations. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2006 Dec 1;60(12):1010–2.
21. Muntaner C, Borrell C, Ng E, Chung H, Espelt A, Rodriguez-Sanz M, et al. Locating Politics in Social Epidemiology. In: O'Campo P, Dunn JR, editors. *Rethinking Social Epidemiology: Towards a Science of Change* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2012 [cited 2020 Mar 15]. p. 175–202. Available from: https://doi.org/10.1007/978-94-007-2138-8_9
22. Wallerstein NB, Yen IH, Syme SL. Integration of Social Epidemiology and Community-Engaged Interventions to Improve Health Equity. *Am J Public Health*. 2011 May 1;101(5):822–30.
23. Oakes JM. The (mis)estimation of neighborhood effects: causal inference for a practicable social epidemiology. *Social Science & Medicine*. 2004 May 1;58(10):1929–52.
24. Green L, Daniel M, Novick L. Partnerships and coalitions for community-based research. *Public Health Rep*. 2001;116(Suppl 1):20–31.
25. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review of Public Health*. 1998;19(1):173–202.
26. Minkler M. Community-based research partnerships: Challenges and opportunities. *J Urban Health*. 2005 Jun 1;82(2):ii3-ii12.
27. Minkler M, Wallerstein N. *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. John Wiley & Sons; 2011. 758 p.
28. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga Á, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *The Lancet*. 2006 Sep 16;368(9540):1033–7.
29. Navarro V. Politics and health: a neglected area of research. *Eur J Public Health*. 2008 Aug 1;18(4):354–5.
30. O'Campo P, Dunn JR, editors. *Rethinking Social Epidemiology: Towards a Science of Change* [Internet]. Springer Netherlands; 2012 [cited 2020 Jun 6]. Available from: <https://www.springer.com/gp/book/9789400721371>
31. von dem Knesebeck O. Concepts of social epidemiology in health services research. *BMC Health Services Research*. 2015 Sep 2;15(1):357.

32. Mújica OJ. Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 Dec;38:433–41.
33. Lomas J. Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *Social Science & Medicine*. 1998 Nov 1;47(9):1181–8.
34. Kawachi I. Social Capital and Community Effects on Population and Individual Health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999;896(1):120–30.
35. Muntaner C, Lynch J, Smith GD. Social capital and the third way in public health. *Critical Public Health*. 2000 Jun 1;10(2):107–24.
36. Navarro V. A Critique of Social Capital. *Int J Health Serv*. 2002 Jul 1;32(3):423–32.
37. Villalonga-Olives E, Wind TR, Kawachi I. Social capital interventions in public health: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2018 Sep 1;212:203–18.
38. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. Social Capital and Health. In: *Social Capital and Health* [Internet]. Springer, New York, NY; 2008 [cited 2018 Feb 23]. p. 1–26. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-71311-3_1
39. Lynch J, Due P, Muntaner C, Smith GD. Social capital - Is it a good investment strategy for public health? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2000 Jun 1;54(6):404–8.
40. Mohnen SM, Groenewegen PP, Völker B, Flap H. Neighborhood social capital and individual health. *Social Science & Medicine*. 2011 Mar 1;72(5):660–7.
41. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health*. 2017 May 1;71(5):513–7.
42. Muntaner C, Lynch J, Smith GD. Social Capital, Disorganized Communities, and the Third Way: Understanding the Retreat from Structural Inequalities in Epidemiology and Public Health. *Int J Health Serv*. 2001 Apr 1;31(2):213–37.
43. Navarro V. *The Political and Social Contexts of Health*. Baywood Publishing Company, Inc.; 2004. 252 p.
44. Shiell A, Hawe P, Kavanagh S. Evidence suggests a need to rethink social capital and social capital interventions. *Social Science & Medicine*. 2018 Sep 8;111:930.
45. Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: a review. *So-*

- cial Science & Medicine. 2000 Sep 15;51(6):871–85.
46. Perry M, Williams RL, Wallerstein N, Waitzkin H. Social Capital and Health Care Experiences Among Low-Income Individuals. *Am J Public Health*. 2008 Feb 1;98(2):330–6.
 47. Subramanian SV, Kim DJ, Kawachi I. Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis. *J Urban Health*. 2002 Mar 1;79(1):S21–34.
 48. Subramanian SV, Lochner KA, Kawachi I. Neighborhood differences in social capital: a compositional artifact or a contextual construct? *Health & Place*. 2003 Mar 1;9(1):33–44.
 49. Bozorgmehr K. Rethinking the “global” in global health: a dialectic approach. *Globalization and Health*. 2010 Oct 28;6(1):19.
 50. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *Am J Public Health*. 2006 Jan;96(1):62–72.
 51. Yach D, Bettcher D. The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism. *Am J Public Health*. 1998 May;88(5):738-741; discussion 742-744.
 52. Yach D, Bettcher D. The globalization of public health, I: Threats and opportunities. *Am J Public Health*. 1998 May;88(5):735–44.
 53. Labonté R, Spiegel J. Setting global health research priorities: Burden of disease and inherently global health issues should both be considered. *BMJ*. 2003 Apr 5;326(7392):722–3.
 54. Labonté R. Commentary: global action on social determinants of health. *J Public Health Policy*. 2012 May;33(2):139–47.
 55. Hill PS. Understanding global health governance as a complex adaptive system. *Global Public Health*. 2011 Sep 1;6(6):593–605.
 56. Kickbusch I. Mapping the Future of Public Health: Action on Global Health. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*. 2006;97(1):6–8.
 57. Davies JK, Kelly M. *Healthy Cities: Research and Practice*. Routledge; 2014. 203 p.
 58. Northridge ME, Sclar ED, Biswas P. Sorting out the connections between the built environment and health: A conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities. *J Urban Health*. 2003 Dec 1;80(4):556–68.
 59. Kickbusch I. Global + local = glocal public health. *J Epidemiol Community Health*. 1999 Aug;53(8):451–2.

60. Pinet G. Global partnerships: a key challenge and opportunity for implementation of international health law. *Med Law*. 2003;22(4):561–77.
61. Sanyal P. Capacity Building Through Partnership: Intermediary Non-governmental Organizations as Local and Global Actors. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 2006 Mar 1;35(1):66–82.
62. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part I--A new development in health? *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):549–61.
63. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part II--What are the health issues for global governance? *Bull World Health Organ*. 2000;78(5):699–709.
64. Harmer A. Understanding change in global health policy: Ideas, discourse and networks. *Global Public Health*. 2011 Oct 1;6(7):703–18.
65. Kapilashrami A, O'Brien O. The Global Fund and the re-configuration and re-emergence of 'civil society': Widening or closing the democratic deficit? *Global Public Health*. 2012 May 1;7(5):437–51.
66. Suarez-Herrera JC, Blain M-J. La recherche en santé mondiale : perspectives socio-anthropologiques. Montréal (Québec, Canada): Cahiers scientifiques de l'ACFAS; 2012. 276 p.
67. Beaglehole R, Bonita R. Global public health: a scorecard. *The Lancet*. 2008 Dec 6;372(9654):1988–96.
68. Hanefeld J, Walt G. Knowledge and networks – key sources of power in global health. *Int J Health Policy Manag*. 2015 Feb 5;4(2):119–21.
69. Natividad MDF, Fiereck KJ, Parker R. Knowledge networks for global public health. *Global Public Health*. 2012 Sep 1;7(sup1):S73–81.
70. Olesen T. Transnational Publics: New Spaces of Social Movement Activism and the Problem of Global Long-Sightedness. *Current Sociology*. 2005 May 1;53(3):419–40.
71. Sassen S. Local Actors in Global Politics. *Current Sociology*. 2004 Jul 1;52(4):649–70.
72. Kickbusch I. Tackling the political determinants of global health. *BMJ*. 2005 Jul 30;331(7511):246–7.
73. Kickbusch I. Innovation in health policy: responding to the health society. *Gac Sanit*. 2007 Aug;21:338–42.
74. Navarro V. What is a National Health Policy? *Int J Health Serv*. 2007 Jan 1;37(1):1–14.
75. Suarez-Herrera JC, Blain M-J, Bibeau G. Perspectives socio-anthropologiques innovatrices dans le champ de la recherche en santé mondiale. In: *Pour une nouvelle mondialisation Le défi d'innover*. Mon-

- tréal (Canada): Presses de l'Université du Québec; 2013. p. 65–83.
76. Suarez-Herrera JC. L'intégration organisationnelle de la participation : des enjeux locaux pour une santé publique globale [Internet] [Thèse de doctorat]. [Montréal (Canada)]: Université de Montréal; 2010 [cited 2017 Jul 21]. Available from: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4543>
77. Arshad Ali S, Baloch M, Ahmed N, Arshad Ali A, Iqbal A. The outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)—An emerging global health threat. *Journal of Infection and Public Health*. 2020 Apr 1;13(4):644–6.
78. Blundell R, Dias MC, Joyce R, Xu X. COVID-19 and Inequalities*. *Fiscal Studies*. 2020;41(2):291–319.
79. Cénat JM, Dalexis RD, Kokou-Kpolou CK, Mukunzi JN, Rousseau C. Social inequalities and collateral damages of the COVID-19 pandemic: when basic needs challenge mental health care. *Int J Public Health*. 2020 Jul 1;65(6):717–8.
80. World Health Organization. Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. World Health Organization; 2020.
81. Gostin LO, Mok EA. Grand challenges in global health governance. *Br Med Bull*. 2009;90:7–18.
82. Schrecker T, Labonté R, Vogli RD. Globalisation and health: the need for a global vision. *The Lancet*. 2008 Nov 8;372(9650):1670–6.
83. Aluttis C, Bishaw T, Frank MW. The workforce for health in a globalized context – global shortages and international migration. *Global Health Action*. 2014 Dec 1;7(1):23611.
84. Kruk ME. Globalisation and global health governance: implications for public health. *Glob Public Health*. 2012;7 Suppl 1:S54-62.
85. Waitzkin H, Jasso-Aguilar R, Landwehr A, Mountain C. Global trade, public health, and health services: stakeholders' constructions of the key issues. *Soc Sci Med*. 2005 Sep;61(5):893–906.
86. Frenk J, Moon S. Governance Challenges in Global Health. *New England Journal of Medicine*. 2013 Mar 7;368(10):936–42.
87. Kickbusch I. Addressing the interface of the political and commercial determinants of health. *Health Promot Int*. 2012 Dec 1;27(4):427–8.
88. Brown GW. Knowledge, politics and power in global health. *Int J Health Policy Manag*. 2015 Jan 30;4(2):111–3.
89. Shiffman J. Knowledge, Moral Claims and the Exercise of Power in

- Global Health. *International journal of health policy and management*. 2014 Nov 1;3:297–9.
90. Labonté R. Health in All (Foreign) Policy: challenges in achieving coherence. *Health Promot Int*. 2014 Jun;29 Suppl 1:i48-58.
91. Labonté R, Mohindra K, Schrecker T. The growing impact of globalization for health and public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:263–83.
92. Gill S, Benatar S. Global Health Governance and Global Power: A Critical Commentary on the Lancet-University of Oslo Commission Report. *Int J Health Serv*. 2016;46(2):346–65.
93. Gill S, Benatar SR. History, Structure and Agency in Global Health Governance. *Int J Health Policy Manag*. 2016 Aug 29;6(4):237–41.
94. McQueen DV. Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences (2012) [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 30]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences-2012>
95. Charron DF. Ecosystem Approaches to Health for a Global Sustainability Agenda. *EcoHealth*. 2012 Sep 1;9(3):256–66.
96. Heuer M. Ecosystem cross-sector collaboration: conceptualizing an adaptive approach to sustainability governance. *Business Strategy and the Environment*. 2011;20(4):211–21.
97. World Health Organization. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2016. 131 p.
98. World Health Organization. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promot Int*. 2017 Feb 1;32(1):7–8.
99. Hawkes S, Buse K. Searching for the Right to Health in the Sustainable Development Agenda; Comment on “Rights Language in the Sustainable Development Agenda: Has Right to Health Discourse and Norms Shaped Health Goals?” *International Journal of Health Policy and Management*. 2016 May 1;5(5):337–9.
100. Sachs JD. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. *The Lancet*. 2012 Jun 9;379(9832):2206–11.
101. Gostin LO, Sridhar D, Hougendobler D. The normative authority of the World Health Organization. *Public Health*. 2015 Jul;129(7):854–63.

102. Dye C. Expanded health systems for sustainable development. *Science*. 2018 Mar 23;359(6382):1337–9.
103. Van de Pas R, Hill PS, Hammonds R, Ooms G, Forman L, Waris A, et al. Global health governance in the sustainable development goals: Is it grounded in the right to health? *Global Chall*. 2017 Jan;1(1):47–60.
104. Ooms G, Hammonds R. Global constitutionalism, applied to global health governance: uncovering legitimacy deficits and suggesting remedies. *Global Health*. 2016 Dec 3;12(1):84.
105. Blomstedt Y, Bhutta ZA, Dahlstrand J, Friberg P, Gostin LO, Nilsson M, et al. Partnerships for child health: capitalising on links between the sustainable development goals. *BMJ* [Internet]. 2018 Jan 23 [cited 2020 Mar 15];360. Available from: <https://www.bmj.com/content/360/bmj.k125>
106. Colaner N, Imanaka JL, Prussia GE. Dialogic Collaboration across Sectors: Partnering for Sustainability. *Business and Society Review*. 2018;123(3):529–64.
107. de Montigny JG, Desjardins S, Bouchard L. The fundamentals of cross-sector collaboration for social change to promote population health. *Glob Health Promot*. 2017 Aug 14;1757975917714036.
108. Buse K, Hawkes S. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? *Globalization and Health*. 2015 Mar 21;11(1):13.
109. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger J-P, da-Silva MRF, De Paepe P, Vázquez M-L. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan*. 2015 Jul 1;30(6):705–17.
110. Bteich M, Miranda E da S, Khoury CE, Gautier L, Lacouture A, Yankoty LI. A proposed core model of the new public health for a healthier collectivity: how to sustain transdisciplinary and intersectoral partnerships. *Critical Public Health*. 2019 Mar 15;29(2):241–56.
111. Holland DE, Vanderboom CE, Harder TM. Fostering Cross-Sector Partnerships: Lessons Learned From a Community Care Team. *Professional Case Management*. 2019 Apr;24(2):66.
112. Moon MJ. Fighting COVID-19 with Agility, Transparency, and Participation: Wicked Policy Problems and New Governance Challenges. *Public Administration Review*. 2020;80(4):651–6.
113. Towe VL, Leviton L, Chandra A, Sloan JC, Tait M, Orleans T. Cross-Sector Collaborations And Partnerships: Essential Ingredients To Help Shape Health And Well-Being. *Health Aff*. 2016 Jan 11;35(11):1964–9.

114. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century [Internet]. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2012 [cited 2017 Jun 29] p. 107. (Public Health Panorama). Available from:<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century>
115. Herdiana H, Sari JFK, Whittaker M. Intersectoral collaboration for the prevention and control of vector borne diseases to support the implementation of a global strategy: A systematic review. PLOS ONE. 2018 Oct 10;13(10):e0204659.
116. Bergeron DA, Talbot LR, Gaboury I. Realist evaluation of intersectoral oral health promotion interventions for schoolchildren living in rural Andean communities: a research protocol. BMJ Open [Internet]. 2017 Feb 24[cited 2017 Aug 30];7(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5337730/>
117. Muir JA, Farley J, Osterman A, Hawes SE, Martin K, Morrison JS, et al. Global health partnerships: Are they working? Science Translational Medicine. 2016 Apr 13;8(334):334ed4-334ed4.
118. Shiffman J, Schmitz HP, Berlan D, Smith SL, Quissell K, Gneiting U, et al. The emergence and effectiveness of global health networks: findings and future research. Health Policy Plan. 2016 Apr;31 Suppl 1:i110-123.
119. Iedema R, Verma R, Wutzke S, Lyons N, McCaughan B. A network of networks: The governance of deliberative approaches to healthcare improvement and reform. J of Health Org and Mgt. 2017 Apr 10;31(2):223–36.
120. Javanparast S, Baum F, Freeman T, Labonte R, Ziersch AM, Kidd MR, et al. Lessons from Medicare Locals for Primary Health Networks. The Medical Journal of Australia. 2017 Jul 17;207(2):54–5.
121. Billis D, Rochester C. Handbook on Hybrid Organisations. Edward Elgar Publishing; 2020. 574 p.
122. Bresnen M, Hodgson DE, Bailey S, Hyde P. Mobilizing management knowledge in healthcare: managerial hybridity and knowledge epistemes. Proceedings. 2018 Jul 9;2018(1):16470.
123. Furnival J, Walshe K, Boaden R. Emerging hybridity: comparing UK healthcare regulatory arrangements. Journal of Health Organization and Management [Internet]. 2017 Jun 19 [cited 2020 Oct 28]; Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-06-2016-0109/full/html>
124. Powell M, Castelli M. “Strange animals”: hybrid organisations in

- health care. *Journal of Health Organization and Management* [Internet]. 2017 Oct 9 [cited 2020 Oct 28]; Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-04-2017-0068/full/html>
125. Kritz J. Effective cross-sector collaborations create sustainability. *The Lancet Global Health*. 2018 Sep 1;6(9):e952–3.
 126. Shiffman J. Four Challenges That Global Health Networks Face. *Int J Health Policy Manag*. 2017 Feb 8;6(4):183–9.
 127. Bispo Júnior JP, Morais MB. Community participation in the fight against COVID-19: between utilitarianism and social justice. *Cad Saúde Pública*. 2020 Aug 3;36:e00151620.
 128. Gibbons MC, Illangasekare SL, Smith E, Kub J. A Community Health Initiative: Evaluation and Early Lessons Learned. *Prog Community Health Partnersh*. 2016;10(1):89–101.
 129. Smith J, Buse K, Gordon C. Civil society: the catalyst for ensuring health in the age of sustainable development. *Global Health*. 2016 Jul 16;12(1):40.
 130. Dye C, Reeder JC, Terry RF. Research for Universal Health Coverage. *Science Translational Medicine*. 2013 Aug 21;5(199):199ed13–199ed13.
 131. Pablos-Mendez A, Cavanaugh K, Ly C. The New Era of Health Goals: Universal Health Coverage as a Pathway to the Sustainable Development Goals. *Health Systems & Reform*. 2016 Jan 2;2(1):15–7.
 132. Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Med*. 2015 Apr 29;13(1):101.
 133. World Health Organization. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): World Health Organization; 2020 p. 30. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
 134. Zhang Z, Shen Y, Yu J. Combating COVID-19 Together: China's Collaborative Response and the Role of Business Associations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 2020 Oct 13;0899764020964591.
 135. Hardin L, Trumbo S, Wiest D. Cross-sector collaboration for vulnerable populations reduces utilization and strengthens community partnerships. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2020 Mar 1;18:100291.
 136. Paul E, Brown GW, Ridde V. COVID-19: time for paradigm shift in

- the nexus between local, national and global health. *BMJ Global Health*. 2020 Apr 1;5(4):e002622.
137. Gerard F, Imbert C, Orkin K. Social protection response to the COVID-19 crisis: options for developing countries. *Oxf Rev Econ Policy*. 2020 Sep 28;36(Supplement_1):S281–96.
138. Khongsai L, Anal TSSC, A.S. R, Kh. TS, Shah MK, Pandey D. Combating the Spread of COVID-19 Through Community Participation. *Glob Soc Welf* [Internet]. 2020 Jul 21 [cited 2020 Oct 19]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s40609-020-00174-4>
139. Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, Gea-Sánchez M, Muntaner C, McKee M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*. 2020 May 1;5(5):e251–2.
140. Park S, Choi GJ, Ko H. Information Technology–Based Tracing Strategy in Response to COVID-19 in South Korea—Privacy Controversies. *JAMA*. 2020 Jun 2;323(21):2129.
141. Seddighi H, Seddighi S, Salmani I, Sedeh MS. Public-Private-People Partnerships (4P) for Improving the Response to COVID-19 in Iran. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2020;1–6.
142. Wang CJ, Ng CY, Brook RH. Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing. *JAMA*. 2020 Apr 14;323(14):1341.
143. Buss PM, Faid M. Power Shifts in Global Health Diplomacy and New Models of Development: South–South Cooperation. *Global Health Diplomacy*. 2012 Nov 7;305–22.
144. Ruckert A, Labonté R, Lencucha R, Runnels V, Gagnon M. Global health diplomacy: A critical review of the literature. *Soc Sci Med*. 2016 Apr;155:61–72.
145. Rubbini M. Global Health Diplomacy: Between Global Society and Neo-Colonialism: The Role and Meaning of “Ethical Lens” in Performing the Six Leadership Priorities. *J Epidemiol Glob Health*. 2018;8(3–4):110–4.
146. Hoy AQ. Global health shifts to local experts with global partners. *Science*. 2018 May 25;360(6391):868–9.
147. Ramaswami A, Russell AG, Culligan PJ, Sharma KR, Kumar E. Meta-principles for developing smart, sustainable, and healthy cities. *Science*. 2016 May 20;352(6288):940–3.
148. Duberman T, Wilkins J. From Competition to Collaboration: What it

Takes to Lead Across the Converging Healthcare Ecosystem - Lessons from the Field. College of Population Health Forum [Internet]. 2019 Feb 6; Available from: <https://jdc.jefferson.edu/hpforum/128>

149. Rasanathan K, Bennett S, Atkins V, Beschel R, Carrasquilla G, Charles J, et al. Governing multisectoral action for health in low- and middle-income countries. *PLOS Medicine*. 2017 Apr 25;14(4):e1002285.