

**VIABILIDAD DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES
“EL CASO DE ZIPAQUIRÁ – CUNDINAMARCA”**

**Línea de Investigación en “Gobernabilidad y Políticas Públicas”
Investigador Principal: Luis Fernando Rodríguez Ibagué
Director: Ph.D. Diana Marcela Morales**

**Maestría en Administración Pública
Escuela Superior de Administración Pública
Bogotá, D.C; mayo de 2006**

**VIABILIDAD DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES
“EL CASO DE ZIPAQUIRÁ – CUNDINAMARCA”**

LUIS FERNANDO RODRÍGUEZ IBAGUÉ

Tesis para optar el título de Magíster en Administración Pública

**Directora
Ph.D. Diana Marcela Morales**

**Maestría en Administración Pública
Escuela Superior de Administración Pública**

**Línea de Investigación en “Gobernabilidad y Políticas Públicas”
Bogotá D.C; mayo de 2006**

Nota de Aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá D.C., 26 de Mayo de 2006

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Diana Marcela Morales por su colaboración y orientación en el desarrollo de este trabajo.

A los profesores de la Maestría por sus valiosos aportes en mi proceso de formación.

A las Doctoras Martha Rodríguez y Gabriela Huertas y al doctor Guillermo Wiesner por sus valiosos aportes y por la información suministrada en relación a la implementación de la estrategia de municipios saludables en Zipaquirá.

A los funcionarios de la Administración del Municipio de Zipaquirá por permitirme realizar el trabajo de campo.

A las directivas de la Universidad del Rosario y de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano por su apoyo en mi formación post – gradual.

A mis estudiantes de Investigación de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano.

A mi esposa Diana por su paciencia y comprensión.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	12
CAPITULO I: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y MUNICIPIOS SALUDABLES	13
1. Presentación	13
2. Antecedentes	14
3. Políticas Internacionales en Salud	16
4. Experiencias de Municipios Saludables en algunos países	27
5. Conclusiones	28
CAPITULO II: REFORMA EN EL SECTOR SALUD COMO CONTEXTO POLÍTICO ECONÓMICO	35
1. Presentación	35
2. ¿Qué es la Salud?	37
3. Factores Determinantes de la Salud	38
4. Antecedentes Internacionales de la Reforma en Salud	39
5. Antecedentes Nacionales de la Reforma en Salud	41
6. Actores Nacionales de la Reforma	43
7. La salud como un bien o servicio público	45
8. La salud como Derecho	46
9. Reforma y Municipios Saludables	47
10. Conclusiones	48

CAPITULO III: ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES ¿UNA POLÍTICA PÚBLICA?	50
1. Presentación	50
2. Antecedentes de Municipios Saludables	51
3. ¿Qué son los Municipios Saludables?	52
4. Características de los Municipios Saludables	54
5. Factores Estratégicos de los Municipios Saludables	55
5.1. Descentralización	55
5.2. Participación	57
5.3. Intersectorialidad	62
5.4. Sostenibilidad	63
6. Elementos que refuerzan la Estrategia	64
6.1. Compromiso político	64
6.2. Diagnóstico de situación en salud	65
6.3. Proyectos y programas que refuerzan la estrategia	66
6.4. Seguimiento, monitoreo y evaluación	66
6.5. Redes nacionales e internacionales	68
6.5. Debilidades y fortalezas de la estrategia o política local	68
6.6. Financiación y sostenibilidad de la estrategia	68
7. La Estrategia de Municipios Saludables como Política Pública	69
8. Viabilidad política en la estrategia de municipios saludables	72
8.1. Modelo explicativo de la Viabilidad política en la implementación de la EMS	73
9. Conclusiones	75
CAPITULO IV: METODOLOGIA	77
1. Tipo de estudio	78
2. Población	78
3. Procedimientos	78
3.1. Validación de los instrumentos	79
3.2. Aplicación de los instrumentos	80
3.3. Análisis de Información	81
CAPITULO V: ESTUDIO DE CASO ZIPAQUIRÁ MUNICIPIO SALUDABLE	82
4.1. Presentación	82

4.2. Problema	82
4.3. Objetivos Alcanzados	83
4.4 Método	83
4.5 Contexto del Municipio de Zipaquirá	85
4.6 Fases de la Política Pública “El caso Zipaquirá”	86
4.7 Planes de Desarrollo	91
4.8 Conclusiones	94
CAPITULO VI RESULTADOS	96
6.1 Resultados Encuesta N°1.	98
6.2 Resultados Encuesta N°2.	102
6.3 Resultados Encuesta N°3.	108
CAPITULO VII: DISCUSION Y ANALISIS	120
7.1 Triangulación de la información	120
VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	132
1. Conclusiones	132
2. Recomendaciones	136
IX. BIBLIOGRAFIA	138
X. ANEXOS	144
Anexo N°1 Encuesta N°1 Factores Estratégicos	144
Anexo N°2 Encuesta N°2 Elementos EMS	148
Anexo N°3 Encuesta N°3 Ciudadanos	160
Anexo N°4 Identificación del Municipio	162
Anexo N°5 Decreto protocolario 02 de 1999	164
Anexo N°6 Políticas públicas, programas y proyectos municipales	165
Anexo N°7 Avances relacionadas con la EMS en la Administración Rojas	166
Anexo N°8 Análisis descriptivo de planes de desarrollo	167
Anexo N°9 Entrevista de ex – funcionarios – grupo focal	172

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

	Página
Tabla N°1 Lineamientos de Políticas internacionales en salud	29
Tabla N°2 Contextos globales y regionales de la APS	32
Tabla N°3 Experiencias de países en Municipios saludables	33
Tabla N°4 Actores de la Reforma en Colombia	44
Tabla N°5 Distribución de encuestados según los actores municipales	96
Tabla N°6 Resultados Funcionarios	100
Tabla N°7 Resultados Funcionarios y ex – funcionarios	101
Tabla N°8 Distribución por Régimen de Salud	109
Tabla N°9 Edad de los Encuestados	110
Tabla N°10 Participación en Programas	110
Tabla N°11 Escenarios de participación	111
Tabla N°12 Conocimiento de alguna persona que participe activamente en los programas de la Alcaldía.	111
Tabla N°13 Invitación a participar de programas o proyectos	111

Tabla N°14 Participación de algún tipo de organización	112
Tabla N°15 Tipo de Organización a que pertenece la población de Zipaquirá	112
Tabla N°16 Distribución por Participación	113
Tabla N°17 Cual es el programa o proyecto en que han participado	113
Tabla N°18 Conocimiento de la Estrategia de Municipios Saludables	113
Tabla N°19 Que se conoce sobre la Estrategia de Municipios Saludables	114
Tabla N°20 Conocimiento de algún programa o proyecto relacionado con la Estrategia	114
Tabla N°21 Cual ha sido el programa o proyecto relacionado con la estrategia	114
Tabla N°22 Periodo de conocimiento de la estrategia de población de Zipaquirá	115
Tabla N°23 Actividades recordadas de Promoción de Salud o de la Estrategia de MS en los últimos tres años	115
Tabla N°24 Cual es el programa o proyecto de beneficio	116
Tabla N°25 Forma en que se entera los programas o proyectos de la Alcaldía Municipal	117
Tabla N°26 Conocimiento de algún programa o proyecto desarrollado por la Alcaldía	117
Tabla N°27 Conocimiento de algún programa o proyecto	118
Tabla N°28 Conocimiento sobre el desarrollo de un programa o un proyecto en el sitio donde se vive	118
Tabla N°29 Que programa o proyecto se desarrolla en el sitio donde vive	119

GRAFICAS

	Página.
Grafica N°1 Resultados Funcionarios	100
Grafica N°2 Resultados Funcionarios y ex – funcionarios	101
Grafica N°3 Distribución por Género	108
Grafica N°4 Distribución del lugar de residencia	109
Grafica N°5 Distribución por Beneficiario	116

INTRODUCCION

El presente trabajo se presenta como requisito de grado para optar el título de Magíster en Administración Pública en la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP, y pertenece a la línea de investigación de “Gobernabilidad y Políticas Públicas”, dirigida por el Doctor William Jiménez.

Aceptando que la Estrategia de Municipios Saludables (EMS) fue implementada en los últimos años en América Latina para mejorar las condiciones de vida de las personas, y que Colombia la adoptó en el año de 1992, con el reconocimiento al municipio de Versalles (Valle del Cauca) por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por sus desarrollos alcanzados en diferentes líneas de acción de la promoción de la salud¹, como una opción de desarrollo municipal basada en el compromiso político, el trabajo intersectorial, la descentralización, la búsqueda de sostenibilidad, la conformación de redes, el empoderamiento de los ciudadanos y la alta participación comunitaria. Este trabajo analiza la estrategia e indaga por las dinámicas sociales y políticas de los procesos de cambio en las comunidades que involucran a la administración municipal, a la sociedad civil y a todos los ciudadanos en general, en acciones de desarrollo que mejoran la salud, la educación, el medio ambiente y el sector productivo.

La EMS impulsa formas democráticas y participativas de toda la sociedad como mecanismo para la construcción de políticas públicas locales que generan ambientes y

¹ El Municipio de Versalles para ese entonces ya había adelantado acciones en promoción de la salud como: la adopción de políticas públicas saludables; la intersectorialidad; la creación de ambientes favorables para la salud; el fortalecimiento de la acción comunitaria; el desarrollo de habilidades personales, estilos de vida; y, la reorientación de los servicios de salud.

entornos saludables lo que requiere de un alto compromiso político, recursos económicos suficientes y alta autonomía municipal y comunitaria.

El objetivo para la administración municipal comienza por incorporar la estrategia en la agenda básica (Plan de Desarrollo) como factor estratégico para que ésta pueda ser utilizada como dinamizadora de ambientes y estilos de vida saludables, desde un trabajo intersectorial y participativo, para impulsar una planeación estratégica que implique la identificación, la formulación, la implementación y la evaluación a nivel local y regional de las políticas públicas saludables con una estructura que garantice la continuidad y sostenibilidad de los programas y proyectos a largo plazo.

Por tal motivo es importante conocer en el contexto nacional e internacional las políticas y experiencias que han permitido la implementación de la estrategia, los procesos de reforma del sector salud, los elementos estratégicos necesarios para municipios saludables y finalmente en el caso de Zipaquirá hacer el estudio de cómo se conceptualizó la estrategia como política pública y su viabilidad en el tiempo analizando los planes de desarrollo de las administraciones locales de los periodos comprendidos entre el año de 1995 hasta el 2003.

El trabajo realizado es una primera fase del estudio de viabilidad de la estrategia de municipios saludables en Colombia y se toma como estudio de caso el municipio de Zipaquirá (Cundinamarca), ya que éste municipio adoptó la estrategia formalmente en 1999 y en los planes de desarrollo se encuentra contemplada desde 1995. El estudio de este municipio frente a la estrategia permite analizar que solamente en un periodo de gobierno se impulsó, se formuló y se implementaron políticas públicas que buscaban mejorar el nivel de vida de sus pobladores.

El concepto de viabilidad hace referencia al conjunto de requisitos institucionales y de la administración de gobierno (compromiso político, sostenibilidad, descentralización, participación, sostenibilidad, redes, proyectos y programas) que actúan como condición necesaria para la identificación, formulación, toma de decisiones, implementación, evaluación y seguimiento de una determinada política pública. Entendemos que la

viabilidad es una condición, definida por el entorno político - institucional que delimita la interacción de los actores en la producción de determinados resultados a mediano y largo plazo. La viabilidad por tanto, funciona, como una condición necesaria para el funcionamiento de la Estrategia de Municipios Saludables a lo largo del tiempo en un espacio geográfico determinado, que para nuestro caso es “local”.

La investigación “Viabilidad de la Estrategia de Municipios Saludables, el caso del municipio de Zipaquirá” permite establecer los factores estratégicos para hacer posible la implementación de ésta, el análisis desde lo local de la estrategia como política pública y la viabilidad en el contexto actual del municipio, lo cual hace que esta tenga pertinencia para la Administración Pública y de relevancia social.

Para cumplir con el objetivo de la investigación se construyó un instrumento de recolección de información para los ciudadanos, examinando el grado de participación en programas y proyectos de la administración, tipo de participación, grado de asociatividad, nivel de conocimiento de la estrategia y mecanismos de información. Así mismo se adaptaron al contexto propio los instrumentos diseñados por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S), el propuesto por Fabio Cabarcas y Carlos Agudelo de la Universidad Nacional de Colombia y el realizado por Giselda Sanabria Ramos de la Republica de Cuba. Además se realizaron entrevistas semi - estructuradas a actores claves que participaron en la formulación e implementación de la estrategia.

El trabajo (estudio) se divide en tres partes fundamentales. La primera corresponde al marco conceptual, en esta parte se describen tres capítulos donde se revisaron temas que inciden en la estrategia, estos son: 1) Promoción de la salud y municipios saludables; 2) Reforma en el sector salud como contexto político económico, 3) Estrategia de Municipios Saludables ¿Una política pública?. La segunda parte corresponde al estudio de caso Zipaquirá Municipio Saludable, a la metodología donde se definió el tipo y método de investigación y a la construcción de instrumentos de recolección de información para los actores institucionales y los ciudadanos. Y la tercera parte corresponde al análisis de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general identificar la viabilidad de la Estrategia de Municipios Saludables y los factores que la conforman para analizarla como Política Pública en el municipio de Zipaquirá. La estrategia de Municipios Saludables surgió como iniciativa en la oficina regional de la OMS para Europa en 1985, donde se propuso un plan de promoción de la salud que se conocería como Proyecto de Ciudades Sanas, luego en 1987 en Lisboa Portugal, se reunieron representantes de 21 ciudades de Europa para establecer los criterios del proyecto, cuyo objetivo era conseguir un firme compromiso político en toda Europa a favor de la salud pública.

La intención de esta iniciativa era idear mecanismos y formas adecuadas para aplicar los principios y estrategias de la “Salud para Todos en el año 2000” a través de la acción y gestión local de las ciudades y para lograr que esos principios y estrategias ocuparan el debido lugar en los planes, programas y proyectos de las administraciones públicas locales, con el propósito de acelerar el desarrollo sostenible y por consiguiente mejorar la calidad de vida.

La base de los Municipios Saludables esta dada en las políticas de promoción de la salud, la participación comunitaria, el trabajo intersectorial, la cooperación internacional, la atención primaria en salud, la descentralización, la sostenibilidad, y la responsabilidad en el autocuidado de la salud. El movimiento, estrategia o proyecto como se le denomina en algunos países busca: mejorar el desarrollo sostenible, disminuir las inequidades sociales, aumentar el acceso a los servicios públicos domiciliarios, desarrollar políticas públicas saludables, crear ambientes favorables, promover la participación social, disminuir la pobreza y privilegiar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El municipio saludable no implica solamente tener buenas condiciones de salud medido en indicadores como cobertura en vacunación, baja morbilidad y mortalidad, estado nutricional de la población, acreditación de centros hospitalarios, sino alcanzar un buen nivel de desarrollo que se vislumbre en el nivel de vida de la población, la alta participación ciudadana, altos niveles de educación, bajos índices de pobreza y desempleo, alta cobertura en servicios, entre otros. Entonces para alcanzar el ideal de municipio saludable se necesita de la interrelación de los diferentes sectores (salud, educación, vivienda, medio ambiente, planeación, etc.) y además de una coordinación y un diálogo continuo entre el sector público, el privado y la sociedad civil.

La estrategia de Municipios Saludables fue tomada por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S), para implementarse en América Latina, adaptándola a los diferentes contextos y situaciones recibiendo diversos nombres como Ciudades Sanas, Comunidades Saludables, Cantones Saludables, Comunas Saludables, entre otros.

El movimiento de Municipios Saludables en América Latina surge para hacer frente a la exclusión social por diversas causas, entre ellas: diferencias geográficas, étnicas, de género y edad; o por niveles de educación, de ingresos, y de empleo; o por grandes variaciones en el acceso a los alimentos, al agua potable y a otros servicios básicos. Este tipo de exclusiones son los responsables de las diferencias en materia de salud que conllevan a inequidad social; no obstante, mediante el desarrollo del movimiento de municipios saludables se están modificando con experiencias exitosas de municipios como el de Versalles en el departamento del Valle del Cauca, Manizales en Caldas, entre otros, los cuales demuestran que después de implementarse la estrategia han disminuido las inequidades y ha mejorado notablemente la calidad de vida de los habitantes, gracias entre otras cosas, a su adopción por los gobernantes locales como bandera de política pública.

En América Latina los Municipios Saludables surgen en la década de los noventa, como una propuesta de la región basados en los procesos de descentralización, modernización del Estado y además como parte del proceso de globalización desde políticas mundiales a regionales y locales para introducir la promoción de la salud en el escenario político

(congreso, asambleas, concejos), buscando la sostenibilidad, la cohesión social y mejorando la calidad de vida.

Los Municipios Saludables en América Latina tienen como antecedentes los movimientos de ciudades saludables de Canadá y Europa, estos movimientos surgieron en la década de los años setenta pero se concretaron en los ochenta, específicamente con la Carta de Ottawa de 1986 respondiendo a la política de promoción de la salud que buscaba la “salud para todos en el año 2000” (SPT), dando respuesta a la política propuesta por la OMS, partiendo de un ideario político que parte de la realidad de la situación de los países, sociedades y comunidades del planeta.

La OPS/OMS en 1990 aprobó a la PS (promoción de la salud) como una de las grandes orientaciones estratégicas para impulsar y mejorar la salud de los habitantes de la región de las Américas durante el cuatrienio 1991 – 1994; a partir de entonces se identificaron diversas iniciativas para la operativización de la estrategia en diversos escenarios. Inspirándose en el movimiento europeo y canadiense de Ciudades Saludables, se propuso el movimiento de Municipios Saludables, teniendo en cuenta tres situaciones de contexto: la primera, que en algunos países de América Latina se iniciaban reformas del Estado basados en procesos de descentralización; la segunda, que los gobiernos municipales ejercen gobernabilidad urbana como rural; y la tercera que con los trabajos en salud en los niveles municipales, se fortalecería la construcción de ciudadanía y los procesos democráticos.

El movimiento de municipios saludables en Colombia no se ha integrado a la agenda política nacional y regional como acción de política pública, y esta aislada de otros sectores como educación, cultura y deporte, es decir, apartándola de su relación intersectorial. Por otro lado, al no ser política nacional, se deja a potestad de los mandatarios locales y regionales. Además desde el aspecto normativo no existe una sustentación jurídica clara que la respalde como política pública, ni tiene una

intencionalidad, solamente en la resolución 4288² de 1996 se nombra como estrategia en el Plan de Atención Básica (PAB)³ que puede ser aplicada por los alcaldes, es decir su implementación depende de la voluntad de los mandatarios locales.

Por otra parte, en el caso Colombiano no existe claridad si los municipios saludables son una estrategia de Promoción de la Salud o si realmente son una política pública que compromete a los diferentes sectores institucionales y políticos. Es importante clarificar que desde la PS (promoción de la salud) y más específicamente a partir de la conferencia internacional de promoción de la salud en Ottawa – Canadá (1986), el movimiento de municipios saludables surgió como una estrategia de esta. Así mismo a nivel institucional no existen estudios que determinen la viabilidad de la estrategia, solo existe algunas propuestas de indicadores de evaluación por parte de la OPS.

De este modo, en Colombia la estrategia de Municipios Saludables (MS) como política pública no ha tenido un respaldo por parte de los organismos encargados (es el caso del antiguo Ministerio de Salud, hoy Ministerio de Protección Social y las Secretarías Departamentales de Salud). Se han realizado esfuerzos por parte de algunas poblaciones (especialmente sus mandatarios y las comunidades organizadas) que han tenido la iniciativa de iniciar el proceso de MS, que han sido apoyados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en algunos casos por el Gobierno Nacional representados en el ministerio de salud y las secretarías departamentales de salud. Es el caso del Municipio de Zipaquirá que fue respaldado por el viceministerio de salud, la OPS con su director el Dr. Hernán Málaga y por la Gobernación de Cundinamarca, que consistió en ayuda económica y capacitación. Pero este apoyo desafortunadamente fue inmediato pues solamente se hizo en ese momento coyuntural, ya que en el año 2002 el alcalde de Zipaquirá era el Dr. Ever Bustamante hermano del entonces vice – ministro de salud.

² Esta resolución define el plan de atención básica (PAB) del sistema de seguridad social en salud. Por tal motivo la estrategia se sustenta jurídicamente en esta resolución y al ser del resorte del Ministerio de la Protección Social, se puede convertir en estrategia y ser adoptada por los municipios.

³ Los municipios definen anualmente el plan local de salud de acuerdo con el departamental, dentro del cual existe el PAB que cubre las acciones sobre saneamiento ambiental y acciones de promoción y prevención con altas externalidades, dirigido a las comunidades.

Actualmente algunos departamentos y municipios han tomado el movimiento de municipios saludables como parte de sus programas de gobierno, es el caso de los departamentos de Cundinamarca, Huila, Antioquia, Caldas, Cauca, entre otros. A su vez algunos municipios apoyados por centros universitarios han dado el paso a la estrategia de MS; el ejemplo mas evidente de esta situación son los municipios del departamento de Antioquia que están siendo acompañados y asesorados por la Universidad de Antioquia, y que a su vez han formado una red en el departamento.

En el país existen pocos estudios acerca de los parámetros (indicadores) de la viabilidad de la EMS, es de anotar que mientras a nivel nacional hasta ahora se ha tratado de implementar la estrategia, no por iniciativa del gobierno central sino como se menciona anteriormente por voluntad de los alcaldes y de algunas organizaciones que apoyan el proceso como la OPS y centros universitarios, en España para este año se pretende evaluar la “política pública de municipios saludables”. En nuestro país no se conoce con claridad si el Ministerio de Protección Social realiza un seguimiento de los municipios declarados como saludables y si tiene un mecanismo de evaluación de los mismos. Otro aspecto por destacar es que la mayoría de los mandatarios y de los directivos encargados de manejar las Políticas de Salud en las regiones y municipios desconocen el tema de la Estrategia de MS.

Pese a que la estrategia es de gran importancia para mejorar el desarrollo de las comunidades y que existe evidencia de experiencias exitosas en algunos países de la región (México, Cuba, Chile, Argentina, Brasil, entre otros) y en municipios del país como Versalles en el Valle del Cauca, Nocaima y la Vega en Cundinamarca, entre otros; su aplicación a otros municipios del país es escasa, no se tienen estudios de viabilidad de la aplicación de la estrategia, y los reportes de seguimiento y evaluación son pocos, básicamente de estudios de caso. Por lo anterior, se pretende identificar la viabilidad de la estrategia en el Municipio de Zipaquirá (Cundinamarca) analizando los soportes conceptuales de la estrategia, los factores estratégicos, la reforma del sector salud, las políticas internacionales y nacionales de promoción de la salud y la evaluación como elemento fundamental de las políticas públicas.

Los resultados de la investigación se convertirán en un punto de partida para la formulación de la estrategia y para determinar la viabilidad que tiene ésta en el contexto actual de nuestros municipios, además se convierte en la primera mirada que tiene la estrategia desde la ESAP y específicamente desde la Administración Pública como tema de reflexión y discusión desde la óptica de las políticas públicas.

Bajo las anteriores consideraciones, se hace necesario pensar si la estrategia de municipio saludable es viable en Zipaquirá, y si es posible pensar en “municipios saludables” en nuestro país dadas las condiciones actuales.

JUSTIFICACION

La investigación “Viabilidad de la Estrategia de Municipios Saludables: El Caso de Zipaquirá – Cundinamarca” permite establecer elementos de reflexión en el análisis de las políticas públicas saludables, orientadas por organismos como la OPS y apoyadas por el Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social), la Gobernación de Cundinamarca y el Municipio de Zipaquirá, y que en el balance actual solo obedecieron a políticas de gobierno de corto plazo y al liderazgo de algunos actores institucionales.

Es una investigación con implicaciones prácticas pues con los resultados obtenidos se pueden tener elementos de juicio para establecer si es posible, o no, que persista la estrategia de municipios saludables en el tiempo, en este caso en el municipio de Zipaquirá teniendo en cuenta sus características y contexto. Además se pueden dar soluciones a posibles interrogantes planteados por los actores políticos y de la administración pública local en cualquier fase de la política pública de la Estrategia de Municipio Saludable. Tiene valor teórico ya que al identificar y conocer algunos elementos conceptuales permite generar discusión y debate académico en lo referente a la estrategia como política y como agente potencializador del desarrollo local en nuestros municipios.

Finalmente la investigación tiene gran utilidad metodológica ya que se diseñó un instrumento de percepción de los ciudadanos frente a la estrategia, se adaptaron otros dos para aplicarlos a los actores institucionales⁴ teniendo en cuenta el contexto del municipio y la realidad del país y se realizaron entrevistas a actores que participaron en el diseño de la estrategia. En los instrumentos se tuvieron en cuenta aspectos como la participación, la sostenibilidad, el compromiso político, la intersectorialidad, la asociatividad, los proyectos y programas que refuerzan la estrategia, la construcción de redes, entre otros.

⁴ Funcionarios de la alta dirección de la administración local (Alcalde, Gerente de desarrollo social, Coordinadora del PAB y directivos locales), y 3 ex – servidores públicos del periodo 1998 – 2000.

El instrumento de recolección a los ciudadanos es único, ya que en la revisión documental realizada no existe uno similar al diseñado para la investigación y los existentes solo han estudiado la percepción de los actores institucionales o se han dedicado a analizar los factores que inciden en la estrategia desde lo institucional olvidándose de la importancia que tiene el ciudadano – usuario como receptor de las políticas y programas y como evaluador de las mismas. Los dos instrumentos restantes se le hicieron adaptaciones al contexto del municipio de Zipaquirá y a nuestra realidad nacional.

Por ultimo el estudio ofrece una aproximación a la viabilidad de la EMS como política pública proponiendo una serie de indicadores en sus instrumentos, realizando un acercamiento a una posterior construcción de escalas y metodologías de evaluación, sirviendo como soporte para futuras investigaciones en el campo de la Administración Pública.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Establecer la viabilidad de la Estrategia de Municipios Saludables como Política Pública en el municipio de Zipaquirá, desde el año de 1995 hasta la actualidad.

Objetivos Específicos:

- Estudiar las políticas internacionales y nacionales de la promoción de la salud para conocer su incidencia en la estrategia de municipios saludables.
- Determinar que factores estratégicos y elementos son los mínimos necesarios para la implementación de la estrategia de municipios saludables.
- Analizar la experiencia de la estrategia de municipio saludable en el municipio de Zipaquirá, utilizando los planes de desarrollo.
- Diseñar y adaptar instrumentos de evaluación para los actores institucionales y los ciudadanos que permitan valorar la estrategia.
- Analizar los datos obtenidos para determinar la viabilidad de la estrategia de municipios saludables en Zipaquirá.

CAPITULO I

PROMOCION DE LA SALUD Y MUNICIPIOS SALUDABLES

1. Presentación

En los últimos años la conceptualización sobre la salud ha evolucionado desde lo biológico a lo ecológico, por lo que admite una definición más integral que incluye la dimensión de lo social, diferenciando incluso el impacto de lo económico, lo político y lo cultural. La salud trasciende así las fronteras de los Estados, para ser incluida como un tema de la globalidad. Por tal razón los organismos internacionales encargados de fijar las políticas mundiales en salud concertan con los países de las regiones los proyectos, programas y planes que fijan acciones para dar cumplimiento a las metas de mejoría de la salud de las poblaciones del planeta.

“La salud es un tema social, económico y político y, sobre todo, un derecho fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia son el origen de la falta de salud y la muerte de la gente pobre y marginada” (OPS, 2005).

A nivel nacional las instituciones encargadas de la salud, y los profesionales que trabajan en el sector deben conocer las orientaciones y los compromisos que han venido adquiriendo los países, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de la población.

La estrategia de municipios saludables (EMS) en algunos de los países de la región y más específicamente en algunos municipios de Colombia fue adoptada desde el inicio de la década de los 90 y ha sido utilizada como un instrumento dinamizador del desarrollo local, no solo desde el sector de la salud sino desde otros sectores como el productivo, el educativo, medio ambiental, social y cultural. Por esta razón se considera a la EMS una estrategia integradora del desarrollo municipal posibilitando acceder a formas de

empoderamiento por parte de las personas sobre sus condiciones de vida, mayores oportunidades y libertades de las mismas, con un alto nivel de participación utilizando la descentralización con el fin de obtener mas autonomía en sus procesos.

2. Antecedentes

Los antecedentes de los Municipios Saludables (MS) se remontan a las declaraciones universales auspiciadas por organismos multilaterales como la UNESCO, la OMS y la OPS, como una estrategia⁵ para la promoción de la salud (PS)⁶ en la búsqueda de la equidad, el acceso a los servicios, desarrollo de políticas publicas saludables y la participación social.

La EMS fue inspirada en el movimiento europeo de Ciudades Sanas⁷, en el marco de la estrategia de Salud para Todos en el año 2000 de la OMS, en la carta de Ottawa y en la carta Europea del Medio Ambiente y salud a nivel local; en América Latina la impulsa la OPS y se desarrolla tomando diferentes nombres, tales como Cantones Saludables, Comunidades Saludables, Comunas Saludables, Municipios hacia la salud, Municipios saludables, adaptándola a las necesidades socio – políticas regionales y locales.

En América Latina el movimiento surgió como un efecto de las políticas sanitarias que emergieron en la década de los noventa en los países de la región, impulsado por la OPS, para alcanzar un nivel de salud en la población y por consiguiente mejorar el desarrollo. Simultáneamente estas directrices chocaron con otras políticas económicas nada

⁵ La estrategia es el medio que se utiliza para alcanzar unos objetivos y unos propósitos. Las estrategias hacen posible cumplir las políticas, algunos ejemplos son Atención Primaria en Salud, cofinanciación de proyectos y la cooperación internacional.

⁶ La Promoción de la salud es entendida como el proceso de permitir a las personas que incrementen su control de su propia salud y la mejoren, representa una estrategia de medición entre las personas y su entorno sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable. Además se concibe como un proceso político de permanente construcción de la capacidad para proteger y mantener la salud y controlar sus determinantes.

⁷ Esta iniciativa surge en el año de 1987 en Lisboa -Portugal en una reunión auspiciada por la OMS regional Europa, en la que participaron 21 ciudades y se establecen los criterios del Proyecto de Ciudades Saludables. La iniciativa de ciudades saludables involucra a los gobiernos locales en el desarrollo de la salud, a través de un proceso de compromiso político, cambios institucionales y construcción de capacidad, planes basados en alianzas y acciones concretas.

saludables exigidas en el ámbito norte – sur, que básicamente obedecen a las políticas “impuestas” por el Consenso de Washington en 1989⁸.

El concepto de espacios o ciudades saludables es una iniciativa que se remonta a la antigüedad los griegos⁹, aztecas¹⁰, romanos y en épocas mas recientes a los ingleses¹¹ y canadienses. Los avances en la salud pública y la medicina social en Europa del siglo XIX pusieron en evidencia la estrecha relación entre las condiciones sociales y ambientales en que vivía la gente y los factores determinantes en sus niveles de salud y enfermedad.

A partir de Canadá, la idea de ciudad saludable que también rondaba en la oficina de la Organización Mundial de la Salud de Europa (OMS/EURO), tomó forma y se inicio el movimiento de ciudades saludables en ese continente. Este hecho coincidió con el surgimiento de la nueva doctrina de Promoción de la Salud en la conferencia Internacional de Ottawa de 1986, considerando el hito más importante en la historia de la PS del siglo XX (Restrepo, 2004).

La estrategia de MS, es válida para cristalizar los principios de la democracia y descentralizar la toma de decisiones sobre los servicios a la población (Alessandro, 2002), y constituye una propuesta para alcanzar la promoción de la salud buscando lograr condiciones idóneas para una vida sana en el contexto comunitario y participativo, con la concertación de los diferentes sectores.

⁸ Williamson acuñó este término para codificar las políticas de liberación económica promovida por las instituciones financieras internacionales como parte de su estrategia de reformas estructurales, tendientes a extender el papel de las fuerzas del mercado.

⁹ Hipócrates en uno de sus trabajos incluía una sección titulada “aires, aguas y lugares”, en la que se destacaban las condiciones ambientales que influían sobre la salud y la calidad de vida. Dándole importancia a la ubicación de la vivienda, la proximidad al mar y a los ríos o pantanos, la influencia de los vientos y la calidad de agua potable, buscando un equilibrio entre la salud y el bienestar de las personas.

¹⁰ La ciudad antigua de los aztecas Tenochtitlan era la capital de una sociedad en plena evolución que poseía muchos de los atributos de una ciudad saludable. Situada en el valle en la región mas transparente, tenía agua potable en abundancia, en los caminos y en diversas partes de la ciudad habían letrinas públicas; los desperdicios eran enterrados en los patios o en tierras pantanosas, limpiaban las vías públicas.

¹¹ En el ayuntamiento de Exeter, en Inglaterra se constituyó, en 1844, la asociación por la salud de las ciudades cuyo propósito era introducir con ellos nuevas leyes que favorecieran mejoras de la salud pública. Henry Duncan en Liverpool Inglaterra en 1846 sentó las bases de una ciudad saludable.

En Colombia la estrategia nace en 1992 con las políticas de Promoción de la Salud, esta se desarrolla en el marco coyuntural de la nueva Constitución Política de 1991, apoyada en los procesos de descentralización, como instrumento de apoyo a la transformación de los sistemas municipales de salud, así como para estimular la cooperación, el compromiso y la participación de todos los sectores que componen la comunidad, en el propósito de mantener nuestros ambientes de vida y de trabajo saludables (Min. Salud – OPS). A pesar que el movimiento surge en 1992 se reconocen experiencias desde mucho antes en varios municipios, que partieron con estrategias de participación comunitaria y de Atención Primaria en Salud y que han tenido diversas dinámicas y resultados variables.

Colombia es considerada como pionera en la aplicación de la estrategia en América Latina y luego de unos avances iniciales importantes, especialmente los conferidos por la Ley 10¹² de 1990, tuvo una etapa de declive en el marco de la reforma a la salud con la Ley 100 de 1993. En 1996 en el gobierno de Andrés Pastrana se replantea la estrategia denominándola “Municipios Saludables por la Paz”, y hasta la actualidad existen experiencias importantes como el caso del municipio de Versalles, la Vega, Mesitas del Colegio, Manizales, Cali, entre otros.

3. Políticas Internacionales en Salud

En las últimas tres décadas, el mundo ha experimentado diversos y trascendentales cambios en los diferentes ámbitos que atañan las distintas naciones y a sus sociedades a nivel mundial. Los países han sufrido un proceso de vinculación transnacional de una manera más estrecha por medio del intercambio económico, la interacción de las finanzas internacionales, la transmisión de información y tecnología y de manera más relevante la movilidad de las poblaciones (migraciones, desplazamientos armados) con las respectivas consecuencias que a nivel económico y social este fenómeno produce.

En respuesta a la naturaleza cambiante de la problemática mundial, hay evidencia que demuestra un aumento significativo de los convenios y alianzas tanto bilaterales como multilaterales entre grandes naciones, así como la tendencia al establecimiento de

¹² La Ley 10 de 1990 reorganiza el Sistema Nacional de Salud.

convenios a nivel regional. Con el surgimiento de la integración e interacción entre países se abre campo el concepto de globalización. Este, incluye aquellos procesos que contribuyen a intensificar la interacción humana en un amplio rango de esferas: económica, política, social y ambiental; a través de las fronteras espacial, temporal y cognitiva que han separado a individuos y sociedades en el tiempo (Lee K, 2000). La salud no es ajena a este fenómeno. Veamos cómo se dieron consecutivamente desde los setenta las declaraciones y reuniones mas importantes en torno a este tema con sus respectivas estrategias, acciones y retos. (Tabla N°1).

Informe Lalonde

Realizado por el entonces ministro de salud del Canadá en 1974, este plantea que en la situación de salud de una persona, de su familia, de un grupo o de la sociedad, intervienen múltiples factores: los biológicos, los relacionados con el medio ambiente, los relacionados con los servicios de salud y los sociales, políticos y económicos. Al aumentar los campos de la salud se mejoran las condiciones ambientales y estilos de vida de las personas, tomando como eje principal la promoción de la salud (Malagón – Londoño. 2002).

Alma – Ata

La OMS ha sido un promotor de la Atención Primaria en Salud¹³ (APS) desde que adoptó este enfoque como un elemento central para alcanzar la meta de “salud para todos” en 1978 en la ciudad de Alma Ata, capital de Kazajstán, Rusia. La OPS más de un cuarto de siglo después de la Declaración de Alma Ata, la conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud afirmó las características fundamentales de la APS¹⁴ y lanzó una

¹³ La APS es una estrategia integral para el mejoramiento de la salud y la equidad, que se caracteriza por la orientación de todas las estructuras y funciones del sistema de salud hacia la consecución del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad social.

¹⁴ La APS en la declaración se definió como “la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como de desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos y la familia, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Blanco, R. Maya, M. 1997).

convocatoria para una “acción nacional e internacional urgente y efectiva que desarrollara e implementara la APS en todo el mundo” (OPS, 2005). La APS ha sido el eje central que orienta la organización y el contenido de los servicios de salud en países con el propósito de alcanzar para todas las personas del mundo un estado de salud que les permita tener una vida social y económicamente productiva, es decir que exista una relación o articulación entre la salud y el desarrollo socioeconómico de los pueblos.

La conferencia de Alma-Ata responde a un escenario de hegemonía norte – sur donde los países del tercer mundo presionaron por la situación de la salud en sus Estados, caracterizada por profundas desigualdades en las condiciones de vida de las poblaciones y en el acceso a la asistencia sanitaria; con la propuesta de APS como instrumento de cambio en el contenido y la organización de los servicios de salud, se propende por la equidad y justicia sanitaria desde una concepción holística de salud (Blanco, R. Maya, M. 1997).

David Tejada ex - subdirector de la OMS manifiesta que las condiciones que dieron origen a la meta social y política de "Salud para todos" y a la estrategia de la "atención primaria en salud", no solo subsisten sino que se han profundizado. Cada día se incrementan las inequidades y la injusticia social aumentando la población sin cuidado integral de su salud.

Las personas en estado de pobreza y miseria han crecido considerablemente y los recursos para salud y educación por parte del Estado Colombiano son cada vez menores, dedicándolos a otros aspectos como la seguridad. Los sistemas de salud todavía se dedican a la medicina curativa y no realizan acciones tendientes a mejorar la salud en todas sus dimensiones (ambiente, comportamiento humano, aspectos biológicos, sociales y económicos). Además el sistema de salud no se ha descentralizado en su totalidad y los municipios dependen de los niveles centrales y de la forma como se asignen los recursos, sin importar las necesidades de cada población en particular.

Desde la declaración de 1978 hasta la actualidad la APS en sus objetivos se ha desarrollado sobre un trasfondo de pobreza, desigualdad, exclusión social, inestabilidad económica y social que hace que se replanteen sus dimensiones, esto lo ha hecho la OPS

en su documento “Renovando la atención primaria de la salud en las Américas”, donde analiza los contextos globales y regionales en 1978 y en el 2004. (Tabla N°2)

Carta de Ottawa

Es la primera conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa Canadá el día 21 de noviembre de 1986. Allí comienza una nueva era en la defensa de condiciones necesarias para alcanzar la salud donde se incluyen la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, los ingresos, los ecosistemas estables, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad, siguiendo el objetivo de Salud para Todos¹⁵ en el año 2000. La conferencia tomo como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la declaración de Alma – Ata sobre atención primaria en salud.

Los participantes en esta Conferencia se comprometieron:

- A intervenir en el terreno de las políticas de salud pública y a abogar en favor de un compromiso político en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores.
- A oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, definiendo 105 medios y condiciones de vida malsanas, así como la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Centro especialmente su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas.
- A eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades.
- A reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; A apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; del mismo modo se comprometen a aceptar

¹⁵ La “SPT – 2000” inicio en 1974 en la Asamblea Mundial de la Salud, dada por las inequidades en salud y los servicios sanitarios entre los diferentes países. Luego en 1977 en Ginebra en otra asamblea con el anhelo de justicia y equidad social, surge como meta de los gobiernos y de la OMS un nivel de salud mas apropiado para la población de todos los países permitiéndoles trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven. Finalmente en Alma Ata se expresa como política dinamizadora de los procesos de cambio de la OMS.

que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general.

- A reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo.
- A reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posibles y a tratar de la cuestión ecológica global que suponen nuestras formas de vida. La Conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud, éstas son:

1. La abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas.
2. Facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud.
3. Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Con base en la carta de Ottawa para la promoción de la salud se pueden establecer, entre otras, las siguientes estrategias para el fomento de la salud con el fin de aplicarlas a los municipios o ciudades saludables. (OPS, 1997)

- Formulación de políticas públicas saludables, especialmente, de ordenanzas y acuerdos municipales para fomentar la salud.
- Participación y empoderamiento de las comunidades para lograr el bienestar.
- Fortalecimiento e incremento de las destrezas personales relacionadas con la salud.
- Reorientación de los servicios de salud.

Dentro de los retos que presenta la promoción de la salud para los municipios saludables están: lograr la participación máxima de las autoridades; facilitar la participación efectiva de la ciudadanía; movilizar a las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y lograr su articulación funcional óptima; convocar a los medios de comunicación como aliados fundamentales en este proceso, y desarrollar instrumentos y modelos cuantitativos

y cualitativos que permitan evaluar el proceso y los resultados de este movimiento para la salud y el desarrollo humano (Werna, H. 1995).

La carta de Ottawa fue una contribución a la comprensión de las estrategias de promoción de la salud y su aplicación práctica en muchos países y organizaciones del mundo han adoptado las orientaciones de la Carta y de esta forma ha habido progresos de los sistemas de salud en todo el mundo.

Reunión de Riga

Realizada en 1988 en Rusia y convocada por la OMS y la UNICEF, su objetivo fue examinar lo sucedido desde Alma Ata y las perspectivas para el año 2000, el producto de esta reunión fue el documento “Reafirmación de Alma Ata en Riga: declaración de adhesión renovada y fortalecida a la salud para todos en el año 2000 y más allá”. Algunos de los aspectos nuevos que resultaron de esta reunión fueron: mantenimiento de la salud para todos como meta permanente de todos los países y mas allá, renovación y fortalecimiento de las estrategias para lograr SPT-2000, intensificar la acción y la política a favor de la salud, colaboración intersectorial como fuerza en pro de la salud para todos, entre otras.

Conferencia de Adelaida

Celebrada en la ciudad de Adelaida en Australia en 1988 y convocada por la OMS, el tema central de esta conferencia fueron las Políticas Públicas Saludables, y definidas como “las que se dirigen a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable”, además se recalco en la equidad y la responsabilidad política de la salud. Se llamó la atención, sobre la necesidad de pedir cuentas a los que formulan las políticas públicas sobre su impacto en la salud (Restrepo y Málaga, 2001).

Conferencia de Sundsvall

Esta conferencia se celebró en Suecia en 1991, el tema tratado fue “Ambientes favorecedores para la salud”, en sus conclusiones, destacó la interdependencia entre la

salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones: físicas, culturales, económicas y políticas (Restrepo y Málaga, 2001).

Conferencia y declaración de Santa Fe de Bogotá

Esta fue organizada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Colombia, se celebró en noviembre de 1992 y tuvo la participación de todos los países de América Latina. El tema fue “Promoción de la salud y Equidad”. Los retos de esta fueron: Impulsar la cultura de la salud modificando valores, creencias, actitudes y relaciones que permitan acceder tanto a la producción como al usufructo de bienes y oportunidades para facilitar opciones saludables; transformar el sector salud poniendo de relieve la estrategia de promoción de la salud, lo cual significa garantizar el acceso universal a los servicios de atención, modificar los factores condicionantes que producen morbilidad e impulsar procesos que conduzcan a nuestros pueblos a forjar ideales de salud mediante la plena toma de conciencia de la importancia de la salud y la determinación de realizar acciones trascendentales de impacto en este campo y convocar, animar y movilizar un gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad.

Carta del Caribe para la Promoción de la Salud

Celebrada en 1993 en Puerto España, Trinidad y Tobago, fue elaborada y adoptada por la Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe organizada por la OPS/OMS y la cooperación Caribeña en Salud.

Las estrategias de esta carta fueron incrementar el bienestar de los pueblos del Caribe por medio de promoción de la salud utilizando acciones realizadas por las personas y las comunidades con el objeto de modificar los factores ecológicos y del comportamiento esencial y proporcionar sistemas eficaces y eficientes de Atención de la salud. Las estrategias que garantizarán la comprensión, planificación y ejecución de la clase de promoción de la salud que se adhiere a los principios de equidad en salud comprenden:

- Formulación de normas públicas saludables
- Re - orientación de los servicios de salud
- Potenciación de las comunidades para lograr el bienestar

- Creación de ambientes saludables
- Fortalecimiento e incremento de las destrezas personales relacionadas con la salud
- Construcción de alianzas, con hincapié en los medios de comunicación.

Declaración de Yakarta

La Conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta en julio de 1997, es la primera en celebrarse en un país en desarrollo y con la participación del sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción eficaz de la salud, reconsidera los factores determinantes de la salud y señala los derroteros y estrategias necesarios para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI.

La Declaración de Yakarta, sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, confirma que las cinco estrategias de la carta de Ottawa son indispensables para el éxito: estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países, identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Declaración de Medellín

El movimiento de Municipios y Comunidades Saludables en las Américas ha cumplido un papel determinante en la utilización y búsqueda de nuevas formas para impulsar la gran Meta de Salud para Todos, de esta región del mundo. El III congreso de las Américas de Municipios y comunidades Saludables, reunido en Medellín, Colombia, del 8 al 12 de marzo de 1999 y considerando que los deberes y los derechos de los ciudadanos son de real importancia en el desarrollo y la calidad de vida y que también para mejorar esta debe haber un compromiso de diferentes actores, siendo el municipio la célula político-

administrativa y la directamente responsable de las políticas sociales y teniendo en cuenta que se llega el nuevo milenio con los siguientes desafíos:

- Reducir la exclusión social.
- Reactivación del desarrollo económico para el beneficio del ser humano
- Protección de recursos naturales en función del desarrollo humano
- Búsqueda del respeto de los derechos humanos para enfrentar los diferentes tipos de violencia.
- Mejor calidad de vida en el siglo XXI

Declaran:

- Fortalecer la implementación de planes de desarrollo y los actores privados y públicos, mejorando de esta forma la utilización de los recursos.
- Crear políticas públicas saludables a partir de las necesidades de la población, para el mejoramiento de la calidad de vida teniendo en cuenta el marco de las políticas internacionales.
- Fortalecer el empoderamiento de las comunidades, por medio del aprovechamiento de sus potencialidades, buscando autogestión y autonomía.
- Revisar los actuales modelos económicos para permitir el crecimiento económico garantizando la equidad social, acceso a servicios, tecnología, adelantos científicos y culturales.
- Defender y fortalecer programas de protección del medio ambiente creando conciencia de los peligros de su destrucción.
- Impulsar intervenciones de diferentes sectores en el ámbito municipal dirigidas a los determinantes de los diferentes tipos de violencia.
- Combatir la corrupción y construir la ética civil desde el ámbito local.
- Evaluar los procesos y el impacto de municipios y comunidades saludables teniendo en cuenta el contexto social, político y epidemiológico.
- Procurar la convergencia de movimientos del ámbito municipal que tienen metas comunes.

Así como en otras partes del mundo también en América la propuesta de municipios saludables se ha extendido, una prueba de ello fue el III congreso de las Américas de municipios y comunidades saludables realizado en Medellín Colombia donde se reunieron

mas de 700 participantes de Latinoamérica a debatir diversos modelos. Con la firma de Medellín se buscó fortalecer el ámbito local, incluir en los planes locales de desarrollo el trabajo a favor de la salud, impulsar la participación activa de la sociedad y reforzar la intervención de otros sectores (Rev. Mexicana de Municipios Saludables N°2, 2000).

Objetivos para el nuevo milenio

En el año 2000 los Jefes de Estado y de Gobierno de 147 países y 42 ministros y jefes de delegación se reunieron en la Asamblea General de las Naciones Unidas para emprender la tarea de determinar cómo mancomunar sus voluntades y su compromiso de realizar un esfuerzo conjunto para revitalizar la cooperación internacional destinada a los países menos desarrollados y, en especial, a combatir decisivamente la pobreza extrema en el mundo. Se identificaron objetivos comunes de lucha contra la pobreza y el hambre, la reversión del deterioro ambiental, el mejoramiento a la educación y salud, y a la promoción de la igualdad entre los sexos, entre otros (CEPAL, 2005). El Gobierno Colombiano en consonancia con estos objetivos y con el propósito de mejorar el índice de desarrollo humano¹⁶ en su documento CONPES 91 de 2005 “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos del nuevo milenio – 2015” pone en consideración dichos objetivos para el país estos son: reducir la pobreza extrema y el hambre, lograr la educación primaria universal, promover la equidad de género y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad en menores de 5 años, mejorar la salud sexual y reproductiva, combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue, garantizar la sostenibilidad ambiental.

Estos objetivos del nuevo milenio obedecen al propósito de las Naciones Unidas de disminuir las inequidades sociales y lograr un mejor desarrollo humano para los países más pobres, objetivos que se relacionan con la propuesta de investigación ya que en la medida que los pueblos tengan mejor IDH y mayor equidad, por consiguiente tendremos ciudades y poblaciones mas saludables.

Declaración de Bangkok

¹⁶ El IDH fue propuesto por Amartya Sen y evalúa la salud, la educación y el ingreso.

La carta de Bangkok para la Promoción de Salud en un mundo globalizado realizada en agosto de 2005, muestra un balance de los impactos y desarrollos de la promoción en los últimos 20 años y de los desafíos para los próximos 15 años. Esta declaración enfatiza que la promoción de la salud esta basada en los derechos humanos y reconoce cinco principios clave que han guiado la promoción de la salud¹⁷:

1. La promoción de la salud es orientada por el contexto: La promoción de la salud requiere del conocimiento de la salud y sus determinantes, de la epidemiología, de aspectos socio-económicos, étnicos, y de género en los patrones de salud y enfermedad en las poblaciones, así como también de mecanismos efectivos para mantener y mejorar la buena salud para todos, tomando en cuenta los diferentes valores y prácticas históricas, religiosas y sociales.
2. La promoción de la salud integra las tres dimensiones de la definición de salud de la OMS: La promoción de la salud significa tratar la naturaleza tridimensional de la salud, en sus dimensiones física, social y mental. En muchos países y comunidades, también se hace evidente incluir una cuarta dimensión, la salud espiritual, dado su contexto cultural.
3. La promoción de la salud consolida la responsabilidad del Estado en la promoción de la salud: Todos los niveles gubernamentales tienen la responsabilidad y la obligación de proteger, mantener, y mejorar la salud de sus ciudadanos, y éstos necesitan incluir a la salud como un componente esencial en todas sus tareas, esto es, el desarrollo de la política y la prestación del servicio. Las personas tienen el derecho de tener iguales oportunidades de una buena salud y de bienestar.
4. La promoción de la salud abandera la buena salud como un bien público: La buena salud es benéfica para la sociedad como una unidad, para su desarrollo social y económico. Desde este punto de vista, la salud se convierte en un bien público y un componente importante de la moderna ciudadanía. Para tomar conciencia de que la salud se vuelve cada vez más interdependiente, existe la necesidad de asegurar que la salud también sea vista como un bien público global.

¹⁷ Tomado de la declaración de Bangkok publicado por la OMS. (2005) Global health promotion scaling up for 2015 - A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015.

5. La participación es un principio esencial en la promoción de la salud: La participación de las personas y sus comunidades en el mejoramiento y el control de las condiciones de la salud es un principio esencial en la promoción de la salud.

Las directrices de las declaraciones, cartas y reuniones de promoción de la salud han sido tomadas y adaptadas por el gobierno colombiano, específicamente por el Ministerio de Salud hoy Ministerio de la Protección Social.

Colombia es considerada como pionera en la aplicación de la estrategia en América Latina y luego de unos avances iniciales importantes, especialmente los conferidos por la Ley 10 de 1990, tuvo una etapa de declive en el marco de la reforma a la salud con la Ley 100 de 1993¹⁸. En 1996 en el gobierno de Andrés Pastrana se replantea la estrategia denominándola “Municipios Saludables por la Paz”, y hasta la actualidad existen experiencias importantes como el caso del municipio de Versalles, la Vega, Nocaima, Mesitas del Colegio, Manizales, Cali, entre otros.

4. Experiencias de MS en algunos países.

En la tabla 3 (ver al final del capítulo) se muestran las experiencias de países como Cuba, Colombia, México, Brasil, Chile, Argentina, España y Canadá. Se describen: el inicio de la estrategia, la estructura del Estado de cada país, los elementos esenciales (participación, descentralización e intersectorialidad) y las actividades que se han desarrollado.

Como se puede observar en la tabla los inicios de la estrategia o movimiento de ciudades, comunas o municipios saludables en los diferentes países se da a finales de la década de los 80 y comienzos de los 90's, a excepción de Canadá que surgió a mediados de la década de los 70. Su origen responde a las políticas internacionales de promoción de la salud y a los procesos internos de reforma de los Estados Latinoamericanos. Asimismo la estrategia se puede materializar en cualquier forma de organización del Estado ya sea socialista como en Cuba, social de derecho como Colombia, monarquía como Canadá,

¹⁸ El tema de la reforma se profundizara en un capítulo posterior.

República federal como Brasil, Argentina y México. Todas las formas de la estructura de los Estados son propicias para implementar el movimiento.

Finalmente, la descentralización, la participación y la intersectorialidad son características comunes en todos los países y son las que soportan la estrategia de municipios o ciudades saludables en los diferentes contextos.

5. Conclusiones

- Las estrategias de promoción de la salud se han afianzado y desarrollado desde la promulgación de la carta de Ottawa en 1986 con una perspectiva que busca la equidad, la solidaridad y la justicia social, bajo el empoderamiento de las naciones buscando la disminución de las desigualdades, mejorando el ingreso de las personas y propiciando por la autogestión de la salud individual y colectiva.
- La Estrategia de Municipios Saludables se basa en la conceptualización de la salud dada por la OMS y la OPS, con la intención de idear mecanismos para aplicar los principios y estrategias de la salud para todos a través de la acción local de los municipios y ciudades con el objeto que esos principios y estrategias ocupen el lugar apropiado en los programas de la administración local e impulsen el desarrollo de sus comunidades para alcanzar una mejor calidad de vida.
- La Promoción de la Salud tiene como estrategia fundamental los Municipios Saludables, como una forma efectiva de materializar la cultura de la “calidad de vida”, la estrategia esta orientada a mejorar el desarrollo local ya que se considera como la piedra angular del desarrollo humano donde confluyen todos los sectores de la administración municipal, junto con la participación de la sociedad civil.
- La Estrategia de Municipios Saludables surgió como una evolución de la promoción de la salud, involucrando la importancia y el impacto de las dimensiones socio – económicas, políticas y culturales sobre las condiciones de salud. La OPS en América Latina ha estado apoyando la estrategia y cada país le ha dado un perfil propio al movimiento generando una diversidad en la estrategia de acuerdo a las condiciones sociales, ambientales, económicas y culturales de cada país, con el objeto de promover la salud.

Tabla Nº 1 Lineamientos de Políticas internacionales en salud

POLITICAS	AÑO	LUGAR	RETOS	ESTRATEGIAS	ACTUALIDAD
INFORME DE LALONDE	1974	CANADA	Aumentar campos de salud. Mejorar condiciones ambientales y estilos de vida. Promoción de la salud.	Promoción de la Salud	En la actualidad se reconoce este como un hecho histórico muy importante para la promoción de la salud en el mundo.
DECLARACIÓN DE ALMA ATA	1976	ALMA - ATA	SPT 2000 Responsabilidad de sectores económicos. Compromiso de gobiernos.	APS SPT 2000	Ganancias en salud por actividades de Atención Primaria en Salud.
CARTA DE OTAWA	1986	OTAWA (CANADA)	Intervenir en la política de la salud pública y abogar a favor de la salud y equidad. Eliminar las diferencias y desigualdades entre las sociedades. Reorientar los servicios sanitarios.	Abogacía por la salud para crear buenas condiciones de salud. Facilitar que las personas desarrollen su potencial de salud. Mediar a favor de la salud de acuerdo a los intereses de la sociedad.	De promoción de la salud pasa a ocupar un espacio progresivo en la agenda política de muchos países. Progresos en sistemas de salud de todo el mundo.
RECOMENDACIONES DE ADELAIDA	1988	ADELAIDA (AUSTRALIA)	Proteger la salud de la mujer. Alimentación y nutrición. El tabaco y el alcohol. Crear entornos adecuados. Desarrollar nuevas alianzas en defensa de la salud.	Crear políticas que favorezcan la salud. Equidad, acceso y desarrollo. Crear responsabilidad de la salud. Avanzar más allá de la asistencia sanitaria.	Demostró el papel de la política pública en la resolución de los problemas de salud.

CARTA DE SANTAFE DE BOGOTA	1992	SANTA FE DE BOGOTA (COLOMBIA)	Recrear la estrategia de promoción de la salud en América Latina	Impulsar la cultura de la salud. Auspiciar la estrategia de promoción de la salud. Inculcar un compromiso social, para hacer de la salud una prioridad.	
CARTA DEL CARIBE	1993	PUERTO ESPAÑA, TRINIDAD Y TOBAGO	Estudiar las practicas existentes y establecer normas nuevas a fin de guiar las acciones sobre el campo creciente de la promoción de la salud.	Formulación de normas publicas saludables. Reorientación de los servicios de salud. Potenciación de las comunidades para lograr el bienestar. Creación de bienes saludables. Fortalecimiento e incremento de las destrezas personales, relacionadas con la salud y construcción de alianzas con hincapié en los medios de comunicación.	
DECLARA - CIÓN DE YAKARTA	1997	YAKARTA (INDONESIA)	Reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud y aplicar las estrategias.	Promover la responsabilidad social. Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud. Expandir la colaboración para la promoción de la salud. Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos. Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.	
DECLARA - CIÓN DE MEDELLIN	1999	MEDELLÍN (COLOMBIA)	Reducir la exclusión social. Reactivación del desarrollo económico para el beneficio del ser humano. Protección de recursos naturales en función del desarrollo humano. Búsqueda del respeto de los derechos humanos para enfrentar los diferentes tipos de violencia. Mejor calidad de	Fortalecer e implementar planes de desarrollo. Crear políticas saludables a partir de las necesidades de la población. Fortalecer el empoderamiento de las comunidades por medio del aprovechamiento de sus potencialidades. Defender y fortalecer programas de protección del medio ambiente. Evaluar los procesos y el impacto de municipios y comunidades saludables.	

			vida en el siglo XXI.		
DECLARACIÓN DE BANGKOK	2005	BANGKOK (TAILANDIA)	Identifica acciones, acuerdos y compromisos requeridos para manejar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, a través de la promoción de la salud. Hace especial énfasis en los derechos humanos, en la construcción de políticas, en la participación con las comunidades y sociedad civil.	Complementa y construye los valores, principios y estrategias de acción de la promoción de la salud ya establecidos por la Carta Ottawa para la Promoción de la Salud y las subsecuentes conferencias globales para la promoción de la salud las cuales han sido confirmadas por los Estados Miembro a través de la Asamblea Mundial de Salud.	Es la última declaración en PS y actualiza la carta de Ottawa de 1986 y busca mejorar la salud en el mundo.

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla podemos ver que todas las orientaciones de la OMS se fundamentan en la promoción de la salud como mecanismo para mejorar la calidad de vida de todos los habitantes del planeta, también se definen los compromisos que los diferentes países deben seguir para alcanzar ese “ideal” de salud suministrándole a la población mecanismos como la participación comunitaria necesarios para obtener un mejor bienestar.

Tabla N°2. Contextos globales y regionales de la APS

DIMENSIÓN	1978	2004
Demográfica	Población más joven; alta fertilidad; poblaciones tendiendo a ser principalmente urbanas (aunque con altos niveles de población rural).	Envejecimiento de la población; reducción de la fertilidad; fuertes corrientes migratorias; altos niveles de urbanización.
Epidemiológica	Predominio de enfermedades infecciosas, malnutrición y problemas de salud materna e infantil.	Problemas emergentes de salud como VIH/SIDA y SARS y una carga cada vez más compleja de enfermedades como las cerebro y cardiovasculares, cáncer, diabetes, hipertensión, hiperlipidemia, problemas de salud mental, violencia, abuso de drogas, lesiones y muertes por causas externas y la adopción de estilos de vida nocivos y comportamientos arriesgados.
Globalización	Flujo limitado de personas, comercio, tecnología y capital.	Crecientes actividades transnacionales en áreas tales como: economía, comercio, viajes, fuerza laboral, seguridad alimentaria, medio ambiente, tecnología, comunicación y medios publicitarios y política exterior.
Política	Guerra fría; Revolución Cultural China; establecimiento de un "Nuevo Orden Económico Internacional" para promover aquellos países menos desarrollados; dictaduras en muchos países de Las Américas; era post-colonial en El Caribe.	Fin de la era soviética; procesos democráticos en la mayoría de los países de Las Américas; aumento de la participación comunitaria y de la autodeterminación (aunque todavía insuficiente); crisis de gobierno y crisis política en muchos países; formación de bloques regionales (por ejemplo: Zona Euro, MERCOSUR, NAFTA).
Social	Pobreza y desigualdad en amplios sectores de la población mundial; grandes diferencias entre países desarrollados y en desarrollo.	Falta de progreso en la reducción de la pobreza; inestabilidad social debido a crisis políticas y económicas; gobernabilidad limitada; mejoramiento de los niveles de educación (aunque con grandes desigualdades); expectativas crecientes del público; ciudadanos mejor informados que demandan sus derechos; mujeres con mejor posición social (aunque persisten las desigualdades de género); aumento de violencia social y doméstica; aparición de movimientos sociales y de diversas organizaciones.
Cultural	Poca diversidad racial, étnica y cultural (más segregación).	Aumento de la diversidad étnica y cultural; poblaciones indígenas mejor organizadas que demandan sus derechos; reconocimiento de los descendientes africanos y de su patrimonio.
Económica	Crecimiento económico limitado; alta deuda externa; inflación elevada.	Crecimiento económico lento e inestable; crisis económicas y financieras en muchos países; crecientes desigualdades de ingreso; elevadas tasas de desempleo; estancamiento de la carga de la deuda.
Medio Ambiente	Grandes áreas preservadas e inexploradas.	Degradación progresiva del medio ambiente; pérdida de biodiversidad; contaminación de recursos vitales; cambios en los patrones climáticos.
Información y comunicación tecnológica	Información y comunicación tecnológica rudimentarias.	Expansión explosiva de Internet y otras innovaciones en las comunicaciones, tales como telemedicina, atención a la salud y registros médicos electrónicos.
Ciencia y Tecnología	Descubrimientos importantes en ciencia y tecnología (aunque menos accesibles avanzados que a la fecha).	Avances en diseño racional de medicamentos; técnicas de imagen; cirugía de mínima invasión; mapeo y pruebas genéticas; terapia génica; vacunas; hemoterapia; terapia regenerativa; ingeniería de salud y nanotecnología.
Contexto Institucional	Poco acceso a servicios básicos sociales y de salud; la mayoría de los servicios de salud son propiedad del	Mejoramiento en el acceso a servicios básicos y de salud (aunque con mayores desigualdades entre y dentro de los países); aumento de costos de los servicios de salud; reformas

	gobierno y están centralizados; muy poca participación del sector privado en la provisión de servicios; escasa coordinación entre los sectores económicos; poca participación de los ciudadanos en la toma de decisiones.	de salud impulsadas en parte por criterios externos (por ejemplo: descentralización, reforma del servicio civil, reducción de gastos gubernamentales); redefinición del papel del gobierno; débil liderazgo en las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP); mayor número de actores en el ámbito de la salud, incluyendo el sector privado con y sin fines de lucro; redes de expansión de las ONG's; "Fuga de Cerebros" del personal de salud; intervenciones de salud basadas en la evidencia; internacionalización de los sistemas de salud.
Agenda de desarrollo institucional	Escasa comprensión de los vínculos entre desarrollo y salud; menos actores en el área de desarrollo internacional.	Mejor comprensión de la relación entre desarrollo económico y salud; la salud tiene un lugar en la agenda de desarrollo internacional; mayor énfasis en estrategias de colaboración y alianzas, responsabilidad y evaluación del desempeño; surgimiento del concepto de productos de salud pública global; enfoque sobre equidad.

Tomado de: OPS (2005: 5).

Tabla N°3 Experiencias de países en Municipios saludables

EXPERIENCIAS DE MUNICIPIOS SALUDABLES				
	ARGENTINA	CHILE	ESPAÑA	CANADÁ
I N I C I O	En Agosto del 2000 se realizan las primeras jornadas de municipios saludables convocadas por el Ministerio de Salud de la Nación y la OPS. Concurrieron 40 municipios y 32 intendentes.	Valdivia 1993. Nació como proyecto de demostración de promoción de salud, fue inaugurado oficialmente por el presidente en abril de 1993 con motivo del día mundial de la salud. En Chile la estrategia se denomina Comunas Saludables	El 15 de abril del 2003, se formalizó una cooperación entre el Ministerio de Obras Públicas y la Federación Española de Municipios y Provincias, donde se aseguró la universalidad, equidad y calidad de los servicios públicos	Reporte La Londe 1974. Tuvo un efecto sobre la salud, que lideró indirectamente el movimiento de ciudades saludables, donde indicó que el mejoramiento de la salud en los siglos XIX y XX no fue el cuidado médico, sino una serie de cambios sociales y ambientales.
E S T R U C T U R A D E L	Argentina adopta para su gobierno la forma representativa republicana federal. El nivel administrativo intermedio está constituido por las provincias, las cuales conservan todo el poder no delegado por la Constitución al gobierno federal y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación. Las provincias se dividen en municipios.	Chile se define como una república democrática. El Estado es unitario y su territorio se divide en regiones. Su administración es funcional y territorialmente descentralizada, o desconcentrada en su caso, en conformidad con la ley. Para el gobierno y la administración interior del Estado, las regiones se dividen en provincias; mientras que las provincias se dividen en comunas, para los efectos de la administración local.	España se constituye en un Estado social y democrático de derecho. La forma política del Estado es la Monarquía parlamentaria. La Constitución se fundamenta en la unidad de la Nación española; asimismo reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre todas ellas. El Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas que se constituyan. Todas estas entidades gozan de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses.	Monarquía democrática constitucional. Sistema Federado. El territorio se divide en territorios y estos en provincias
D E S C E N T R A	En 1986 con el cambio de gobierno a democrático se inaugura una nueva política económica que incluyó la descentralización.	En Chile la descentralización ha tenido avances importantes, en los municipios se han consolidado como actores legítimos entre los dirigentes políticos y la ciudadanía. Aunque algunos autores expresan que este proceso no ha tenido avances.	La Federación de Municipios y Provincias agrupa a más de 6800 municipios que representan el 93% de la población española que a raíz de la descentralización están trabajando con la promoción de la salud.	El proyecto de ciudades saludables es llamado comunidades saludables para enfocarlo en el gobierno local. En 1998 cuatro Provincias Canadienses tenían redes de ciudades sanas con 300 miembros. Las redes son un espacio de participación de conocimientos y experiencias.
P A R T I C I P A	En la participación se conjugan los problemas locales con las políticas públicas donde la población, constituye la fuerza creadora para mejorar la salud individual y colectiva.	Desde el principio fue respaldado por el gobierno municipal y ha contado con un equipo propio para incrementarlo.	Desde 1999 dentro del plan de calidad el Ministerio de Administraciones Públicas viene desarrollando un programa de autoevaluación con un sistema de alianzas con todas las partes afectadas en donde no se puede avanzar sin la participación de todas ellas.	La red de comunidades saludables de Québec es la más grande y organizada en Canadá, en esta se ve la energía y entusiasmo del coordinador del proyecto y su personal, con la colaboración de las autoridades regionales de la salud y la comunidad en general.
I N T E R S E C T O	Los sectores participantes son: 1) El intendente Municipal y su gabinete. 2) El honorable consejo deliberante. 3) Las organizaciones comunitarias. 4) Personal del área de la salud. 5) Docentes o investigadores de las escuelas, universidades y centros de formación locales. 6) Ciudadanos interesados interesados en el desarrollo de la comunidad.	El proyecto fue orientado hacia la comprobación de la efectividad y eficiencia de la estrategia poblacional y multisectorial para la promoción de la salud. Existe un comité de planificación intersectorial encabezado por el Ministerio de Salud y la Asociación de Municipios.	En los municipios las iniciativas de cooperación interadministrativa aportan mecanismos para la implementación de programas conjuntos. Es un sistema de alianzas que permite orientar mediante las experiencias y técnicas.	Está organizado por tres asociaciones y es llevado a cabo fuera de las oficinas de la Asociación Nacional de Planeadores Urbanos. Su enfoque no es exclusivamente en las ciudades pero si en todos los tamaños de gobiernos locales. Está abierto a toda la comunidad que desee unirse.
A C T I V I D A D E	El Concejo Federal de Salud (COFESA) hace planes para mejorar la calidad de vida mejorando eficiencia médica evitando riesgos de muerte con la promoción y protección de la salud y prevención de las enfermedades.	Prevención de factores de riesgo especialmente en accidentes de tránsito. Programas de educación escolar. Actividades en el entorno laboral. Apoyo en los servicios de salud y de protección Ambiental.	Difundir el proyecto de ciudades saludables a través de publicaciones y todos los medios de comunicación. Desarrollar las vías de diálogo con todas las asociaciones vecinales, padres de familia, alumnos, consumidores, club de jubilados, colectivos profesionales y específicos, para contar con la participación de todos en este objetivo común.	Crecimiento económico. Reducción del tamaño familiar. Mejoramiento de la agricultura y procesamiento de la comida enfocada a mejorar la nutrición. Mejoramiento de higiene y saneamiento. Mejores condiciones de vida y trabajo. Inmunización y cuidado médico.

EXPERIENCIAS DE MUNICIPIOS SALUDABLES				
	CUBA	COLOMBIA	MÉXICO	BRASIL
I N I C I O	Cienfuegos 1989_Parte de una propuesta del sector salud, por el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles.	Manizales 1986. Se inicia por la descentralización política en Colombia. Versalles 1987. La problemática social por la situación económica, produjo migración campesina. Narcotráfico, desempleo y violencia.	Se inició con el apoyo político de la secretaria de salud que consiguió extender la idea a once municipios en 1993 y a unos 150 municipios en 1994. Actualmente la estrategia tiene un revista de municipios saludables.	Surgen por los fuertes procesos de descentralización.
E S T R U C T U R A D E L T E R R I T O R I A L	Cuba se define como un Estado socialista de trabajadores, independiente y soberano, organizado con todos y para el bien de todos, como república unitaria y democrática. El territorio nacional, para los fines político-administrativos, se divide en provincias y municipios. La ley puede establecer, además, otras divisiones. A abril de 1999, el país está dividido en 14 provincias, un municipio especial y 169 municipios	Colombia se define como un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista. La Constitución establece que son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas. Señala que la ley puede darles el carácter de entidades territoriales a las regiones y provincias que se constituyan en los términos de la Constitución y de la ley.	República representativa, democrática, federal, compuesta de estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior; pero unidos en una federación establecida según los principios de la Constitución Política. Los estados de la Federación adoptan, para su régimen interior, la forma de gobierno republicano, representativo, popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa, el municipio libre conforme a las bases siguientes: cada municipio es administrado por un ayuntamiento de elección popular directa y no hay ninguna autoridad intermedia entre éste y el gobierno de Estado.	Brasil adopta para su gobierno la forma de República Federativa. La organización político administrativa comprende la Unión, los Estados, el Distrito Federal y los municipios, todos autónomos en los términos de la Constitución. Los territorios federales integran la Unión, y su creación, transformación en estado o reintegración al estado de origen es regulada por ley complementaria.
D E S C E N T R A L I Z A C I Ó N	Esta experiencia de cienfuegos se extendió a otros once municipios en Cuba, con su gobierno municipal.	La ley 12 de 1986 establece la descentralización política administrativa de los municipios. En 1987 el decreto N° 77 define el estatuto de descentralización municipal y confiere una serie de responsabilidades al ente municipal en materia de salud y saneamiento básico entre otras.	México tuvo un desarrollo muy intenso de "Municipios por la Salud" dado que la descentralización y por ende su marco político local ya estaba muy avanzado.	Para el proceso de descentralización fue de gran importancia el legado de la centralización y su influencia en la capacidad administrativa de los gobiernos locales, así como la heterogeneidad de los municipios brasileños.
P A R T I C I P A C I Ó N	En septiembre de 1992 participó en el encuentro América - Europa, sobre ciudades y municipios saludables.	Un componente muy fuerte es la participación comunitaria que ya es un proceso consolidado. Su fortaleza se ha demostrado con sus logros, al respeto y prestigio que han ganado.	Se caracteriza por la intencionalidad de promover el desarrollo social y bienestar de la población en forma positiva de los diferentes sectores sociales. Formaron campos de trabajo que abarcan los aspectos fundamentales.	Participación activa de la comunidad. Hasta 1998 mas de 12 distritos participaban activamente. Las personas encargadas de la estrategia tienen adiestramiento en la elaboración y ejecución de planes de acción y existe un comité de seguimiento y evaluación.
I N T E R S E C T O R I A L I D A D	El problema se abordó implicando a todos los sectores de la comunidad.	Se vió fortalecida por la reforma de la seguridad social, que generó espacios de participación e instituyó programas de promoción y prevención, utilizando la equidad como uno de los principios básicos.	Tiene el apoyo todas las entidades estatales y de salud con sus diferentes enfoques y prioridades.	Tanto el sector público, privado y la academia han trabajado mancomunadamente para mejorar el desarrollo local utilizando la estrategia de municipios saludables.
A C T I V I D A D E S	Programas educativos a nivel escolar, preescolar y primaria. Proyecto de comunicación social. * Acciones para mejorar la alimentación y nutrición. Mejorar el entorno ambiental.	Adoptar mecanismos para mejorar la cobertura en el acceso a la educación primaria y vocacional. Mejorar condiciones ambientales. Impulsar la participación comunitaria. Programa de atención a todos los grupos de edad. Protección de zonas de alto riesgo.	Acciones en la salud ambiental. Acciones en las enfermedades crónicas y en accidentes. Alimentación accesible, adecuada y completa. condiciones óptimas de empleo y trabajo. Mejora de vivienda y urbanismo. Fomentar estilos de vida saludables. Atención a los niños, ancianos, indígenas. etc.	En 1996, Campionas ganó el Premio de Día Mundial de la Salud, por su plan de seguridad alimentaria, proporcionar salarios mínimos a los hogares pobres y mejoramiento de programas de cuidado infantil.

Fuente: Elaboración Propia

CAPITULO II

REFORMA EN EL SECTOR SALUD COMO CONTEXTO POLÍTICO SOCIAL

1. Presentación

En el presente capítulo se realiza una revisión del concepto de salud, de los antecedentes de la reforma en salud, los actores que participaron en la reforma, el sistema de seguridad social en salud, la salud como un bien público, la salud como un derecho, la reforma y municipios saludables y se culmina con algunas conclusiones sobre la reforma en nuestro país.

En América Latina en los últimos 25 años se han producido números esfuerzos dirigidos a introducir cambios en la organización y el financiamiento de los sistemas de salud, así como en lo institucional. Estos cambios, conocidos como reformas del sector de la salud, han sido diversos y, por lo general, forman parte de procesos más amplios de transformación de la vida económica, social y política de los países y de la modernización del Estado (López - Acuña, et al. 2000).

En la década de los 90 se implementaron en algunos países de América Latina una serie de reformas a los sistemas de salud que buscaban la privatización de los hospitales, el desmonte de las estrategias de atención primaria, la disminución del gasto, el montaje de sistemas de aseguramiento para mejorar la cobertura y la consolidación de la salud como un “mercado” con alta eficiencia y rentabilidad económica, pero con una pobre e insuficiente conservación y desarrollo de la salud.

La reforma en Colombia ha traído como consecuencia la entrega de la salud al mercado “privado”, el cierre de los hospitales públicos, al deterioro de la calidad en la prestación de los servicios, la pauperización de los salarios de los trabajadores de la salud y el deterioro de la salud pública¹⁹ y colectiva²⁰.

¹⁹ La Salud Pública es la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que vas más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad. (Muñoz F. et al. 2000)

La reforma del sector salud se produce en el marco de profundas transformaciones económicas, políticas y sociales, y por ello se destacan las reformas del Estado²¹, la ciudadanía y las políticas públicas sociales. La reforma del sector de la salud está inmersa en las tendencias propias de las políticas públicas, es una expresión de las mismas y en Colombia es la mejor representación de los fundamentos, características, concepciones y mecanismos más utilizados para llevarlas a cabo.

El objetivo de las reformas en salud es estructurar el sistema de salud con un sentido y una dirección que ofrezcan oportunidades a los excluidos, cubrir a los más necesitados, corregir las fallas de equidad, de acceso a los servicios y de financiamiento del sector.

Las motivaciones que han impulsado las reformas se han centrado en algunos elementos de gestión y en ciertos aspectos relacionados con la eficiencia económica. En la práctica, las cuestiones de equidad, protección social y salud pública han quedado relegadas a un segundo plano. La calidad de atención y, más concretamente, el modelo de atención han sido temas marginales en los debates sobre las reformas en la mayoría de los países. (López - Acuña, D. et al. 2000).

La relación entre reforma y municipio saludable es muy tenue ya que al tener un sistema de aseguramiento dominado por el mercado y al debilitarse la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hace que la estrategia no se pueda aplicar porque depende en gran medida de la promoción de la salud. Así mismo con el PAB (plan de atención de

²⁰ La Salud Colectiva es entendida como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideologías, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los procesos de reforma en salud (Granda, E. 2004).

²¹ Se consideran tres generaciones de reforma del Estado: La primera o de **reformas estructurales** (autolimitación del Estado), se caracterizó por la reducción de la intervención del Estado en la economía y en sus dimensiones. Los resultados de esta fueron desaceleración del desarrollo económico, creciente desempleo, reducción de los salarios reales, menores gastos del gobierno. La **segunda generación** de reformas (un Estado mejor) se dieron en la segunda mitad de los años noventa ya que las promesas de las reformas estructurales prescritas en el marco del Consenso de Washington no se cumplían al pie de la letra. Esto llevó a un nuevo programa prescriptivo en torno a lo que se ha dado llamar reformas de segunda generación, con la idea de que el contexto institucional es de la mayor importancia para el buen funcionamiento de los mercados. La tercera generación se propone una **reforma política** robusteciendo las instituciones democráticas, fortaleciendo la descentralización y los gobiernos locales, generando políticas sanas y equilibrio fiscal.

básica) que es competencia del orden local, lo desarrollan por contratación con terceros que en muchas ocasiones desconocen el contexto municipal y las acciones que aplican se centran en capacitación. Estas acciones generalmente carecen de trabajo intersectorial desarticulándose de los principios de la promoción de la salud.

2. ¿Que es la salud?

La palabra salud tiene su origen en las raíces latinas²² “salus”, “sanitas” y “salutare” independientemente de sus orígenes, encierra distintos aspectos de la vida individual y colectiva, de la moral y los valores, y de las políticas relacionadas con un Estado o sociedad. Por tanto, la salud es una variable que cruza todas las sociedades siendo fundamental en el desarrollo de los pueblos, por lo que su análisis es ineludible para cualquier comunidad académica. Este análisis se complejiza en la medida en que el concepto de salud es producto de un momento histórico cultural, en que se manifiesta la experiencia de un colectivo, mostrando la pluralidad del concepto como construcción social (U. Rosario, 2003).

El concepto de salud tiene distintos enfoques y dimensiones²³, se puede entender como la unidad, salud – enfermedad colectivos, haciendo contraste con el enfoque clásico de la salud pública, lo que implicara abarcar los procesos naturales (mediante la aplicación del conocimiento de las ciencias naturales) y los procesos sociales, políticos e históricos (mediante la aplicación del conocimiento de las ciencias sociales). La medicina reduce el problema de la salud a términos de enfermedad biológica del individuo lo que conlleva limitaciones para el proceso de generación de conocimientos sobre salud – enfermedad colectiva, al darle prioridad en el terreno metodológico a las ciencias naturales desarticulándolo de la realidad social, y al orientarla en la generación del conocimiento hacia explicaciones parciales en el campo biológico individual imposibilitando descubrir sus características y determinantes (sociales, ambientales, económicos, políticos, culturales, entre otros).

²² La primera es la raíz latina “salus” que se refiere al buen estado físico y moral, así como a la preservación de los bienes y derechos; la segunda raíz latina es “sanitas” que se refiere al buen estado del cuerpo y del espíritu; y por último, la tercera raíz es “salutare” que significa sanar para saludar (Universidad del Rosario, 2003).

²³ Apuntes de la profesora Diana Morales, hacia un marco conceptual de la salud (2005).

“Para el tratadista Javier Hervada, la salud es el derecho del hombre a mantener y conservar del mejor modo posible su existencia humana, su vida plena, su salud corporal, su ser de hombre, que es el requisito indispensable para poder llegar a ser lo que está llamado a ser” (Paredes, N, 2003).

La región europea de la OMS ha propuesto definir la salud como “El grado en que una persona o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y de enfrentarse adecuadamente al ambiente. La salud, por lo tanto, debe considerarse como un recurso mas de la vida cotidiana y no como un objetivo en la vida; es un concepto positivo que engloba tanto recursos personales y sociales como capacidades físicas” (Starfield, B. 2000). Esta definición propuesta por la OMS tiene una visión holística y es la que se toma en el presente trabajo de investigación ya que incluye los diferentes aspectos de la salud y sus determinantes.

3. Factores Determinantes de la Salud

Como se ha venido mencionando en párrafos anteriores la salud trasciende lo biológico y está influenciada por diferentes aspectos que la afectan positiva o negativamente según el contexto, estos factores determinantes son (OPS – OMS, 2000).

Ingreso y posición social: no se trata de la cantidad de riqueza sino de su distribución relativa, junto con el control que les da a las personas sobre las circunstancias de su vida y su capacidad para tomar acción.

Redes de Apoyo Social: la ayuda y el estímulo que las personas reciben (o al que saben que pueden recurrir en caso de necesidad) para hacer frente a situaciones difíciles y mantener su sentido de efectividad frente a las circunstancias de vida.

Educación: combinación de la información y las aptitudes pertinentes y significativas que ponen a las personas en condiciones de hacer frente a los retos diarios y les permiten participar en su comunidad por medio de las oportunidades de empleo y las actitudes voluntarias.

Empleo y condiciones de trabajo: condiciones de empleo significativo, estabilidad económica y un ambiente de trabajo, propicio para la salud.

Entornos físicos: combinadas con otras condiciones para llevar una vida segura en las comunidades.

Características biológicas y dotación genética: las capacidades fisiológicas, anatómicas y mentales con que las personas nacen, desarrollan y declinan naturalmente a lo largo del ciclo de vida.

Hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación: acciones por medio de las cuales las personas pueden prevenir enfermedades y promover el autocuidado, hacer frente a los retos y desarrollar su autosuficiencia, resolver problemas y optar alternativas que mejoran la salud.

Desarrollo del niño sano: experiencias positivas en la etapa prenatal y la primera infancia.

Servicios de salud: la vinculación de servicios preventivos y de atención primaria accesibles, incluidos los programas de atención y bienestar del bebé, las inmunizaciones y los programas de educación de salud.

Así pues el concepto de salud es la resultante de una compleja interacción de variados factores que hacen que su estudio trascienda lo biológico y por tal razón su análisis se realice desde diferentes perspectivas como la cultural, la social y la económica.

4. Antecedentes Internacionales de la Reforma en Salud

Los procesos de reforma de los sistemas nacionales de salud en América Latina surgieron de las presiones, directrices y principios de los organismos internacionales, la banca multilateral (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional) y las agencias sanitarias internacionales (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud).

Los países de América Latina estaban pasando por la crisis de la deuda externa, adquirida en décadas anteriores (70's y 80's), cuyos dineros estaban destinados al gasto público, este fue un terreno propicio para que los organismos multilaterales especialmente la banca "impusiera" o implementara las reformas en el sector de la salud cuyo propósito era introducir una economía de libre mercado.

El Banco Mundial, en 1985 publicó un documento donde manifestaba el interés de reformar el sector de la salud basado en el diagnóstico de problemas de asignación, eficiencia y equidad. Los lineamientos se centraban en políticas de desmonte de la protección del Estado, apertura económica, liberación de los mercados, focalización de los recursos públicos, inclusión de recursos privados en el sistema, estímulo de creación de seguros y manejo social del riesgo.

Simultáneamente, la OMS y la OPS, perdieron protagonismo ya que sus prioridades se alejaban de las propuestas del Banco Mundial, acomodándose a las políticas del sector financiero, dedicando sus acciones hacia la salud pública en campañas contra el hambre, control de la natalidad, de epidemias, salubridad ambiental, entre otras.

En el informe sobre salud del año 2000²⁴ el Banco Mundial toma tres Generaciones de Reformas de los Sistemas de Salud que se han dado durante el siglo XX. **La Primera Generación** (década del 40 hasta finales de los años setenta) se caracterizó por la creación de sistemas nacionales de atención sanitaria y por la extensión a los países de ingresos medianos de los sistemas de seguro social, principalmente en los años cuarenta y cincuenta en los países mas ricos y un poco después en los más pobres. **La Segunda Generación** (finales de los setenta hasta finales de los ochenta) surge con la necesidad de hacer los sistemas más eficaces en función de los costos, más equitativos y más accesibles, por tal razón el enfoque de estas reformas fue la promoción de la atención primaria de salud para alcanzar la cobertura y acceso a toda la población. Los compromisos se orientaron a que todos los habitantes recibieran un mínimo de servicios de salud, alimentos, educación, junto con el suministro de agua potable y saneamiento básico. En la **Tercera Generación** de las Reformas (desde finales de los ochenta y comienzos de los noventa) que en la actualidad esta en marcha en muchos países Latinoamericanos se caracterizan por incorporar la demanda de los usuarios a los servicios, con el propósito de lograr el acceso para los pobres por medio de los subsidios y

²⁴ En el informe se examinan cuestiones relativas a la evaluación del desempeño de los sistemas de salud nacionales que procuran conseguir tres objetivos generales: buena salud, capacidad de respuesta a las expectativas de la población, y equidad de la contribución financiera.

focalizando las políticas de acuerdo a los recursos financieros, es decir obedeciendo a las “leyes del mercado”.

5. Antecedentes Nacionales de la Reforma en Salud

En Colombia a partir de 1913 se institucionalizó la salud pública²⁵, creándose servicios de prevención e higiene pública²⁶. En 1936 se crea el Ministerio de Salud Pública y se incluyó como responsabilidad del Estado la asistencia pública en salud. En 1945 se crea la Caja de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (hoy Instituto de Seguros Sociales -ISS) que atendía a los empleados del sector privado formal. Con la creación del ISS se introduce el sistema de aseguramiento fundamentado en la relación laboral, tomado del modelo de Bismarck²⁷.

En 1975 se dio origen al Sistema Nacional de Salud (SNS), consolidándose la política de “asistencia pública”, en este periodo, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país. Con la aprobación de la Ley 10 de 1990 y con la

²⁵ En Colombia se reconocen cinco periodos importantes de la salud pública: **el primero** es el modelo higienista que va desde la promulgación de la Constitución de 1886 hasta 1950, caracterizado por la provisión de salubridad pública que se limitaba atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa era financiada por los usuarios y instituciones religiosas de caridad; **el segundo** la salud pública importada desde 1948 hasta 1957, caracterizado por tomar las recomendaciones de las misiones médicas americanas Humphreys y Lapham, en este periodo se crea el Ministerio de Higiene; **el tercero** es salud y desarrollo, desde 1958 hasta 1974, en esta etapa se produce la vinculación entre salud y desarrollo, se le dio importancia a los procesos de planificación centralizada y ajustada al mundo capitalista caracterizado por la influencia del modelo Cepalino y los modelos desarrollistas, en esta se crea la APS; **el cuarto**, se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud (1970 – 1989), bajo el esquema de subsidios a la oferta, ya que los recursos del gobierno central eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias, con este sistema se crea un esquema tripartito de financiación (Estado – Empleadores – Empleados); y **por último**, la salud como servicio público, desde 1990 con la expedición de la Ley 10 hasta la actualidad, hay dos hechos que marcaron los cambios institucionales en este periodo, el primero interno la Constitución Política de 1991 y el segundo las reformas estructurales orientadas desde el Consenso de Washington, estas situaciones dieron origen a la Ley 100 de 1993.

²⁶ Con la Ley 33 de 1913 se crea el Consejo Superior de Sanidad y las juntas departamentales de higiene y salubridad, en 1918 se le denominó Dirección Nacional de Higiene.

²⁷ El sistema Bismarckiano o modelo de sistema de seguridad social, se caracteriza por un protagonismo no tan estatal, con gestión descentralizada y una organización basada en la regulación y en la planificación. En este los trabajadores constituyen un fondo de reserva que sirve para cubrir, en caso de necesidad, los gastos de salud, y para garantizar un ingreso mínimo cuando la persona no pueda trabajar.

Constitución Política de 1991 se da origen a la salud como servicio público y se crea el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) a partir de la Ley 100 de 1993.

En el modelo “higienista” la higiene pública tenía a cargo los programas para las enfermedades epidémicas y saneamiento ambiental, la salud era de carácter centralista bajo la responsabilidad del Estado. La higiene era concebida ante todo como educación y por lo tanto los programas estaban enfocados hacia esta.

Con la creación del ISS quedan cubiertas las enfermedades no profesionales y la maternidad, invalidez y vejez, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y la muerte. También quedó establecido que los recursos para el cubrimiento de las prestaciones y los gastos del instituto, se obtenían mediante la triple contribución de los asegurados, los patronos y el Estado.

El SNS era un sistema centralizado en el Ministerio de Salud que dirigía, planificaba y ejecutaba las políticas de salud con el apoyo de los servicios seccionales de Salud. Contaba con tres componentes: el subsistema de seguridad social, el subsistema privado y el subsistema público de atención. Este sistema creado bajo la lógica de la “asistencia pública”, tuvo un gran desarrollo entre 1957 y 1974, lo cual contribuyó parcialmente al cumplimiento del compromiso internacional aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud en 1975 consistente en alcanzar la “Salud para todos en el año 2000” (Garay, L. Rodríguez, A, 2005).

Los antecedentes más recientes de la reforma de los sistemas de salud en Colombia son: el estudio sectorial de salud, realizado en 1988 – 89 por el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación, que convocó a un grupo de expertos para definir una imagen - objetivo del sector de la salud. Esta imagen planteó un sistema de cobertura universal que garantizara el derecho a la salud, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En 1990 con la Ley 10, se estableció en el marco de la descentralización sectorial que la salud es un servicio público a cargo del Estado y

luego con la Constitución Política de 1991, que consagró el derecho a la salud²⁸ y a la seguridad social y dio origen a la Ley 100 de 1993, estableciendo un sistema de seguridad social en salud con vocación explícita de cobertura universal, bajo los principios de equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y participación social (Yépez L – Sánchez G, 2000).

La reforma del SNS en Colombia y en la mayoría de los países de América Latina se enmarcan en procesos de carácter político, económico y social, en los que se destacan el nuevo modelo de Estado y nación, la crisis fiscal de los 80's²⁹ y por ende la crisis del Estado de Bienestar, esto debido a las políticas expansionistas de la economía y a la globalización, que acentuaron los problemas de la pobreza y la desigualdad. En este aspecto Mario Hernández afirma que el modelo “creció junto con la globalización tecnológica y financiera del capitalismo, la crisis del socialismo real y del Estado de Bienestar, y la hegemonía del neoliberalismo” (2001: 59).

6. Actores Nacionales de la Reforma

La reforma en Colombia iniciada a finales de la década de los ochenta e inicios del noventa respondió a intereses y posiciones de actores internacionales y en lo nacional a la adaptabilidad del Estado, políticos, movimientos, agremiaciones, ONG's, entre otros. Todos estos con una gran diversidad de posiciones y propuestas algunas de ellas contradictorias que originaron un modelo de salud complejo reflejado en la estructura del SGSSS.

En el siguiente esquema (tabla N^o4) se toman algunos de los actores, con sus posiciones e intereses que tuvieron que ver con la reforma:

²⁸ Este es un derecho fundamental por conexidad con el derecho a la vida (Artículos 48 y 49 de la CP de 1991). A pesar de los avances constitucionales es preciso aclarar que se consagra el derecho a la atención en salud pero no el derecho a la salud en el sentido amplio de su significado, que no se agota en la prestación de los servicios curativos y que tiene en su esencia una concepción de completo bienestar (Paredes, N. 2003: 48).

²⁹ La década de los años ochenta para América Latina es considerada como la década perdida, ya que los países no obtuvieron un crecimiento en su desarrollo importante, por lo contrario algunos decrecieron.

Tabla N° 4. Actores de la Reforma en Colombia

ACTOR	CARACTERÍSTICAS	LOGROS	POSICIONES Y PROPUESTAS
Movimiento Obrero	Débil y fracturado. Escaso poder político	Participan en la Asamblea Nacional constituyente en el debate de la seguridad social. Presentan un proyecto de Ley que pretendía conservar los derechos adquiridos por sectores, así como la universalización de la seguridad social.	Mantener el ISS Proponer un Sistema de Seguridad Social Integral
Partidos Tradicionales	Escasa legitimidad Surgen facciones dentro de los partidos	Logran expresarse en los debates y presentar sus diferencias.	Incluir salud en la reforma, separar pensiones de salud, privatizar salud con sistema de seguros o medicina prepagada (Grupo conservador)
Poder Ejecutivo (samperistas)			Reforma del ISS basada en la ampliación de sus servicios y coberturas, y en el mejoramiento de eficiencia y financiación.
Poder Ejecutivo (gaviristas)	DNP, Ministerios de Hacienda y Trabajo. Aseguramiento mercado regulado, público – privado, con subsidio a la demanda.	Creación de fondos privados en el sistema pensional.	
Izquierda (AD- M19)	Sistema único de aseguramiento. Se debilita en la parte final del debate.		Municipios Saludables Seguro Universal de salud de corte socialdemócrata y liberal.
Ministerio de Salud (AD-M19)	Proyecto de seguro Universal de salud.		Seguro nacional de salud, administrado por el Estado.
Sector Financiero	Viene en proceso de expansión y participa ya en el campo de salud (medicina prepagada). Acemi (su asociación) contrata expertos en el modelo chileno.	Principal promotor del modelo neoliberal en salud	Liberación del mercado mediante el debilitamiento del ISS y las cajas de previsión.
Gremio Médico	Mejorar la eficiencia del ISS o acabarlo, ampliar contratación con prestadores privados (ASCOFAME). Conservar ISS, separar salud de pensiones, privatización (ASMEDAS). Profundizo su fraccionamiento.	Ausencia de los médicos en el proceso de la reforma.	La academia se concentro en el problema de la dignidad del acto médico. La Federación Médica, que manejaba la medicina prepagada, apoya la idea de abrir la salud al mercado. ASCOFAME propone el fortalecimiento del ISS y de los hospitales.
ONGs	De diversas corrientes políticas		Se centran en lo local y descuidan el proceso nacional. Se comprometen con la creación de empresas solidarias de salud.

Fuente: Garay, 2005. Hernández M, 2002 y elaboración propia.

7. La salud como un bien o servicio público

Los bienes públicos son aquellos que cumplen estrictamente con las propiedades de no rivalidad y de no exclusión ya que en este tipo de bienes las fuerzas de mercado no podrían asignarlos de manera eficiente. Un bien es excluible cuando es posible impedir que lo utilice otra persona, y presenta rivalidad en el consumo cuando su uso por una persona disminuye la cantidad disponible para otra. Es decir, que una vez producida una cantidad determinada de un bien público puro, dicha cantidad puede ser consumida simultáneamente por todos los individuos.

Dentro de los procesos de globalización y en el marco actual de los objetivos del nuevo milenio la salud es considerada como un servicio público³⁰. Para los “Neoliberales” la salud constituye un bien económico, pero es a todas luces un bien muy especial y particular en cuanto a sus características tanto en lo individual como en lo social. Al entender la salud desde la óptica social o colectiva, se puede considerar como parte del capital social ligado al crecimiento y desarrollo de las sociedades, y como tal el concepto pasa a ser considerado como un bien meritorio.

La reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS en Colombia (Ley 100 de 1993), sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través de una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Dicho esquema, conocido en la literatura como “Competencia Regulada”, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud (Meza C, Carlos – Isaza C, Jairo, 2005). Esto se fundamenta en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de 1991, donde se establece el derecho a la atención en salud como un servicio público, dando la posibilidad que particulares concurren en su prestación.

³⁰ El servicio público es inherente a la finalidad social del Estado, que tiene el deber de asegurar su prestación eficiente a todos los ciudadanos. Puede ser prestado por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas o por particulares, pero su regulación, control y vigilancia son responsabilidad estatal.

Desde la salud se pueden considerar las funciones esenciales de la salud pública como bienes públicos, estas funciones son: monitoreo y análisis de la situación de salud de la población; vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; promoción de la salud; saneamiento básico, control de vectores, entre otras.

8. La salud como Derecho

En una perspectiva de creciente reconocimiento entre diversos actores sociales, sectoriales y particularmente entre los ciudadanos corrientes, la salud se asume como un derecho humano que supera el aseguramiento o acceso a la atención y que, consecuentemente, define de modo relevante el grado de bienestar de individuos y comunidades. Para promover y garantizar este derecho en su dimensión colectiva, se proponen intervenciones transectoriales, desde las de tipo global, político y legislativo, hasta las más específicas del orden sectorial, estructural, normativo, programático y técnico (Cabrera, G 2004).

La salud, además de ser un derecho constitutivo de la existencia del ser humano y como tal parte integrante del derecho a la vida, exige para su plena realización una serie de condiciones, bienes y servicios que lo ubican dentro de los derechos prestacionales. Este carácter prestacional implica una obligación de proporcionar las condiciones, bienes y servicios que hacen posible la salud (Paredes, N, 2003).

Con la declaración universal de los derechos humanos en 1948, aprobados por la ONU, se estableció el primer documento internacional que divulgaba los derechos tanto políticos como jurídicos de todas las personas. Los derechos se clasifican en:

- Primera Generación, conformada por los derechos civiles y políticos como el derecho a la vida, la libertad, la seguridad, la integridad, entre otros. Estos implican obligaciones de acción del Estado, requieren una adecuada asignación de recursos para garantizar su contenido mínimo esencial y un desarrollo económico progresivo para lograr su garantía creciente y sostenida.
- Segunda Generación, se ubican los derechos económicos, sociales y culturales como el derecho al trabajo, a la educación, a la salud, a la vivienda y la asistencia a los menores y la familia.

- Tercera Generación, como el derecho al desarrollo, a la paz, al medio ambiente, entre otros.

Con la declaración de los derechos humanos, se pone en claro la necesidad de alcanzar un nivel óptimo de vida, asegurando el bienestar y la salud del individuo y su familia. Las características del derecho humano a la salud que le dan un significado general y específico a la vez son: universalidad, interdependencia e indivisibilidad, carácter individual y social, progresividad e irreversibilidad, e irrenunciabilidad. Además de las características comunes a todos los derechos humanos, existen unos principios rectores para cada derecho, estos son: de igualdad, accesibilidad, gratuidad y equidad.

9. Reforma y Municipios Saludables

Con la aprobación de la Ley 100 de 1993, se retrocedió sustancialmente en la salud pública de los colombianos, la responsabilidad del Estado frente a temas de promoción de salud³¹ y prevención de la enfermedad³² se asignaron a los privados, es decir al “mercado” en este caso a las EPS que no han cumplido con estos elementos que se consideran como los pilares de la salud pública, retrocediendo en: cobertura en vacunación en municipios y departamentos con alta proporción de necesidades básicas insatisfechas (NBI); presencia de enfermedades emergentes y reemergentes como la poliomielitis, TBC, Chagas, fiebre amarilla; escasa promoción de hábitos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas, entre muchas otras. A esta situación se le suma las condiciones de aumento del desempleo, la flexibilidad laboral, la disminución de inversión social por parte del gobierno nacional y el aumento considerable de las personas en condición de pobreza.

Así mismo con la aprobación de la Ley 715 de 2001³³, se le asignaron a los departamentos la responsabilidad de: dirigir el sistema seccional de salud; realizar

³¹ La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (Carta de Ottawa, 1986).

³² La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

³³ Esta Ley reglamentó los criterios de distribución previstos en el acto legislativo 01 de 2001 y estableció la distribución de competencias entre los diferentes niveles del gobierno, introduciendo un nuevo sistema de funcionamiento del Sistema General de Participaciones.

acciones de fomento de la salud; prevención de la enfermedad, y financiar y garantizar la prestación de los servicios en segundo y tercer nivel de atención; ejecutar campañas nacionales delegadas; concurrir a la financiación de la prestación de los servicios municipales; garantizar la operación de la red de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia, y administrar el sistema general de participaciones. Además se le asignaron tres funciones básicas: en prestación de servicios de salud; la salud pública³⁴; y, el aseguramiento de la población al sistema de seguridad social en salud.

Estas acciones “focalizadas al sector salud” son realizadas por el departamento cuando el municipio no está descentralizado en salud³⁵. Esta situación hace que el municipio no se responsabilice de la salud de sus habitantes y deje que las acciones las realice el departamento incluidas las del PAB (Plan de Atención Básica), generando inconvenientes en la autonomía, articulación y generación de políticas públicas saludables municipales. Estos problemas afectan la filosofía del municipio saludable ya que este requiere de verdaderos procesos de descentralización, compromiso político y acciones intersectoriales que redunden en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

10. Conclusiones

- La reforma del sector salud en Colombia responde a las reformas del Estado, de primera generación y más específicamente a las de segunda generación donde trató de aplicarse el “recetario” del Consenso de Washington con privatizaciones, venta de empresas de servicios, dándole importancia a los mercados privados, es decir mercantilizando la salud y olvidando que esta es un “bien público” que va más allá del mercado dadas sus características especiales.

³⁴ Las competencias del departamento en materia de salud pública son: Adoptar, difundir, implementar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación; establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento; Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental; Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción; entre otras.

³⁵ Los municipios certificados antes del 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de servicios en salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la expedición de la Ley 715. Ningún municipio podrá asumir los servicios de salud directamente ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental.

- El balance a 2005 de los objetivos y pretensiones de la reforma en salud en materia de cobertura y equidad no son nada alentadores, la cobertura de los colombianos no alcanza el 60% de la población, la crisis de la economía se manifiesta en aumento del desempleo, que se refleja en disminución de los salarios y aumento de la pobreza y por consiguiente en la disminución a la contribución a la seguridad social, generando notables problemas en la financiación del sistema. En materia de equidad existen graves dificultades ya que la equidad trasciende la salud y la distribución del ingreso no es uniforme en nuestro modelo económico, además existen limitaciones de un esquema que se pretende ser autocontenido manifestando problemas notorios especialmente en el campo de la salud pública (González, J. 2002).
- Los Municipios Saludables en el marco de la reforma no tienen cabida por: el modelo de aseguramiento “mercado de la salud”; la poca efectividad de la salud pública; la poca autonomía de la salud local dada la legislación vigente, ya que la competencia le corresponde al departamento; la inflexibilidad presupuestal y la poca o ninguna asignación presupuestal; por la baja capacidad de trabajo intersectorial en los entes territoriales; por el poco compromiso político de los actores; por la baja participación de los ciudadanos; y, por la ausencia o escasa evaluación y seguimiento del proyecto y/o política pública local.
- En el caso específico del municipio de Zipaquirá que fue certificado en salud y no se descentralizó, las acciones de salud pública le competen al departamento imposibilitando la generación de una política que satisfaga las verdaderas necesidades locales y que puedan articularse intersectorialmente para generar políticas públicas locales eficientes y efectivas. Adicionalmente la Ley 715 de 2001 es muy clara en las acciones de salud pública que deben ejecutar los entes territoriales, dejando un margen mínimo de maniobra en cuanto a políticas, programas y planes.
- Mientras la salud pública se maneje como un problema del sector salud sin tener en cuenta los determinantes de esta como son: el ingreso, los servicios en salud, la genética y el comportamiento, los aspectos sociales y culturales, el nivel educativo, el empleo y las condiciones de trabajo, los hábitos saludables, entre otros, difícilmente alcanzaremos indicadores óptimos de “buena salud” y de “calidad de vida” que demuestren un desarrollo humano sostenible.

CAPITULO III

ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES ¿UNA POLITICA PÚBLICA?

1. Presentación

La estrategia de municipios saludables ha sido implementada en algunos municipios del país como es el caso de Versalles en el Valle del Cauca, Zipaquirá, La Vega y Nocaima en Cundinamarca, Manizales en Caldas, entre otros; además lleva algunas décadas de implementada en algunos países como Canadá, Estados Unidos (denominada “health cities”), España, Francia, México, Argentina, Cuba, Chile, Brasil, entre otros, con buenos resultados, que en materia de desarrollo humano están dados por la mejoría de la calidad de vida de las personas y en las necesidades básicas satisfechas en salud, educación, vivienda, servicios públicos, saneamiento, etc. En Colombia sin embargo el movimiento de Municipios Saludables no ha tenido suficiente apoyo por parte del gobierno nacional (Ministerio de Protección Social) ni tampoco ha sido asimilada por los entes territoriales como mecanismo para mejorar el desarrollo local.

El municipio saludable no implica solamente tener buenas condiciones de salud medido en indicadores como cobertura en vacunación, baja morbilidad y mortalidad, estado nutricional de la población, acreditación de centros hospitalarios, sino alcanzar un buen nivel de desarrollo que se vislumbra en el nivel de vida de la población, alta participación ciudadana, altos niveles de educación, bajos índices de pobreza y desempleo, alta cobertura en servicios públicos domiciliarios, entre otros. Entonces para lograr que un municipio sea saludable se necesita de la interrelación de los diferentes sectores (salud, educación, vivienda, medio ambiente, planeación, recreación y deportes, cultura, etc.) y además de una coordinación entre el sector público, el privado y la comunidad en general. El objetivo de este capítulo es presentar una revisión global de la estrategia de municipios saludables como un propósito de política pública analizando los antecedentes y los factores estratégicos que hacen que un municipio, comunidad, localidad, comuna o región se consolide como saludable.

2. Antecedentes de Municipios Saludables

La estrategia de municipios saludables solamente esta mencionada en la resolución 4288 de 1996 en el capítulo II referente a competencias municipales y distritales en el PAB en el artículo sobre las acciones de promoción de la salud diciendo lo siguiente “Para facilitar el desarrollo de acciones de promoción de la salud en el ámbito distrital o municipal, éstos podrán implementar la estrategia de **“Municipios Saludables”** como una propuesta de acción local para movilizar, convocar recursos y comprometer esfuerzos intersectoriales y comunitarios en la perspectiva de un trabajo integral por el bienestar y el desarrollo social de su población”.

Para el caso Colombiano no existe claridad desde el Ministerio de la Protección Social si los municipios saludables son una estrategia local de promoción de la salud o si verdaderamente son una política pública central que compromete a los diferentes sectores institucionales y políticos del Estado. Es importante clarificar que desde la conferencia internacional de promoción de la salud en Ottawa – Canadá (1986), el movimiento de municipios saludables surgió como una estrategia de la Promoción de la Salud. Desde el punto de vista teórico la estrategia surge desde la PS y el movimiento como una ideología amplia y democrática de compromiso político por la salud, el fortalecimiento de la participación social y el empoderamiento de individuos y grupos, buscando una mejor calidad de vida para las comunidades.

Asimismo, en Colombia la estrategia de Municipios Saludables (MS) como política pública solo se dio en el año 1992 y no tuvo luego un impulso sostenido por parte de los organismos centrales del gobierno nacional encargados de ello (es el caso del antiguo Ministerio de Salud, hoy Ministerio de Protección Social y las Secretarías Departamentales de Salud). Se han realizado esfuerzos por parte de algunas poblaciones (especialmente sus mandatarios y las comunidades organizadas) que han tenido la iniciativa de iniciar el proceso de MS, que han sido apoyados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en algunos casos por el Gobierno Nacional representados en el ministerio de salud y las secretarías departamentales de salud. Es el caso de los municipios de

Versalles en el Valle del Cauca, Manizales en Caldas, La Vega en Cundinamarca, Anza en Antioquia, entre otros.

En la información recolectada algunos municipios han tomado elementos del movimiento de municipios saludables como parte de sus programas de gobierno, es el caso de Nocaima, La Vega, Mesitas del Colegio, Lenguaque, Zipaquirá, entre otros en el departamento de Cundinamarca.

En el país existen pocos estudios acerca de los parámetros (indicadores) de evaluación de los MS, es de anotar que mientras en nuestro país hasta ahora se ha tratado de implementar la estrategia, no por iniciativa del gobierno central sino como se menciono anteriormente por voluntad de los gobernantes y de algunas organizaciones que apoyan el proceso como la OPS y centros universitarios, en España y Cuba se esta evaluando la “política pública de municipios saludables”. En nuestro país no se conoce públicamente si el Ministerio de Protección Social realiza un seguimiento de los municipios declarados como saludables y si tiene un mecanismo de evaluación de los mismos. Otro aspecto por destacar es que en el estudio realizado en el municipio de Zipaquirá, algunos de los directivos de la administración municipal desconocen el tema de la Estrategia de MS.

3. ¿Qué son los Municipios Saludables?

Los municipios saludables son una estrategia para la acción que busca la promoción de la salud, e implica integrar los diversos sectores y factores que inciden en la salud de la población, tales como educación, infraestructura de servicios, los recursos económicos, las instituciones, etc. De acuerdo, a la OMS un municipio saludable es aquel en el que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, los empresarios y trabajadores, y la comunidad en general, dedican constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armoniosa con el medio ambiente físico y natural, y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión social y la democracia.

La iniciativa de Ciudades Saludables involucra a los gobiernos locales en el desarrollo de la salud, a través de un proceso de compromiso político, cambios institucionales y construcción de capacidad, planes basados en alianzas y acciones concretas; mientras que el enfoque de las Comunidades Saludables está involucrado con el trabajo y empleo, seguridad y protección, educación, niños y familias, vivienda y contaminación ambiental. Una comunidad saludable es más que un resultado deseado; es vista como un proceso que comporta cambios en las condiciones de vida y promueve el mejoramiento en la calidad de vida de los ciudadanos (OPS, 2005).

En este sentido, la construcción de un municipio saludable es un proceso que implica convicción y fuerte apoyo político, al igual que gran participación y acción de las comunidades. Bajo esta perspectiva se analizará su adopción en el municipio de Zipaquirá mediante la revisión de los Planes de Desarrollo Municipal a partir del año de 1995, entendiendo a éstos como instrumentos de gestión y acción político-institucional para el desarrollo de la población.

Antes de entrar a analizar los Planes de Desarrollo Municipal, es necesario conocer los componentes principales de la estrategia de municipios saludables para así ser analizados a la luz de estos. En Colombia, la estrategia de municipios saludables se adoptó en 1992, y el Ministerio de Salud identificó los siguientes **componentes**:

- Compromiso Político: incorporar el tema en la agenda político e institucional.
- Políticas públicas saludables: crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable.
- Crear ambientes saludables: físicos, sociales y culturales.
- Reorientación de los servicios de salud: enfoque de promoción de la salud.
- Desarrollo de estilos de vida saludables
- Articulación intersectorial
- Participación social: acciones colectivas a través de las cuales la población enfrenta los problemas.
- Institucionalización de la estrategia.

4. Características de los Municipios Saludables

1. Parten de iniciativas locales con amplio compromiso político en ese nivel.
2. Surgen inicialmente para acometer problemas medioambientales (agua, saneamiento, residuos, zoonosis, infraestructura vial), o bien evolucionan a partir de proyectos integrales de actuación frente a factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, accidentes viales, etc.).
3. Favorecen la movilización y participación comunitaria.
4. Disponen de una estructura organizativa (comités) de carácter intersectorial.
5. Tienen un líder fácilmente reconocible (OPS, 1996).

Así mismo la OPS en 1995 definió **los veinte pasos para la formulación de un proyecto de ciudades sanas**, que se aplican a los municipios saludables, estos son:

1. Crear un grupo local de apoyo.
2. Comprender cabalmente la propuesta de Municipio Saludable.
3. Estudiar el municipio.
4. Obtener financiamiento.
5. Definir el tipo de organización y dónde ubicarse dentro de la jerarquía organizativa de la ciudad.
6. Preparar la propuesta.
7. Obtener la aprobación del proyecto.
8. Designar una comisión.
9. Analizar el entorno del proyecto.
10. Definir la labor del proyecto.
11. Establecer la oficina.
12. Planificar las estrategias.
13. Aumentar la capacidad del proyecto.
14. Establecer mecanismos para la rendición de cuentas.
15. Aumentar la conciencia con respecto a la salud.
16. Promover la planificación estratégica.
17. Movilizar la acción multisectorial.
18. Estimular la participación comunitaria.
19. Impulsar la innovación.

20. Afianzar la política pública en pro de la salud.

5. Factores Estratégicos de los Municipios Saludables

Para que se pueda materializar la Estrategia de Municipios Saludables es importante tener en cuenta los elementos que la hacen legítima y viable dentro de un proceso de desarrollo institucional. Los proyectos locales de promoción de salud se organizan alrededor de cuatro procesos o elementos claves que conforman el núcleo central de la Estrategia de Municipios Saludables: la descentralización, la participación social, la intersectorialidad y la sostenibilidad.

5.1 Descentralización

Al finalizar la década de los 70's y comienzos de los 80's en muchos países de América Latina se profundizan los procesos democráticos, entre otros, porque los ciudadanos recuperan el derecho a elegir y ser elegidos y se fortalece la descentralización política. La descentralización es una estrategia de fortalecimiento del Estado que busca ampliar la cobertura de los derechos, y tiene tres componentes político, administrativo y fiscal.

Para el Departamento Nacional de Planeación, la descentralización es un modelo de organización del Estado para asegurar el cumplimiento de su función constitucional en el campo social, económico y cultural, así como la protección de los recursos naturales y del medio ambiente. Se da a partir del fortalecimiento del municipio como entidad fundamental de la organización político-administrativa (del Estado) y de la participación activa de la ciudadanía en los asuntos públicos.

La descentralización política entonces es una reforma institucional, dirigida a desarrollar las capacidades de autogestión de los gobiernos locales e implica un proceso que requiere de una fuerte decisión política en el ámbito nacional y local (Alessandro, 2002).

La descentralización supone la delegación³⁶ y la desconcentración³⁷ además la descongestión para hacer más ágil y eficiente el nivel central, transfiriendo competencias y servicios al nivel territorial (departamentos y municipios) es decir fortaleciéndolos y generando un liderazgo autentico de las comunidades. Este proceso implica un acercamiento del Estado a lo local y por consiguiente a los ciudadanos y las comunidades con una amplia participación de la sociedad civil³⁸ organizada en los procesos de gestión y desarrollo propios.

Según Cohen y Peterson los tipos de descentralización son:

- Espacial: transferencia de recursos e instrumentos hacia las regiones para promover la actividad económica e industrial con el fin de reducir la concentración en unos pocos centros de gran tamaño.
- Hacia el mercado: transferencia de responsabilidades en la prestación de servicios por parte del estado hacia los particulares.
- Política: transferencia a las entidades territoriales de la capacidad de elección de sus gobernantes y de toma de decisiones sobre las políticas de desarrollo en el ámbito local.
- Administrativa: transferencia de funciones, recursos y capacidades de decisiones del gobierno central a los gobiernos territoriales para la provisión de determinados servicios públicos.

La descentralización de los sistemas de salud ha sido promovida desde hace décadas y fue enfatizada especialmente durante la década de los ochenta como uno de los principios de la atención primaria en salud. Por medio de esta se buscaba aumentar la flexibilidad y el aceleramiento de los servicios de salud a la población, que éstos fuesen mas receptivos

³⁶ La delegación es el proceso administrativo a través del cual el titular de un empleo, previa autorización expresa para delegar dada por la autoridad que le asignó la función al cargo, inviste voluntaria y formalmente de autoridad a otro empleado, normalmente subordinado, para que tome decisiones en una o varias de las funciones de su empleo (Hernández, 1999).

³⁷ La desconcentración administrativa es el proceso a través del cual las funciones de una entidad u organismo son distribuidas en diferentes áreas funcionales o unidades territoriales, las cuales cuentan generalmente con una estructura administrativa, y cuyo fin ultimo es, al igual que la descentralización y la delegación, garantizar los fines esenciales del Estado (Hernández, 1999).

³⁸ Por sociedad civil se entienden los grupos, redes y relaciones que no están organizados ni administrados por el Estado; la sociedad civil comprende una gran variedad de redes y organizaciones formales e informales, incluidas las organizaciones no gubernamentales (ONG's), las organizaciones comunitarias y las redes de vecinos (Alessandro, 2002).

a las necesidades locales y favoreciesen la colaboración de la comunidad. (Vásquez – Siquiera et al, 2002)

El proceso de descentralización del sector público de la salud se inicio con el decreto 77 de 1987³⁹ y la Ley 10 de 1990⁴⁰, más tarde se profundizo con la Ley 60 de 1993⁴¹ y por último con la Ley 715 de 2001⁴², al mismo tiempo desde el año de 1988 la OPS tenia el interés de reformar los antiguos sistemas nacionales de salud por los SILOS “Sistemas Locales de Salud” los cuales propendían por una descentralización mas radical, al mismo tiempo la Estrategia de Municipios Saludables impulsada por la OMS especialmente en Europa se refleja junto con los SILOS en la municipalización de la salud, todas estas reformas corresponden a políticas de “modernización del Estado”.

La EMS como se mencionó en párrafos anteriores surge en el país en 1992 y Colombia es considerado uno de los países pioneros en América Latina, desafortunadamente con la Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud (RSGSS) aprobada con la Ley 100 de 1993, no se materializo la estrategia desde dentro el sistema de salud, ya que se olvido de la salud pública y colectiva por obedecer al mercado de aseguramiento.

5.2 Participación

Es importante tener en cuenta que la incorporación de los individuos, o de sectores de la sociedad, implica la intervención en grados o formas variadas, de algunas actividades específicas relacionadas con la salud. Sin embargo, antes de empezar a definir en qué sentido, o formas se registra o se desarrolla la participación social, es importante acercarnos al concepto de participación y las condiciones para que ésta se pueda realizar.

³⁹ Por el cual se expide el estatuto de descentralización en beneficio de los municipios.

⁴⁰ Por la cual se organiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones. Esta Ley le dio fuerza a la asistencia pública en salud como responsabilidad del Estado y da los lineamientos de la organización y administración del servicio público de la salud, entre otros avances.

⁴¹ Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

⁴² Esta Ley reglamento los criterios de distribución de recursos y competencias entre los diferentes niveles del gobierno, introduciendo un nuevo sistema de funcionamiento del sistema general de participaciones. Los recursos del SGP, que corresponden a salud (24.5%), se distribuyen así: por población subsidiada y por ampliación.

Desde la perspectiva democrática⁴³, se concibe la participación como “las capacidades que poseen las personas y las comunidades para incidir de manera efectiva en los asuntos de interés común que afectan su desarrollo individual y colectivo”. Es así, que se entiende como el proceso activo por el cual se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población para la planificación, implementación y la utilización de los servicios, entre ellos la salud.

En los procesos de participación social se requiere que los actores, tanto individuales como colectivos, obtengan una información previa, suficientemente completa y comprensible para hacerse una opinión. La participación requiere también espacios públicos⁴⁴ de deliberación para que se confronten los disensos y se puedan generar opiniones y propuestas colectivas. En este sentido, la participación será efectiva si se puede desembocar en un proceso de discusión con los interlocutores públicos y privados, por lo que ellos habrán tenido que elaborar posiciones claras.

Aproximándonos al proceso de participación en salud, se entendería como la posibilidad que tiene toda persona a ser partícipe de programas que los beneficie o perjudique, que lo motive a conocer y reflexionar acerca de los factores de riesgo que puedan amenazar su ambiente y su salud, y a participar de procesos para el desarrollo de un ambiente adecuado. Pensando en un alcance más significativo, la participación en salud respondería por un lado, a la necesidad de introducir cambios en la orientación del sistema de salud y, por el otro, pretende lograr una extensión en la cobertura y calidad de los servicios.

Es así, como se entendería la participación no como una meta sino como un medio para transformar el sector salud y pueden contribuir a las prácticas tres orientaciones que han sido descritas como esenciales para el sistema de salud. (i) La participación ha de ser un aval esencial para impulsar la prevención y la atención primaria en salud. (ii) La

⁴³ En la Constitución de 1991 la salud se considera como derecho inalienable y como un servicio público, que tiene que ser proporcionado bajo la dirección del Estado.

⁴⁴ En 1990 con el decreto 1416 se reglamentó la participación comunitaria, en la prestación de los servicios de salud, y en la Ley 100 de 1993 se genera la participación social en la organización y control de las funciones del sistema, posteriormente con el decreto 1757 de 1994 se establecen las formas de participación social.

participación es una facilitadora de la coordinación de las múltiples actividades del Estado en el área de salud. La participación en gran medida se hace desde el ámbito local y con una definición territorial específica; por lo tanto genera un impulso singular, y es más sencillo lograr la cooperación entre los actores involucrados. En este caso, como la comunidad tiene un foco de acción determinada en su territorio, puede hacerse que allí converjan las intervenciones y no se dupliquen esfuerzos. (iii) Finalmente, la participación puede construir una visión integral de la salud. La salud para las personas es un hecho integral y, en tanto tal, puede ser abordada si el énfasis está puesto en las personas y la comunidad, y en general en el entorno social, político y económico que lo involucra. Estos tres elementos pueden ser un gran aporte que converge en el desarrollo integral de la estrategia de municipios saludables.

El empoderamiento⁴⁵ de las comunidades frente a los proyectos de municipios saludables es fundamental para lograr la estrategia, estas deben participar en todo el ciclo del proyecto: la identificación, formulación, toma de decisiones, implementación y evaluación, lo que por otra parte redundará en el fortalecimiento de las organizaciones sociales de modo que se constituyan en interlocutores válidos para hacer parte activa de la estrategia en salud.

La participación es la herramienta para el mejoramiento de las comunidades en busca de un mejor desarrollo humano con inclusión⁴⁶ en la toma de decisiones y en la formulación de políticas públicas que son fundamentales para alcanzar una mejor calidad de vida de la población. En Alma Ata se conceptualizó la participación de la comunidad⁴⁷ como: “El

⁴⁵ El empoderamiento se refiere a los mecanismos que contribuyen a que las personas, las organizaciones y las comunidades ganen control sobre sus propios asuntos. El empoderamiento no se puede limitar a los procesos individuales de quienes ganen poder, posicionamiento. En los asuntos de las comunidades, es un proceso más complejo que necesita afectar las estructuras sociales y culturales que determinan las condiciones de sujeción (De Salazar, L. 2002).

⁴⁶ La inclusión es entendida en términos del acceso crecientemente igualitario a oportunidades para la potenciación de las capacidades y el ejercicio de las libertades de los ciudadanos como protagonistas del proceso de desarrollo de la sociedad (Garay, J. 2002).

⁴⁷ La participación ciudadana en particular, sólo puede ser comprendida como parte y producto del proceso de profundización de la democracia en la sociedad y, a la vez como herramienta en el proceso de la toma de decisiones públicas. En efecto, el proceso de participación ha ido cobrando nuevas connotaciones y alcances en la administración pública a nivel local, regional y nacional; logrando que los ciudadanos ubicados en un territorio determinado no sólo exijan mejor atención del Estado en el cumplimiento de sus obligaciones, sino además una mayor intervención y participación en los asuntos públicos.

proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la comunidad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo”.

La participación social no sólo obedece a razones de tipo ético o político sino a una necesidad técnica del sector salud, por que esta contribuye en los fines de la promoción de la salud. Por tal razón la OPS ha definido que las acciones que buscan incrementar la participación en la salud, son:

- Mejoría de calidad en la atención y aumento de la satisfacción de los usuarios.
- Movilización de recursos y construcción de redes.
- Coordinación de políticas públicas.
- Fortalecimiento de los servicios de salud con equidad en el acceso.
- Investigación y evaluación de programas y proyectos.

A su vez en la conferencia internacional de promoción de la salud celebrada en Bogotá en 1992, Ronald Labonté definió como características fundamentales de la participación:

- Relaciones negociadas entre los actores
- Apertura para llamar los problemas por su nombre
- Autoridad compartida en la toma de decisiones
- Identificación en todos los grupos involucrados
- Recursos para garantizar la participación de los menos fuertes

Con el animo de facilitar y posibilitar la participación de la comunidad en el contexto de los municipios saludables es preciso describir algunos elementos (Alessandro, 2002).

Inclusividad: La participación incluirá a los distintos sectores que están involucrados, sean del Estado o de la sociedad civil, debe estar presente las voces de las comunidades no expresadas habitualmente.

Pluralismo y multisectorialidad: Cuanto más sectores estén representados y haya mayor cantidad de puntos de vista, mayor será la garantía de representatividad, se deberá promover el respeto a los puntos de vista de diferentes partes.

Legitimidad: Elemento vital en la consolidación de los procesos participativos de toma de decisiones.

Confianza y credibilidad: La información aportada por los distintos actores debe ser clara y confiable

Responsabilidad y compromiso: El compromiso ciudadano al inicio del proceso reduce el conflicto a lo largo de las diferentes fases, al mismo tiempo que logra una gradual capacitación de los ciudadanos y la comunidad en relación con las orientaciones, límites, funciones del gobierno local.

Voluntad política de compartir el poder: Las autoridades locales deben tener la firme voluntad política de compartir parte de su poder.

Fortalecimiento de la capacidad comunitaria: Se construye a través de la participación social, el liderazgo, el poder del grupo y su sentido de comunidad.

Eficiencia: Las actividades participativas son generalmente más eficientes y más eficaces en término de satisfacer las necesidades de los grupos beneficiarios.

Respeto a las tradiciones y a la cultura: Se debe considerar las características culturales de las partes, incluyendo, entre otros, aspectos tales como sistemas de organización social, lenguaje y género a fin de desarrollar y aplicar procesos participativos eficientes y adecuados a cada caso.

Transparencia: El control social obligará a la transparencia permanentemente, a la rendición de cuentas. La presencia de la comunidad es uno de los pocos medios probados que previene efectivamente la corrupción. El control social de la misma sobre la gestión política es una garantía que genera la participación.

Sin embargo, persisten comportamientos políticos y culturales que impiden una participación efectiva. Estos son: falta de cultura ciudadana, conflicto de intereses, falta de continuidad y repetitividad de las acciones, clientelismo, problemas de liderazgo, falta de educación, pobreza, estructura económica de exclusión, entre otros.

5.3 Intersectorialidad

Un municipio saludable se pone en marcha con dos condiciones: la voluntad política, que es la fuerza motriz y el liderazgo que es la capacidad para darle rumbo y conducción al mismo, con estos dos elementos se inicia un proceso de negociación y enlace intersectorial al interior de la organización, en este caso el municipio con el fin de tener puntos de encuentro para dinamizar la estrategia. La participación de líderes y representantes de las comunidades en el análisis de su situación y en la determinación de sus propias necesidades, es un componente fundamental de municipios saludables; el Alcalde o el gobernante facilita la participación intersectorial por una parte y por otra la participación comunitaria⁴⁸ asegura el control social al vigilar que se cumplan los compromisos y se utilicen bien los recursos.

La integración de distintos sectores del municipio y los diferentes actores de la comunidad en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones se conoce como multisectorialidad⁴⁹, pero el trabajo integrado de los diferentes sectores con unos propósitos y objetivos comunes entre todos los actores es la intersectorialidad que es uno de los mayores desafíos colectivos actuales para con un nuevo enfoque afrontar los problemas existentes en las comunidades y por ende en sus localidades (municipios, ciudades, departamentos).

Desde la promoción de la salud se pretende modificar las raíces mismas de los problemas a través de actuar positivamente sobre las condiciones de vida de sus diferentes grupos de población y los estilos de vida de sus individuos. La intersectorialidad es imprescindible para la movilización de voluntades, la definición de soluciones y la realización de las acciones (Suárez, J. 2005). La acción intersectorial se puede implementar por medio de una variedad de actividades, incluyendo la participación social, la aplicación de medidas normativas y legislativas, proyectos comunitarios, la ejecución de políticas, planes y programas; puede ser el fruto de iniciativa de diferentes actores tales como: movimientos

⁴⁸ Según la OMS en la declaración de Alma Ata la participación comunitaria se basa en dos axiomas: 1) que el único camino para superar las limitaciones y la inequidad en la distribución de los recursos para asegurar la meta de Salud para Todos en el involucramiento de las comunidades locales en la prevención y el tratamiento, y 2) que sin el involucramiento y responsabilidad de la comunidad, los programas fracasarán. (Bronfman M, Gleizei M. 1994).

⁴⁹ Algunos autores como Laura Alessandro (OPS Argentina) toma la intersectorialidad como multisectorialidad, en este trabajo se toma la intersectorialidad como un término que tiene relaciones entre los diferentes sectores con un objetivo común, en este caso la estrategia de municipios saludables.

sociales, políticos, cooperativas, alianzas, coaliciones o relaciones de colaboración. Además se caracteriza por un proceso flexible y dinámico que es ventajoso para todos los participantes. Para lograr esto se necesita: crear una base de información que promueva una acción intersectorial; afirmar que las organizaciones del sector salud tengan la capacidad de actuar con eficacia; ayudar a los cuadros superiores a comprender las ventajas de la investigación y favorecer la acción intersectorial; elaborar mecanismos para apoyar la implementación de acciones intersectoriales. (Alessandro, 2002).

Así mismo, la acción intersectorial requiere de consenso y concertación entre los diferentes actores de la sociedad ya sean representantes de la sociedad civil organizada, de movimientos y partidos políticos, que tengan poder de decisión, ya que las intervenciones o acciones intersectoriales locales propias a la promoción de la salud, demandan del análisis de la capacidad de toma de decisión sobre los diferentes recursos y su movilización que tienen los actores sociales vinculados a determinada problemática que se pretende intervenir con acciones de promoción.

5.4 Sostenibilidad

La sostenibilidad surge como un nuevo paradigma que propugna la necesidad de extender la calidad de vida y el bienestar al conjunto de las sociedades humanas, desde el respeto a sus diferentes culturas e integrando la preservación del medio ambiente como elemento propio que se añade a los componentes económicos y sociales que se tenían usualmente en cuenta (Jordi R, et al, 2004). Desde el marco de municipios saludables la sostenibilidad es entendida como aquella que satisface las necesidades de las generaciones actuales sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades.

En la estrategia de MS la sostenibilidad tiene que ver con: el compromiso político de las autoridades locales y de la sociedad civil, la asignación presupuestal, los mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación, la capacidad de gestión y liderazgo tanto de las autoridades locales como de la comunidad, los aspectos culturales de la comunidad o municipio, y finalmente del empoderamiento y la participación comunitaria.

En el desarrollo de la Estrategia de Municipios Saludables en América Latina, algunos países como México, Cuba, Brasil, Argentina, han hecho sostenible la estrategia, pero en el caso Colombiano existen esfuerzos aislados de municipios que la han apoyado decididamente, pero desafortunadamente en algunos de estos solo fueron experiencias inmediatas, es decir no son políticas de Estado de largo plazo sino de gobierno y obedecen al periodo de elección de los alcaldes.

6. Elementos que refuerzan la Estrategia

Además de los factores estratégicos que hacen viable la existencia de un municipio saludable en el contexto colombiano, es importante describir otros elementos que refuerzan la estrategia⁵⁰, estos se complementan con los factores y la suma de los dos hacen realmente posible que un municipio se convierta en saludable.

6.1 Compromiso político

Se refiere a la responsabilidad y cumplimiento que tienen los actores políticos (partidos políticos, movimientos políticos) y sociales (organizaciones de base), los funcionarios públicos elegidos por voto popular (alcaldes, concejales), los actores institucionales (empleados públicos que hacen parte de algún sector como educación, salud, planeación, cultura, entre otros), en dar respuesta a las necesidades de su municipio o localidad, de cumplir sus promesas de campaña en relación a la generación de políticas públicas o de proyectos sociales y de continuar una política municipal.

Para materializar el compromiso se debe disponer de una política local (municipal) que privilegie la salud como recurso y como objetivo necesario deseable, con el propósito de crear entornos de integración sectorial que propendan por el mejoramiento del desarrollo humano. El compromiso debe estar avalado por el Concejo Municipal, acompañado de un

⁵⁰ Propuestos por la Organización Panamericana de la Salud.

proceso de sensibilización de los líderes comunitarios, funcionarios, organizaciones comunitarias y los medios de comunicación.

Por tal motivo es importante incluir en la agenda básica (planes de desarrollo y planes de ordenamiento territorial) el tema de la estrategia de municipios saludables o de ciudades sanas como aspecto fundamental del desarrollo local, ya que el municipio es un prestador de servicios sociales con unas competencias preestablecidas y que constantemente recibe feedback de los ciudadanos. Es decir, el objeto del municipio saludable es alcanzar los mayores niveles de productos sociales y resultados que redunden en una mejor calidad de vida y bienestar para sus pobladores.

6.2 Diagnóstico de situación en salud

El municipio debe tener un diagnóstico actualizado de la situación de salud de sus habitantes con el fin de conocer, priorizar y focalizar las políticas, programas o proyectos. Este diagnóstico además de sustentarse en el perfil de morbi - mortalidad del municipio se fundamenta en los problemas de salud expresados por sus habitantes, con el propósito de formalizar soluciones consensuadas con los actores institucionales o con los técnicos.

6.3 Proyectos y programas que refuerzan la estrategia

Son las políticas, los programas, los proyectos, los servicios y los proyectos de investigación que se ejecutan en el municipio para soportar la estrategia de municipios saludables. A continuación se explica cada una de ellas.

Política: entendida como el conjunto de respuestas de la Administración Municipal frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas que buscan su resolución o manejo.

Programa: son las estrategias de acción cuyas directrices determinan los medios que articulados gerencialmente permiten dar una solución integral a los problemas. Como estrategia, un programa contiene los objetivos y metas, el conjunto de proyectos elegibles y el plan de inversiones. Los programas se definen en términos de objetivos de carácter multisectorial.

Proyectos: unidad operacional que vincula recursos, actividades y componentes durante un período determinado y con una ubicación definida para resolver problemas o necesidades de la población. Debe formar parte integral de un programa; los proyectos son las unidades a través de la cual se materializan y ejecutan los planes y programas.

Servicios: hace referencia si los servicios de áreas como salud, educación, servicios públicos domiciliarios, los prestan empresas privadas o asociaciones de usuarios. El servicio es entendido como una actividad o labor que realiza una empresa u organización ajena a su Institución.

Investigación: son las acciones o actividades que buscan analizar y estudiar una problemática que está presente en la comunidad o que puede afectarla, y que es desarrolla por el municipio o en alianza con instituciones educativas.

6.4 Seguimiento, monitoreo y evaluación

Uno de los efectos fundamentales en cualquier política, programa o proyecto es la evaluación, esta se entiende como un “proceso sistemático de recogida y análisis de información válida que sirve para tomar decisiones sobre las mismas” (Martinez y Vicente, 2003). Para Cardozo (1993), la evaluación “constituye en una forma particular de hacer investigación cuyo objetivo puede circunscribirse sólo a conocer y explicar una realidad pero que, en la mayoría de los casos, pretende también aportar elementos a un proceso de toma de decisiones que permita mejorar los efectos de la actividad evaluada (investigación aplicada)”. Este proceso de evaluación según el autor implica los siguientes elementos:

- a) Identificar los efectos provocados por la acción o el conjunto de acciones por evaluar y los costos en que se haya incurrido,
- b) Aplicar una escala de medición a los efectos identificados (nominal, ordinal, de intervalo o razón),
- c) Comparar la medida lograda con otra que sirva de parámetro para la evaluación (por ejemplo, la medida de efectos logrados en periodos previos por la misma organización, en el periodo actual por organizaciones similares, la determinada en los planes organizacionales como meta esperada, etc.), fundamentalmente, en el caso de los

programas sociales, para constatar si hubo mejoramiento de las condiciones de bienestar de la población,

d) Explicar los resultados comparativos encontrados, en función del diseño y las condiciones de aplicación del programa.

e) Emitir un juicio de valor que califique, en conjunto, las actividades realizadas, los servicios brindados, sus efectos y su repercusión global, y

f) Sugerir las modificaciones necesarias para enfrentar los problemas detectados y aprovechar las fortalezas del programa, de manera que se contribuya a un mayor logro de sus objetivos.

Estos elementos de la evaluación hacen que esta se convierta en una forma de retroalimentación constante de las políticas y/o programas sociales desde lo cuantitativo y cualitativo y deben seguir las diferentes fases de la evaluación; ex – ante o a – priori, actual o concomitante y ex – post o a posteriori.

En la declaración de Bangkok donde se celebró la conferencia global de promoción de la salud en el año 2005 se manifiesta que son requeridos esfuerzos adicionales para el monitoreo y la evaluación del progreso mediante procesos de muestreo estandarizados como aquellos establecidos para los sistemas de atención de salud. Se deben crear los indicadores clave y los sistemas de monitoreo sobre las infraestructuras de promoción de la salud, las políticas y su impacto, los determinantes vinculados a las desigualdades en salud, la efectividad de las estrategias y los métodos, y las prioridades necesarias a ser desarrolladas e implementadas.

Los procesos de evaluación en las diferentes políticas locales es nuestro medio aún continúan siendo incipientes, por tal motivo se hace necesario generar indicadores de evaluación que den cuenta de la estrategia, involucrando lógicamente a los diferentes actores (sociales, políticos y servidores públicos).

6.5 Redes nacionales e internacionales

El municipio debe compartir sus avances y los resultados de la implementación de la estrategia con el objeto de retroalimentar constantemente su política local. Esto se hace por medio de redes de información que son formas de comunicación conducentes a la formación y al funcionamiento efectivo de redes en la promoción de la salud. “La comunicación abierta y transparente es un proceso crucial en la promoción de la salud. No tanto porque la promoción de la salud lleve mensajes de salud útiles a las personas, si no porque la movilización social para la promoción de la salud necesita estrategias efectivas de comunicación” (OMS, 2005).

Tales redes deberán ser dinámicas y crecientes tanto en términos de nodos y número de miembros, así como en la capacidad de aprendizaje. Las redes permiten la interacción al interior de los grupos seleccionados de miembros y de la comunidad. Estas redes comprenden la utilización de: páginas electrónicas, utilización de medios de comunicación como radio, televisión y prensa.

6.6 Debilidades y fortalezas de la estrategia o política local

Parte del mejoramiento continuo de la estrategia es la utilización de algunas metodologías que deben involucrar a los beneficiarios de los programas y proyectos donde se puedan identificar las carencias y los aspectos positivos de una política y/o programa, estas pueden ser: el análisis PESTA (política, economía, social, tecnológico, ambiental); la matriz DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas); el diagnóstico de necesidades sentidas de la población; los análisis de impacto; entre otras. Todas estas metodologías se deben elaborar por los decisores de la política y los beneficiarios como una construcción de consenso, teniendo en cuenta el contexto municipal, regional, nacional e internacional que pueden afectar a la política.

6.7 Financiación y sostenibilidad de la estrategia

Uno de los principios de la sostenibilidad es que esta perdure en el tiempo sin comprometer las generaciones futuras en la aplicación de políticas, programas o proyectos, en este sentido esta dada por la financiación de los recursos económicos que

se designen para la estrategia. Por tal motivo la asignación de recursos se convierte en una herramienta de gestión, que le proporciona el cumplimiento de los objetivos trazados y la durabilidad en el tiempo de la estrategia.

Finalmente, la interacción de los factores y elementos de la estrategia hacen posible su viabilidad en lo local o regional, permitiendo la durabilidad en el tiempo y generando procesos de cambio que redundan en la calidad de vida y bienestar de las personas y en un mejor desarrollo local.

7. La Estrategia de Municipios Saludables como Política Pública

Antes de hacer un análisis de las políticas públicas y la estrategia de municipios saludables es preciso hacer un acercamiento conceptual a lo que son las Políticas Públicas (PP). Para Meny y Thoenig una PP se presenta bajo la forma de un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico (Muller, P, 2002). Alejo Vargas citando a Omar Guerrero define las PP “como un tipo de actividad del gobierno, aquella que se encamina a estimular la colaboración social o inhibir el conflicto (...) Es el cauce que determina y orienta el curso a seguir por la actividad gubernamental”. Muller y Surel consideran que una PP “designa el proceso por el cual se elaboran y se implementan programas de acción pública, es decir dispositivos político – administrativos coordinados, en principio, alrededor de objetivos explícitos” (Roth, A, 2003).

A partir de estos conceptos de PP se considera que existen cuatro elementos centrales que permiten identificar la existencia de una PP: implicación del gobierno, percepción de problemas, definiciones de objetivos y procesos (Roth, A, 2003). Bajo este planteamiento la PP existe cuando las instituciones estatales o locales asumen alcanzar objetivos deseados frente a una problemática que aqueja a la sociedad. En el caso del municipio de Zipaquirá nos referimos a problemas de cobertura en salud y educación, saneamiento básico, atención a población vulnerable y problemas ambientales, entre otros. Entonces surgen algunos interrogantes como son: ¿las PP nacen y se hacen en el seno del

Estado?; o ¿cual es el papel de la sociedad como actor protagónico de una PP?; ¿cual es el papel de los actores sociales?

De acuerdo a las ideas anteriores y tratando de resolver los interrogantes, me inscribo en los planteamientos de André Roth cuando manifiesta que una PP designa la existencia de un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos que se inscriben en las instituciones u organizaciones gubernamentales con el propósito de orientar el comportamiento individual o colectivo para modificar una situación percibida como insatisfecha o problemática. Es decir el papel del Estado es vital e indispensable en la identificación, formulación y análisis de las PP que examinan una serie de objetivos, de medios y de acciones definidos por el Estado para transformar parcial o totalmente la sociedad así como valorar sus resultados y efectos. Es aquí donde las PP tratan de resolver conflictos y problemas que en algunas ocasiones los manifiestan los actores que ejercen presión sobre las instituciones y entes gubernamentales para que se le de una respuesta y su posterior solución.

Los actores sociales tienen un papel fundamental en el proceso de negociación de las políticas públicas; son ellos los que realmente conocen la problemática y junto con el Estado coadyuvan para tomar la decisión correcta; el sincronismo entre Estado y actores (sociedad) es lo que realmente van a darle solución a la problemática determinada.

El análisis de las PP se ha constituido como una ciencia de la acción y como aporte a la toma de decisiones del gobierno (Meny – Thoenig, 1992). La mayoría de los autores atribuyen el desarrollo de los análisis de las PP al crecimiento del intervencionismo del Estado en muchos aspectos de la vida social, especialmente después de la segunda guerra mundial con el Estado de Bienestar o Estado Providencia. El análisis de las PP como lo menciona Roth al citar a Lagroye “tiene como objetivo principal la identificación concreta de los actores que intervienen en un proceso de definición, decisión y de implementación de una política, y así mismo busca poner a la luz las posiciones, intereses y objetivos de esos actores”, pone de manifiesto el actuar de la sociedad y del Estado y este último en ocasiones como agente principal frente a la implementación de las PP y la sociedad como elemento de interacción con el Estado.

El análisis de las PP toma, así, la siguiente forma: “Una disciplina aplicada de la ciencia social que usa múltiples métodos de investigación y argumentación para producir y transformar la información pertinente para una política, información que pueda ser empleada en los contextos políticos a fin de resolver los problemas de la política – acción” (Meny – Thoening, 1992). Por esto el análisis de las PP implica un proceso de investigación de varias disciplinas que le puedan aportar a la solución de problemáticas que estén afectando a la sociedad. Desde la Maestría en Administración Pública se debe propiciar por acercarnos a un análisis concienzudo de la PP de nuestro país con el propósito de contribuir a la transformación de la política nacional y ser verdaderos gestores de cambio.

Uno de los aportes del análisis de las políticas es el de haber mostrado que la esfera de la representación política no constituye sino una de las dimensiones – verdaderamente importante – permitiendo comprender las decisiones en materia de política pública (CIDER U. Andes, 2000). El análisis de las PP va mucho mas allá de la representación política, este tiene que ver con la actividad política (politics) y la PP como programa de acción (policy). El análisis ha contribuido a romper con la concepción que considera al Estado, bajo formas diversas, como una empresa de dominación caracterizada por su capacidad de imponer la fuerza y de imponer un orden político, sustituyéndola por una concepción centrada en la aptitud del Estado para resolver problemas y es ahí cuando estos llegan al gobierno y se incluyen en la agenda política para dar solución o manejo.

Entonces el estudio de las PP se circunscribe no solamente en las dimensiones culturales, sociales e industriales, sino que también en modelos como el Sociológico que mira al Estado desde la base y en detalle, y es Max Weber quien piensa que el Estado se ubica como dominante y transcendente en la sociedad tomando la forma de una máquina de fácil manipulación. El problema de este modelo radica en la dificultad que conlleva el análisis, para responder a una situación central acerca de las reflexiones actuales de la política (entendiendo a la sociedad actual y al mundo globalizado). Otro modelo o enfoque es el Cognitivo de la acción pública que no se opone al enfoque basado en los intereses y las instituciones, porque él considera que los intereses que se juegan en las políticas

públicas se expresan a través de marcos de interpretación del mundo (CIDER, U. Andes, 2000).

El analista de la PP se ve enfrentado a diversos problemas (Toro, 2003); el primero al sentido de una política explícita o implícita, es decir si el sentido de una PP es detentado por actores gubernamentales o por otros actores, cual es sentido explícito e implícito de una política. El segundo a la decisión o no – decisión, esta se divide en una no – decisión intencional, cuando un gobierno determinado tiene voluntad política de no decidirse por una situación determinada por ejemplo en participar de una intervención en la guerra. La otra una no – decisión controvertida el caso de una situación que genera controversia (política frente a los homosexuales). El Tercero a la política pública y al gasto público, cuando el impacto de una política no es proporcional a los gastos que ella genera, como los gastos en salud.

En conclusión el análisis de las políticas públicas debe hacerse desde varias miradas: desde las ciencias sociales, que se caracteriza más por las innovaciones metodológicas que por las técnicas; el análisis desde otras variables y enfoques teniendo en cuenta factores económicos, financieros, jurídicos, entre otros; y por último la mirada científica que demuestre evidencia de las diferentes características de la política pública (contenido, programa, orientación normativa, factor de coerción y competencia social). En otras palabras el análisis de una política pública es inter y multidisciplinario, para que no solamente se realice como tradicionalmente se venía haciendo desde la mirada de los economistas sino que otros profesionales como los Administradores públicos, politólogos, sociólogos entre otros, construyan un verdadero campo del conocimiento que redunde en propuestas argumentadas y lógicas de las políticas públicas, buscando la solución de las diferentes problemáticas de la sociedad y manteniendo la cohesión social.

8. Viabilidad Política en la Estrategia de Municipios Saludables

Antes de entrar a analizar la viabilidad política de una estrategia, política, o modelo, es importante acercarnos a su significado. Entendemos la viabilidad política como un conjunto de requisitos institucionales y de gobierno que actúan como condición necesaria

para la realización (formulación, ejecución y eficacia en el impacto) de una determinada acción.

En este sentido, atender a la viabilidad política es relevante en los procesos de toma de decisiones que implican directamente a actores políticos estratégicos, que en la definición de su estrategia pueden conducir al éxito o fracaso de las mismas. En efecto, determinadas coaliciones distributivas, colectivos estratégicos, o actores políticos pueden hacer fracasar la agenda si perciben que el resultado de las mismas, lejos de beneficiarles, pueden poner en riesgo sus intereses. En este juego de cálculo de beneficios el entramado institucional es muy importante ya que define los costes de la acción política y también los beneficios que pueden obtenerse de ella.

Entendemos que la viabilidad política es una condición, definida por el entorno político-institucional que delimita la interacción de los actores y sectores, en la producción de determinados resultados. La viabilidad por tanto, funciona, como una condición necesaria para la formulación e implementación de la estrategia de municipios saludables.

La viabilidad política actúa como una variable independiente que impacta sobre la esfera pública de la estrategia en tres direcciones:

1. Haciendo posible el lanzamiento de la estrategia.
2. Facilitando u obstruyendo la implementación.
3. Afectando las salidas y resultados de la estrategia.

8.1 Modelo explicativo de la Viabilidad política en la implementación de la EMS

De acuerdo con las anteriores consideraciones se traza un escenario en donde el nivel de viabilidad política impacta sobre la formulación, implementación y los resultados de la estrategia. Por consiguiente, planteamos los escenarios que podemos encontrar en negativo en el Municipio de Zipaquirá, es decir, qué circunstancias impiden que se de nuestra condición de viabilidad política, para indagar qué elementos del entorno político - institucional resultan más explicativos.

1. En el primer escenario cuando se da una situación de bloqueo que impide el inicio de la estrategia; el proceso queda paralizado en la fase de formulación del proyecto. Este es el peor escenario pues representa un completo fracaso de la estrategia o del proyecto. Los factores que contribuyen a definir un escenario de bloqueo inicial pueden ser:
 - a. Un alto grado de fragmentación política.
 - b. El veto de un actor estratégico (poder ejecutivo, legislativo).
 - c. Los líderes locales no perciben beneficio de la estrategia o proyecto.

2. El segundo escenario se da cuando, una vez la estrategia se ha iniciado mediante un cambio legal, de la definición de un presupuesto, etc.; los obstáculos aparecen durante el proceso de ejecución de la estrategia, por distintas razones:
 - a. Falta de vinculación de actores involucrados.
 - b. Corrupción y falta de transparencia.
 - c. Conflicto de intereses.

3. El tercer escenario define la situación que tiene lugar cuando la estrategia se ha desarrollado hasta el final, superando las fases de formulación e implementación. Sin embargo, existe un desequilibrio entre lo esperado y programado y lo que se ha optado en la práctica. Los factores que pueden explicar este desequilibrio son:
 - a. Pocas condiciones democráticas.
 - b. Déficit en la participación política y ciudadana.

Finalmente, se puede considerar que aunque se han superado las fases de formulación e implementación, de manera que los dos primeros escenarios hayan sido viables políticamente, el grado de éxito o fracaso de la estrategia de municipios saludables dependerá de la coincidencia entre los resultados esperados y los efectos reales de la estrategia. Esta coincidencia se torna más viable políticamente cuando existen suficientes mecanismos democráticos y de control por parte de la ciudadanía, junto con la posibilidad de participación en cualquier fase del proceso.

9. Conclusiones

- La estrategia de Municipios Saludables en América Latina surgió como una respuesta a las necesidades locales que buscaban mejorar el desarrollo. En la década de los años 80, la OPS construye los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que definen el espacio local como centro de las acciones del sistema de salud, esta propuesta surge de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) dada por la OMS en 1978 en Alma Ata. A finales de la década de los 80 y comienzos de la de los 90, cuando los países de América Latina intentaban salir de la crisis de la deuda, los países realizan ciertas reformas acompañadas de procesos de descentralización, constituyéndose esta como eje fundamental para lograr el propósito de municipios saludables y mejorar el nivel de desarrollo.
- En Colombia no existe una política pública de municipios saludables a pesar de los esfuerzos aislados que han realizado algunos entes territoriales, la estrategia no corresponde a una política de Estado sino a políticas de gobierno y algunos mandatarios la han entendido solo desde el sector de la salud, cuando esta implica una acción intersectorial e intrasectorial que propenda por un mejor desarrollo local.
- La viabilidad de la estrategia depende fundamentalmente de los factores estratégicos (participación, intersectorialidad, descentralización y sostenibilidad) y de componentes institucionales como: el compromiso político; la elaboración de diagnósticos de necesidades prioritarias; la ejecución de proyectos y programas sociales; el seguimiento, monitoreo y evaluación; la pertenencia a redes; y, la financiación y sostenibilidad de la estrategia. En este sentido los gobiernos municipales tienen la responsabilidad frente al empoderamiento de los diferentes actores para que la estrategia tenga perdurabilidad en el tiempo e impacto en la calidad de vida de la población.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

En la bibliografía revisada de viabilidad de la estrategia de municipios saludables en Colombia no se encontraron propuestas teóricas frente al tema de investigación. Tampoco se encontró por parte de las instituciones públicas un proceso formal de seguimiento⁵¹ a los municipios que han implementado la estrategia, ya que esta ha sido aplicada en algunos municipios por “voluntad política” de los alcaldes convirtiéndola en política de gobierno y no de Estado. El tema de la EMS no está en el actual “debate político” electoral, ni legislativo, tampoco se visualiza en el plan de desarrollo “Hacia Un Estado Comunitario”, es decir no está en la agenda básica.

Algunos investigadores como: Carlos Agudelo y Fabio Cabarcas (2003); Diana Rivera, Hernán Málaga y Carlos Agudelo (2000); entre otros, han estudiado los municipios saludables desde la salud pública. Cabarcas y Agudelo proponen un modelo heurístico para la evaluación de la estrategia de municipios saludables desde la promoción de la salud que incluye como dimensiones el proceso, los resultados y el contexto. El modelo contiene estrategias como: participación comunitaria; estructura de soporte; acción política; cambios en los servicios de salud; y, diagnóstico, investigación y evaluación, enmarcadas en un entorno económico, cultural, político y ambiental. Por su parte Málaga y Perdomo (2001), proponen la evaluación de procesos y resultados, tomando tres componentes; la acción intersectorial, la acción comunitaria y la acción política. Estos estudios de evaluación de la estrategia se centran en el análisis de estructura, proceso y resultados desde lo institucional, enmarcándose en indicadores cuantitativos como la existencia de comités, número de personas del comité, existencia de reglamentos, gasto en proyectos, cobertura, porcentaje de recursos, participación, entre otros.

Martínez S, Dávila M y Vicente M, (2003), proponen un método de valoración contingente (MVC) como método de evaluación económica de los programas y políticas sociales, donde se aproximan a los beneficios sociales generados por las políticas, en este estudio

⁵¹ Sin embargo existe una página Web de la red colombiana de municipios saludables (Proyecto información y comunicación en municipios saludables en Colombia) en esta red están los municipios de Manizales, Versalles, Barrancabermeja, Cali y Bogotá.

se evaluó cualitativamente y cuantitativamente la percepción y opinión de los usuarios con respecto al servicio de ayuda a domicilio en España. En el mismo sentido Cardozo (2003), manifiesta que conocer los procesos, resultados e impactos de las políticas de desarrollo social constituye un elemento fundamental para mejorar la toma de decisiones y obtener mayor eficacia de las políticas diseñadas, mejor implementación de sus estrategias y eficiencia en la asignación de recursos. Cardozo citando a Cohen hace referencia a la importancia de la evaluación de programas sociales considerando los siguientes aspectos técnicos: la magnitud del gasto social, el porcentaje del gasto social efectivamente redistribuido, la eficiencia en la aplicación del gasto anterior, y su impacto en la solución del problema.

En Colombia son pocos los estudios que han evaluado el impacto de las políticas y la estrategia de municipios saludables, aunque existen investigaciones sobre estudios de caso en municipios que han implementado la estrategia donde se resalta la importancia de la responsabilidad social de la estrategia, los procesos y logros de la estrategia, esto desde la perspectiva de la salud pública. La presente investigación hace un aporte desde el ciclo de la política pública en salud, la reforma en salud y de los factores estratégicos y elementos que hacen viable la estrategia según el contexto.

1. **Tipo de Estudio:** El enfoque o perspectiva metodológica es descriptiva transversal, con corte cualitativo y cuantitativo; el método corresponde a un estudio de caso donde se analizó la *percepción* de los diferentes actores sociales e institucionales (Administración local, exfuncionarios y ciudadanos), a partir del diseño y validación de los instrumentos que sirven de base para ser replicados en otros municipios del país, con el propósito de determinar la viabilidad de la estrategia. Así mismo se realizó una entrevista semi - estructurada grupal a tres exservidores públicos que implementaron la estrategia. Con lo anterior se realizó una triangulación⁵² de la información recolectada por los diferentes métodos.

⁵² La triangulación se puede entender como la utilización y combinación de distintas metodologías, estrategias, datos, observaciones, en el estudio del mismo fenómeno. Para esta investigación se realizó triangulación múltiple: de datos, que consiste en la utilización de dos o más fuentes desde donde se obtienen los mismos; y, metodológica, que hace referencia al uso de dos o más tipos de estrategias de investigación en el estudio de un mismo fenómeno, en este caso cualitativo y cuantitativo.

2. **Población:** Municipio de Zipaquirá donde se aplicaron los diferentes instrumentos (ver anexos 1, 2 y 3) tanto a los ciudadanos (115 encuestados); a los funcionarios de la Administración Municipal (1 encuesta); y, entrevistas a ex –actores institucionales (3 entrevistas – semi - estructuradas) que implementaron la Estrategia.

3. **Procedimientos:** Para el diseño y adaptación de los instrumentos se seleccionaron criterios que luego de validados y aplicados en el Municipio de Zipaquirá, permitieron obtener la información. Al terminar el estudio de caso los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información, pueden ser aplicados en un estudio que abarque más municipios para tener un diagnóstico real de la situación de la estrategia.

En la fase de elaboración, los instrumentos se sometieron a una validación de contenido por criterio del investigador, y por criterio de expertos. Posteriormente los instrumentos se aplicaron a los diferentes actores del municipio: ciudadanos – usuarios; funcionarios de la Administración Municipal de la Alta Dirección; y, ex – funcionarios directivos. A todas las personas encuestadas y entrevistadas se les explico el propósito de la investigación. Después de aceptar colaborar en ésta se procedió a entregar los instrumentos: en el caso de los ciudadanos la encuesta se diligencio inmediatamente haciendo los respectivos registros; a los actores institucionales se les entregaron los instrumentos correspondientes y se comprometieron a entregarlos ocho días después; a los ex – funcionarios se les realizó una entrevista semi - estructurada y esta fue grabada y transcrita en archivos codificados, esta información se categorizó y se le realizó el respectivo análisis.

Igualmente se hizo el análisis de la estrategia y de la política pública en salud, teniendo en cuenta el ciclo de la política soportados en los planes de desarrollo del periodo de estudio y se realizo la explicación de la viabilidad política en la implementación de la estrategia.

Es de anotar que se entregaron las encuestas a las diferentes dependencias de la Alcaldía Municipal (Alcaldía, Gerencia de Desarrollo Social, Coordinadora del PAB, Secretario de Educación, Personería, Presidente del Concejo, Coordinadora del Sisben, Planeación Municipal, Director del Hospital) y se le realizó un seguimiento riguroso, pero desafortunadamente solamente tres personas diligenciaron la encuesta, las demás personas no lo hicieron aludiendo que no tenían tiempo, o que no conocían lo que se estaban realizando de la Estrategia ya que la competencia era en la Gerencia de Desarrollo Social, en otras dependencias delegaron el diligenciamiento de la encuesta a subalternos que no conocían el tema.

En la aplicación de las encuestas se tuvieron en cuenta los aspectos éticos; se explicó a cada participante el propósito de la investigación y se contó con la colaboración voluntaria de cada uno de ellos. Se garantizó el carácter absolutamente confidencial y académico de la investigación.

3.1. Validación de los instrumentos

- El instrumento N°1 (ver Anexo N°1) contempla los aspectos originales aplicados por Giselda Sanabria y Maryeline Benavides (2001), estos son: Políticas públicas saludables, intersectorialidad, sostenibilidad y participación social. A esta encuesta se le realizaron pequeñas modificaciones al aplicarlo al contexto Colombiano. El instrumento está constituido por preguntas cerradas con cuatro opciones de respuesta y al final de cada aspecto se dejó un espacio para observaciones:
 - A: (Bien) Indica la máxima puntuación que, de acuerdo con la percepción del encuestado.
 - B: (Regular) Indica que existen dificultades en el desarrollo del aspecto evaluado.
 - C: (Mal) Indica que no se está ejecutando mínimamente o inadecuadamente.
 - D: El encuestado considera que no tiene elementos para emitir un criterio.

- El Instrumento N°2 (ver Anexo N°2) fue tomado de los diseñados por la OPS, del diseñado por Fabio Cabarcas (2003) y Carlos Agudelo de la Universidad Nacional, del Informe de situación 2004 red Argentina de municipios y comunidades

saludables del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y adaptaciones propias para aplicarlo al contexto nacional y específicamente al Municipio de Zipaquirá. Este consta de las siguientes categorías de análisis: compromiso político; intersectorialidad; elaboración de un diagnóstico de situación; proyectos y programas que refuerzan la estrategia; seguimiento, monitoreo y evaluación; redes nacionales e internacionales; debilidades y fortalezas de la estrategia; y, financiación y sostenibilidad para la estrategia de municipios saludables. El instrumento esta constituido por preguntas cerradas y abiertas.

- El Instrumento N°3 (ver Anexo N°3) se diseño por el autor para aplicarlo al ciudadano – usuario para determinar el conocimiento de la estrategia, la percepción del usuario frente a los programas y proyectos relacionados con la estrategia, la forma de comunicación de los programas y proyectos, el grado de asociatividad, la forma de comunicación del gobierno municipal, así como el nivel de participación de los ciudadanos. Este consta de preguntas cerradas y abiertas.

3.2 Aplicación de los instrumentos

Se identificaron los actores institucionales y se entregaron los instrumentos al Alcalde, el Personero, el Presidente del Concejo, la Gerente de Desarrollo Social, la Coordinadora del PAB, la Coordinadora de Salud Pública, la Cordinadora de Escuela Saludable, el Secretario de Educación, el Gerente del Hospital, la Directora del SISBEN, y a una funcionaria de Planeación. Así mismo se encuestaron a dos directivos de una ARS y una EPS que tienen afiliados en el municipio. Además se realizo una entrevista en grupo focal integrado por un ex – alcalde, un ex - secretario de salud, un ex – coordinador del PAB. Para este tipo de actores se aplicaron el instrumento N°1 y N°2 y se realizo una entrevista en grupo focal.

El instrumento N°3 se aplico a los ciudadanos y se tomo una muestra no probabilística de tipo cautivo, realizando 115 encuestas dirigidas.

3.3 Análisis de la información

Para el instrumento N°1 se utilizó EXCEL, para el N°2 se realizó análisis cuantitativo y cualitativo, el N°3 se utilizó SPSS (Statistical Análisis Software), y, finalmente se realizó triangulación de la información.

CAPITULO V

ESTUDIO DE CASO ZIPAQUIRÁ MUNICIPIO SALUDABLE*

1. Presentación

Este capítulo conceptualiza un estudio de caso de la estrategia de municipios saludables en Zipaquirá, en este se describe la “**experiencia**” que se obtuvo durante mas de dos años de visitas y observaciones permanentes al municipio y a la administración municipal en lo relacionado a la EMS, se retoma la bibliografía revisada de las revistas especializadas en salud, administración y políticas públicas, así como también textos y documentos oficiales de la Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Protección Social y la Alcaldía Municipal de Zipaquirá.

Así mismo se analizará el ciclo de la política pública propuesta por Meny y Thoenig⁵³ y las fases de construcción de los municipios saludables propuestos por la OPS en el contexto del municipio de Zipaquirá, esto con fin de tener elementos de juicio que clarifiquen la viabilidad de la estrategia en dicho municipio. Para cumplir este propósito fue necesario analizar el contexto del municipio y de los planes de desarrollo teniendo en cuenta sus componentes, ejes, estrategias y/o programas que tienen que ver con la EMS, haciendo especial énfasis en el plan de desarrollo “La Unión de Todos para el Bienestar de Todos” del periodo 1998 – 2000 del Alcalde Guillermo Rojas, quien impulso la estrategia en su periodo de gobierno.

2. Problema

Como se ha venido mencionando en este trabajo de investigación, una de las dificultades que tienen los municipios en sus políticas públicas es la carencia o pocas estrategias de evaluación y seguimiento de las políticas, programas y proyectos que se desarrollan allí, generando que estas no tengan viabilidad, ni sostenibilidad en el tiempo.

* Parte de la información suministrada para la construcción de este capítulo fue aportada por Martha Isabel Rodríguez Farias (Ex – secretaria municipal de salud), Gabriela Huertas Patiño (ex coordinadora de Promoción y Prevención) y Carlos Guillermo Rojas Wiesner (Ex – alcalde Municipal).

⁵³ El ciclo de la política pública fue propuesto por Jones en 1970 y adaptado por Meny y Thoenig en 1992.

Este fue uno de los motivos que me impulsó como estudiante de la maestría en administración pública a estudiar este fenómeno en el municipio de Zipaquirá específicamente en lo relacionado a la EMS que como se mencionó anteriormente, fue implementada en este municipio en el año de 1999 y en nuestro país en el año de 1992 y que esta experiencia de desarrollo local ha tenido buenos resultados según los documentos revisados en algunos municipios del país y en algunos países de América Latina.

3. Objetivos Alcanzados

- Análisis de los últimos cinco planes de desarrollo donde se determinaron los componentes más importantes de estos en relación con la Estrategia de Municipios Saludables.
- Comparación del ciclo de las políticas públicas y los pasos que se dieron en el municipio de Zipaquirá en relación con la estrategia.
- Balance de las fases de construcción de los municipios saludables propuestos por la OPS y como se dio este proceso en Zipaquirá.
- Diseño y adaptación de instrumentos de recolección de la información para estudiar la percepción y analizar la situación inicial y actual de la EMS, dichos instrumentos se aplicaron a los diferentes actores municipales (ciudadanos - usuarios, servidores públicos, ex – funcionarios, funcionarios de la empresa privada).
- Comprensión de la importancia de procesos evaluativos en políticas públicas y/o sociales.
- Síntesis y comprobación de la importancia de los factores estratégicos y de los elementos que hacen posible la estrategia en el contexto del municipio de Zipaquirá.

4. Método

Desde el punto de vista práctico en el proceso de investigación realizado en el municipio de Zipaquirá se puede determinar que se aplicó un método experimental ya que como investigador se emplearon técnicas que no conocía en el proceso, en aspectos como: en el acercamiento a la administración municipal y a la población; a la construcción y validación de instrumentos de recolección de la información; a la realización de entrevistas

con grupos focales; a las múltiples dificultades que se presentaron en la recolección de la información y a la aproximación conceptual de la investigación cualitativa y cuantitativa.

Para poder tener una mayor información a cerca de la estrategia se aplicaron tres instrumentos de recolección de la información: a los ciudadanos – usuarios se les aplicó uno, a los servidores públicos y a dos directivos de EPS privadas, por su carácter de expertos se le aplicaron dos instrumentos diseñados especialmente para ellos.

Las encuestas de expertos se entregaron a once funcionarios directivos de la administración municipal, pero desafortunadamente solo tres de ellos las contestaron, los funcionarios que no lo hicieron manifestaron que no conocían la estrategia y que las personas que la conocían eran las del sector salud. En el proceso de recolección de la información para tener mayor confiabilidad en los datos era necesario que el Alcalde y la Gerente de la oficina de Gerencia Social diligenciaran los instrumentos diseñados para los expertos, pero fue difícil que el Alcalde me concediera una cita para explicarle los alcances del proyecto sin embargo se le dejaron las encuestas en su oficina, la gerente de desarrollo social manifestó que le había entregado las encuestas a las personas expertas a su cargo y que la información suministrada por los funcionarios era la misma que ella conocía.

Para conocer con mas detalle la implementación de la estrategia fue necesario realizar una entrevista en grupo focal con el ex–alcalde, la ex - secretaria de salud y la ex – coordinadora del PAB, quienes en el año 1999 materializaron la estrategia en el municipio de Zipaquirá.

Por estos motivos como se comentó en la metodología fue necesario aplicar el método cuantitativo y cualitativo que diera cuenta del momento inicial y actual de la estrategia, para ello se adaptaron y construyeron instrumentos de recolección de información y se realizo un entrevista semi – estructurada a un grupo focal con el propósito de conocer la percepción de los actores frente a la estrategia de municipios saludables.

5. Contexto del Municipio de Zipaquirá

El municipio de Zipaquirá (ver Anexo N°4) está ubicado en el departamento de Cundinamarca, en la región de la Sabana Centro en la región central del país a 38 Km. de Bogotá D.C., tiene un área de 194 kilómetros cuadrados y el 95% de su territorio pertenece a la zona rural y el restante a la urbana, su cabecera está localizada a los 05° 0´42” de latitud Norte y 74° 00´21” de longitud Oeste. Está a 2.600 mts sobre el nivel del mar, su temperatura media es de 14°C, sus tierras corresponden al piso térmico frío y piso bioclimático páramo.

En el Municipio se distinguen dos áreas definidas: una plana al oriente que corresponde a la Sabana de Bogotá y otra montañosa, al occidente separada por el Valle del Río Frío. Está organizado según el acuerdo N° 16 de enero de 1990 en 2 corregimientos, 16 veredas, 4 comunas y 72 barrios y urbanizaciones, su población aproximada es de 93.602 habitantes (Municipio de Zipaquirá, 2004).

Es considerado como un centro de servicios (salud – educación) de la región del valle de Ubaté, Pacho, Rionegro y Sabana Norte. La principal actividad económica del municipio es la industria turística, la producción agropecuaria y la minería, es considerado como polo de desarrollo regional del departamento.

La estrategia de municipios saludables se manifiesta en la agenda básica municipal en el año de 1995 en el Plan de Desarrollo “Integración para el Desarrollo” en las acciones sectoriales y de complementariedad en salud se señala que “la política de salud se centrará en los conceptos de **Municipios Saludables**, con énfasis en un sistema de atención familiar y comunitaria, que pretende generar una nueva cultura de la salud y una ética que oriente los procesos y las relaciones en el interior del sector salud y de la sociedad en su conjunto. Se señala que ésta visión reconoce que la salud es el resultado del desarrollo social equitativo y del desarrollo individual y colectivo; demanda una renovación conceptual en las personas y un cambio, estructural y metodológico, en la organización y en las estrategias para ajustarla a la realidad de la sociedad”. En los planes de desarrollo posteriores al Plan de Desarrollo “Integración para el Desarrollo” de una

forma explícita o implícita mencionan la estrategia de municipio saludables como elemento fundamental para el desarrollo local. En comentarios posteriores se aluden a los planes de desarrollo como sustento de construcción de política que están en la agenda básica y se convierten en un insumo importante para impulsar y desarrollar la estrategia de municipios saludables en Zipaquirá.

6. Fases de la Política Pública “El caso Zipaquirá”

1. Fase de **Identificación**, los actores sociales y/o institucionales identifican una problemática que pasa a ser considerada por el Estado en este caso el Municipio, buscando que el problema se inscriba en la agenda del sistema político. Esta fase de la EMS en Zipaquirá se hizo teniendo en cuenta el diagnóstico de morbi – mortalidad suministrado por el Hospital y por el diagnóstico de necesidades sentidas realizado por la administración del periodo 1998 – 2000, en este se utilizaron mesas de concertación, foros, encuentros y reuniones con diferentes actores y sectores de la comunidad. Esto se realizó con el propósito de identificar y focalizar las políticas más necesarias para la comunidad. En esta primera fase se hizo un reconocimiento de la agenda institucional, encontrando:

a. **Agenda Básica:** desde el año de 1995 hasta la actualidad en todos los planes de desarrollo municipal se encuentra implícita la estrategia de municipios saludables. De esta forma, esta agenda propone que la alcaldía y la comunidad unan sus esfuerzos para trabajar en mejorar la calidad de vida de sus pobladores.

b. **Agenda Contingente:** Al realizar las indagaciones respectivas en el año de 1999 el Alcalde de ese entonces firmó un decreto protocolario donde se adoptaba el programa de municipios saludables. Así mismo en todas las administraciones se han firmado decretos que buscan generar ambientes saludables, tal es el caso de la prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad, la prohibición de fumar en sitios públicos, la protección al medio ambiente, entre otras medidas.

c. **Agenda Ciudadana:** se encontró que la sociedad civil del municipio en la actualidad no tiene mecanismos efectivos de participación (En el capítulo de análisis de resultados se profundizara en este tema).

2. Fase de **Formulación**, es la segunda fase de las políticas públicas en ella el Estado (Municipio) da alternativas, recibe presiones, negocia con los actores con poder y se proponen varias soluciones a la problemática existente. Para ello en el año de 1999 se decreto la estrategia de municipios saludables (ver Anexo N°5) y se formularon políticas públicas y proyectos específicos en materia de educación y salud a toda la población del municipio (ver Anexo N°6).

3. Fase de **Toma de Decisiones**: en esta los actores e instituciones autorizados para tomar la decisión, examinan las soluciones y deciden dar respuesta.

4. Fase de **Implementación**: hace referencia a la traducción de la decisión en hechos concretos para ser ejecutada por parte de la administración pública. En esta fase se ejecutaron (Periodo 1998 – 2000) diferentes programas dirigidos a la población infantil, a los adolescentes, a los adultos, jóvenes, a los adultos mayores y a la población con vulnerabilidad. Algunos de estos programas son: escuelas saludables, proyectos a favor de la población discapacitada, la lactancia materna y mejoramiento de hábitos alimenticios, pautas para convivencia y cuidado de mascotas, conformación del grupo de adolescentes, capacitación de liderazgo comunitario, salud integral del adolescente, fortalecimiento del liderazgo juvenil, nutrición y hábitos alimentarios saludables, capacitación de la estrategia de escuelas saludables, promoción oral con internos de la cárcel, desarrollo de habilidades y potencialidades del adulto mayor, ocupación del tiempo libre de la población de la tercera edad, entre muchos otros programas sociales.

5. Fase de **Evaluación**: consiste en contrastar en que medida la acción del Estado ha producido determinado tipo de efectos o de impactos; esta es realizada por los actores sociales y políticos y pueden dar origen al replanteamiento de la política con el propósito de reajustarla o suprimirla. La evaluación es un proceso dinámico y continuo que se hace de forma ex – ante o a – priori, concomitante o actual y ex – post o a – posteriori. En la actualidad no existe un proceso de evaluación de la estrategia de municipios saludables, ni tampoco existe en la administración un proceso de sistematización de esta. La evaluación se ha centrado en medir cobertura en los diferentes programas y algunos aspectos de proceso, faltando hacer mediciones de impacto que puedan retroalimentar las políticas.

Si se tiene en cuenta que las fases de la política pública se pueden interponer y que no necesariamente tienen un orden secuencial, en el municipio de Zipaquirá estas se manifestaron de la siguiente forma:

1. Desde el año de 1995 se incluyó el tema de Municipios Saludables en la agenda básica, pero no se materializó como una política municipal, sin embargo se realizaron programas y proyectos sociales que buscaban mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades. En la construcción del plan de desarrollo “la unión de todos para el bienestar de todos” no se pensó en la estrategia de municipios saludables, sin embargo a raíz del encuentro de las Américas celebrado en Medellín en 1999, donde asistió la ex – secretaria de salud se dio cuenta que lo que estaban haciendo desde la administración municipal encajaba con los municipios saludables y posteriormente Hernán Málaga director de la OPS apoyo el proceso.
2. En la fase de identificación, en la construcción del plan de desarrollo 1998 -2000 se realizó utilizando los datos oficiales del municipio y se hizo un diagnóstico de necesidades sentidas, es decir fue participativo y consensuado.
3. En abril de 1999 se expidió el decreto protocolario donde se adopta el programa de municipios saludables por la paz en Zipaquirá y se encargó a la Secretaría de Salud la implementación de la estrategia para “hacer posible que sus habitantes alcancen su derecho a ser cada vez mas saludables y tener una mejor calidad de vida en el siglo XXI”.
4. Desde antes de 1998 los gobiernos locales ya venían trabajando en pro de la estrategia de municipios saludables y en el periodo de gobierno de Guillermo Rojas se impulsaron y desarrollaron políticas publicas municipales que respondían a la estrategia, esto responde a la fase de toma de decisiones e implementación de la política.
5. La estrategia en su fase de implementación de programas y proyectos tuvo el apoyo por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), su director Hernán Málaga, y por la Gobernación de Cundinamarca. Así mismo participó el sector privado específicamente algunas instituciones de educación y empresas transportadoras del municipio.
6. Desde el punto de vista de sostenibilidad posterior a su implementación (Periodo 1998 – 2000) y a pesar que continuó vigente en la agenda básica el tema de

municipio saludable y ciudad sana, no se evidenció voluntad política frente a la estrategia. No obstante se continuaron programas sociales que redundan en una mejor calidad de vida de la población del municipio sin estar articulados con la estrategia.

7. En el proceso de investigación no se conoció en el municipio procesos de evaluación de la estrategia, sin embargo los funcionarios reportan evaluación y seguimiento de programas y proyectos.

Además de las fases de la política pública que previamente se explicaron, existen **las fases de construcción de un Municipio Saludable**, estas se superponen al igual que el ciclo de la política y se complementan. A continuación se describen cada una de ellas y se analizan a la luz de los avances que tuvo el municipio de Zipaquirá en la Administración del Ingeniero Carlos Guillermo Rojas Wiesner (Anexo N°7):

Fase I: Declaración pública de compromiso del gobierno local para avanzar hacia la meta de ser un Municipio saludable. En el municipio de Zipaquirá en el año de 1999 mediante el decreto protocolario No. 02 del 5 de abril, “se adopta el programa de Municipios Saludables por la Paz en Zipaquirá y se dictan otras disposiciones”.

Fase II: Conformación y puesta en marcha de un comité intersectorial de salud. En la administración del Ingeniero Carlos Guillermo Rojas Wiesner (1998 – 2000) se conformo el comité de Veeduría Ciudadana del PAB, el comité Municipal de Escuelas saludables, y se dejo a cargo de la secretaria de salud la estrategia de Municipios Saludables. Además se definieron políticas públicas saludables municipales a favor de toda la población del municipio⁵⁴.

Fase III: Elaboración de un diagnóstico con la participación de los ciudadanos e instituciones locales. En el municipio de Zipaquirá la construcción de la estrategia fue participativa empoderando a los actores sociales. Para la elaboración del diagnostico se tuvieron en cuenta los datos de morbi - mortalidad del municipio suministrados por el hospital y la secretaria de salud y lo mas importante se hizo un diagnostico de

⁵⁴ En la entrevista realizada a los doctores Carlos Guillermo Rojas Wiesner, Martha Isabel Rodríguez y Gabriela Huertas Patiño se ampliará la información relacionada con los avances de la estrategia en los años de 1998 hasta el año 2000.

necesidades sentidas de la población, este se realizó con talleres, foros y encuentros con comunidades y de ahí se formularon e implementaron las políticas públicas locales.

Fase IV: Puesta en marcha de un plan de salud consensuado. Los programas y proyectos que se realizaron se fundamentaron en la participación comunitaria con el apoyo del sector salud. Es de señalar que uno de los avances a favor de la participación fue la aprobación del Decreto No. 63 de 2000 (abril 10), por el cual se crea el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud⁵⁵ en el Municipio de Zipaquirá.

Fase V. Establecimiento de un sistema de monitoreo⁵⁶ y evaluación⁵⁷ en el ámbito local. La participación de los involucrados en la problemática de evaluación cumple un rol fundamental en esta fase, no sólo por la calidad de la evaluación sino también el efecto multiplicador que se produce cuando los ciudadanos ven los progresos y los propios logros. (Alessandro, 2002). La estrategia se convierte por sí misma en una especie de mecanismo de rendición de cuentas, especialmente en los programas sociales.

⁵⁵ El consejo territorial es el organismo de participación social de máxima jerarquía en el territorio, donde se encuentran representados todos los actores del S.G.S.S.S para vigilarlo y buscar su máxima optimización. El consejo lo conformaban: el Alcalde, El Secretario de Salud, El Secretario de Hacienda, el funcionario de mayor jerarquía del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, dos representantes de los empleadores, dos representantes de los trabajadores, El gerente del ISS de Zipaquirá, un representante de las EPS, Los representantes de las ESEs municipales, Un representante de las IPS privadas, Un representante de los profesionales del área de la salud, y, un representante del comité de la alianza de usuarios.

⁵⁶ El monitoreo es el seguimiento del programa o proyecto para saber hasta que punto se está desarrollando de acuerdo con su diseño o plan de acción, y si se está dirigiendo a la población – objetivo.

⁵⁷ La evaluación es el proceso sistemático y continuo de recolección y análisis de datos para determinar si se están logrando los objetivos, y en qué grado, y para auxiliar en la toma de decisiones a los decisores de las políticas.

7. Planes de Desarrollo

En este sentido, un municipio saludable es un proceso que implica convicción y fuerte apoyo político, al igual que gran participación y acción de las comunidades. Bajo esta perspectiva se analizará su adopción en el municipio de Zipaquirá (Anexo N°8) mediante la revisión de los Planes de Desarrollo Municipal a partir del año de 1995, entendiéndolos éstos como instrumentos de gestión y acción político-institucional para el desarrollo de la población.

Planes de Desarrollo de Zipaquirá (1995 – 2003)

Para efectos del análisis se estudiarán las agendas básicas⁵⁸ de los gobiernos municipales desde 1995 hasta la actualidad, mirando los componentes más importantes de estos y su relación con la Estrategia de Municipios Saludables.

En el Plan de Desarrollo de 1995-1997 “**Integración para el Desarrollo**”, se señala que es el instrumento a través del cual se implementará el marco integral de desarrollo del municipio. En el Plan se contempla acciones sectoriales y de complementariedad, a saber: en el campo social, se propone apoyar los procesos de asociación comunitaria y su vinculación a la gestión educativa, social, cultural, en salud, etc. Se propone la creación de la oficina de Desarrollo Social, encargada del fomento del empleo productivo a nivel de capacitación y asesoría. A nivel educativo se contempla el mejoramiento de la calidad mediante la capacitación a profesores y el aumento de la cobertura, mediante la ampliación y construcción de plantas físicas.

En el sector de salud, se señala que la política de salud se centra en los conceptos de **Municipios Saludables**⁵⁹, con énfasis en un sistema de atención familiar y comunitaria,

⁵⁸ Las agendas básicas en este caso son los planes de desarrollo municipal y son entendidas como el conjunto de problemas públicos que un gobierno por distintas razones considera importantes. La agenda institucional puede ser: estatal, gubernamental, política, ciudadana, e internacional.

⁵⁹ A pesar que el tema de Municipios Saludables es considerado desde este plan de desarrollo se materializa en la siguiente administración. Es de destacar que este plan vislumbra la importancia de los Municipios Saludables para lograr un mejor desarrollo local.

que pretende generar una nueva cultura de la salud y una ética que oriente los procesos y las relaciones en el interior del sector salud y de la sociedad en su conjunto. Se señala que ésta visión reconoce que la salud es el resultado del desarrollo social equitativo y del desarrollo individual y colectivo; demanda una renovación conceptual en las personas y un cambio, estructural y metodológico, en la organización y en las estrategias para ajustarla a la realidad de la sociedad.

Desde esta perspectiva, el enfoque de salud que se incorpora en éste Plan de Desarrollo se basa en la promoción de la salud y la atención de la enfermedad como dos campos de acción claramente definidos y en la descentralización y el mejoramiento de la gestión como estrategia básica para el desarrollo. Así mismo, exige acciones integrales y multisectoriales con la participación de diversos sectores. Incluye una adecuada nutrición, higiene personal y pública, y prevención de las enfermedades.

Dentro del Plan de Desarrollo 1998-2000 “**La unión de todos para el bienestar de todos**”⁶⁰ se señala como estrategia para promover y mejorar la calidad de vida de las personas, la generación de procesos sociales, individuales y comunitarios para transformar y fomentar comportamientos, hábitos y valores que permitan la construcción de estilos de vida saludables. Así mismo, el control de los factores de riesgo para la salud de la población. Para ello, se proponen como estrategias la coordinación interinstitucional e intersectorial para la detección de problemas y formulación de proyectos; capacitar a la población sobre los derechos y deberes en el sistema general de salud; promover y apoyar la participación ciudadana a través de los diferentes mecanismos, concernientes a la salud; elaboración del PAB.

En este sentido, se proponen como metas, entre otras, la de conformar y poner en funcionamiento los comités de usuarios y veedurías ciudadanas para las ARS y EPS; implementar un programa básico de promoción y prevención para cada grupo atareó; complementar el diagnóstico de los factores de riesgo; elaborar un sistema de control ambiental y sanitario; elaborar un sistema de control y vigilancia epidemiológica;

⁶⁰ En esta administración como se describe en el capítulo fue la que impulsó la Estrategia de Municipios Saludables y dio las orientaciones en lo relacionado a las políticas públicas locales con participación.

desarrollar el PAB a través de las siguientes acciones: atención integral en salud a menores, adolescentes, mujeres, tercera edad; promoción y prevención de accidentes y desastres, trauma y violencia, vigilancia y control de riesgos para la salud relacionadas con el ambiente y capacitación a la comunidad en deberes y derechos en salud y participación comunitaria.

Por otro lado, en el Plan de Desarrollo 2001-2003 “**Amplíemos nuestros Horizontes**”, se conciben las acciones de promoción y prevención como parte del plan de atención básica, bajo los principios de universalidad, territorialidad y gratuidad, la complementariedad y la intersectorialidad. Las acciones de promoción y prevención enfocadas, al control de los factores de riesgo del ambiente (salud-ambiente), promoción en hábitos y estilos de vida saludables. Es importante considerar que el concepto de salud se amplía, y se expande en considerar otros factores de bienestar (físico, social, emocional, mental, espiritual y ambiental). Es así como dentro de los objetivos generales, se busca liderar las estrategias del **Municipio y Escuela Saludable**, mediante la formulación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables para la salud, la participación comunitaria y el desarrollo de habilidades. Así mismo, desarrollar en el municipio la cultura de promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante la realización de actividades colectivas de información, educación, comunicación en coordinación con sectores poblaciones. Por otro lado, realizar acciones para la protección de la salud, interviniendo los factores de riesgo originados en el ambiente, a través de la vigilancia y control de los riesgos físicos, químicos y del consumo. Como herramienta transversal a todos los procesos se determina la participación social.

Finalmente, se considera como una de las metas fundamentales el mejoramiento del nivel de salud y bienestar de la población a través de la implementación de la **Estrategia de Municipios Saludables por la Paz**.

Últimamente, en El Plan de Desarrollo 2004- 2007 “**Por la Zipaquirá que Merecemos**”, se propone el desarrollo de una “**ciudad sana**”. Dentro de este se considera que una ciudad es sana si su comunidad va más allá de ser receptoras de servicios y programas de programas en salud física y mental y trabaja conjuntamente por la salud social, como la

necesidad de desarrollar procesos comunitarios, con participación y de trabajo intersectorial entre las instituciones y la sociedad.

En este sentido, se incorporaron dentro del Plan, las siguientes estrategias: Generar nuevos ambientes y hábitos de vida saludables en la población; adelantar acciones intersectoriales; fortalecimiento de los espacios de participación social; y apoyo a los procesos sociales de la comunidad. Para ello se propuso desarrollar los siguientes programas: Centros Integrados de Participación y Acción Social –CIPAS, como espacios físicos y sociales que permitan descentralizar la acción pública municipal a las diferentes zonas de nuestra ciudad; Familia Comunidad de Vida y Amor, con el objetivo de atender a grupos de familias, niñas, jóvenes, mujeres cabeza de familia y adultos mayores, a través de su ciclo vital, facilitando su permanente desarrollo y adaptación a las diferentes circunstancias que se presentan en su cotidianidad; Vida nueva con dignidad, a través de este programa se pretende atender a grupos con necesidades o características especiales, niños y jóvenes en alto riesgo, discapacitados, desplazados y a los grupos sociales que requieran atención especial. El programa Cobertura en el aseguramiento, mediante el cual se busca garantizar el acceso a los servicios básicos en salud por parte de la población; hábitos saludables de vida individual y colectiva, este programa encaminado a promover esfuerzos en la promoción y prevención en salud, PAB, con herramientas educativas orientadas a adquirir hábitos y comportamientos saludables del individuo y la colectividad; seguridad alimentaria, orientado a fomentar la producción y el acceso efectivo a los alimentos, para mejorar el estado nutricional de las personas y la colectividad; educación para todos y educación para potenciar el talento humano, como programas que buscan desarrollar esfuerzos para asegurar la cobertura y el mejoramiento de la calidad y pertinencia en el servicio educativo.

8. Conclusiones

- Los Municipios Saludables son una estrategia de promoción de la salud y de desarrollo local con un gran potencial para fortalecer las políticas públicas locales y avanzar en el desarrollo humano con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas. Implica una acción intersectorial dentro de las instituciones de la

administración municipal, así como una concertación y participación de la sociedad civil y de la empresa privada.

- La experiencia del Municipio de Zipaquirá es muy importante ya que se avanzó en la formulación e implementación de políticas sociales. Es la puerta de entrada al debate y construcción intersectorial e interinstitucional de la identificación de problemas, formulación de soluciones, implementación de programas y proyectos, toma de decisiones y procesos de evaluación de las políticas.
- Los planes de desarrollo analizados toman como referente la Estrategia de Municipios Saludables, sin embargo en los documentos y averiguaciones realizadas al interior de la administración municipal solo uno de ellos toma la estrategia como aspecto importante para materializar las políticas y como un mecanismo de evaluación de la gestión municipal.

CAPITULO VI - RESULTADOS

Para que un municipio tenga viabilidad en la estrategia, deben manifestarse los factores estratégicos que la hacen posible, estos son: Políticas públicas definidas, Intersectorialidad, Participación, Descentralización y Sostenibilidad. Así mismo, los elementos que le dan soporte, como: el compromiso político; la elaboración de un diagnóstico de situación; los proyectos y programas que refuerzan la estrategia; el seguimiento, monitoreo y evaluación; las redes nacionales e internacionales; las debilidades y fortalezas; y, la financiación y sostenibilidad.

En este caso, la investigación buscó la percepción y el conocimiento de los diferentes actores: ciudadanos – usuarios, como beneficiarios directos de la estrategia, para establecer la percepción de estos con relación a la estrategia; actores institucionales, quienes son los tomadores de decisiones y los encargados de la implementación y evaluación de la política; y, por último los ex – funcionarios, quienes formularon e implementaron la política. (Tabla N° 5)

Tabla N°5. Distribución de encuestados según los actores municipales.

<i>Actores</i>	<i>Personas a quienes se les entrego los instrumentos</i>	<i>Quienes contestaron la encuesta</i>	<i>Instrumentos diligenciados</i>
Institucionales, Sector Privado y ex - funcionarios	Instrumento N°1 Alcalde, Gerente de desarrollo social, Coordinador del PAB, Secretario de Salud, Personería, Presidente del Concejo, Gerente de Hospital, Coordinador del Sisben y Planeación	Funcionarios: 3 fueron diligenciadas por: Coordinación de Salud Pública, Coordinación de Escuela Saludable y Beo – proyectos Planeación Municipal. Empresa Privada: 2 por una ARS y por una EPS. Ex –Funcionarios: 1 encuesta la contesto secretaria de salud y cordinadora del PAB.	6
	Instrumento N°2. Alcalde, Gerente de desarrollo social, Coordinador del PAB, Secretario de Salud, Personería, Presidente del Concejo, Gerente de Hospital, Coordinador del Sisben y Planeación	Funcionarios: 3 fueron diligenciadas por: Coordinación de Salud Pública, Coordinación de Escuela Saludable y Beo – proyectos Planeación Municipal. Empresa Privada: 2 por una ARS y por una EPS.	5

Ciudadanos	Instrumento Ciudadanos – usuarios del municipio quienes se encuestaron.	Nº3.	115 personas residentes en el municipio de Zipaquirá del área rural y urbana. La muestra fue cautiva al azar, recolectada en diferentes lugares del municipio (Plaza principal, hospital, terminal de transportes, plaza de mercado, entre otros lugares).	115
------------	---	-------------	--	-----

Para esta investigación se encuestaron a los usuarios (ciudadanos) y a los actores institucionales o funcionarios de la administración municipal, así mismo se realizó una entrevista (Anexo N°9) grupal a ex – funcionarios de la alcaldía (alcalde, secretaria de salud y coordinadora del PAB). Es de anotar que para este proyecto se pretendía conocer las percepciones de todos los sectores y servidores públicos de la alta dirección de la administración municipal, pero desafortunadamente se encontró que no existe un trabajo intersectorial y que la mayoría de funcionarios desconocen totalmente la Estrategia de Municipios Saludables y aducen que esta depende de Gerencia Social. Adicionalmente, a pesar que en el plan de desarrollo actual esta explícita la estrategia de municipios saludables como “ciudad sana” en la información recolectada existen pocos programas y/o proyectos que la refuercen directamente, entre estos está el proyecto de escuela saludable.

Inicialmente para el desarrollo de este proyecto de grado se pensó encuestar solamente a los actores institucionales, es decir a los funcionarios de la administración municipal, pero dada la poca colaboración de estos en el suministro de información tanto escrita (documentos de soporte de la estrategia, boletines, decretos) como oral, se procedió a replantear la metodología y se realizaron encuestas a los directivos de una ARS y EPS, a los ciudadanos quienes son los beneficiarios directos de la estrategia y se entrevistaron a 3 ex – funcionarios de la administración municipal quienes formularon e implementaron algunas políticas públicas municipales relacionadas con la estrategia de municipios saludables.

En este estudio de caso se le da relevancia a la participación de los ciudadanos quienes se convierten en evaluadores y ponen de manifiesto la viabilidad de la estrategia en el

ámbito local, además dentro de las investigaciones realizadas sobre la estrategia solamente se han tenido en cuenta los actores institucionales.

Tradicionalmente a nivel nacional y en América Latina la estrategia ha estado a cargo del sector salud y el municipio de Zipaquirá no es ajeno a esta situación, esto puede generar una visión limitada frente a las soluciones que mejoran la calidad de vida de la población ya que en ocasiones las acciones por si solas de este sector no mejoran la calidad de vida de las personas.

La responsabilidad frente a las políticas públicas locales de la estrategia de municipios saludables es de competencia del Gobierno municipal y no de una dependencia de este, que le permitan tener durabilidad y sostenibilidad en el tiempo. Todas las instituciones del municipio deben tener compromiso político, trabajo intersectorial, diagnósticos situacionales de los problemas más relevantes de la comunidad, proyectos y programas que refuercen la estrategia y un alto sentido de participación de la comunidad en el diagnóstico, la elaboración, la implementación y la evaluación de las políticas públicas.

A continuación se muestra el análisis de la información de cada uno de los instrumentos utilizados.

6.1 Resultados Encuesta N°1.

Se diligenciaron 6 instrumentos. Tres de funcionarios, dos de la empresa privada y uno de una ex - funcionaria de la administración municipal, las respuestas de esta persona se remontaron al momento de la implementación de la estrategia. **(Ver Anexo N°1, Pág. 144).**

- **Políticas Públicas Saludables:** La respuestas de los funcionarios se concentraron en las opciones A y B. La empresa privada en la respuesta D y la ex – funcionaria en la opción A y B. Sin embargo dos de los tres funcionarios manifiestan que las políticas se encuentran **bien**. Las políticas mencionadas a cerca de promoción de la salud fueron: Cuidado de mascotas, Prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores y prevención de la discapacidad.

- **Intersectorialidad:** En este aspecto los funcionarios respondieron las opciones A y B. La empresa privada en la opción B, y, la ex – funcionaria en la opción B.
- **Sostenibilidad:** Los funcionarios contestaron la opción A y B. La empresa privada en las opciones A, B y C. La ex – funcionaria en la opción A y B. En este aspecto algunos de ellos manifiestan que la sostenibilidad depende del empoderamiento de la comunidad y del gobierno municipal.
- **Participación social:** Las respuestas B y C fueron las que mas contestaron los funcionarios. Las opciones B, C y D la empresa privada, la ex – funcionaria la opción A y B.

Los encuestados manifiestan que el instrumento es útil ya que permite evaluar los aspectos de la estrategia, conocer que esta pasando desde su implementación y se convierte en un momento de evaluación y de compromiso colectivo.

En todas las áreas evaluadas por parte de este instrumento se manifiesta la diversidad de las respuestas incluso por parte de los funcionarios. Las **políticas públicas** se centran básicamente en algunos decretos dictados por el actual mandatario municipal, no hay un consenso de las políticas municipales y la empresa privada las desconoce por completo. En la **intersectorialidad** se puede afirmar que no existe un trabajo de los diferentes sectores tanto de la administración municipal como de la empresa privada, este aspecto se corroboró con las múltiples visitas y conversaciones que se tuvieron con algunos funcionarios de la administración municipal y algunos representantes de la empresa privada. Con relación a la **sostenibilidad** todos los encuestados manifiestan que la estrategia de municipio saludables esta entre bien y regular, es decir que es sólida en relación a la promoción de la salud, que los compromisos son estables y que la capacidad de autogestión de las autoridades y la comunidad es buena, y que la durabilidad de la estrategia es medianamente duradera. La **participación social**, en esta área se muestra que a pesar que existen los mecanismos de participación, esta es muy baja y la calificación promedio esta entre regular y mal.

Análisis Cuantitativo Instrumento N°1.

En las siguientes dos tablas y graficas se muestra la percepción de los actores – expertos (tres funcionarios, dos personas de la empresa privada y una ex – funcionaria de la alcaldía municipal), en la tabla N°6 y gráfica N°1 se analiza la percepción de los funcionarios, en la tabla N°7 y grafica N°2 se analiza la totalidad de los encuestados. Se hizo esta discriminación ya que hay diferencias significativas en la percepción de los funcionarios y de la totalidad de la muestra en todas las categorías con mayor variación en políticas públicas saludables e intersectorialidad.

Tabla N°6 Resultados Funcionarios

FUNCIONARIOS	BIEN	REGULAR	MAL	NO SABE
Políticas Públicas Saludables	61,1	22,2	11,1	5,6
Intersectorialidad	38,1	47,6	14,3	0,0
Sostenibilidad	47,6	38,1	14,3	0,0
Participación social	15,2	63,6	21,2	0,0

Grafica N°1 Resultados Funcionarios

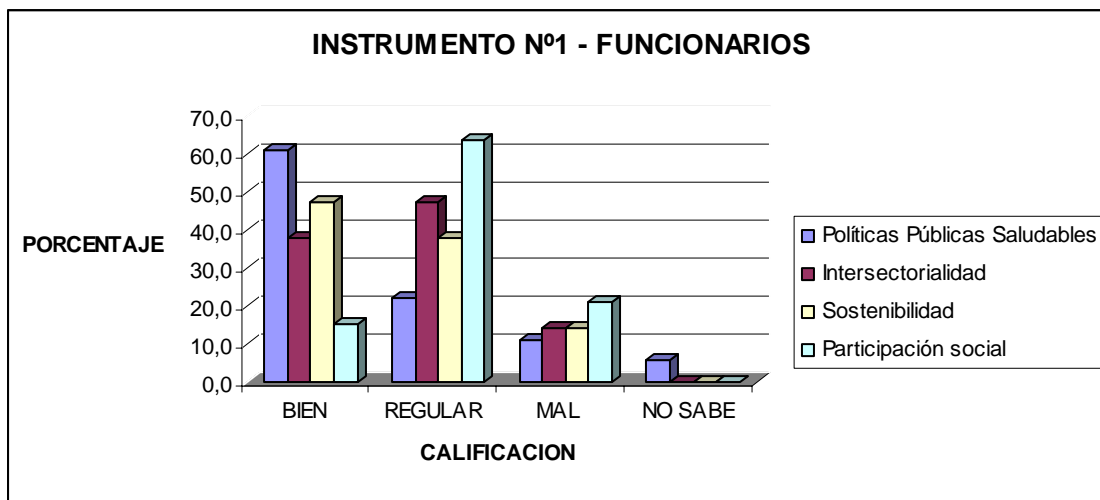
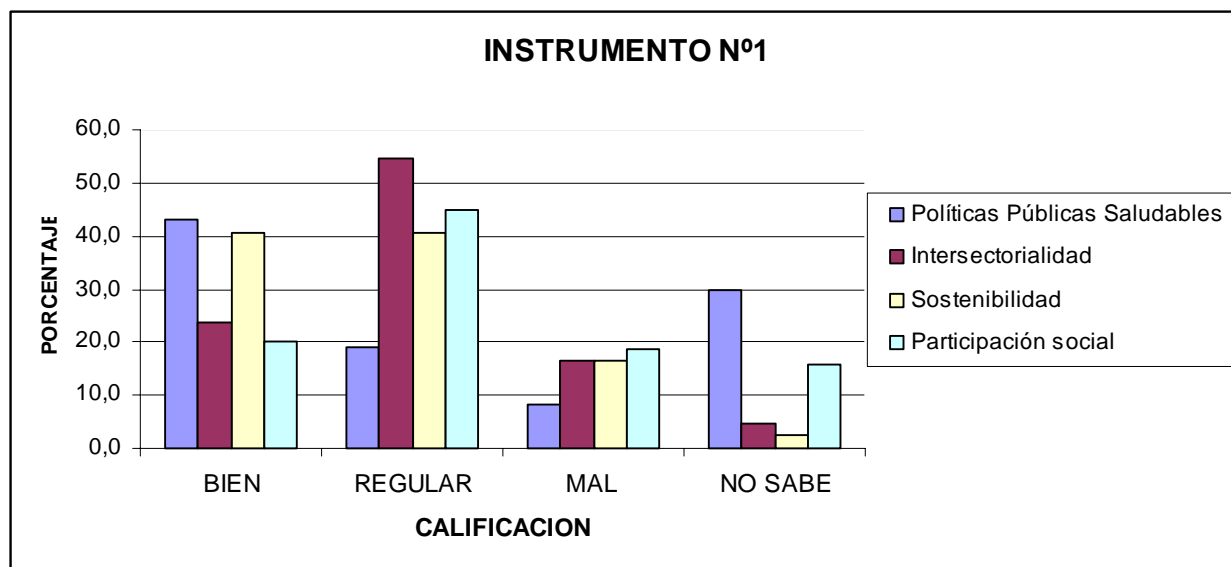


Tabla N°7 Resultados Funcionarios y ex – funcionarios

Totalidad de la muestra	BIEN	REGULAR	MAL	NO SABE
Políticas Públicas Saludables	43,2	18,9	8,1	29,7
Intersectorialidad	23,8	54,8	16,7	4,8
Sostenibilidad	40,5	40,5	16,7	2,4
Participación social	20,3	44,9	18,8	15,9

Grafica N°2 Resultados Funcionarios y ex – funcionarios



6.2 Resultados Encuesta N°2.

Se diligenciaron 5 instrumentos. Tres de funcionarios y dos de la empresa privada. (**Ver Anexo N°2, Pág. 148**). El análisis de esta encuesta se hizo cualitativamente por tres razones: la primera que algunas preguntas eran abiertas; la segunda, que se diligenciaron completamente sólo tres encuestas de las cinco; y la tercera que la mayoría de las respuestas eran diversas aún por parte de los funcionarios. Esto hacía difícil una interpretación cuantitativa de los datos ya que solo se mostrarían frecuencias de respuestas y no se tendría en cuenta las observaciones realizadas en las múltiples visitas al municipio. Por ello se hace un análisis integral de cada categoría del instrumento. A continuación se describe dicha interpretación:

1. Datos de Identificación de la Institución

Las instituciones encuestadas son de carácter municipal, y pertenecen a planeación y salud (escuela saludable y salud pública). Los programas y/o proyectos corresponden al plan de desarrollo de la actual administración. Los encuestados refieren que todos los programas hacen parte de la estrategia. La cobertura de estos se focaliza en la población con NBI. La categoría del Municipio de Zipaquirá es de tercera⁶¹. Los encuestados no tienen claridad quien es el coordinador de la estrategia.

2. Compromiso Político

La estrategia de Municipios saludables que se implementó en el año de 1999 se legitimó con un Decreto Protocolario por parte del Alcalde Municipal de ese entonces. El Municipio se certificó en salud en el año de 2001 pero no se descentralizó. El municipio en la actualidad no cuenta con un grupo de trabajo específico, un comité o una persona responsable, para coordinar la estrategia. Los funcionarios refieren que existe entre un alto y moderado compromiso político frente a la estrategia, pero en las observaciones realizadas al municipio se puede inferir que existe un bajo compromiso. Las mayores

⁶¹ La Ley 617 de 2000 categoriza las entidades territoriales. La Tercera categoría corresponde a todos aquellos distritos o municipios con población comprendida entre treinta mil uno (30.001) y cincuenta mil (50.000) habitantes y cuyos ingresos corrientes de libre destinación anuales sean superiores a treinta mil (30.000) y hasta de cincuenta mil (50.000) salarios mínimos legales mensuales.

dificultades que observan los encuestados es que no se tiene un coordinador de la estrategia y faltan mecanismos de trabajo intersectorial y participación comunitaria. Los éxitos de la estrategia que se manifiestan en esta administración son el énfasis en lo social y la ampliación de la cobertura en salud y educación. Uno de los encuestados manifiesta que se han asignado recursos para la estrategia pero en la revisión de los presupuestos no se visualiza este aspecto.

3. Intersectorialidad

Dos de los tres de los encuestados manifiestan que No existe un consejo o comité intersectorial de la estrategia, sin embargo identifican que hay instituciones del resorte municipal como la alcaldía, la secretaria de salud, la gerencia de desarrollo social la dirección del hospital, entre otras participan en la estrategia. El liderazgo de la estrategia en el municipio no se identifica con claridad ya que cada uno de los encuestados marco actores diferentes (alcalde, secretaria de salud municipal y gerencia de desarrollo social). Dos de los encuestados reportan que no hay reuniones porque no hay comité y uno señala que se reúnen mensualmente. En cuanto a la pregunta que si los miembros de la estrategia o del comité han recibido alguna capacitación la respuesta es que si, las respuestas con mayor frecuencia fueron: políticas públicas, formulación de proyectos, promoción de la salud, participación y planeación estratégica. La valoración subjetiva del funcionamiento del comité es que lideran procesos de cambio y participan representantes de la comunidad. El número de personas que trabajan en la estrategia es disímil, los encuestados respondieron 18, 35 y 1, en realidad en las visitas y observaciones realizadas al municipio no se conoció la persona que estuviera encargada de la estrategia.

4. Elaboración de un Diagnóstico de Situación

En el municipio existe un diagnóstico actualizado de menos de 3 años de la situación de salud, en el que se priorizaron los problemas, y participaron la administración local, las instituciones de salud privadas, las instituciones de educación, las organizaciones comunitarias y los ciudadanos. Los ciudadanos participan como actores activos y como beneficiarios en todas las fases de la política pública (identificación, formulación, ejecución y evaluación), con mayor énfasis en la identificación. Los mecanismos de participación que

mas prevalecen son los informales (foros, encuentros y talleres) y en menor medida los formales (Audiencias).

5. Proyectos y programas que refuerzan la estrategia.

1. Las políticas que se están desarrollando son en:

- **Educación:** escuelas saludables, nutrición escolar.
- **Promoción y protección de la salud:** seguridad alimentaria.
- **Conductas saludables:** Prevención de adicciones (tabaco, alcohol y drogas), Prevención de la discapacidad.

2. Los programas que se están desarrollando son:

- **Saneamiento Básico y Ambiental:** vivienda, servicios públicos domiciliarios, manejo de residuos sólidos.
- **Generación de empleo:** Iniciativas productivas, Erradicación trabajo informal.
- **Educación:** Educación para la salud, Alfabetización, Convenios con universidades, Escuelas saludables, Nutrición escolar.
- **Prevención y control de enfermedades:** Enfermedades no transmisibles, Enfermedades de transmisión sexual y SIDA, Enfermedades transmisibles.
- **Promoción y protección de la salud:** Salud materno infantil, Salud bucal, Tercera edad, Nutrición y alimentación, Salud mental, Accidentes de tránsito, Adolescentes, Actividad física/deportes, seguridad alimentaría.
- **Conductas saludables:** Recreación/esparcimiento, Utilización del tiempo libre, Expresiones culturales y artísticas, Prevención de adicciones (tabaco, alcohol y drogas), Prevención de Violencia, Prevención de la discapacidad.

3. Los proyectos que se desarrollan son:

- **Saneamiento Básico y Ambiental:** vivienda, servicios públicos domiciliarios, contaminación de aire, uso de plaguicidas, manejo de residuos sólidos.
- **Generación de empleo:** Iniciativas productivas, Erradicación trabajo informal.
- **Educación:** Educación para la salud, Alfabetización, Convenios con universidades, Escuelas saludables, Nutrición escolar.
- **Prevención y control de enfermedades:** Enfermedades no transmisibles, Enfermedades de transmisión sexual y SIDA, Enfermedades transmisibles.

- **Promoción y protección de la salud:** Salud materno infantil, Salud bucal, Tercera edad, Nutrición y alimentación, Salud mental, Adolescentes, Actividad física/deportes, seguridad alimentaria.
- **Conductas saludables:** Recreación/esparcimiento, Utilización del tiempo libre, Expresiones culturales y artísticas, Prevención de adicciones (tabaco, alcohol y drogas), Prevención de Violencia, Prevención de la discapacidad.

4. Los servicios son:

- **Saneariamiento Básico y Ambiental:** uso de plaguicidas.
- **Prevención y control de enfermedades:** Enfermedades no transmisibles, Enfermedades de transmisión sexual y SIDA, Enfermedades transmisibles.
- **Promoción y protección de la salud:** Salud materno infantil, Salud bucal, Tercera edad, Nutrición y alimentación, Salud mental, Adolescentes.
- **Conductas saludables:** Utilización del tiempo libre, Expresiones culturales y artísticas.

5. **Investigación:** aparentemente en el municipio no se están realizando actividades de investigación en ninguna de las áreas.

Los programas y proyectos se desarrollan en todo el municipio y los encuestados refieren que todos son evaluados.

6. Seguimiento, monitoreo y evaluación

Los encuestados refieren que existe un proceso de sistematización, monitoreo y evaluación de la estrategia, sin embargo en las observaciones y visitas realizadas no se conoció un responsable de la evaluación. La evaluación esta a cargo de los funcionarios responsables de los programas y proyectos y se encamina a cobertura e inversión. Los funcionarios manifiestan que es importante desarrollar procesos de evaluación de la estrategia: para saber el impacto, el resultado y la posible corrección y ajuste de la estrategia, que genere mayores beneficios y se focalicen los recursos y programas; para establecer fortalezas y debilidades y realizar ajustes y modificaciones en los aspectos por mejorar; para la toma de decisiones, ampliación de cobertura y focalización de los beneficios.

7. Redes Nacionales e internacionales

En la pregunta ¿El Municipio pertenece o hace parte de redes de municipios saludables, redes departamentales, redes nacionales o internacionales? Dos de los tres funcionarios contestaron que Si y uno de ellos reporta que pertenece a una red departamental y nacional. Los encuestados manifiestan que tienen mecanismos de difusión como la televisión local, la prensa, la radio y las audiencias comunitarias.

8. Debilidades y Fortalezas de la Estrategia

Las dificultades más significativas que se identifican tanto en la formulación como en la implementación de la estrategia de MS son: La autoevaluación de actividades, los recursos insuficientes, la no continuidad por recursos físicos – humanos o el cambio de política; la falta de receptividad, apropiación y compromiso de la comunidad; la carencia de lineamientos nacionales que le den la verdadera importancia a la estrategia, que no existe estímulo financiero a los trabajos ya adelantados, y que no existen espacios en medios de comunicación masivos nacionales que fortalezcan la estrategia.

Las fortalezas más significativas que identificaron los encuestados en la formulación como en la implementación de la estrategia de MS son: La realidad del contexto, que fue concertada con la comunidad, el seguimiento y la evaluación y la prioridad social de la presente administración; que existe una estrategia en el municipio y la intención política expresada en el plan de desarrollo; apoyo financiero por parte de la administración municipal, programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, programas de salud pública y el plan de desarrollo municipal.

En relación a la pregunta ¿A partir de la experiencia en su municipio, cuáles considera Usted que constituyen las formas o métodos más recomendables para comunicar y fortalecer la experiencia de MS en nuestro país?, las respuesta con mayor frecuencia fue los incentivos, premios y/o concursos, seguido de: conformación, integración y articulación en redes; construcción de una política pública nacional; apoyo por parte del ministerio de protección social; circulación de boletines electrónicos; publicaciones; y, videos. Con menor frecuencia: apoyo por parte de la gobernación; apoyo privado; y, sitio Web.

En la pregunta: Identifique tres (3) aspectos que según Usted son los más importantes para implementar la estrategia de municipios saludables, las opciones con mayor frecuencia son: participación comunitaria e intersectorialidad. Seguido de las opciones: descentralización, recursos – asignación presupuestal.

9. Financiación y Sostenibilidad para la Estrategia de Municipios Saludables

En la pregunta ¿Ha recibido apoyo por parte del gobierno Departamental o Nacional?, dos actores contestaron que si y el apoyo ha sido financiero. Los tres encuestados manifiestan que se han gestionado recursos y la ayuda ha sido internacional (España) y de la OPS. Los recursos para la estrategia de municipios saludables dependen del presupuesto del sector salud y del presupuesto municipal. Las políticas públicas saludables en el municipio han dado pie a la promulgación de decretos municipales en temas como: Cuidado de mascotas (Decreto N° 094/2005), Prohibición de expendio de bebidas al colocar a menores (Decreto N°019/2005), y Prohibición de consumo de tabaco en espacios públicos (Decreto N°011/2005).

Los obstáculos que los actores institucionales señalan para la financiación de la estrategia de municipios saludables son: dificultades para el trabajo intersectorial e interdisciplinario, insuficientes recursos (económicos) públicos en el municipio, insuficiente apoyo de las autoridades departamentales, desconocimiento de la estrategia por parte de los actores institucionales. Así mismo uno de ellos refiere que la forma de superarlos es con planes de trabajo concertados y tareas desconcentradas en los actores.

Los aspectos que podrían fortalecer el desarrollo sostenible de la estrategia según los actores institucionales son los que muestran potencialidades, según la frecuencia de respuesta: i) la capacitación del recurso humano en autogestión y procesos de participación comunitaria. ii) Formulación de Políticas públicas en salud, difusión e intercambio de experiencias, desarrollo de redes de comunicación. iii) Educación con calidad y gestión de proyectos.

Finalmente, con relación a la pregunta ¿si existen documentos que soporten la estrategia de municipios saludables? La respuesta es que si, entre ellos están el plan de evaluación

de resultados del plan de desarrollo, el análisis de poblaciones, el plan a corto plazo para Zipaquirá turística, el decreto 02 de 1999 y oficina de salud.

6.3 Resultados Encuesta N°3

Esta encuesta se aplicó a 115 personas que viven en el municipio de Zipaquirá (**Ver Anexo N° 3, Pág. 160**). Para el análisis las preguntas se agruparon por categorías así:

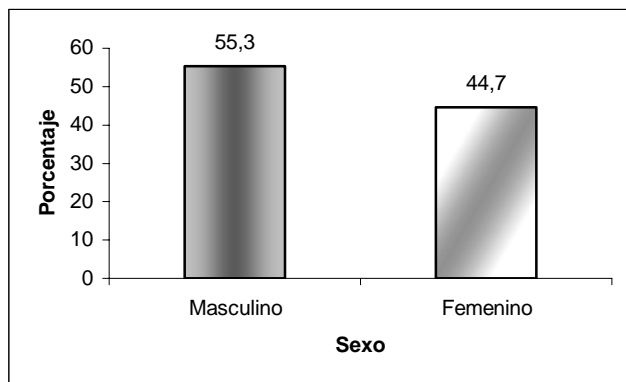
- 1-. Caracterización de los encuestados: según el género, la seguridad social en salud, lugar de residencia y distribución por edad.
- 2-. Participación: Preguntas 2, 4, 7 y 15 de la encuesta. (P2, P4, P5, P15)⁶²,
- 3-. Asociatividad: P8.
- 4-. Asociatividad y participación: P2.
- 5-. Conocimiento de la estrategia: P9, P10, P11, P12, P13
- 6-. Participación y conocimiento de la estrategia: P1
- 7-. Mecanismos de comunicación: P14
- 8-. Ejecución de programas: P5

1. Caracterización de los Encuestados

1.1 Genero

En cuanto al genero no hay mucha diferencia entre hombres y mujeres, predominó el masculino con un 55.3% (n=63) el porcentaje de mujeres fue de 44.7%(n=51). **Grafica 1.**

Grafica N°3. Distribución por Género



⁶² La letra **P** significa Pregunta y el número corresponde a la designación de la pregunta de la encuesta. Por ejemplo (P2), equivale a la pregunta 2 de la encuesta a los ciudadanos.

1.2 Seguridad Social en Salud

El régimen de salud predominante fue el Subsidiado con un 47.4%(n=54) seguido del Contributivo en un 36%(n=41), Vinculado con un 10.4% (n=12) y las personas sin seguridad con un 6.1% (n=7). **Tabla N°8.**

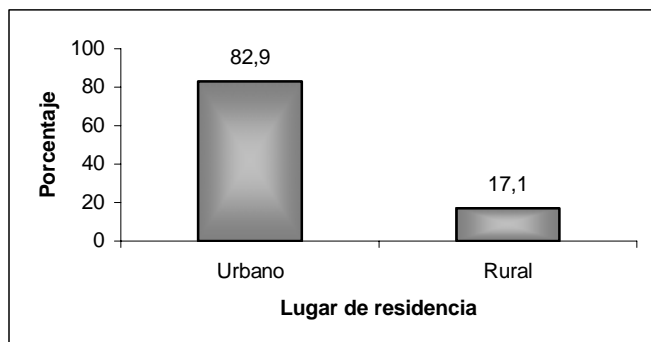
Tabla N°8. Distribución por Régimen de Salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Subsidiado	54	47.0	47.4	47.4
	Contributivo	41	35.7	36.0	83.3
	Vinculado	12	10.4	10.5	93.9
	Sin seguridad	7	6.1	6.1	100.0
	Total	114	99.1	100.0	
No respuesta		1	.9		
Total		115	100.0		

1.3 Lugar de Residencia

Con respecto al lugar de residencia predomina la procedencia de la zona urbana con un 82.9% (n=92). **Grafica 4.**

Grafica N°4. Distribución del lugar de residencia.



1.4 Distribución por Edad

El promedio de edad fue de 41.71 años mas o menos una desviación estándar de 15.9 años, la mínima edad fue de 17 años y la máxima de 78 años, la variabilidad fue heterogénea (C.V=38.1%). **Tabla N° 9.**

Tabla N°9. Edad de los Encuestados

N	Válidos	114
	No respuesta	1
Media		41.71
Mediana		40.00
Desv. típ.		15.938
Varianza		254.031
Asimetría		.247
Error típ. de asimetría		.226
Curtosis		-.961
Error típ. de curtosis		.449
Rango		61
Mínimo		17
Máximo		78

2. Participación

P3. Frente a como participan de los programas de la Alcaldía o de la Administración Municipal predomina la respuesta relacionada con la definición de las políticas, programas o proyectos con un 90.43% (n=11), 5 personas participan como beneficiarios y en la definición de políticas. Del total de los encuestados el 9.57 % participa y el 90.43 % **NO** participan. **Tabla N°10.**

Tabla N°10. Participación en Programas

Categoría	Cod	Cant	Pct de Respuestas	Pct de Casos
Como beneficiario	1	7	43.8	63.6
Definición de políticas	2	9	56.3	81.8
		-----	-----	-----
	Total respuestas	16	100.0	145.5

P4. Los escenarios de participación de los ciudadanos encuestados son los informales (talleres, foros y encuentros), solo 3 personas han participado en mecanismos formales (cabildos abiertos, audiencias, consultas) es decir el 2.91% (n=3). La mayor participación se da en los Talleres con un 19.4% (n=20), seguido de Encuentros con un 9.7% (n=10) y Foros con un 7.8% (n=8). No participan en ninguno de los escenarios el 71.8% (n=74): con relación a otra forma de participación estuvo representado por un 1.9% dentro los cuales se encontraba el SENA y Participación en charlas. El 89.57% (n=103) fueron los casos validos o que respondieron y los que no respondieron fueron el 10.43%(n=12). **Tabla N°11.**

Tabla N°11. Escenarios de participación

Categoría	Cod	Cant	Pct de Respuestas	Pct de Casos
Encuentros	1	10	8.5	9.7
Foros	2	8	6.8	7.8
Talleres	3	20	17.1	19.4
Ninguno	4	74	63.2	71.8
Cabildos abiertos	5	1	.9	1.0
Audiencias	6	1	.9	1.0
Consultas	7	1	.9	1.0
Otro	8	2	1.7	1.9
		-----	-----	-----
Total Respuestas		117	100.0	113.6

12 Casos no respuesta; 103 Casos validos

P7. El 38.6% (n=44) conocen a alguna persona que participa activamente de los programas de la Alcaldía. **Tabla N°12.**

Tabla N°12. Conocimiento de alguna persona que participe activamente en los programas de la Alcaldía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	44	38.3	38.6	38.6
	No	70	60.9	61.4	100.0
	Total	114	99.1	100.0	
No respuesta		1	.9		
Total		115	100.0		

P.15. La Administración Municipal invita a participar en los proyectos o programas que desarrolla en un 60.2% (n=68). **Tabla N°13.**

Tabla N°13. Invitación a participar de programas o proyectos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	68	59.1	60.2	60.2
	No	45	39.1	39.8	100.0
	Total	113	98.3	100.0	
No respuesta		2	1.7		
Total		115	100.0		

3. Asociatividad

P8. Hace parte de algún tipo de organización, agrupación o pertenece alguna asociación. El 13.8% (n=15) de los encuestados hacen parte de alguna organización, el 86.2 (n=100) NO pertenecen a ninguna organización. De los 115 encuestados el 94.78% (n=109) contestaron la pregunta. **Tabla N°14.**

Tabla N°14. Participación de algún tipo de organización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	15	13.0	13.8	13.8
	No	94	81.7	86.2	100.0
	Total	109	94.8	100.0	
No respuesta		6	5.2		
Total		115	100.0		

Frente a cual es el tipo de organización, agrupación o alguna asociación al que pertenece predomina CORDIZIP y las Familias en Acción con un 21.4% (n=3) respectivamente, seguido por la de Electricistas y Bomberos con un 14.3% (n=2) respectivamente. De las 15 persona que si participaron en algún tipo de organización hubo respuesta de Cual es en un 93.3%(n=14) no contesto el 6.7%(n=1). **Tabla N°15.**

Tabla N°15. Tipo de Organización a que pertenece la población de Zipaquirá

Categoría	Cod	Cant	Pct de Respuestas	Pct de Casos
Electricista	3	2	13.3	14.3
Cristiana	4	1	6.7	7.1
Bomberos	5	2	13.3	14.3
Fondo de Empleados	6	1	6.7	7.1
Coordizip	7	3	20.0	21.4
Familias en Acción	8	3	20.0	21.4
Grupos Culturales	9	1	6.7	7.1
Grupo de Tercera Edad	10	1	6.7	7.1
Función Hijos del Tryeno	11	1	6.7	7.1
Total Respuestas		15	100.0	107.1

1 Caso no respuesta; 14 Casos validos

4. Asociatividad y Participación

P2. Frente a la participación de un programa o proyecto por parte de la población se encuentra con un alto porcentaje la no participación con un 90.4%(n=104). **Tabla N°16.**

Tabla N°16. Distribución por Participación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	11	9.6	9.6	9.6
	No	104	90.4	90.4	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Con respecto a cual han sido los programas o proyectos en que las personas han participado se encuentra el de Cordizip con un 27.3 %(n=3) seguido con los Acción Comunal, Asociación de Usuarios de la Salud y el de Conciliador con un 18.2% (n=2) respectivamente. **Tabla N°17.**

Tabla N°17. Cual es el programa o proyecto en que ha participado

Categoría	Cod	Cant	Pct de Respuestas	Pct de Casos
Acción Comunal	3	2	16.7	18.2
Obras Publicas	4	1	8.3	9.1
Coordizip	5	3	25.0	27.3
Asociación de Usuarios de la Salud	6	2	16.7	18.2
Organización de Vivienda	7	1	8.3	9.1
Conciliador	8	2	16.7	18.2
Fundación Hijos del Tryeno	9	1	8.3	9.1
		-----	-----	-----
	Total Respuestas	12	100.0	109.1

0 Casos no respuesta; 11 Casos validos

5. Conocimiento de la Estrategia

P9. Sí conoce la estrategia de Municipios Saludables de Zipaquirá el 26.1% (n=30) y el 73 % (n=84) no la conoce, 1 (0.9%) persona no contestó. **Tabla N°18.**

Tabla N°18. Conocimiento de la Estrategia de Municipios Saludables

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	30	26.1	26.3	26.3
	No	84	73.0	73.7	100.0
	Total	114	99.1	100.0	
No respuesta		1	.9		
Total		115	100.0		

P10. Frente a que se conoce sobre la Estrategia de Municipios Saludables: La Promoción y Prevención y Jornadas de Vacunación son las mas conocidas con un 34.8% (n=8) cada una, seguida Actividades Comunitarias con un 13% (n=3). El 24.43 % (n=28) conocen de la estrategia y el 75.65% no conocen (n=87). **Tabla N°19.**

Tabla N°19. Que se conoce sobre la Estrategia de Municipios Saludables

Categoría	Cod	Cant	Pct de Respuestas	Pct de Casos
Jornadas de Vacunación	2	8	28.6	34.8
Promoción y Prevención	5	8	28.6	34.8
Actividades Comunitarias	3	3	10.7	13.0
Higiene	10	2	7.1	8.7
Funciona Mal	6	1	3.6	4.3
Recreación	8	1	3.6	4.3
Tratamientos de Aguas	9	1	3.6	4.3
Todo	11	1	3.6	4.3
Acueducto	12	1	3.6	4.3
Personas Vulnerables	13	1	3.6	4.3
Obras Civiles	14	1	3.6	4.3
		-----	-----	-----
	Total responses	28	100.0	121.7

P11. De los encuestados el 25% (n=29) conocen algún programa, el 73.9 (n=85) No conocen ningún programa, y 1 encuestado no contesto 0.86 % (n=1). **Tabla N°20.**

Tabla N°20. Conocimiento de algún programa o proyecto relacionado con la Estrategia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	43.3	44.8	44.8
	No	16	53.3	55.2	100
	Total	29	96.7	100	
No respuesta		1	3.3		
Total		30	100.0		

Frente a cual ha sido el programa o proyecto relacionado con la estrategia que se conoce predomina el de Vacunación con un 38.5% (n=5); seguido del de Niño sano con un 23.15 (n=3); Escuelas saludables, Salud mental, Salud sexual, Vivienda, Discapacitados, Tercera edad, Ayuda a estratos pobres y Acueducto, cada uno con un 7.7 % (n=1). **Tabla N°21.**

Tabla N°21. Cual ha sido el programa o proyecto relacionado con la estrategia

Categoría	Cod	Cant	Pct de Respuestas	Pct de Casos
Vacunación	3	5	31.3	38.5
Niño Sano	5	3	18.8	23.1
Escuelas Saludables	4	1	6.3	7.7
Salud Mental	6	1	6.3	7.7
Salud Sexual	7	1	6.3	7.7
Vivienda	8	1	6.3	7.7
Discapacitados	10	1	6.3	7.7
Programa Tercera Edad	11	1	6.3	7.7
Ayuda a Estratos Pobres	13	1	6.3	7.7
Acueducto	15	1	6.3	7.7
		-----	-----	-----
	Total Respuestas	16	100.0	123.1

P12. Se conoce la estrategia en Menos de 1 año y Entre 1y 3 años. Cada periodo de tiempo con el 35.5 % (n=11), esto quiere decir que entre el periodo de mayor que 0 a tres

años se encuentra el 71 % (n=22). El 26.08 % (n=30) de los encuestados tienen noción desde cuando conoce la estrategia y el 73.9% (N=85) no sabe. **Tabla N°22.**

Tabla N°22. Periodo de conocimiento de la estrategia de población de Zipaquirá

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menos de 1 año	11	36.7	36.7	36.7
	entre 1 y 3 años	11	36.7	36.7	73.3
	entre 3 y 5 años	4	13.3	13.3	86.7
	mas de 5 años	4	13.3	13.3	100
	Total	30	100	100	

P13. Las actividades que la personas recuerdan que ha hecho el municipio en los últimos tres años y que esta relacionadas con la promoción de la salud o con la estrategia de municipios saludables son las Jornadas de Vacunación con un 79.2% (n=76) seguida de la de los Programas de Tercera Edad con un 12.5% (n=12), Actividades Culturales junto con Recreación con un 11.5% (n=2) correspondiente a cada actividad, otra actividad que recuerdan es la de Promoción y prevención con un 10.4% (n=10). **Tabla N°23.**

Tabla N°23. Actividades recordadas de Promoción de Salud o de la Estrategia de MS en los últimos tres años.

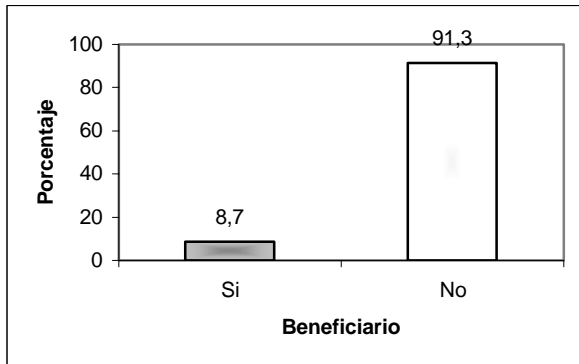
Categoría	Cod	Cant	Pct de Respuestas	Pct de Casos
Jornadas de Vacunación	1	76	47.2	79.2
Actividades Culturales	2	11	6.8	11.5
Ninguna	3	6	3.7	6.3
Recreación	4	11	6.8	11.5
Programas Ambientales	5	3	1.9	3.1
Cursos de Capacitación	6	7	4.3	7.3
Brigadas de Salud	7	10	6.2	10.4
Promoción y Prevención	8	4	2.5	4.2
P.A.B	9	1	.6	1.0
Turismo	10	1	.6	1.0
Restaurantes Escolares	11	4	2.5	4.2
Ayuda a Niños	12	4	2.5	4.2
Programas Tercera Edad	13	12	7.5	12.5
SISBEN	14	3	1.9	3.1
Madres Comunitarias	15	1	.6	1.0
Reformas Zonas Comunes	16	1	.6	1.0
Aseo	17	2	1.2	2.1
Citologías	18	3	1.9	3.1
Donaciones de Elementos de Salud	19	1	.6	1.0
		-----	-----	-----
	Total Respuestas	161	100.0	167.7

19 Casos no respuesta; 96 Casos validos.

6. Participación y Conocimiento de la Estrategia

P1. Es beneficiario de algún programa o proyecto del Gobierno Municipal el 8.7%(n=10) y no son beneficiarios el 91.3%(n=105) **Grafica N°5.**

Grafica N°5. Distribución por Beneficiario.



Con respecto a cual ha sido el programa o proyecto en el que se ha beneficiado, predomina las Familias en Acción con un 33.3%(n=3) seguido del de Vivienda con un 22.2%(n=2) el resto de programas o proyectos se comportaron de manera similar con un 11.1% (n=1) respectivamente. **Tabla N°24.**

Tabla N°24. Cual es el programa o proyecto de beneficio

Categoría	Código	Cant	Pct de Respuestas	Pct de Casos
SISBEN	3	1	10.0	11.1
Familias en Acción	4	3	30.0	33.3
Cordizip	5	1	10.0	11.1
Pavimentación	6	1	10.0	11.1
Servicios Públicos	7	1	10.0	11.1
Vivienda	8	2	20.0	22.2
Subsidio de Alimentación	9	1	10.0	11.1
		-----	-----	-----
	Total respuestas	10	100.0	111.1

0 Casos no respuesta; 9 Casos validos

7. Mecanismo de Comunicación

P14. La forma en que las personas se enteran de los programas o proyectos que tiene la Alcaldía Municipal es por medio de Volantes con un 33.7% (n=35) seguido de la comunicación realizada por un vecino, amigo o familiar con un 32.7% (n=34) predominan también las formas como la Emisora con un 26.9% (n=28) y la Televisión Local con un 25% (n=2). **Tabla N°25.**

Tabla N°25. Forma en que se entera los programas o proyectos de la Alcaldía Municipal

Categoría	Cod	Cant	Pct de Respuestas	Pct de Casos
Emisoras	1	28	16.9	26.9
Televisión	2	26	15.7	25.0
Prensa	3	5	3.0	4.8
Volantes	4	35	21.1	33.7
Vallas	5	13	7.8	12.5
Por un vecino, amigo o familiar	6	34	20.5	32.7
Perifoneo	7	17	10.2	16.3
Personal Alcaldía	8	4	2.4	3.8
Visitas	12	2	1.2	1.9
Eventos y Reuniones	13	2	1.2	1.9
		-----	-----	-----
	Total Respuestas	166	100.0	159.6

11 Casos no respuesta; 104 Casos validos

8. Ejecución de Programas

P5. No tiene conocimiento de algún programa o proyecto desarrollado por la alcaldía el 66.4% (n=75). **Tabla N°26.**

Tabla N°26. Conocimiento de algún programa o proyecto desarrollado por la Alcaldía.

P5					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	38	33.0	33.6	33.6
	No	75	65.2	66.4	100.0
	Total	113	98.3	100.0	
No respuesta		2	1.7		
Total		115	100.0		

Con respecto a que Si sabe cual programa o proyecto desarrolla la alcaldía en la actualidad sobresalen los programas dirigidos a la Tercera Edad con un 28.9% (n=11) seguido de Restaurante para Niños con un 23.7% (n=9), Cursos de Capacitación con un 15.8% (n=6). **Tabla N°27.**

Tabla N°27. Conocimiento de algún programa o proyecto

Categoría	Cod	Cant	Pct de Respuestas	Pct de Casos
Restaurante para Niños	3	9	18.8	23.7
Programas para la Tercera Edad	4	11	22.9	28.9
APRECUS	5	1	2.1	2.6
Mujeres Cabeza de Hogar	6	4	8.3	10.5
Vivienda	7	5	10.4	13.2
Cursos de Capacitación	8	6	12.5	15.8
P.A.B.	9	2	4.2	5.3
Perreras Municipales	10	1	2.1	2.6
CIPAS	11	1	2.1	2.6
Atención a Discapacitados	12	2	4.2	5.3
Escuelas de Formación Artística	13	1	2.1	2.6
Subsidio de Desempleo	14	1	2.1	2.6
Educación	15	1	2.1	2.6
Deportes	16	1	2.1	2.6
Pavimentación	17	1	2.1	2.6
Actividades Cívicas	18	1	2.1	2.6
Total Respuestas		48	100.0	126.3

0 Casos no respuesta; 38 Casos validos

P6. No saben Si se esta desarrollando un programa o un proyecto en el sitio donde se vive un 80.9% (n=93) de los encuestados. **Tabla N°28.**

Tabla N°28. Conocimiento sobre el desarrollo de un programa o un proyecto en el sitio donde se vive.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	21	18.3	18.4	18.4
	No	93	80.9	81.6	100.0
	Total	114	99.1	100.0	
Perdidos	99	1	.9		
Total		115	100.0		

Frente a cual es el programa o proyecto que se conoce en el lugar donde se vive se encuentra el de pavimentación con un 19% (n=4); seguido del de Vivienda con un 14.3% (n=3), Restaurante para Niños y Madres Comunitarias con un 9.5% (n=2) respectivamente. En los programas del PAB, Programa de salud reproductiva, canalización de quebradas, o en otros programas el porcentaje de respuesta fue del 4.8% (n=1). **Tabla N°29.**

Tabla N°29. Que programa o proyecto se desarrolla en el sitio donde se vive

Categoría	Cod	Cant	Pct de Respuestas	Pct de Casos
Vivienda	3	3	12.5	14.3
P.A.B.	4	1	4.2	4.8
Programas de Salud y Reproductiva	5	1	4.2	4.8
Acueducto	6	2	8.3	9.5
Restaurantes de Niños	7	1	4.2	4.8
Censo	8	1	4.2	4.8
Pavimentación	9	4	16.7	19.0
Educación	10	1	4.2	4.8
Madres Comunitarias	11	2	8.3	9.5
Recreación y Deportes	12	1	4.2	4.8
Programas Culturales	13	1	4.2	4.8
Capacitaciones	14	1	4.2	4.8
Programas de Tercera Edad	15	1	4.2	4.8
Centros de Discapacidad	16	1	4.2	4.8
Jardín Infantil	17	1	4.2	4.8
Canalización de Quebradas	18	1	4.2	4.8
Participación Ciudadana	19	1	4.2	4.8
		-----	-----	-----
	Total Respuestas	24	100.0	114.3

0 Casos no respuesta; 21 Casos validos

CAPITULO VII

DISCUSION - ANALISIS

La importancia de los resultados de este trabajo de investigación puede reconocerse en los siguientes aspectos:

- Se determinan los factores estratégicos y los elementos que hacen viable la estrategia de municipios saludables en el contexto nacional.
- Se proporciona una orientación a los decisores de las políticas públicas que deseen implementar la estrategia de municipio saludables.
- Se genera un aporte para determinar la viabilidad de los municipios que están ejecutando la estrategia.
- Aporta a los procesos de evaluación de políticas públicas desde la opinión y percepción de los funcionarios y de los receptores de los programas “los ciudadanos”.
- Contribuye a futuras investigaciones que desde la administración pública se den en evaluación de políticas y de desarrollo local.
- Se aporta al conocimiento administrativo público, ya que es una de las primeras aproximaciones al estudio de la estrategia de municipios saludables desde la disciplina de administración pública.

A continuación se realiza el análisis triangulando la información recolectada en las tres encuestas y la entrevista de acuerdo a las categorías de análisis, se utiliza la triangulación de datos y la metodológica.

1. Triangulación de la información

Se realizó la triangulación de datos y la metodológica, en la primera se utilizaron fuentes de información como las encuestas (estas tenían preguntas cerradas y abiertas) y en la segunda donde se maneja la investigación cuantitativa y cualitativa (entrevistas y observaciones directas), con ello se realizó la interpretación y análisis de la información.

Las variables resultantes de la triangulación son el producto de la construcción teórica que se realizó en los capítulos de la tesis, especialmente el tres titulado **Estrategia de municipios saludables ¿una política pública?**, donde se describen los factores

estratégicos y los elementos que hacen posible la estrategia, el quinto titulado **Estudio de caso Zipaquirá municipio saludable** y de los resultados de las encuestas aplicadas y de la entrevista. Estas variables son:

1. Compromiso político
2. Participación
3. Intersectorialidad
4. Descentralización
5. Financiación y sostenibilidad de la estrategia
6. Políticas públicas saludables
7. Diagnóstico de situación en salud
8. Proyectos y programas que refuerzan la estrategia.
9. Seguimiento, monitoreo y evaluación
10. Redes y comunicación de la estrategia
11. Debilidades y fortalezas de la estrategia
12. Capacitación

A continuación se realiza la discusión y análisis de cada una de ellas.

1. **Compromiso Político**

A pesar que en los planes de desarrollo municipal esta explícita la estrategia desde 1995, no hay continuidad de esta como programa, proyecto o política pública municipal en el periodo analizado. En el año de 1999 se legitimó con un Decreto Protocolario por parte del Alcalde Municipal de ese entonces y en esa misma administración se firmaron decretos y acuerdos relacionados con descentralización, salud pública y participación social.

En el municipio de Zipaquirá después de la administración Rojas (ex – alcalde 1998 -2000) los mandatarios no continuaron con la EMS. “No hubo voluntad política para continuar con la estrategia en los gobiernos posteriores. Solamente al iniciar el Gobierno de Bustamante hicieron un evento grande, trajeron a Málaga y al Ministro y muchas personas del país, pero no quisieron retomar lo de nosotros”⁶³. Se debe destacar el impulso institucional que le dio el entonces director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Dr.

⁶³ ENTREVISTA con Guillermo Rojas. Ex – alcalde del municipio de Zipaquirá, Cundinamarca. Zipaquirá, 25 de noviembre de 2005.

Hernán Málaga a la estrategia. “La OPS perdió con que hubiera salido el Dr. Málaga, porque de verdad el si estaba comprometido, llegaron otras personas que ya no tienen el mismo interés, no es su prioridad” dice el Dr. Rojas.

En la actualidad en el municipio no existe un comité o un responsable de la estrategia, sin embargo hay una coordinación de escuela saludable, que es una política impulsada por el Departamento y que esta siendo retomada en el municipio. Frente al compromiso político los funcionarios de la administración califican la estrategia como de alto y moderado compromiso político, pero en el trabajo de campo con la administración se puede inferir que existe un bajo compromiso, dado que la mayoría de la alta dirección no conoce la estrategia y manifiestan que la responsabilidad es del sector de la salud.

Tanto los funcionarios como los ex – funcionarios de la administración admiten que desde el Ministerio de la protección social como desde el Congreso Nacional y de la presidencia tampoco hay una evidencia clara del compromiso político frente a la estrategia, manifestando que: “Desde el punto de vista político no le interesa al congreso la EMS. Por ejemplo que a horita naciese la inquietud de la estrategia en las próximas elecciones tanto de cámara y senado como las del mismo presidente”⁶⁴, con el fin de propiciar el debate de la estrategia y analizar los alcances como política local o nacional.

A pesar que en los planes de desarrollo se señala la EMS no existe un empoderamiento claro de los ciudadanos ni de las instituciones publicas frente a la responsabilidad de continuar con la EMS por tal motivo es evidente la necesidad de sensibilizar estos actores con el propósito de materializar la estrategia.

2. Participación

En el instrumento aplicado a los usuarios se constata que en el municipio de Zipaquirá el nivel de participación es bajo. Solo el 9.57% (n=16) de los ciudadanos participa (ver resultados ciudadanos). Del total de estos el 56.3% (n=9) lo hace en definición de las políticas, programas o proyectos y el 43.8% (n=7) lo hace como beneficiarios de proyectos

⁶⁴ ENTREVISTA con ex – funcionarios de la administración municipal de Zipaquirá, periodo 1998 – 2000. Zipaquirá, 25 de noviembre de 2005.

o programas. Los escenarios de participación que predominan son los informales especialmente los talleres, foros y encuentros. Un 2.91% (n=3) de los ciudadanos ha participado en mecanismos formales. No obstante revelan que conocen a alguna persona que participa activamente de los programas de la Alcaldía con un 38.6% (n=44) y que la Administración Municipal los invita a participar en los proyectos o programas que desarrolla en un 60.2% (n=68). El 13% (n=15) de los ciudadanos hace parte de alguna organización que presta servicios en el municipio. (Ver resultados ciudadanos).

Solo el 8.7% (n=10) de los ciudadanos participa como beneficiario de algún programa o proyecto del Gobierno Municipal y el 91.3%(n=105) no es beneficiario de los programas o proyectos locales. El programa o proyecto en el que más se han beneficiado los ciudadanos es en las Familias en Acción con un 33.3%(n=3) seguido del de Vivienda con un 22.2%(n=2) el resto de programas o proyectos (pavimentación, vivienda, subsidios de alimentación, servicios públicos) se comportaron de manera similar con un 11.1% (n=1) respectivamente.

En la encuesta aplicada a los actores institucionales (expertos) la opinión del encuestado indica que hay dificultades en la participación calificándola como regular con un 45%. Sin embargo, manifiestan que los ciudadanos han participado como actores activos y beneficiarios de las políticas públicas.

En el proceso de implementación de la política y especialmente en la construcción del plan de desarrollo de la administración Rojas se contó con la participación activa de los ciudadanos. A este respecto declaró uno de los entrevistados: “Cuando empezamos a elevar el plan de desarrollo una de las cosas es que hubo participación de todo el equipo de gobierno que obviamente iba a trabajar en los tres años. Cuando se estaba haciendo el plan de gobierno se hicieron unas reuniones grandes de sensibilización y participación, haciendo un diagnóstico de las necesidades sentidas del municipio”⁶⁵, además participaron algunas empresas privadas en la implementación de programas especialmente en educación.

⁶⁵ ENTREVISTA con ex – funcionarios de la administración municipal de Zipaquirá, periodo 1998 – 2000. Zipaquirá, 25 de noviembre de 2005.

La participación es uno de los factores estratégicos de los MS y se considerara fundamental para lograr el objetivo de la estrategia ya que permite la interacción de la comunidad y el Estado. Es evidente que los niveles de participación de los ciudadanos y de las instituciones frente a políticas locales es bajo y se deben generar procesos de participación informal y formal liderados por las instituciones y la sociedad civil organizada con el propósito de involucrar a las comunidades en proyectos públicos, así como también de fomentar la cultura de rendición de cuentas.

3. Intersectorialidad

No existe un trabajo intersectorial de los diferentes sectores tanto de la administración municipal como de la empresa privada, este aspecto se corrobora con las múltiples visitas y conversaciones que se tuvieron con algunos funcionarios de la administración municipal y algunos representantes de la empresa privada.

Se deduce que no existe un trabajo intersectorial en pro de la EMS por parte de las instituciones públicas (dependencias de la administración municipal), ni tampoco existen actualmente alianzas estratégicas con la empresa privada o organizaciones de base, que busquen fortalecer la estrategia.

En la calificación de esta por parte de los encuestados se ubica en un nivel regular con un 54.8 %, 23.8 bien, 16.7 mal y el restante no sabia como estaba este tema.

Con respecto a la intersectorialidad en la entrevista se manifestó: “Hay algo difícil que es la participación intersectorial una cosa es decir y la otra es hacer. Se debe hacer intersectorialidad e interinstitucionalidad porque obviamente no es la responsabilidad de los sectores del municipio sino de las instituciones”.

La intersectorialidad es uno de los factores estratégicos que se debe trabajar en las administraciones públicas locales ya que las necesidades y problemáticas de la comunidad en la mayoría de las veces confluyen en varios sectores. Como por ejemplo el tema de municipios saludables tiene que ver con educación, cultura, planeación, salud, generación de empleo, saneamiento básico e infraestructura y estos deben dar respuesta

de una forma organizada y coordinada con el propósito de solucionar el problema o llevarlo a niveles manejables.

4. Descentralización

El Municipio se certificó en salud en el año de 2001 pero no se descentralizó, el plazo según la ley 715 era hasta junio de 2002, esto le ha significado al municipio que el tema de la salud pública se maneje desde el departamento, impidiendo articular algunas políticas saludables. El tema de competencias se definió con la Ley 715 de 2001. Los actores institucionales identifican que la descentralización es uno de los aspectos importantes en la implementación de la EMS.

En el proceso de la implementación de políticas los funcionarios del hospital veían “la descentralización como una amenaza” ya que se pensaba que el municipio no podría pagarles a los funcionarios y no debía asumir toda la responsabilidad de la salud. En la actualidad el municipio tiene más de 15 puestos de salud que se dedican a la prestación de servicios (Primer Nivel de Atención) y las acciones de salud pública dependen del “departamento con el inconveniente que este no tienen una visión intersectorial”, este fenómeno no solamente afecta a Zipaquirá sino a la mayoría de los municipios del departamento.

La capacidad de decisión en los asuntos propios del municipio depende en gran medida de la autonomía fiscal, política y administrativa para implementar políticas públicas locales que busquen mejorar la calidad de vida de los pobladores y por ende el desarrollo humano, esa facultad está dada principalmente por el proceso de descentralización. En el caso de Zipaquirá se ve limitado ese grado de autonomía ya que algunas acciones de salud pública dependen del departamento, originando manejos burocráticos y de poder por parte del nivel central que impide la agilidad y flexibilidad en el sistema, la imposición de normas rígidas y poco adaptables a lo local, bajos niveles de control por parte de la sociedad civil y de las instituciones del municipio. Además al no poseer esa libertad de intervenir en ciertas políticas públicas saludables el nivel local se ve maniatado para invertir en ellas y termina por abandonarlas, por tal razón es indispensable ubicar en el debate público actual la necesidad de generar una verdadera descentralización.

5. Financiación y sostenibilidad de la estrategia

Con relación a la sostenibilidad todos los encuestados manifiestan que la estrategia de municipio saludables esta entre bien y regular, es decir que es sólida en relación a la promoción de la salud, que los compromisos son estables y que la capacidad de autogestión de las autoridades y la comunidad es buena, y que la durabilidad de la estrategia es medianamente duradera.

En los primeros años la estrategia tuvo un apoyo importante por parte de la OPS y la Gobernación de Cundinamarca que no continuo, en las indagaciones realizadas a los funcionarios en la actualidad no se evidenció un apoyo específico por algún organismo nacional o internacional en torno a la estrategia. Una de las dificultades es que el presupuesto dedicado a la EMS depende del sector salud del municipio perdiéndose la visión de intersectorialidad.

Los participantes en el grupo focal manifestaron que para ser sostenible la estrategia “la política debe ser estructural desde el Ministerio de Protección es decir de arriba hacia abajo y con una labor de cabildeo a nivel de los decisores”

La EMS debe estar soportada desde los planes de desarrollo y debe ser explicita en los planes de inversiones con el objetivo de generar sostenibilidad de la política, y no debe ser vista solamente a partir el sector salud.

6. Políticas Públicas Saludables

Esta categoría fue la mejor evaluada por los funcionarios en relación al instrumento N°1, la calificaron como bien con un 61.1%. Las políticas se centran básicamente en algunos decretos expedidos por el actual mandatario municipal relacionadas con: cuidado de mascotas, prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores y prevención de la discapacidad. La empresa privada desconoce por completo las políticas públicas saludables municipales.

El 26.1% (n=30) de los ciudadanos encuestados conoce la estrategia y el 73% (n=85) restante la desconoce. Solo el 43.3% (n=13) de los que la conocen saben de la existencia

de programas que refuerzan la estrategia, estos programas son: jornadas de vacunación, programa del niño sano, promoción y prevención, actividades comunitarias, programas de higiene, entre otros.

En relación a que tipo de actividades o programas a realizado la administración en los últimos tres años y que están relacionadas con la promoción de la salud o con la estrategia de municipios saludables son: las Jornadas de Vacunación con un 79.2% (n=76) seguida de la de los Programas de Tercera Edad con un 12.5% (n=12), Actividades Culturales junto con Recreación con un 11.5% (n=2) correspondiente a cada actividad, otra actividad que recuerdan es la de Promoción y prevención con un 10.4% (n=10).

Los ex – funcionarios que fueron entrevistados revelan que para que la EMS se convierta en PP se debe trabajar en cultura ciudadana y con las organizaciones de base con el fin de convertirla en un potencial político, que debe ser manejada desde planeación municipal y no desde el sector salud.

Para tener mayor efectividad en las políticas públicas saludables locales se debe fortalecer la participación por parte de los diferentes actores del municipio, haciéndolas viables con el apoyo de representantes estratégicos y de actores locales que le den la importancia necesaria y que la población se vea impactada de una forma positiva frente a las políticas locales que se están desarrollando, es decir que exista una verdadera transformación social frente a la política pública. Para ello la administración municipal debe mejorar los mecanismos de comunicación hacia los ciudadanos.

7. Diagnóstico de situación en salud

En el municipio según los servidores públicos encuestados existe un diagnóstico actualizado de menos de 3 años de la situación de salud, en el que se priorizaron los problemas, y participaron la administración local, las instituciones de salud privadas, las instituciones de educación, las organizaciones comunitarias y los ciudadanos. Esto se corrobora con la encuesta de los ciudadanos ya que frente a la pregunta de como participan de los programas de la Alcaldía o de la Administración Municipal predomina la respuesta relacionada con la definición de las políticas, programas o proyectos con un

90.43% (n=11) y 5 personas participan como beneficiarios y en la definición de políticas. Además en la pregunta desde cuando hace que conocen la estrategia la respuesta de mayor frecuencia fue entre cero a tres años con un porcentaje de el 71 % (n=22).

Al respecto el ex – alcalde declaró “En los diagnósticos, nosotros hicimos la morbilidad sentida, con un grupo de promotoras, y fuimos a las comunidades para que las personas nos contestaran una serie de preguntas, a la vez recogimos toda esa información para retroalimentarnos y cruzamos esa morbilidad sentida con la morbilidad hospitalaria que eran los documentos que nos daba el hospital, en ese cruce pudimos optimizar las necesidades que teníamos”.

Uno de los aspectos fundamentales en los procesos de identificación de las políticas es el diagnóstico del problema, este tiene varias metodologías para elaborarse. En el caso de Zipaquirá se utilizó el perfil de morbi –mortalidad y el diagnóstico de necesidades sentidas que tiene como objeto la participación de la comunidad en la identificación de los problemas y en la formulación de posibles soluciones.

8. Proyectos y programas que refuerzan la estrategia.

Con relación a esta categoría en el instrumento N°2 ya se realizó la descripción. No obstante en la encuesta a los ciudadanos se encontró que solo el 33% (n=38) de los ciudadanos conocen de algún programa o proyecto desarrollado por la alcaldía. Los programas o proyectos que esta desarrollando la alcaldía en la actualidad sobresalen los dirigidos a la Tercera Edad con un 28.9% (n=11) seguido de Restaurante para Niños con un 23.7% (n=9) y Cursos de Capacitación con un 15.8% (n=6).

En la implementación de la estrategia algunos de los programas que se ejecutaron fueron: a la tercera edad, en educación, en salud, alimentación y nutrición entre otros. En concordancia al trabajo intersectorial e interinstitucional uno de los ex – funcionarios declaró “Los programas del departamento no son intersectoriales, entonces eso es un problema para la estrategia, los proyectos se fraccionan, nos paso con algunos que hicimos teníamos que fraccionarlos”.

Los proyectos y programas se consideran como la materialización de la estrategia, en este sentido en Zipaquirá se observa que a pesar que existen una gran cantidad de políticas, programas y proyectos que se están ejecutando solo el 33% de los ciudadanos conocen de ellos.

9. Seguimiento, monitoreo y evaluación

Esta categoría solo se evaluó con el instrumento N°2 y con la entrevista al grupo focal y de una forma indirecta con la encuesta a los ciudadanos especialmente en la aplicación de programas y proyectos de la alcaldía⁶⁶. La evaluación como proceso continuo, dinámico y sistemático en el desarrollo de la estrategia se “convirtió en una especie de evaluador y las políticas del municipio prácticamente se convirtieron en una evaluación de los indicadores de gestión”, manifestó un ex - funcionario añadiendo que “la evaluación es muy cuantitativa”, esto produce una visión muy limitada de todos los aspectos que se deben evaluar en un programa o proyecto, que no solo se centra en indicadores de cobertura, cumplimiento, eficiencia, entre otros sino que lleva consigo cambios cualitativos de la población como en el estilo de vida, la calidad de vida y el nivel de desarrollo.

Es necesario que la administración local adopte un programa de seguimiento, monitoreo y evaluación que de cuenta de los avances o retrocesos de las políticas implementadas esto con el fin de tomar acciones correctivas durante la ejecución de los proyectos. Se debe trabajar desde la organización (instituciones públicas municipales) en un proceso de cultura de la evaluación como mecanismo de la toma de decisiones.

10. Redes y Comunicación de la Estrategia

En la actualidad el municipio no pertenece a ninguna red de municipios saludables. Cuando se implemento la EMS se conformo una red municipal “la red del afecto que se creo a raíz del maltrato que sufrían los niños, especialmente en la época de vacaciones y se organizaron las vacaciones creativas”⁶⁷, y posteriormente el municipio hizo parte de la red departamental de MS.

⁶⁶ Ver resultados de los ciudadanos en Programas y proyectos.

⁶⁷ ENTREVISTA con ex – secretaria de salud de la administración municipal de Zipaquirá, periodo 1998 – 2000. Zipaquirá, 25 de noviembre de 2005.

En relación a los mecanismos de comunicación del municipio los funcionarios manifiestan que tienen dispositivos de difusión como la televisión local, la prensa, la radio y las audiencias comunitarias, esto se corrobora con lo que contestaron los ciudadanos frente a la pregunta ¿Cómo se enteran de los programas o proyectos que tiene la Alcaldía Municipal?, respondiendo: por medio de Volantes con un 33.7% (n=35); seguido de la comunicación realizada por un vecino, amigo o familiar con un 32.7% (n=34); la Emisora con un 26.9% (n=28); y, la Televisión Local con un 25% (n=26).

Los procesos de comunicación y la creación de redes para la estrategia hacen que los ciudadanos conozcan más de ella y por consiguiente se genere mayor exigibilidad de acciones y de la rendición de cuentas hacia los servidores públicos. Por tal motivo el fortalecimiento de las redes y la comunicación busca retroalimentar permanentemente las políticas locales.

11. Debilidades y Fortalezas de la Estrategia

Como se explicó en el análisis del instrumento N°2 las debilidades se traducen en la implementación, evaluación de la estrategia, en la escasez de los recursos, en la falta de compromiso político y en el poco empoderamiento de los ciudadanos. Las fortalezas que manifiestan los actores institucionales son el conocimiento de contexto y el apoyo desde los planes de desarrollo.

En el grupo focal se identificó como debilidad en la implementación que la EMS “dependía de una persona y que estaba inscrita en salud y no había intersectorialidad”. Además, agregan “que fuimos muy pasivos para liderar y permear a otros escenarios. Nos faltó algo más, empoderamiento en las comunidades”. En fortalezas señalan que la autonomía municipal es importante para la estrategia.

Desde el nivel nacional las debilidades son: que no existen lineamientos de política pública y que no está considerada en el debate político actual, pero que se puede fortalecer con incentivos y premios a los municipios que la ejecuten, y con la conformación de redes. Con la implementación de un proceso de evaluación de políticas locales y metodologías que

identifiquen las debilidades y fortalezas se tendrá mayor información para la toma de decisiones.

12. Capacitación

En este aspecto se les preguntó a los funcionarios que si los miembros de la estrategia o del comité han recibido alguna capacitación, la respuesta es que si la han recibido. Los temas de capacitación de mayor frecuencia son: políticas públicas, formulación de proyectos, promoción de la salud, participación y planeación estratégica.

En el proceso de implementación la capacitación se realizó a las “promotoras que al principio se llamaban gestoras de salud”, además “cuando se comenzó la estrategia la OPS y la Gobernación nos capacito a la administración sobre la EMS”. Al mismo tiempo el ex – alcalde expone que “la misma ESAP debería generar un proceso de formación productivo para que los municipios como tal comiencen a pensar diferente en la etapa pre – posesión, formándolos en la estrategia”.

La capacitación debe ser un proceso permanente de construcción de conocimiento que debe hacer la administración municipal a sus funcionarios y a los ciudadanos, con el objeto de mejorar el empoderamiento de éstos y de generar sostenibilidad de la estrategia.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

- La EMS como política fue analizada desde el ciclo de la política pública teniendo en cuenta los factores estratégicos y los elementos que la hacen posible, esto con el fin de determinar su viabilidad en el contexto municipal y nacional.
- Pese a que los ciudadanos, en la actualidad están más informados y que son más exigentes frente a los procesos públicos municipales, los niveles de participación formal e informal, el interés por los asuntos públicos, el nivel de asociatividad, el grado de información y el nivel de conocimiento de los programas y proyectos locales es bajo.
- Una de las condiciones necesarias para dar viabilidad a la estrategia es que se cualifique la participación de los ciudadanos en la formulación de soluciones que los afectan. En los resultados se evidencia que la participación es baja pese a que la administración la percibe como alta, sin embargo esta los considera como beneficiarios de políticas, en este estudio la participación de los ciudadanos de Zipaquirá no refleja los planteamientos de la EMS ya esta requiere un alto nivel de participación y empoderamiento de los ciudadanos con el fin de promover soluciones a las diferentes problemáticas.
- Una de las dificultades para la implementación de la EMS es el poco trabajo intersectorial por parte de las instituciones de la administración municipal y de la sociedad civil, esto se evidencia en la información recolectada en los diferentes instrumentos. Los programas que se desarrollan en algunos de los casos son aislados y no articulados con lo que debería ser la estrategia. Además los adelantos en la formulación e implementación de la estrategia han sido desde el sector salud. Esto explica el poco éxito que ha tenido la implementación de la política de municipios saludables en Zipaquirá.
- Si bien la estrategia requiere de un proceso de descentralización para la viabilidad, el ordenamiento jurídico nacional impide la autonomía del municipio frente a algunas políticas en salud dificultando la intersectorialidad e inter - institucionalidad y el manejo local e integral de los problemas.
- Aunque el tema presenta avances en cuanto a la inclusión de la EMS en los planes de desarrollo dentro de la planeación local no esta considerada como Política Pública. Si

bien se han hecho esfuerzos en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como en vacunación, alimentación escolar, familias en acción, niño sano, prevención de la discapacidad, entre otros, algunos de ellos son programas impulsados por el gobierno nacional y otros han sido implementados en el municipio. Se pudo evidenciar que los ciudadanos no identifican un programa bandera de la administración municipal y los que señalan son de competencia nacional.

- Al contrastar las respuestas que tienen los funcionarios sobre programas y proyectos que realiza la administración en función de la estrategia señalan un sin número de programas y proyectos que al compararlos con las respuestas de los ciudadanos frente a este mismo tema se evidencia una contradicción. Esto puede estar dado por la ausencia de procesos de evaluación, por el desconocimiento por parte de los ciudadanos de los programas y proyectos que esta implementando la administración y por la poca promoción y visibilidad de las acciones de la administración municipal, la cual puede originar deslegitimidad de la estrategia.
- En el periodo de análisis de la investigación se encuentra que se han realizado acciones que podrían enmarcarse en lo que hemos caracterizado como municipio saludable tal es el caso de escuela saludable, prevención y manejo de la discapacidad, programa del niño sano, vivienda, entre otros. Sin embargo su implementación no ha tenido una orientación como una Política Pública local. Esto se debe a la falta de compromiso político, de empoderamiento, al desconocimiento de la estrategia y a las pocas condiciones externas al municipio como el nivel de descentralización que incluye competencias en salud y a la ausencia de una política nacional que respalde las acciones locales.
- Se evidenció que no existe un proyecto de evaluación y seguimiento de los programas que se realizan en el municipio desde el impacto de estos, los indicadores que se muestran en los diferentes programas o proyectos de salud, educación, vivienda, entre otros son de cobertura y eficiencia en términos de recursos, además en la información recolectada en la administración municipal no hay sistematización de los programas, proyectos o políticas locales.
- La EMS no es viable bajo las condiciones administrativas, financieras y políticas actuales. A partir de lo administrativo algunas competencias de salud pública le corresponden al departamento ya que el municipio no se descentralizó en salud, en lo

municipal ha sido liderada sectorialmente y no tiene un funcionario responsable de la política. Desde lo financiero la estrategia ha estado en salud y en las revisiones realizadas a los presupuestos no tiene una destinación específica, además como la estrategia se ha entendido como parte de la promoción de la salud, los recursos son muy escasos y ya están determinados por el gobierno nacional. En lo político, no hay compromiso por parte de la alta dirección del municipio (alcaldía, gerencia de desarrollo social, secretarías), hay desconocimiento de la estrategia por la mayoría de los funcionarios directivos de la administración, así mismo en el debate nacional la estrategia no ha tenido discusión ni por el gobierno central ni por el congreso. El estudio deja en el debate académico el espacio para generar próximas investigaciones donde se pueda analizar la viabilidad de la estrategia en los municipios que la han implementado a la luz de los factores estratégicos, de los elementos y de la normatividad vigente.

- Para que la EMS pueda ser viable dentro de la legislación vigente debe ser asumida no solo desde la salud pública, donde ha tenido un espacio específicamente a partir del componente de promoción de la salud, apoyándose en el plan de atención básica local. Así mismo conviene incluirse en la agenda básica, en la agenda contingente y ciudadana. Desde el punto de vista organizacional en la administración local la responsabilidad puede estar en planeación municipal o en la secretaria de salud, con una secretaria técnica que puede ser manejada por cualquier dependencia de la administración (educación, salud, gerencia social, planeación, gobierno, cultura, etc.). Este aspecto debe ser estudiado en una futura investigación donde se determine desde el punto de vista organizacional la ubicación de la estrategia.
- La EMS en nuestro país surgió en un momento coyuntural como política central en el año de 1992, un año después de la expedición de la Constitución Nacional cuando el Ministerio de Salud abanderó el proyecto de la OPS como elemento potencializador de los Sistemas locales de salud (SILOS) delegando la responsabilidad a estos, posteriormente los municipios saludables se convierten en estrategia de promoción de la salud como forma para alcanzar la “Salud para todos en el año 2000”, luego en el año de 1999 se denominan municipios saludables por la paz en consonancia con el plan de desarrollo de Andrés Pastrana y desde esta fecha la estrategia no ha tenido ningún avance desde el nivel central. A nivel del municipio de Zipaquirá en el plan de

desarrollo “integración para el desarrollo” (1995 – 1997) se toma a los municipios saludables como eje central de la política de salud, en el periodo de 1998 – 2000 en la Administración de Guillermo Rojas se implementó y se dieron los lineamientos, posteriormente en la administración de Ever Bustamante (2001 – 2003) se realizó un encuentro con el director de la OPS y con el Ministerio de salud donde se pretendía fortalecer la estrategia y finalmente en la administración actual se propone construir una ciudad sana con pocos avances en la estrategia.

- La EMS desafortunadamente no fue una política nacional y tampoco trascendió a nivel local, los avances que se dieron desde el ministerio de salud en los años noventas no tuvieron la continuidad y no se le dio la importancia que merece sino que por el contrario esta se desarrollo como política pública en algunos municipios y no fue lo suficientemente contundente para permear positivamente el nivel central dejando en un organismo multilateral como la OPS su apoyo y direccionamiento.

2. Recomendaciones

Para que sea posible y tenga viabilidad la EMS en Zipaquirá y en otros municipios del país, se recomienda fortalecer las siguientes condiciones que hacen posible la estrategia a nivel local:

1. Condiciones internas:

- Fortalecer el compromiso político, entendido como la responsabilidad de los actores políticos y sociales frente a la estrategia, generando acciones de sensibilización e incluyendo el tema en el debate público local.
- Empoderar los actores institucionales y la comunidad, a cerca de los proyectos que soportan la estrategia fortaleciendo e incluyendo las organizaciones de base.
- Mejorar la participación informal y formal, como método para identificar necesidades y prioridades a nivel de la comunidad y del municipio, como herramienta de consulta en los procesos de toma de decisión de políticas públicas.
- Fortalecer la rendición de cuentas, buscando mecanismos que contribuyan a reforzar los espacios de fiscalización de las políticas públicas locales, los servicios públicos y las acciones de la administración local como de los demás actores sociales involucrados en la estrategia de municipios saludables.
- Generar un proceso de trabajo intersectorial, creando medidas afirmativas para garantizar la inclusión de grupos o sectores de la población. Esto con el fin de vincular a todos los sectores de la administración pública y de la empresa privada que tienen que ver con la estrategia de municipios saludables.
- Fijar recursos del presupuesto para la estrategia, que busquen la sostenibilidad a mediano y largo plazo de los proyectos que la soportan.
- Designar un responsable de la estrategia que funcione como interlocutor de las instituciones públicas y privadas.
- Realizar un proceso de planeación a largo plazo que le de sostenibilidad a la estrategia, así mismo mejorar los procesos de evaluación generando indicadores que permitan el monitoreo continuo.

2. Condiciones externas:

- Fortalecer la descentralización, especialmente en salud para que los municipios tengan la autonomía de manejar sus recursos y direccionar sus políticas.
- Retomar la estrategia desde el Ministerio de la Protección Social con el propósito de convertirla en una verdadera política nacional.
- Concientizar al nivel central especialmente a los ministerios de la importancia del trabajo intersectorial, evitando la replicación de acciones que buscan un solo objetivo.
- Generar cabildeo por parte de los alcaldes y de los responsables locales de la estrategia hacia el Congreso de la República, los ministerios y los departamentos mostrando las bondades que crea un municipio saludable en el desarrollo.
- Que la estrategia este en el debate político y que los centros de investigación de las universidades profundicen aún mas en el tema de municipios saludables, así mismo el de la necesidad de fortalecer y poner en funcionamiento la red de municipios saludables del país.
- Se genere la rendición de cuentas por parte de los servidores públicos a los ciudadanos como cultura organizacional.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILAR, Luis. El estudio de las políticas públicas. Editorial Miguel Ángel Porrúa. México 1991.
2. ALMEIDA, Celia. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro 2002; 18(4): 905 – 925.
3. ALESSANDRO, Laura (2002). Municipios saludables: una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina. OPS/OMS Argentina.
4. ASHTON, John. Healthy Cities. Open University Press. Milton Keynes. Philadelphia.1992.
5. BAKER, Judy. Banco Mundial. Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza. Washington, D.C. 2003.
6. BLANCO R, J. MAYA M, J. Fundamentos de la salud publica, tomo I Salud Pública. CIB, Medellín, Colombia. 1997, Pág. 81.
7. BRESSER – PEREIRA, C. CUNILL G, N. GARNIER, L. OSZLAK, O. PRZEWORSKI, A. Política y gestión pública. CLAD y Fondo de Cultura Económica. 2004.
8. BRACELI, Orlando. La evaluación de las políticas públicas (el caso argentino). Lecturas sobre administración financiera del sector público. Volumen II. CITAF – OEA. Buenos Aires, argentina 1998.
9. CABARCAS, Fabio. AGUDELO, C. Indicadores de evaluación de la estrategia de municipios saludables por la paz en Colombia. Rev. Salud pública; 5 (2): 180 – 197, 2003.
10. CARDOZO B, Myriam. Evaluación de políticas de desarrollo social. Rev. Política y Cultura, otoño 2003, N° 20, pp. 139 – 154. En: <http://polcul.xoc.uam.mx/~polcul/pyc20/07cardozo.pdf>.
11. CABRERA, Gustavo A. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. Rev. Colombia Médica, Cali 2004; 35: Pág. 164.
12. CIDER. U. Andes. Una contribución para el análisis de las Políticas Públicas desde el Estado. 2000.
13. CIDER – U. ANDES. El análisis cognitivo de Políticas Públicas. En modulo de políticas publicas ESAP.
14. COHEN, E. FRANCO, R. Evaluación de proyectos sociales. Editorial siglo XXI. Cuarta edición.
15. DE SALAZAR, Ligia. Municipios y Comunidades Saludables. El reto de la evaluación. CEDETES. Santiago de Cali, 2002.
16. DE SALAZAR, Ligia. VELEZ, Jenny. Hacia la búsqueda de la efectividad en promoción de la salud en América Latina. Rev Ciencia & Saúde Colectiva. Río de Janeiro. 2004: 9 (3): 725 -730.
17. DE SALAZAR, Ligia. DIAZ, Constanza. Promoción de la salud en Colombia: enfrentando el reto de la evaluación. CEDETES.
18. DE SALAZAR, Ligia. VELEZ, Jenny. La evaluación – sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. Rev Ciencia & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2004: 9 (3): 545 - 555.

19. FINOT, Iván. Descentralización en América Latina: cómo hacer viable el desarrollo local. CEPAL - Serie Gestión Pública N° 38. Santiago de Chile, 2003.
20. FRANCO A. Acerca de las Políticas Públicas de Salud en el Nuevo Siglo. Revista de Salud Pública. Universidad Nacional. Noviembre de 2000.
21. GARCIA M, et al. Ciudades Saludables. Un proyecto de la nueva salud pública. Apuntes de salud pública N° 13.
22. GARAY, L. RODRIGUEZ, A. Colombia: Diálogo pendiente. Planeta paz, documentos de política pública para la paz. Ediciones Antropos. Bogotá, junio de 2005.
23. GRANDA, E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. Rev. Cubana Salud Pública, 2004; 30 (2).
24. GONZALEZ, Jorge I. Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad. Revista Gerencia y Políticas de Salud. N°2 Septiembre de 2002.
25. HERNANDEZ, Mario. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro 2002; 18(4): 991 – 1001.
26. HERNANDEZ, Mario. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín 2001; 19(1): 57 - 70.
27. JOLLY, Jean Lo público y lo local: gobernancia y políticas publicas. Tesis doctoral sobre descentralización en Colombia. Seminario internacional sobre lo público y esquemas de administración pública . ESAP. Julio de 2002.
28. LAHERA, E. Reforma del Estado: un enfoque de políticas públicas. Revista del CLAD Reforma y Democracia 2000.
29. LINDBLOM, Charles. El proceso de elaboración de políticas públicas. Ministerio para las Administraciones Públicas. INAP. 1991.
30. LEE K. Globalization and health policy: a conceptual framework and research and policy agenda. En: Bambas A, Casas JA, Drayton H, Valdés A, editors. Health and human development in the new global economy: The contributions and perspectives of civil society in the Americas. Washington DC: PHO; p. 15-41, 2000.
31. LOPEZ – ACUÑA, D. ET AL. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. Rev. Panamericana de Salud Pública. 2000.
32. MACIEL DE P, KLEBER J. La utilización de indicadores sociales en la evaluación de políticas públicas. Estudio de caso reforma agraria. Rev. CLAD Reforma y Democracia. N° 24. Caracas. Oct. de 2002.
33. MADIES, Claudia. CHIARVETTI, Silvia. CHORNY, M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. Rev Panam. Salud Pública 2000; 8 (1/2): 33 – 42.
34. MEZA C, Carlos – ISAZA C, Jairo. Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunas escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en salud para Colombia. República de Colombia, DNP, Dirección de estudios económicos. Documento 288. Julio de 2005.
35. MALAGA, Hernán. Municipio Saludable: Una estrategia de justicia social. En www.iadb.org
36. MALAGA H, RESTREPO H. Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Ed. Medica Panamericana. Bogotá D.C., 2001.
37. MARTINEZ A, DAVILA M, VICENTE M. Una aproximación a la evaluación económica de las políticas sociales. Rev. Ministerio de trabajo y asuntos sociales N° 41. España, 2003.

38. MINISTERIO DE SALUD – OPS. Municipios saludables. Documento realizado por Carlos Agudelo y Julián Eljach. Sin fecha.
39. MINISTERIO DE SALUD – OPS - OMS. Municipios saludables por la paz. Una estrategia de promoción de la salud para el desarrollo local y la construcción de sociedades no-violentas.
40. MENY – THOENING. Las Políticas Públicas. Editorial Ariel. 1992.
41. MEZA C, Carlos – ISAZA C, Jairo, 2005. Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunos escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en salud para Colombia. República de Colombia, DNP, Dirección de estudios económicos.
42. MINISTERIO DE SALUD, República de Colombia, OPS. Manual Criterios de Reconocimiento y Niveles. Municipios Saludables. Sin fecha.
43. MINISTERIO DE SALUD – OPS. Experiencias de Municipios Saludables por la Paz en Colombia. 1999.
44. Ministerio de Salud y Ambiente de Argentina. Informe de Situación. Red Argentina de Municipios y comunidades saludables. 2004.
45. MULLER, Pierre. Las políticas públicas. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, 2002.
46. MULLER, Pierre. La producción de las políticas públicas. Revista Innovar 1998; 12: 65 – 75
47. MULLER, Pierre. Génesis y fundamento del análisis de políticas públicas. Revista Innovar 1998; 11: 99 – 109.
48. MUÑOZ, Fernando y otros. Las funciones esenciales de la Salud Pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev. Panamericana de Salud Pública. N° 8. Año 2000.
49. NACIONES UNIDAS (2005). Objetivos de desarrollo del nuevo milenio una mirada desde América Latina y el Caribe.
50. OMS. Salud y bienestar social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, Canadá, 1986.
51. OPS – OMS ARGENTINA. Rev. A su salud! No. 5. Feb – marzo de 2004.
52. OPS. Estilos de vida saludables y salud mental. Municipios y comunidades saludables. Ciudades Saludables: Planificando para la salud en un ambiente mundial. 1999.
53. OPS. El movimiento de municipios saludables. Una estrategia para la promoción salud en América Latina. Washington, D.C., 1996.
54. OPS. Ciudades Saludables: planificando para la salud en un ambiente mundial. Enero de 1999. En www.ops.org.co
55. OPS. Propuesta de indicadores para red nacional de información y comunicación municipio saludable. Sin fecha.
56. OPS (2005). Renovando la atención primaria de la salud en las américas. Un documento de posición de la OPS/OMS.
57. OPS - OMS (1997). Municipios Saludables. Comunicación para la salud N° 11. Washington, D.C.
58. OPS – OMS (2000). Salud de la Población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables “La perspectiva Canadiense”.– Gobierno de Canadá. Washington D.C.
59. OPS. Los proyectos locales de promoción de salud. Nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública. Julio Suárez, consultor OPS – Ecuador.

60. OPS. Reunión consultiva regional de las Américas sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Rev. Panamericana de Salud Pública 2001; 10 (1).
61. PAREDES H, Natalia, 2003. Derecho a la Salud su situación en Colombia. GTZ – CINEP, Bogotá D.C., Pág. 30.
62. PRIETO, Adriana. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Revisión Conceptual. Rev. Fac. de Medicina Universidad Nacional de Colombia 2004. Vol 52 N°1.
63. Quinta Conferencia Mundial de la Salud. Declaración ministerial de México para la promoción de la salud. Promoción de la salud hacia una mayor equidad. México 2000.
64. RED MEXICANA DE MUNICIPIOS POR LA SALUD. Municipios Saludables instrumento para el desarrollo municipal. En revista virtual www.municipio-saludable.gob.mx
65. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Contraloría General. Análisis del proyecto de Ley que modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colección Análisis sectorial y de políticas públicas. Abril de 2005.
66. RESTREPO H. Antecedentes históricos de la promoción de la salud. En: Restrepo H, Málaga, H, editores. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 15-23.
67. RESTREPO, Helena - MALAGA, Hernán. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Ed. Médica Panamericana. Bogotá, D.C., 2001.
47. RESTREPO, Helena. Municipios saludables: lecciones aprendidas, desafíos. Presentación en jornadas de MS, Buenos Aires, marzo 18 – 19, 2004.
68. RIVERA Diana. Identificación de factores favorecedores y no favorecedores para la implementación de la estrategia de municipios saludables por la paz en Colombia. Tesis de maestría en infección y salud del trópico. Universidad Nacional. Bogotá, D.C., 2000.
69. RIVERA D. MALAGA H, AGUDELO C. La responsabilidad social en la estrategia de municipios saludables por la paz. Estudio de caso. Rev. Salud pública, 2 (3): 251 – 260, 2000.
70. RODO J, QUERALT A, TORRES P. Revista Instituciones y Desarrollo N° 16 (2004) págs. 335-352. Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya, Comte d'Urgell, 240 3-B 08036 Barcelona, España. www.iigov.org
71. ROTH D. André. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Ediciones Aurora. Bogotá 2003.
72. RODRIGUEZ, Adolfo. Crisis de las políticas públicas en Colombia: Neoliberalismo y social - democracia. Bogotá D.C., Julio de 2001.
73. TEJADA DE R, D. Alma-Ata 25 años después. Rev. Perspectivas de Salud OPS. Vol 8, N° 1, 2003. www.paho.org/spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_4.htm.
74. TORO P, Catalina. Notas de clase Maestría. Área de Políticas Públicas y Gobernabilidad, 2004.
75. SANABRIA, G. BENAVIDES, M. Evaluación del movimiento de municipios por la salud. Playa, 2001. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29 (2): 139 – 146
76. SANABRIA, Giselda. Evaluación del movimiento de municipios por la salud. Instrumento de recolección de información. 2003.

77. SARMIENTO, A. La institucionalidad social en Colombia: la búsqueda de una descentralización con centro. Serie Políticas Sociales N°86. CEPAL, Santiago de Chile. 2004.
78. SALAZAR, Carlos. Las políticas públicas. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de ciencias jurídicas. Colección profesores N° 19. 1995.
79. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA, D.C. Lineamientos de política de salud para menores de 10 años en Bogotá D.C.
80. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA, D.C. Lineamientos de política pública de prevención de las enfermedades crónicas en Bogotá D.C.
81. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA, D.C. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad en Bogotá D.C.
82. SUÁREZ, J. Los proyectos locales de promoción de la salud. Nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública. OPS. 1995.
83. STARFIELD, Bárbara. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona Masson 2000.
84. Universidad de Antioquia. Cátedra Abierta: Reforma de los Servicios de Salud en el mundo, Medellín. Números 1 al 16.
48. Universidad del Rosario, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Grupo de investigación, 2003. Documento de publicación interna.
49. VASALLO C, et al. Salud, Mercado y Estado. Apunte de economía de salud – 2003. En www.isalud.org.
85. VARGAS, S. CASTRO, M. La Vega, Colombia: Municipio saludable. Estudio de caso. Rev. Salud pública 2002; 4 (1): 158 – 169.
86. VALENTINE, Hélène, et al. Las redes en el sector de la salud y del bienestar. El ejemplo de la red. Québécoise de ciudades y municipios saludables. 2001. WHO Regional Office for Europe. Healthy Cities.
87. VARGAS VELASQUEZ, Alejo. El estado y las políticas públicas. Almueda editores. 2001.
88. VARELA, B. Edgar. Los contextos transnacionales de las políticas Públicas. Cali 2003.
89. VASQUEZ M, y otros. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gaceta Sanitaria 2002; 16(1):30-38.
90. VEGA ROMERO, Román. Revista de salud pública. Evaluación de las políticas públicas de salud en relación con la justicia social.
91. VERA C. Dialogo entre lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación científica. El desafío de la triangulación. Rev. Ciencia & Trabajo. Año 7. N°. 15. Enero – marzo 2005. Disponible en Internet: <http://cienciaytrabajo.cl>.
92. VERA C. LA triangulación entre métodos cualitativos y cuantitativos en el proceso de investigación. Rev. Ciencia & Trabajo. Año 7. N°. 16. Abril – junio 2005. Disponible en Internet: <http://cienciaytrabajo.cl>.
93. VELÁSQUEZ F, RODRÍGUEZ C. Construyendo Municipio. Experiencias de apoyo a la gestión local. Bogotá, Colombia 1999.
94. YEPES LUJAN, Francisco José and SANCHEZ GOMEZ, Luz Helena. La reforma del sector de la salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada?. Rev Panam Salud Publica, July/Aug. 2000, vol.8, no.1-2, p.34-35. ISSN 1020-4989.
95. WHO Secretariat Background Document for the 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand 7-11 August 2005.

96. ZIPAQUIRA. Acuerdo N° 21/95 “Por el cual se aprueba el Plan de Desarrollo 1995-1997 “Integración para el desarrollo” para el Municipio de Zipaquirá.
97. ZIPAQUIRA. Acuerdo N° 04 de 2004 Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo “Por la Zipaquirá que merecemos” para los años 2004-2007.
98. ZIPAQUIRA. Plan de Desarrollo 1998-2000 “La unión de todos para el desarrollo de todos” para el Municipio de Zipaquirá.
99. ZIPAQUIRA. Plan de Desarrollo 2001-2003 “Amplíemos nuestros Horizontes”. para el Municipio de Zipaquirá.

X. ANEXOS

ANEXOS N°1 Factores Estratégicos

Instructivo de la Encuesta N°1[®]

Este instrumento se aplica para realizar un diagnóstico evaluativo del nivel de desarrollo alcanzado en las cuatro áreas básicas de la Estrategia de Municipios Saludables (Políticas públicas, Sostenibilidad, Intersectorialidad y Participación), en Zipaquirá, a partir de la identificación de la percepción que tienen los actores institucionales del municipio (Funcionarios de la alta dirección de la Administración Municipal).

Esta primera encuesta va dirigida a los directivos del municipio que tienen que ver con la estrategia, como son: el Alcalde Municipal, El Presidente del Concejo Municipal, La Gerente de Desarrollo Social, La Coordinadora del PAB, El Director del Hospital, El Personero, El Secretario de Educación, El Director del Sisben, Una funcionaria de Planeación y Gerentes de EPS y ARS que funcionen en el municipio.

Ninguna de las preguntas se puede dejar de contestar, si existe alguna anotación al final de cada área hay un espacio para las observaciones.

El instrumento de recolección de la información, es de carácter absolutamente confidencial y la información proporcionada será utilizada con propósitos exclusivamente académicos.

[®] Este instrumento fue diseñado por las Doctoras Giselda Sanabria Ramos y Maryeline Benavides López para evaluar el movimiento de municipios por la salud en Cuba en el municipio La Playa, y se le realizaron algunas adaptaciones para aplicarlo en nuestro contexto.

EVALUACION DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES A NIVEL MUNICIPAL
“Municipio de Zipaquirá (Cundinamarca)”
Encuesta N°1

NOMBRE: _____

Teléfono: _____ E – mail: _____

Dependencia o sector: _____

Cargo _____ Tiempo que lleva ocupando el cargo (en meses): _____

ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA SALUD:

Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Se trata de buscar como vivir, mejorar y alcanzar bienestar creando las condiciones para llevar una vida saludable que solo se consigue con el concurso de la comunidad dándole a esta los conocimientos y la capacidad necesaria para buscar, adoptar y comprometerse a vivir sanamente.

Área 1: POLITICAS PUBLICAS SALUDABLES:

Una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convenientes a los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.

Marque con una X la propuesta que mejor refleje su opinión

PREGUNTAS	A	B	C	D
1. Existen en el municipio políticas públicas establecidas acerca de la estrategia de promoción de salud. Cual? a) _____ b) _____ c) _____	Precisada por escrito. Existe un documento escrito ()	Parcialmente ()	No existe ()	No sabe ()
2. La política fue un producto de consenso entre los actores sociales.	De Todos ()	Algunos ()	Ninguno ()	No sabe ()
3. Se establece una agenda de formulación de planes y programas para desarrollar estas políticas.	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()	No sabe ()
4. Se definió un presupuesto específico para que ese programa pueda ser desarrollado.	Total ()	Parcial ()	Ninguno ()	No sabe ()
5. Cuentan con la estructura administrativa para que el programa pueda aplicarse satisfactoriamente.	Suficiente ()	Parcialmente suficiente ()	Insuficiente ()	No sabe ()
6. Los mecanismos que proporcionan que la comunidad participe en la formulación de las políticas son:	Suficientes ()	Parcialmente suficientes ()	Insuficientes ()	No sabe ()

OBSERVACIONES: _____

Área 2: INTERSECTORIALIDAD:

Trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales (salud, educación, medio ambiente, transporte, cultura, recreación y deportes, organizaciones de base, empresa privada, ONGs, entre otros) mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

PREGUNTAS	A	B	C	D
1. Participan las instituciones (sectores) de su Municipio en la estrategia de Promoción de la Salud?	Todos ()	Algunos ()	Ninguno ()	No sabe ()
2. Se comparten los recursos materiales y humanos entre los participantes en la estrategia de Promoción de la Salud?	Todos ()	Algunos ()	Ninguno ()	No sabe ()
3. Las decisiones que se toman son compartidas con los diferentes sectores implicados?	Siempre ()	Algunas veces ()	Nunca ()	No sabe ()
4. Las relaciones intersectoriales se pueden calificar como:	Buenas ()	Regulares ()	Deficientes ()	No sabe ()
5. La motivación de los sectores o instituciones participantes es:	Buena ()	Regular ()	Deficiente ()	No sabe ()
6. La capacidad de negociación de los sectores es:	Buena ()	Regular ()	Deficiente ()	No sabe ()
7. La comunicación entre las diferentes instituciones o sectores son:	Buenas ()	Regulares ()	Deficientes ()	No sabe ()

OBSERVACIONES: _____

Área 3: SOSTENIBILIDAD:

El desarrollo sostenible es definido como aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Incorpora numerosos elementos y sectores.

PREGUNTAS	A	B	C	D
1. La estrategia de promoción de la salud es:	Sólida ()	Medianamente sólida ()	No es sólida ()	No sabe ()
2. Los compromisos de las autoridades municipales son:	Estables ()	Medianamente estables ()	Inestables ()	No sabe ()
3. La capacidad de autogestión de las instituciones y las Autoridades municipales es:	Buena ()	Regular ()	Deficiente ()	No sabe ()
4. El compromiso, participación y capacidad de autogestión de la comunidad es:	Buena ()	Regular ()	Deficiente ()	No sabe ()
5. Estará la comunidad satisfecha con respecto a las estrategias de la promoción de la Salud:	Satisfechos ()	Medio satisfechos ()	Insatisfechos ()	No sabe ()
6. La aprobación de la estrategia por parte de la gente es:	Buena ()	Regular ()	Deficiente ()	No sabe ()
7. Considera usted que la estrategia de promoción de la salud con respecto a su durabilidad es:	Duradera ()	Medianamente duradera ()	Poco duradera ()	No sabe ()

OBSERVACIONES: _____

Área 4: PARTICIPACION SOCIAL:

Proceso social inherente a la salud y al desarrollo, a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, y actores sociales de todos los niveles, interviene en la identificación de necesidades o problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir.

PREGUNTAS	A	B	C	D
1. Las organizaciones comunitarias del municipio participan en la ejecución de la estrategia de municipios saludables:	Todos ()	Algunos ()	Ninguno ()	No sabe ()
2. El nivel de representatividad de los actores que participan es?	Bueno ()	Regular ()	Deficiente ()	No sabe ()
3. Las relaciones entre los actores en función de la estrategia son:	Buenas ()	Regulares ()	Deficientes ()	No sabe ()
4. La participación de los actores en las diversas actividades es:	Buena ()	Regular ()	Deficiente ()	No sabe ()
5. La capacidad de negociación y gestión de iniciativa es:	Buena ()	Regular ()	Deficiente ()	No sabe ()
6. La capacidad de manejo de los recursos por parte de los diferentes actores sociales es:	Buena ()	Regular ()	Deficiente ()	No sabe ()
7. Las normas o leyes que garantizan la participación de la comunidad son:	Suficientes ()	Parcialmente suficiente ()	Insuficiente ()	No sabe ()
8. Los espacios que garantizan la participación de la comunidad son:	Suficientes ()	Parcialmente suficiente ()	Insuficiente ()	No sabe ()
9. El nivel de información de los actores comunitarios es:	Alto ()	Mediano ()	Bajo ()	No sabe ()
10. La medida en que los actores logran movilizar a la opinión pública y a los medios de comunicación en función de las iniciativas colectivas es:	Alta ()	Mediana ()	Baja ()	No sabe ()
11. Los espacios disponibles para la ejecución de las actividades propias de la estrategia son:	Suficientes ()	Parcialmente suficientes ()	Insuficientes ()	No sabe ()

OBSERVACIONES: _____

- Considera usted que este instrumento es útil? Por qué?

Tiene alguna sugerencia:

Gracias por su tiempo y colaboración.

Anexo N°2 Encuesta N°2 Elementos EMS

MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA –ESAP
Proyecto de Investigación. “Viabilidad de la Estrategia de Municipios Saludables”
FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN♦

Instructivo de la encuesta

Con el presente instrumento se pretende realizar un diagnóstico acerca del estado de implementación de la estrategia de Municipios Saludables en el municipio de Zipaquirá, con el objeto de establecer los lineamientos básicos que la soportan y conocer su viabilidad.

Esta encuesta esta diseñada para bordar aspectos referentes a la identificación; compromiso político; intersectorialidad; elaboración del diagnóstico; proyectos y programas que refuerzan la estrategia; seguimiento, monitoreo y evaluación; redes nacionales e internacionales; debilidades y fortalezas de la estrategia; y, financiación y sostenibilidad. Todos estos aspectos refuerzan la Estrategia de Municipios Saludables que están soportados en la Promoción de la Salud, a continuación se realiza una breve conceptualización sobre el tema.

La OPS define a los Municipios Saludables como aquellos en los cuales “las autoridades de gobierno, las instituciones de salud y bienestar, las organizaciones públicas y privadas y la sociedad en general dedican esfuerzos constantes a mejorar las condiciones de vida de la población, promueven una relación armoniosa con el ambiente y expanden los recursos de la comunidad para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la coestión y la democracia”. En su momento el ministerio de salud optó por la siguiente definición “La estrategia Municipios Saludables por la Paz está dirigida a la movilización social, impulsada desde diversos sectores para lograr equidad, calidad de vida y desarrollo social en lo local, permitiendo la creación de ambientes propicios para la paz. Se basa en la implementación de acciones colectivas para mantener y mejorar las condiciones de salud y desarrollo que impacten el bienestar colectivo y privilegien a la población mas vulnerable”.

La iniciativa de Municipios saludables es una de las estrategias que permite instalar la cultura de la “calidad de vida” por la que lucha la promoción de la salud. Así mismo posibilita la construcción social por medio de la movilización de sectores que buscan un municipio ideal y sostenible en todas sus dimensiones (educación, salud, saneamiento básico, medio ambiente, cultura, etc.,) Se trata de un movimiento que involucra a las autoridades gubernamentales, técnicas y a los ciudadanos en general, en acciones específicas de promoción de la salud y del ambiente, resaltando la función gubernamental, la participación social y la responsabilidad en la búsqueda de las condiciones idóneas para una vida sana, esto significa que es un trabajo intersectorial e intrasectorial, dinamizando la participación comunitaria para alcanzar el “ideal de municipio” con mínimas necesidades básicas y con un alto nivel de desarrollo.

♦ Este instrumento fue tomado de los realizados por Fabio Cabarcas de la Universidad Nacional, del Informe de situación 2004 red Argentina de municipios y comunidades saludables del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y adaptaciones del investigador para aplicarlo al contexto del Municipio de Zipaquirá.

El movimiento de Municipios saludables debe concebirse como una “idea-fuerza” para dinamizar la salud en el desarrollo, enfatizando el desarrollo de procesos y no sólo el de resultados, apostando a los cambios paulatinos de los estilos de vida, de toma de conciencia de la comunidad de sus derechos, deberes y responsabilidades y al ejercicio de la participación creativa, respetuosa y honesta de los integrantes del mismo¹.

Los municipios saludables son un vehículo para introducir la promoción de la salud en el escenario político de los municipios, además la iniciativa de las ciudades sanas definió la planificación para la salud como un ejercicio público, con amplia participación de la “comunidad” y de múltiples sectores², se introdujeron nuevas formas de comunicación social y de trabajo en equipo para los miembros de la administración y para la ciudadanía con el objeto de construir su propio plan de salud, buscando nuevas formas de cogestión social y de co – responsabilidad entre los miembros de la comunidad.

En este sentido, le solicitamos tener a bien contestar este cuestionario.

No olvide que este instrumento de recolección de la información, es de carácter absolutamente confidencial y la información proporcionada será utilizada con propósitos exclusivamente académicos.

Instrucciones:

Las preguntas de este cuestionario están diseñadas para ser contestadas por el Alcalde, Gerente de desarrollo social, director de salud, director del PAB, responsable de la estrategia, Gerentes de EPSs y de ARSs, Gerentes de Hospitales y demás personas que han participado en la estrategia. El cuestionario esta distribuido así:

- I. La primera parte corresponde a los datos de identificación de la Institución a la que Usted pertenece.
- II. Compromiso Político: Se refiere a la responsabilidad y cumplimiento que tienen los actores políticos (partidos políticos, movimientos políticos) y sociales, los funcionarios públicos elegidos por voto popular (alcaldes, concejales), los actores institucionales (empleados públicos que hacen parte de algún sector como educación, salud, entre otras), en dar respuesta a las necesidades de su municipio o localidad o de cumplir sus promesas de campaña en relación a la generación de políticas públicas o de proyectos sociales.
- III. Intersectorialidad: Se refiere a la relación y coordinación que tienen los diferentes sectores en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones en un determinado proyecto, programa o política pública.
- IV. Elaboración de un Diagnóstico de situación: las preguntas de este ítem tiene que ver con la existencia de un diagnóstico participativo de la situación de salud y si con el diagnostico se priorizaron los problemas.

¹ OPS. Argentina. Municipios Saludables. N° 55. 2002.

² Ciudades Saludables: planificando para la salud en un ambiente mundial. Enero de 1999. En www.ops.org.co

- V. Proyectos y programas que refuerzan la estrategia: en este aspecto se quiere saber si la Administración Municipal ha desarrollado alguna política, programa, proyecto o investigación en el marco de la Estrategia de Municipios Saludables.
- Política: entendida como el conjunto de respuestas de la Administración Municipal frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas que buscan su resolución o manejo.
 - Programa: son las estrategias de acción cuyas directrices determinan los medios que articulados gerencialmente permiten dar una solución integral a los problemas. Como estrategia, un programa contiene los objetivos y metas, el conjunto de proyectos elegibles y el plan de inversiones. Los programas se definen en términos de objetivos de carácter multisectorial.
 - Proyectos: unidad operacional que vincula recursos, actividades y componentes durante un período determinado y con una ubicación definida para resolver problemas o necesidades de la población. Debe formar parte integral de un programa; los proyectos son las unidades a través de la cual se materializan y ejecutan los planes y programas.
 - Servicios: hace referencia si los servicios de las respectivas áreas que se ubican en el numeral V de la pagina 5, los prestan empresas privadas. El servicio es entendido como una actividad o labor que realiza una empresa ajena a su Institución.
 - Investigación: son las acciones o actividades que buscan analizar y estudiar una problemática que esta o puede afectar a la comunidad o al municipio.
- VI. Seguimiento, monitoreo y evaluación: con este aspecto se pretende conocer si en el municipio han sistematizado, monitoreado y/o evaluado la estrategia de municipios saludables, y si han utilizado indicadores de evaluación.
- VII. Redes Nacionales e internacionales: se busca conocer si el municipio pertenece a redes departamentales, nacionales o internacionales y si tienen algún mecanismo de comunicación.
- VIII. Debilidades y Fortalezas: en este ítem se busca detectar cuales son las fortalezas y debilidades de la estrategia y como se puede fortalecer
- IX. Financiación y sostenibilidad para la estrategia de municipios saludables: se pretende conocer como se esta financiando la estrategia y si han gestionado recursos a nivel departamental o nacional.
- X. Persona quien respondió la encuesta: corresponde a los datos personales de la persona quien contesto la encuesta y si tiene observaciones relacionada con esta.

MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA –ESAP
Proyecto de Investigación. “Viabilidad de la Estrategia de Municipios Saludables”

I. Datos de Identificación de la Institución:

- Nombre de la institución a la que pertenece: _____
- Su institución es de carácter: Municipal ____ Departamental ____ Nacional ____
- A que sector pertenece: _____
- Que Programas y/o proyectos tiene su institución. _____

- Cual de estos programas y/o proyectos están vinculados con la Estrategia de Municipios Saludables: _____

- Cobertura de los programas y/o proyectos: _____

- Categoría del Municipio:
- Teléfono de su oficina:
- Nombre del Coordinador (a) de la Estrategia: _____

II. Compromiso Político¹

1. Cuándo comenzó a implementarse la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables en su Municipio?

MES: _____

AÑO: _____

2. Existe un acto administrativo que legitime el compromiso de la/s autoridad/es local/es con esta estrategia? (Marcar con X)

- ____ NO
- ____ SI Cuál/es? Especifique.*
 - ____ Decreto Municipal
 - ____ Proyecto de Acuerdo
 - ____ Acta de Compromiso
 - ____ Declaración de Compromiso
 - ____ Otros Cual (es) _____

3. El municipio esta certificado en salud.

- ____ SI
- ____ NO

¹ Se refiere a la responsabilidad y cumplimiento que tienen los actores políticos (partidos políticos, movimientos políticos), los funcionarios públicos elegidos por voto popular (alcaldes, concejales), los actores institucionales (empleados públicos que hacen parte de algún sector como educación, salud, entre otras), en dar respuesta a las necesidades de su municipio o localidad o de cumplir sus promesas de campaña en relación a la generación de políticas públicas o de proyectos sociales.

* De ser posible, se agradecerá acompañar al presente cuestionario en soporte electrónico o en medio físico el documento correspondiente o la ubicación del mismo.

4. Existe a nivel municipal un grupo de trabajo específico, un comité o una persona responsable, conformado o constituido especialmente para coordinar la estrategia?

- SI
- NO

5. Valoración subjetiva del nivel de compromiso político (elija una opción y brevemente explique porqué)

- No existe compromiso de las autoridades
- Poco compromiso político
- Moderado compromiso político
- Alto compromiso político

Cuáles han sido las mayores dificultades?: _____

Cuáles han sido los mayores éxitos?: _____

III. Intersectorialidad²

6. Existe un Consejo o Comité Intersectorial de la Estrategia donde participen la Administración municipal, representantes comunitarios de distintas áreas, ONG's, Organizaciones intermedias, Universidades, sector privado, etc?

- SI
- NO

7. Identifique marcando con una X las instituciones o sectores que participan actualmente en la estrategia.

- | | |
|--|--|
| - <input type="checkbox"/> Alcaldía | <input type="checkbox"/> Secretaria de Gobierno |
| - <input type="checkbox"/> Secretaria de Salud | <input type="checkbox"/> Gerencia de Desarrollo Social |
| - <input type="checkbox"/> Director del Hospital Local | <input type="checkbox"/> EPS – ARS |
| - <input type="checkbox"/> Personería | <input type="checkbox"/> Concejo Municipal |
| - <input type="checkbox"/> Juntas de Acción Comunal | <input type="checkbox"/> Veeduría ciudadana |
| - <input type="checkbox"/> COPACO | <input type="checkbox"/> Asociación de Usuarios |
| - <input type="checkbox"/> ONGs | <input type="checkbox"/> Empresa privada |
| - <input type="checkbox"/> Otros Cuales? _____ | |

8. De que institución depende el liderazgo actual de la estrategia de municipios saludables en su municipio:

- | | |
|--|--|
| - <input type="checkbox"/> Alcalde | <input type="checkbox"/> Gerencia de Desarrollo Social |
| - <input type="checkbox"/> Secretaria de Salud Municipal | <input type="checkbox"/> Personería Municipal |
| - <input type="checkbox"/> Secretaria de Gobierno | <input type="checkbox"/> Universidad Cual? _____ |
| - <input type="checkbox"/> Otro(s) Cuál (es)? _____ | |
- _____

² Se refiere a la relación y coordinación que tienen los diferentes sectores en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones en un determinado proyecto, programa o política pública.

9. Frecuencia con que se reúnen los miembros del comité:

- Semanalmente
- Quincenalmente
- Mensualmente
- Otro Cuál?

10. Los miembros de la estrategia o del comité han recibido alguna capacitación en:

- Liderazgo
- Negociación
- Políticas Públicas
- Marco Lógico de Proyectos
- Otra, Cuál? _____
- Formulación de Proyectos
- Promoción de la Salud
- Participación
- Planeación Estratégica

11. Valoración subjetiva del funcionamiento del comité o del órgano encargado de la estrategia (elija una opción y brevemente explique porqué).

- No representa a la población y carece de capacidad resolutive.
- Lideran procesos de cambio, se estudian soluciones pero no resuelven los problemas.
- Lideran procesos de cambio, estudian soluciones y resuelven los problemas.
- Participan representantes de algunas organizaciones comunitarias y tiene poca capacidad resolutive.
- Participan representantes de organizaciones comunitarias y tienen buena capacidad resolutive.

12. Número de personas contratadas por el municipio que realicen actividades en la estrategia o movimiento de municipio saludable: _____. Nivel de formación de estas personas:

- Técnico
- Pregrado Cuál? _____
- Especialista
- Otro: _____

IV. Elaboración de un Diagnóstico de Situación

13. Existe un diagnóstico actualizado (menos de 3 años) de la situación de salud en el Municipio.

- SI
- NO

14. Quienes participaron en el diagnóstico

- La Administración Local
- Instituciones de salud privadas
- Instituciones de Educación
- Otros, Quienes? _____
- Instituciones de salud públicas
- Organizaciones Comunitarias
- Los ciudadanos

15. Las instituciones y/o personas que participaron en el diagnóstico realizaron priorización de los problemas?.

- SI
- NO

16. Como participan los ciudadanos de los programas o proyectos de Promoción de la Salud o de la Estrategia de Municipios Saludables?

- Como actores activos
- Como beneficiarios
- No participan
- Otra (s) Cual (es) _____

17. En que momento o fase de la estrategia de municipios saludables participan los ciudadanos:

- Identificación
- Formulación
- Ejecución
- Evaluación
- Ninguna

18. Que escenarios se utilizan para promover la participación de los ciudadanos:

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Encuestas | <input type="checkbox"/> Cabildos Abiertos |
| <input type="checkbox"/> Foros | <input type="checkbox"/> Audiencias |
| <input type="checkbox"/> Talleres | <input type="checkbox"/> Consultas |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Otro Cual: _____ |

Continúa.....

V. Proyectos y programas que refuerzan la estrategia.

19. En qué áreas se han desarrollado actividades (políticas, programas, proyectos, venta de servicios e investigación) en su municipio en el marco de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables? (Marcar con X)

<i>AREA</i>	<i>POLITICA</i>	<i>PROGRAMA</i>	<i>PROYECTO</i>	<i>SERVICIOS</i>	<i>INVESTIG</i>
a.- Saneamiento Básico y Ambiental:					
• Vivienda					
• Servicios Públicos Domiciliarios					
• Contaminación de aire					
• Uso de plaguicidas					
• Manejo de residuos sólidos					
b.- Generación de empleo:					
• Iniciativas productivas					
• Erradicación trabajo informal					
c.- Educación:					
• Educación para la salud					
• Alfabetización					
• Convenios con universidades					
• Escuelas saludables					
• Nutrición escolar					
d.- Prevención y control de enfermedades:					
• Enfermedades no transmisibles					
• Enfermedades de transmisión sexual y SIDA					
• Enfermedades transmisibles					
- Por Vectores					
- Por transmisión directa					
- Enfermedades laborales					
e.- Promoción y protección de la salud:					
• Salud materno infantil					
• Salud bucal					
• Tercera edad					
• Nutrición y alimentación					
• Salud mental					
• Accidentes de tránsito					
• Adolescentes					
• Actividad física/deportes					
• Seguridad Alimentaria					
f.- Conductas saludables:					
• Recreación/esparcimiento					
• Utilización del tiempo libre					
• Expresiones culturales y artísticas					
• Prevención de adicciones (tabaco, alcohol y drogas)					
• Prevención de Violencia					
• Prevención de la discapacidad					

20. Amplié la información de los planes, programas o proyectos liderados por la organización de la estrategia? Especifique cuáles y desde cuando están funcionando?

21.Cuál de estos planes, programas y/o proyectos ha/n sido evaluado/s? (Sólo mencione el nombre del plan, programa o proyecto evaluado).

22. La estrategia de municipios saludables se desarrolla en:

- La zona urbana
- La zona rural
- En todo el municipio
- Primordialmente en la zona urbana
- Primordialmente en la zona rural
- Focalizado en un barrio. Cual (es): _____
- Focalizado en una vereda. Cual (es): _____
- Otro Cual (es): _____

VI. Seguimiento, monitoreo y evaluación

23. En su municipio existe un proceso de sistematización, monitoreo y evaluación de la estrategia.

- SI
- NO

24. Tienen indicadores de evaluación?

- SI
- NO
- Señale cuales: _____
- _____
- _____

25. Porqué es importante desarrollar procesos de evaluación de la estrategia? _____

VII. Redes Nacionales e internacionales

26. El Municipio pertenece o hace parte de redes de municipios saludables, redes departamentales, redes nacionales o internacionales?

- SI Cuales: _____
- NO

27. Tienen algún mecanismo de difusión (comunicación) de la estrategia.

- SI Cuales: _____
- NO

VIII. Debilidades y Fortalezas de la Estrategia

28. Mencione las tres (3) dificultades más significativas que Usted identifica tanto en la formulación como en la implementación de la estrategia de MS:

29. Mencione las tres (3) fortalezas más significativas que Usted identifica tanto en formulación como en la implementación de la estrategia de MS:

30. A partir de la experiencia en su municipio, cuáles considera Usted que constituyen las formas o métodos más recomendables para comunicar y fortalecer la experiencia de MS en nuestro país? (marcar con X)

- Conformación, integración y articulación en Redes
- Construcción de una política pública nacional
- Apoyo por parte del Ministerio de Protección Social
- Apoyo por parte de la Gobernación
- Apoyo Privado
- Realización de Encuentros y Reuniones
- Circulación de boletines electrónicos
- Publicaciones
- Sitio web
- Videos
- Incentivos, premios y/o concursos
- Otros Cuales? _____

31. Identifique tres (3) aspectos que según Usted son los más importantes para implementar la estrategia de municipios saludables.

Producción de políticas públicas saludables

Sostenibilidad a largo plazo

Fortalecimiento de equipos técnicos

Destinación de recursos propios

Participación Comunitaria

Intersectorialidad

Descentralización

Recursos – asignación presupuestal

Otro Cual? _____

IX. Financiación y Sostenibilidad para la Estrategia de Municipios Saludables

32. Ha recibido apoyo por parte del gobierno Departamental o Nacional?

- SI Cual?: _____

- NO

33. Han gestionado recursos a nivel departamental, nacional, internacional o han recibido ayudas de Organismos Internacionales como la OPS o de ONG`s.

- SI

- NO

Que tipo de ayuda han recibido: _____

De quien: _____

34. Los recursos para la estrategia de municipios saludables provienen de:

Presupuesto específico para el proyecto o estrategia

Presupuesto dependiente del sector salud

Apoyo del sector privado

Apoyo del gobierno departamental o nacional

Sin presupuesto

Otro Cuál? _____

35. Las políticas públicas saludables en el municipio han dado pie a la promulgación de decretos, proyectos de acuerdo, como producto de políticas públicas Saludables (En los últimos cinco años). Como por ejemplo, espacios libres de humo, prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores, entre otros.

- SI

- NO

Cual(es): _____

36. De la siguiente lista señale tres (3) obstáculos para la financiación de la estrategia de municipios saludables.

- Desconocimiento de la estrategia por parte de los actores institucionales
- Insuficiente sistematización de experiencias y proyectos
- Falta de capacitación del recurso humano en temas de presupuesto y gestión pública
- Insuficientes recursos (económicos) públicos en el municipio
- Dificultades para el trabajo intersectorial e interdisciplinario
- Insuficiente apoyo de las autoridades departamentales.
- Otros Cuál(es)? _____

Como superar estos obstáculos: _____

37. De los siguientes aspectos para potenciar el desarrollo sostenible de la Estrategia en su municipio cuales se deberían fortalecer.

- Capacitación del recurso humano en autogestión
- Formulación de Políticas públicas en salud
- Difusión e intercambio de experiencias
- Desarrollo de redes de comunicación
- Procesos de participación comunitaria
- Otras Cuál(es) _____

38. Existen documentos que soporten la estrategia de municipios saludables.

- SI
- NO

Si la respuesta es afirmativa **Favor** informar donde se puede consultar o si es posible anexar el documento.

X. PERSONA QUIEN RESPONDIO EL CUESTIONARIO

Nombre: _____ e - mail _____

Telefono : _____ Cargo: _____

Fecha de diligenciamiento: _____

Observaciones: _____

NOTA: El instrumento de recolección de la información, es de carácter absolutamente confidencial y la información proporcionada será utilizada con propósitos exclusivamente académicos.

Gracias por su colaboración.

Anexo N°3 Encuesta N°3 Ciudadanos
Proyecto de Investigación “Viabilidad de la Estrategia de Municipios Saludables”

Nombre: _____ **Genero:** M___ F ___ **Edad:** _____

Régimen de salud: Subsidiado ___ ;Contributivo ___ ;Vinculado ___ ;Sin seguridad ___

Lugar de residencia: Área Urbana _____ Área Rural _____

1. Es beneficiario de algún programa o proyecto del Gobierno Municipal.

- ___ SI Cuál (es): _____
- ___ NO

2. Participa Usted de algún programa o proyecto de la alcaldía o hace parte de un comité, consejo, junta de acción comunal u organización?

- ___ SI Cuál (es): _____
- ___ NO

Si su respuesta es NO pase a la Pregunta 4.

3. Como participa Usted de los programas de la Alcaldía o de la Administración Municipal:

- ___ Como beneficiario de un programa o proyecto
- ___ En la definición de las políticas, programas o proyectos

4. Los escenarios en los que Usted a participado son:

- | | |
|----------------|-----------------------|
| ___ Encuentros | ___ Cabildos Abiertos |
| ___ Foros | ___ Audiencias |
| ___ Talleres | ___ Consultas |
| ___ Ninguno | ___ Otro Cual _____ |

5. Sabe de algún programa o proyecto que este desarrollando la alcaldía en la actualidad:

- ___ SI Cuál (es): _____
- ___ NO

6. En el lugar donde Usted vive están desarrollando algún programa o proyecto:

- ___ SI Cuál (es): _____
- ___ NO

7. Conoce alguna persona que participe activamente en los programas de la alcaldía?

- ___ SI Quien(es): _____
- ___ NO

8. Hace parte de algún tipo de organización, agrupación o pertenece a alguna asociación.

- ___ SI Cuál (es): _____
- ___ NO

9. Conoce usted la estrategia de Municipios Saludables de Zipaquirá.

- SI
- NO

Si su respuesta es NO pase a la pregunta 13.

10. Que conoce de la Estrategia de Municipios Saludables:

11. En la actualidad conoce algún programa o proyecto relacionado con la estrategia:

- SI Cuál (es): _____
- NO

12. Desde cuando conoce la estrategia de municipios saludables?

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 3 años
- Entre 3 y 5 años
- Mas de 5 años

13. Que actividades recuerda que ha hecho el municipio en los últimos tres (3) años relacionadas con la promoción de la salud o con la estrategia de municipios saludables:

14. Como se entera de los programas o proyectos que tiene la alcaldía Municipal:

- Emisora
- Televisión
- Prensa
- Volantes
- Vallas
- Por un vecino o amigo
- Otro(s) Cual(es): _____

15. La Administración Municipal los invita a participar en los proyectos o programas que esta desarrollando:

- SI
- NO

Gracias por su tiempo y colaboración.

Anexo N°4
Identificación del Municipio*

Nombre	Zipaquirá
Limites y Ubicación	<p>Limita por el norte con el Municipio de Cogua, por el Este con Nemocón y Tocancipá, por el Sur con Cajicá, Nemocón, Sopo y Tabio y por el Oeste con Subachoque y Pacho. En el Municipio se distingue 2 áreas definidas: una plana al oriente que corresponde a la Sabana de Bogotá y otra montañosa, al occidente separada por el Valle del Río Frío. Esta organizado según el acuerdo N° 16 de enero de 1990 en 2 corregimientos, 16 veredas, 4 comunas y 72 barrios y urbanizaciones, su población aproximada es de 93.602 habitantes. El municipio de Zipaquirá esta ubicado en el departamento de Cundinamarca, en la región de la Sabana Centro en la región central del país a 38 Km. de Bogotá D.C., tiene un área de 194 kilómetros cuadrados y el 95% de su territorio pertenece a la zona rural y el restante a la urbana, su cabecera está localizada a los 05° 0'42" de latitud Norte y 74° 00'21" de longitud Oeste. Esta a 2.600 mts sobre el nivel del mar, su temperatura media es de 14°C, sus tierras corresponden al piso térmico frío y piso bioclimático páramo.</p>
Caracterización Demográfica	<p>La razón por sexo en el municipio es de 95 hombres por cada 100 mujeres y la razón de dependencia es de 64.4, lo cual significa que hay casi 65 personas en edad de dependencia por cada 100 personas en edad productiva, es decir que hay una proporción ligeramente más elevada de niños en el municipio con respecto a los datos nacionales que indican una razón de 59.2.</p> <p>La población de mujeres en edad fértil es de 26.185, es decir representa el 26% del total de la población; de ellas 1.799 (6.9%) se encuentran en embarazo.</p> <p>La pirámide de población del municipio es muy semejante a la de Colombia; en general típica es típica de un pueblo en desarrollo, con una base ancha y una cúspide estrecha. Esto se debe a una tasa de natalidad elevada junto con una tasa de mortalidad relativamente baja debido a la existencia de mejores condiciones de salud y servicios médicos avanzados. Sin embargo, el crecimiento ha disminuído porque las parejas tienen menos hijos.</p> <p>El estrechamiento que ocurre en la barra del grupo etareo de 15 a 19 años es posible que sea una muestra de la emigración de gran número de gente joven en busca de mejores fuentes de ingreso durante la década de 1970, lo cual conllevó también a que se redujera la población en edad fértil y la tasa de natalidad.</p> <p>La pirámide ejemplifica este hecho al estrecharse rápidamente en aquellas barras que representan las edades de 30 a 49 años, las personas que más emigraron a principios de la década del 70.</p> <p>Después de los 75 años las mujeres constituyen una ligera mayoría, debido a que las mujeres en promedio viven algunos años más que los varones.</p>

* Tomado de Diseño de un modelo de evaluación para desarrollo municipal en el marco de la promoción de la salud.

<p><i>Caracterización Económica</i></p>	<p>Es considerado como un centro de servicios (salud – educación) de la región del valle de Ubaté, Pacho, Ríonegro y Sabana Norte. La principal actividad económica del municipio es la industria turística, la producción agropecuaria y la minería, es considerado como polo de desarrollo regional del departamento.</p>
<p><i>Caracterización Social e Histórica</i></p>	<p>A diciembre de 2003 el total de personas sisbenizadas era de 27536 personas, de las cuales 17096 personas se encuentran afiliadas al régimen subsidiado equivalentes al 62% del total de las personas de nivel 1 y 2 en la encuesta SISBEN y el 17% de la población total del municipio. El 88% de la población sisbenizada vive en el área urbana y el restante en la rural.</p>

Anexo N°5 Decreto protocolario 02 de 1999

En el año de 1999 mediante el decreto protocolario No. 02 del 5 de abril, “se adopta el programa de Municipios Saludables por la Paz en Zipaquirá y se dictan otras disposiciones”*.

El Alcalde Municipal de Zipaquirá, en uso de sus facultades legales, y considerando:
Que el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos requiere el compromiso de los diferentes actores del desarrollo y de acciones multisectoriales e institucionales.

Que el municipio es la Unidad Política – Administrativa desde donde se constituye las relaciones Gobierno – Ciudadano y donde se deben resolver las necesidades básicas, para una vida digna y productiva, siendo el principal responsable de las políticas sociales.

Que el fin último del Municipio de Zipaquirá como Comunidad Saludable es hacer posible que sus habitantes alcancen su derecho a ser cada vez más saludables y a tener una mejor calidad de vida en el siglo XXI.

Que en el tercer congreso de las Américas de Municipios y Comunidades Saludables realizado en Medellín, del 8 al 12 de marzo de 1999, el Municipio de Zipaquirá manifestó su voluntad de formar parte de la Red de Municipios Saludables por la Paz, promovida por la Organización Panamericana de la salud “O.P.S” y el Ministerio de Salud.

Que el Alcalde Municipal, como representante del pueblo zipaquireño, debe estar a la vanguardia de todo lo que constituya progreso y adelanto para la ciudad y sus gentes.

Por lo expuesto, Decreta

Artículo Primero: Adóptese para el Municipio de Zipaquirá el Programa de Municipios Saludables por la Paz, promovido por la Organización Panamericana de la salud “O.P.S” y el Ministerio de Salud.

Artículo Segundo. Encárguese a la Secretaria de salud, bajo la Dirección de la Doctora Martha Isabel Rodríguez Farias, para adoptar todo lo pertinente para el cabal cumplimiento de este Decreto.

Artículo Tercero: Envíese copia de este Decreto Protocolario a la Organización Panamericana de la salud (O.P.S) y al Ministerio de Salud.

Artículo Cuarto: Este Decreto rige a partir de la fecha.

Dado en el despacho de la Alcaldía de Zipaquirá, a los cinco (5) días del mes de Abril de mil novecientos noventa y nueve (1999).

Comuníquese, publíquese y cúmplase

Carlos Guillermo Rojas Wiesner
Alcalde Municipal

Martha Isabel Rodríguez Farias
Secretaria de Salud.

* Tomado del Decreto Protocolario No. 02 de 1999 del 5 de abril. Alcaldía Municipal de Zipaquirá.

Anexo N°6

Políticas Públicas, Proyectos y Programas Municipales

Comunidad Educativa: escuelas saludables, celebración del día del niño con manifestaciones de afecto, proyecto a favor de la población discapacitada (descuento del 40% para las personas con discapacidad, estímulo para la educación y apoyo social, atención preferencial a personas discapacitadas y de tercera edad).

Comunidad: programa de apoyo a la lactancia materna y mejoramiento de hábitos alimenticios, pautas para convivencia y cuidado de mascotas.

Programas dirigidos a la población infantil: tamizaje visual, PAB salud oral, salud integral de niños y niñas, estimulación del buen trato entre padres e hijos, desarrollo de habilidades y potencialidades en niños y niñas discapacitados, ocupación del tiempo libre de niños menores de 12 años durante las vacaciones escolares, coros navideños, seguimiento y apoyo al programa escuela bonita - escuela saludable, formulación e implementación del plan municipal de alimentación y nutrición, programa educativo para la disminución de la enfermedad diarreica aguda, desayunos escolares.

Programas dirigidos adolescentes: educación en ETS y SIDA al adolescente, prevención de enfermedades cardiocerebro – vasculares, conformación del grupo de adolescentes, capacitación de liderazgo comunitario, salud integral del adolescente, fortalecimiento del liderazgo juvenil.

Programas dirigidos adultos jóvenes: Canalización de las mujeres en edad fértil detectadas en riesgo sexual y reproductivo, lactancia materna , capacitación en alimentación saludable dirigida a madres comunitarias, prevención de la infección respiratoria aguda, taller de nutrición y hábitos alimentarios saludables, capacitación del estrategia de escuelas saludables, promoción oral con internos de la cárcel, fortalecimiento integral del adulto discapacitado, ayudas técnicas, prevención del maltrato infantil, promoción de convivencia pacífica del gremio transportador, formación de líderes comunitarios como gestores de salud.

Programas dirigidos a adultos mayores: desarrollo de habilidades y potencialidades del adulto mayor, ocupación del tiempo libre de la población de la tercera edad, suplemento nutricional para personas de la tercera edad, atención integral al adulto mayor, la carcajada del abuelo, programa asistencial con personas indigentes de la tercera edad.

Anexo N°7
Avances relacionados con la Estrategia de Municipios saludables en la
Administración del Dr. Carlos G. Rojas[†].

A. Descentralización.

Decretos

- Decreto No. 086 de 2000 (Mayo 15), por el cual se adopta la metodología del Plan Local de Salud.
- Decreto No. 087 de 2000 (mayo 15), por medio del cual se crea el equipo Municipal de apoyo al proceso de descentralización del Municipio de Zipaquirá.
- Decreto No. 134 del 2000 (septiembre 17), por medio del cual se adoptan los procedimientos de programación ejecución y control de los programas de salud para el municipio de Zipaquirá.
- Decreto No. 135 de 2000 (septiembre 7), por medio del cual se adopta el Sistema de información en salud para el municipio de Zipaquirá.

Acuerdos

- Acuerdo No. 8 de 2000 (junio 9), por el cual se modifican los artículos 3°, 6°, 9° y 11 del acuerdo 32 de 1998 y se dictan otras disposiciones.
- Acuerdo No. 16 de 2000 (septiembre 18), por el cual se reestructura la Secretaria de Salud del Municipio de Zipaquirá.

B. Salud Pública.

- Decreto No. 217 de 1998 (diciembre 30), por el cual se estructura el Comité Interinstitucional del bienestar del anciano de Zipaquirá y se dictan otras disposiciones.
- Decreto No. 10 de 1999 (enero 19), por medio del cual se conforma la red de afecto.
- Decreto Protocolario No. 02 de 1999 (5 de abril), “se adopta el programa de Municipios Saludables por la Paz en Zipaquirá y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto No.103 de 1999 (agosto 31), por el cual se declara el día blanco (en homenaje a personas discapacitadas).
- Decreto No. 62 de 2000 (10 de abril), mediante el cual se establecen pautas de convivencia ciudadana, limpieza y conservación del espacio público, protección del medio ambiente, manejo adecuado de basuras y tenencia y cuidado de mascotas con el propósito fundamental de mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio de Zipaquirá.
- Decreto No. 162 de 2000 (noviembre 2), por medio del cual se crea el Consejo Municipal de Política Social y se dictan otras disposiciones.
- Decreto No. 169 de 2000 (noviembre 21), por el cual se dictan normas para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y el mejoramiento de la calidad de la atención a la mujer y a los niños y niñas.
- Acuerdo No. 4 de 1999 (junio 8), por le cual se crea el fondo municipal de asistencia social y educación a las personas discapacitadas y se dictan otras disposiciones.

C. Participación Social

- Decreto No. 63 de 2000 (abril 10), por el cual se crea el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud en el Municipio de Zipaquirá.

[†] Boletín informativo No. 1 de 2000. Zipaquirá Saludable.

Anexo N°8
Análisis Descriptivo de Planes de Desarrollo de Zipaquirá 1995 - 2004

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES EN LOS PLANES DE DESARROLLO DEL MUNICIPIO DE ZIPAQUIRÁ.

<i>PLAN DE DESARROLLO 1995 - 1997 “INTEGRACIÓN PARA EL DESARROLLO”</i>		
<i>Planes Gubernamentales y sectoriales</i>	<i>Programas priorizados</i>	<i>Políticas públicas saludables</i>
<p>En el Plan de 1995 se contemplan acciones sectoriales y de complementariedad así:</p> <p>a) Social: Se propone apoyar los procesos de asociación comunitaria y su vinculación a la gestión educativa, social, cultural, en salud, etc. Se propone la creación de la oficina de Desarrollo Social, encargada del fomento del empleo productivo a nivel de capacitación y asesoría.</p> <p>b) Educativo: Se contempla el mejoramiento de la calidad mediante la capacitación a profesores y el aumento de la cobertura, mediante la ampliación y construcción de plantas físicas.</p> <p>c) Salud: Se señala que la política de salud se centrará en los conceptos de Municipios Saludables, con énfasis en un sistema de atención familiar y comunitaria, que pretende generar una nueva cultura de la salud y una ética que oriente los procesos y las relaciones en el interior del sector salud y de la sociedad en su conjunto. Se señala que ésta visión reconoce que la salud es el resultado del desarrollo social equitativo y del desarrollo individual y colectivo; demanda una renovación conceptual en las personas y un cambio, estructural y metodológico, en la organización y en las estrategias para ajustarla a la realidad de la sociedad.</p>	<p>En el Plan de 1995, se incorpora la política de MS enfocadas en la promoción de la salud y la atención de la enfermedad como dos campos de acción claramente definidos y en la descentralización y el mejoramiento de la gestión como estrategia básica para el desarrollo. Así mismo, exige acciones integrales y multisectoriales con la participación de diversos sectores. Incluye una adecuada nutrición, higiene personal y pública, y prevención de las enfermedades.</p>	<p>En el Plan de 1995, se señala que la política de salud se centrará en los conceptos de Municipios Saludables, con énfasis en un sistema de atención familiar y comunitaria, que pretende generar una nueva cultura de la salud y una ética que oriente los procesos y las relaciones en el interior del sector salud y de la sociedad en su conjunto.</p>

PLAN DE DESARROLLO 1995 - 1997 "INTEGRACIÓN PARA EL DESARROLLO"

<i>Descentralización</i>	<i>Participación social y comunitaria</i>	<i>Desarrollo gerencial y gestión municipal</i>	Desarrollo de los recursos humanos
<p>En el Plan de 1995 se señala que la estrategia de MS exige acciones integrales y multisectoriales con la participación de diversos sectores y la profundización de la descentralización.</p>	<p>En el Plan de 1995, se vincula la participación social e inclusión de actores sociales como estrategia para mejorar la calidad de vida de los individuos. En el Plan de 1995, se propone apoyar los procesos de asociación comunitaria y su vinculación a la gestión educativa, social, cultural, y en salud del municipio.</p>	<p>En el Plan de 1995, se señala como herramienta de la gestión municipal los procesos de descentralización y de articulación intersectorial.</p>	<p>En el Plan de 1995, en el desarrollo de recursos para avanzar en la implementación de la estrategia de MS se señala la capacitación a la población sobre los derechos y deberes en el sistema general de salud; la promoción y apoyo a la participación ciudadana concerniente a la salud, y la elaboración del PAB.</p>

PLAN DE DESARROLLO 1998 - 2000 "LA UNION DE TODOS PARA EL BIENESTAR DE TODOS"

<i>Principales estrategias de desarrollo</i>	<i>Programas priorizados</i>	<i>Participación social y comunitaria</i>	<i>Desarrollo gerencial y gestión municipal</i>
<p>En el Plan de 1998, se señala como estrategia para promover y mejorar la calidad de vida de las personas, la generación de procesos sociales e individuales para promover y fomentar hábitos y comportamientos que permitan la construcción de estilos de vida saludables.</p>	<p>Dentro de los programas prioritarios del Plan de 1998 se señala la conformación y funcionamiento de los comités de usuarios y veedurías para las ARS y EPS; implementar un programa básico de promoción; complementar el diagnóstico de los factores de riesgo; elaboración de un sistema de control ambiental y sanitario; y desarrollar del PAB mediante la atención integral en salud a menores, adolescentes, mujeres, tercera edad; promoción y prevención de accidentes y desastres, trauma y violencia, vigilancia y control de riesgos para la salud relacionadas con el ambiente y capacitación a la comunidad en deberes y derechos en salud y participación comunitaria.</p>	<p>En el Plan de 1998, se señala como estrategia para desarrollar la política en salud la participación de la ciudadanía en la implementación de la estrategia.</p>	<p>En el Plan de 1998, en el desarrollo de disminución de los factores de riesgo en la salud se propone como gestión municipal la coordinación interinstitucional e intersectorial para la detección de problemas y la formulación de soluciones.</p>

PLAN DE DESARROLLO 2001 - 2003 "AMPLIEMOS NUESTROS HORIZONTES"

<i>Principales estrategias de desarrollo</i>	<i>Programas priorizados</i>	<i>Políticas públicas saludables</i>	<i>Desarrollo gerencial y gestión municipal</i>
En el Plan de 2001 se plantea como acción de desarrollo la implementación de la estrategia de Municipio Saludable.	Dentro de los acciones y programas prioritarios del Plan de 2001 se contempla desarrollar acciones para mejorar el nivel de la salud y el bienestar de la población, a través de la estrategia de Municipios Saludables para la Paz, en la promoción y prevención enfocadas al control de los factores de riesgo del ambiente (salud-ambiente), promoción en hábitos y estilos de vida saludables	Así en el Plan de 2001, como políticas saludables se propone desarrollar una cultura de promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante la realización de actividades colectivas de información, educación y coordinación.	En el Plan de 2001, como herramienta de gestión se plantea ampliar la visión de la salud, pasando a considerar otros factores de bienestar (físico, social, emocional, mental y espiritual).

PLAN DE DESARROLLO 2004 - 2007 "POR LA ZIPAQUIRA QUE MERECEMOS"

Principales estrategias de desarrollo	Programas priorizados	Políticas públicas saludable	Descentralización
<p>Finalmente como estrategia para el desarrollo en el Plan de 2004 se propone construir una ciudad “sana” que vaya más allá de los receptores de programas y servicios, y trabajar conjuntamente por la salud social, como la posibilidad de desarrollar procesos comunitarios e intersectoriales. En este sentido, la estrategia consiste en “generar nuevos ambientes y hábitos de vida saludables en la población, adelantar acciones intersectoriales; fortalecimiento de los espacios de participación y apoyo a los procesos sociales de la comunidad”!.</p>	<p>En el Plan de Desarrollo de 2004, los programas prioritarios Para ello se propuso desarrollar los siguientes programas: <i>Centros Integrados de Participación y Acción Social –CIPAS</i>, como espacios físicos y sociales que permitan descentralizar la acción pública municipal a las diferentes zonas de nuestra ciudad; Familia Comunidad de Vida y Amor, con el objetivo de atender a grupos de familias, niñas, jóvenes, mujeres cabeza de familia y adultos mayores, a través de su ciclo vital, facilitando su permanente desarrollo y adaptación a las diferentes circunstancias que se presentan en su cotidianidad; Vida nueva con dignidad, a través de este programa se pretende atender a grupos con necesidades o características especiales, niños y jóvenes en alto riesgo, discapacitados, desplazados y a los grupos sociales que requieran atención especial. El programa cobertura en el aseguramiento, mediante el cual se busca garantizar el acceso a los servicios básicos en salud por parte de la población; hábitos saludables de vida individual y colectiva, este programa encaminado a promover esfuerzos e en la promoción y prevención en salud, PAB, con herramientas educativas orientadas a adquirir hábitos y comportamientos saludables del individuo y la colectividad; seguridad alimentaría, orientado a fomentar la producción y el acceso efectivo a los alimentos, para mejorar el estado nutricional de las personas y la colectividad; educación para todos y educación para potenciar el talento humano, como programas que buscan desarrollar esfuerzos para asegurar la cobertura y el mejoramiento de la calidad y pertinencia en el servicio educativo.</p>	<p>Finalmente, en el Plan de 2004 como política saludable se señalan las siguientes acciones: Garantizar el acceso a los servicios básicos en salud por parte de la población; promoción de hábitos saludables de vida individual y colectiva, programa encaminado a promover esfuerzos en la promoción y prevención en salud, PAB, con herramientas educativas orientadas a adquirir hábitos y comportamientos saludables del individuo y la colectividad.</p>	<p>En el Plan de 2004 se avanza en la descentralización municipal, con la creación de los Centros Integrados de Participación y Acción Social – CIPAS, como espacios físicos y sociales que permitan descentralizar la acción pública municipal a las diferentes zonas de nuestra ciudad</p>

Anexo N°9

Entrevista de ex – funcionarios – grupo focal

Actores: **(A1)** Dr. Carlos Guillermo Rojas Wiesner – Alcalde 1998 – 2000
(A2) Dra. Martha Isabel Rodríguez Farias – Secretaria de Salud 1998 - 2000
(A3) Dra. Gabriela Huertas Patiño – Coordinadora de Promoción y Prevención

Plan de Desarrollo: “La Unión de Todos para el Bienestar de Todas”

Entrevista

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con informantes claves institucionales ex – funcionarios de la Administración Municipal para contestar preguntas relacionadas con la Estrategia de MS.

Recolección y procesamiento de la información

La información se recolectó principalmente mediante entrevistas semiestructuradas, se realizó con un grupo de personas. Además, se aplicaron otras técnicas como las entrevistas informales y la observación directa.

Se entrevistaron 3 ex – funcionarios de la Administración. La información proveniente de las entrevistas fue grabada y transcrita en archivos codificados, esta información se categorizó y se le realizó el respectivo análisis.

1. E: Que Experiencias tienen en Participación?

A2: Con Ever de alguna manera perdimos la credibilidad en el poder de la participación, porque realmente hubo un movimiento muy fuerte eran 5000 y 6000 firmas y todo el mundo firmo para que no nos cambiaran el parque

A3: Conseguimos 8000 firmas para que no nos cambiaran el parque porque era lo que nosotros queríamos para que no nos cambiaran el parque. Y no logramos nada.

A1: La identidad del patrimonio

A2: Después de eso lo impone de noche, lo rompió con policía y ejercito.

A3: Amaneció roto el parque

A1: Trajo ejercito. Ósea participación cero

A2: Entonces perdimos la credibilidad

A1: Cuando se suponía que era una persona ex M-19 que fue de los iniciadores que conocía llevo hacer lo contrario, primero en contra de la comunidad como fuera, segundo en contra de los trabajadores porque lo primero que llevo fue a arrasar con la clase trabajadora de la administración Municipal la saco de una, eso fue la votación mas grande que se había podido hacer, desconocimiento total de las reivindicaciones sindicales que tenían los trabajadores por eso se supone que una persona que inclusive el participo siendo concejal del municipio.

A3: Y desconocimiento de la parte de salud, siendo el hermano del ministro

A2: Yo creo que eso para nosotros fue un muy duro... carreta de la participación. Si después de esta movilización no logramos nada el poder es definitivo.... el que manda manda a un que mande mal. Esa es la sensación que nos quedo un poquito de la participación. Hay una fractura de la participación.

2. ¿Cuáles fueron las motivaciones que lo llevaron a considerar la implementación de la estrategia?

(A1): Haber voy a contestar algo haber si esta de acuerdo Martica y Gabi. Cuando nosotros hicimos obviamente el plan de desarrollo, había que buscar un lazo umbilical que un momento o una especie como de lazo envolvente que cogiera todo el plan de desarrollo y tuviera como una razón de ser ... no cierto... y esa razón fue a través de precisamente el municipio saludable. En un momento todas la estrategias diseñadas a nivel de obras publicas, de acueducto, de todo en lo que en un momento se converge, la misma educación, salud, infraestructura, todo era buscando precisamente esa gran meta de que definitivamente todo el mundo estuviera metido en Municipio Saludable, no solamente la gente de estrato 1 y 2 sino toda la gente, todos los estratos, una de las cosas inclusive los principios cuando se diseño lo del SISBEN era con la misma política ósea no necesariamente el Sisben debe servir para el estrato 1, 2, y 3 sino para todos los estratos. Entonces es así que nosotros lo que logramos fue como de verdad no se, como una especie de lazo que abarcara todos los aspectos generales del plan de gobierno y que con ello precisamente se conformaran todos esos aspectos y todas las tareas y todas las gestiones que se hicieran en los diferentes tópicos del programa de gobierno sirvieran realmente de esos parámetros buscados como municipio saludable no cierto, inicialmente nació y eso es natural y lógico que se planteo como amarrando la educación no cierto y salud, ósea salud y educación, en ese sentido Ustedes hicieron un trabajo muy interesante entre la secretaria de salud y la secretaria de gobierno, comenzando obviamente con educación, porque pues obviamente hay que comenzar por los puntos mas vulnerables que en ese entonces era la cobertura y la calidad en educación, pero que viendo la calidad de educación pues tiene una cantidad de aditamentos que un momento determinado tienen necesariamente que ver con que Entonces aunque nunca se pensó cuando estábamos desarrollando el plan de desarrollo ..Perdón el plan de de Gobierno, pero cuando empezamos a elevar el plan de desarrollo una de las cosas que ya hubo participación de todo el equipo de gobierno que obviamente iba a trabajar en los tres años, entonces eso fue una de las conclusiones mas interesantes que se saco.

3. ¿En que estado recibieron la estrategia?

A1: En cero

A3: Si en cero, pero la estrategia no estaba explicita, inclusive el PAB que hicieron fue muy asistencial de entregar medicina para curar el EDA, ese lo devolvieron y finalmente el primer PAB fue el de nosotros.

A1: Exacto de pronto el mismo error nace al plantear precisamente lo del MS donde lo enmarcaron tal vez solamente es salud como tal.

A2: Ahí fue el problema.

A1: O sea es el error tal vez cuando se pensó

A3: Pero nosotros un poquito desde el plan de gobierno porque nosotros trabajamos en la campaña, cuando lo estábamos haciendo se hicieron unas reuniones grandes de sensibilización y participación, hicimos inclusive una que lideramos con Martica y otro grupo de mujeres que fue

A1: Esa fue espectacular

A3: Donde se hizo un diagnostico del municipio

A2: De las necesidades

A3: Y pensando en el eslogan que era “la unión de todos para el bienestar de todos”. Digamos que de pronto no fuera saludable pero bienestar lo que enlazaba

A1: Que fuera mejorando

A3: Era precisamente eso todo eso que dice A1.

A2: Dentro del programa de gobierno de A1 si se hizo basado en foros que hicieron previos a eso, en foros de necesidades sentidas y luego se dictaron unos seminarios, talleres intersectoriales trabajando sobre percepción de cómo cada uno desde su punto de vista aporta las cosas y toda la campaña fue académica digámoslo así, en el sentido de darle a la gente unos aportes elementos muy sencillos de psicología para que nos dieran elementos a nosotros.

A1: Hay preguntas de porque no se siguió con la estrategia que paso son preguntas interesantes que ojala las contestaran nuestros sucesores.

A1: también en donde radica un poco la atención que nosotros le pusimos al plan de EMS desde el punto de vista también como político entendimos y llegamos a entender por fin eso y hay una cosa sinceramente y era la sanidad mental no nos pongamos en el plan de honradez la sanidad mental con que todos llegamos a trabajar personas muy sanas mentalmente, personas que si entendíamos la parte política como verdadera política y no como una politiquería que se venia haciendo hasta el momento, entonces el esquema rompe completamente con todo lo anterior porque llega una persona que no es política que no ha participado no solamente Yo la mayoría del el equipo, la mayoría del equipo de pronto fue escogido de una manera como tan suelta y tan sin presiones que naturalmente a Dios gracias no nos equivocamos digo Yo. Obviamente que las cosas tuvieron sus traspies, pero precisamente que ese no es uno de los programas que ha fallado a nivel municipal sino departamental y nacional, es que es increíble el problema es la plata ósea en un momento determinado no se plantean otras alternativas para poder salir del problema porque existen y las pueden haber, pero hay que trabajarle duro naturalmente eso no es de la noche a la mañana pero no se les sale a ellos el signo pesos hola.

4. E: El tema de los recursos en la mayoría de políticas y programas es la prioridad

A1: Entonces de se cuenta con ese temita como están importante el MS que todo lo que redunde es MS. Cuando ellas trabajaron posteriormente en la Gobernación como continuación teórica del asunto una de las cosas que se planteaban era que un programa de gobierno o un plantea miento de un programa de gobierno de un candidato no podía salir del esquema de MS al fin y al cabo eso es lo Macro.

A3: Y es que nosotros otra cosa que hicimos fue que estuvimos en todas las comunidades haciendo mesas de trabajo, nosotros iniciamos haciendo mesas de trabajo todos los sábados, los domingos todo hasta que se construyo el Plan de Desarrollo fue así, absolutamente participativo completamente participativo.

A1: Si Usted mira los resultados de esos foros específicamente el de la mujer y es una fortaleza impresionante.

A2: Si

A1: Usted mira esos planteamientos que las mismas señoras, tal vez en su época no se habían imaginado que tenían que plantear una ama de casa, la señora del restaurante, hasta la profesional mas infundada participo, entonces al llegar a una mesa que era polifacética digámoslo así, habían de todas las clases y todas conjugaban básicamente a lo mismo de una o otra manera, ese fue uno de los mejores ejercicios de participación que se dio

A3: 400 mujeres habían

A1: Pero ¿Porque? También por que una de las cosas que definitivamente hay que tener en un una elaboración de un plan de MS como tal es conocimiento sobre el entorno ese caso nos costo un poco de trabajo meternos en esa vaina, Conocimiento del entorno. Y obviamente el conociendo teórico de muchas cosas.

A2: Hay algo difícil que es la participación intersectorial una cosa es decir y la otra es hacer.

A1: Hay algo también de pronto como parte esencial del Desarrollo del MS como tal, es la calidad y pensamiento de la gente si bien en Zipaquirá existen todos los problemas que en un momento subsisten en casi todos los municipios, aquí hay gente bien curiosa que de pronto participa bajo la forma en que le tiren un dulce, el caramelo, la cosita así participan o sino no y una cosa que vivimos nosotros vivimos fue esa, o sea algo que en un momento se vive es eso, entonces a eso hay que sumarle a parte de participación es una educación ciudadanía., es la política de Mockus es interesantísima porque definitivamente Bogotá cambio fue por eso, a esa mentalidad. Entonces la cultura ciudadana es indispensable para llevar a cabo esos programas, y en ese sentido se necesita muchísimo más. De se cuenta Todo redundo en Municipio saludable cuando uno plantea en una forma general la misma constitución mejoramiento de la calidad de vida del ser humano en Colombia que es eso MS no desde salud sino la palabra saludable tan enriquecedora e incluyente.

A2: incluye salud mental, recreación, tercera edad

A1: Hay muchas experiencia que son importantes, la de Bogota de alimentación es colar hay que analizarla para involucrarla en este proceso

E: Hay muchos municipios que son saludables sin quererlo ser

A1; Exacto

A3: Y sin pensar que van a hacer

E: Nosotros no tenemos mecanismos de evaluación en América Latina

A2: La evaluación que se hace es cuantitativa

A1: Es el caso de la contraloría se volvió en algo mecánico no van mas allá. El tema de la evaluación es muy cuantitativa y desde los organismos de control es un problema gravísimo.

5. ¿Qué proyectos o programas se degollaron en su administración en pro de la estrategia de MS?

Cual fue el primer Programa?

A3: Es que fue toda promoción porque empezamos

A2: Es que fue todo paralelo

A3: Si

A2: Porque empezamos a trabajar con las gestoras de salud, que habían personas en las comunidades mujeres mujeres con un nivel de liderazgo relativamente bueno pero con una capacidad

A1: Pésima

A2: Pésima... bueno si con unos conocimientos ..si.. muy malos .. entonces nos dimos ese año empezamos a buscar a la gente y a llenar plazas digamos a buscar en otras comunidades personas que pudiéramos capacitar nosotros y que nos dieran apoyo. La capacitación en promotoras que al principio se llamaban gestoras de salud fue un proyecto

importante porque tuvimos dos grupos como de treinta. Se dejaron como 50 - 60 personas

A3: Formadas

A2: Formadas y ellas eran el enlace, nosotros necesitábamos enlazarnos con las comunidades y nuestro enlace fue las promotoras de salud

A1: El "enlace umbilical" fue ese

A2: En enlace umbilical fue la formación de gestoras de salud

A3: Porque es que todos los programas no los trabajamos y decir vengan todos aquí y les vamos hacer el programa con los niños discapacitados, no, hicimos grupos satélites en las comunidades, nos íbamos ala comunidad, entonces a través de esas gestoras hacíamos las reuniones las convocatorias, los diagnósticos, todo entonces era como el enlace entre la comunidad y nosotros para conocer las necesidades y a la vez para nosotros también poder proveer esas necesidades o mirar y trabajamos fue así

A2: Retroalimentarnos, ese fue el caso uno de los casos primeros mientras íbamos mirando todo el resto del programa fue a través de ellos.

A3: Que fue estratégico

A1: Por ejemplo unas de las cosas que comenzaron posiblemente en unos barrios con tercera edad, mientras que en otros barrios se estaba atacando cuestiones de calidad de educación, cobertura obviamente también, plan alimenticio que fue uno de los programas importantes, o sea como en un momento mejorábamos la calidad nutricional de nuestros niños en las escuelas no era solamente darles de comer sino que fuera algo que en un momento los nutriera, los fortaleciera y realmente el rendimiento de estos niños alcanzara , hay también se unió a ese programa la Universidad UNAD.. se acuerdan

A2: La UNAD

A1: La de la niña Forero

A2: Ah eso es la Universidad Agropecuaria

A1: Entonces digamos de pronto al enterarse ellos que se empezaron a plantearse entre la comunidad muchas, muchas cosas. Ellos entonces tenían ese programa como para poderlo evaluar entonces se unieron de una u otra forma, ellos empezaron a dar indicativos también, nosotros no sabíamos posiblemente que de 100 niños en una escuela de la zona alta, 25 llegaban sin desayuno

A2: Ese también lo ayudo a hacer el hospital.

A1: Exactamente

A2: Nos dijo en san Jorge no se cuantos niños hay desnutridos hay fortalecer eso porque esta muy alto el índice de desnutrición. Nosotros fuimos muy abiertos digamos a otras entidades que en un momento dado nos colaboraron

6. E: En que se apoyaron?

A3: En los Diagnósticos, nosotros hicimos la morbilidad sentida, la hicimos con precisamente ese grupo de promotoras, y las llevamos a las comunidades para que ellos nos contestaran una serie de preguntas y a la vez recogimos toda esa información para hacer esa retroalimentación y cruzamos esa morbilidad sentida con la morbilidad hospitalaria que eran los documentos que nos daba el hospital, en ese cruce pudimos optimizar las necesidades que teníamos.

7. E: Cual es el problema esencial

A3: los problemas se detectan con la morbilidad sentida

A2: Aquí por ejemplo hay un barrio muy sentido que es San Miguel, cuando nosotros llegamos nosotros encontramos que con el PAB se habían comprado los famosos desparasitantes. Yo llegue y a los 8 días estaba llena la oficina de unos desparasitantes, entonces toco ir a repartirlos allá, entonces Yo les dije alo señores no los podemos entregar sino hay educación. Entonces fuimos a San Miguel que me acuerdo tanto a mirar ..como se les da unos desparasitantes que por cierto carisimos a la gente.. las escuelas estaban cocinando en el piso, el agua de la que lavaban corrió por todo lado...olía hediondo.

A1: Era por las orillas de las vías.

A2: Y dándole a los niños un desparasitante de 10000 pesos, entonces uno decía eso no tiene justificación, entonces a raíz de eso esa escuela se mejoro se les hizo un comedor decente se arreglo la infraestructura que era la causa de la morbilidad la solución no era el desparasitante, Había que mejorar los problemas de las Aguas, la infraestructura, subir la estufa, hacer un comedor decente, ese tipo de cosas si ayudaban a bajar el problema de la diarrea , no el desparasitante

A1: Entonces que pasa que el Plan de MS para nosotros se convirtió en una especie de evaluador, y al mismo tiempo planteaba que había que hacer para mejorar la salud a través de todos lo que en un momento los problemas que se tuvieran y al mismo tiempo al final se convertía en un evaluador o sea la persona que un momento analizaba los resultados como tal.

A3: Nosotros teníamos el comité de vigilancia epidemiológica en ese comité se analizaba todo eso, no en si la diarrea como diarrea sino cuales eran los factores de riesgo que factores protectores podíamos implementar para mejorar eso.

A2: Por decir algo había igual lo de la red del afecto se creo o se fortaleció a raíz de que toda la gente, el maltrato aquí, el maltrato allá entonces algunas de las soluciones que dieron en ese momento los indicadores del maltrato se subían en vacaciones por que los niños estaban en la casa, los niños molestan, los papas los dejan solos todo eso, entonces nos inventamos las vacaciones creativas, entonces en el 98 al 2000 lanzamos las Vacaciones Creativas en todos los barrios se hicieron coros de navidad

A1: Acompañado con un suplemento nutricional

A2: entonces estábamos tacando la desnutrición y se estaba utilizando el tiempo libre

A1: Además el programa nutricional se fortaleció con el programa de Nutrición infantil fortalecimiento de la nutrición infantil para aumentar el refuerzo, eso fue muy bueno

A3: Y fuera de eso se hizo en las comunidades una capacitación a los padres y cuidadores con los mismos elementos que ellos producían se les hicieron prácticas.

8. E: Como una especie de granjas saludables

A1. No

A3: No fue hacer el ejercicio de un almuerzo, una comida nutritivo con lo que ellos producían, ellos mismos entonces eso se enlazo con lo otro para que les dieran una comida nutritiva que no les costará tanto y que pudieran hacerlo. Si se les decía compren una libra de carne que tiene proteína ellos no pueden.

9. E: En la Admón. De Ustedes la estrategia de MS fue como una especie de abanderada social? como parte de la inversión social?

A1: No, no lo propusimos como tal en un momento en el mismo desarrollo de todas las políticas del municipio prácticamente se convirtió en una evaluación de los indicadores que en un momento se necesitaban. Y Por eso al final del gobierno y están así que Martica y Gabi continuaron trabajando en la Gobernación con ese programa por que la gobernación quería impulsar eso, que definitivamente se convierte en el mejor evaluador de índices de gestión, porque es que de ahí depende todo, entonces de se cuenta que a la larga no se convierte en un programa netamente, exclusivamente de la secretaria de salud.

A3: Se sale de salud

A1: El día que se llegue a pensar en un programa de gobierno desde ese punto de vista es un gran exitazo

A2: No se ha visto como potencial político la estrategia

10. ¿Qué avances se obtuvieron de la estrategia en su gobierno y que debilidades y fortalezas tuvieron frente a esta?

A1: Bueno desde el punto de vista de debilidades...

A2: Avances y fortalezas

A1: De pronto el primer año desde el punto de vista de interpretación y adaptación de toda la información como tal, por lo tanto no se arranco así como de primerazo.

A2: Se arranco en el 99

A3: Martica estuvo en la capacitación en Medellín

A2: Ah... Es que Yo tuve la oportunidad de ir al encuentro de las Américas en Medellín en 1999.

A3: Entonces ahí como que nos pillamos de que lo que estábamos haciendo era MS

A2: Entonces teníamos que meterlo ahí

A3: Debíamos formalizarlo que fue lo que hicimos a la raíz de la capacitación de Medellín, entonces hablamos con el Dr Málaga y nos capacitó.

A2: Hicimos el Decreto

A1: Una parte bien interesante que este Dr. Málaga nos hizo abrir los ojos en ese sentido porque verdad no solamente fue las conferencias que dio a los funcionarios como tal sino desde el Alcalde pa bajo sino a la comunidad

A2: La adaptamos en el 99, hicimos el decreto y Yo había estado en marzo en Medellín entonces Yo llegue con la cosa y dije mire lo que me encontré hagámoslo

A3: estábamos haciendo Municipio saludable y no nos habíamos dado cuenta

E: La estrategia MS es una Política Publica

A2: Debería ser la más grande que encierra otras

A1: Debería ser una Política Pública.

A3: Es una Política Pública .

11. E: Tuvieron apoyo de la Gobernación de la Nación

A2: Pues si hubo capacitación de la gobernación

A1: Apoyo y seguimiento por parte de ellos en algunos programas

A2: Digamos lo de las promotoras de salud ellos nos apoyaron con platica para la capacitación, igual nosotros nos metimos en todos los programas que habían allá.

12.E: Ustedes trabajaron con la Gobernación

A2: De hecho cuando terminamos en Zipaquirá nosotros seguimos en la Gobernación trabajando con MS

E: Cuando salieron de la Alcaldía Ustedes trabajaron con los otros municipios?

A2. Si

A3. Si

A2: Cuando salimos de acá trabajamos con la ONG en MS

13.E: Que debilidades detectaron de la Estrategia en los Municipios

A2: Que depende de una persona y que depende de salud no hay intersectorialidad

A1: Una de las cosas que hay que ver en un programa, generar en una administración es la confiabilidad y generar una serie de responsabilidad sin ser taxativos de condenar o castigar, sino la responsabilidad como funcionario, como profesional o sea en ese sentido se soltó bastante y se dio autonomía. Si Usted mitra el acueducto tenía toda libertad obviamente del caso aunque obviamente tenía que cumplir

14.E: Entonces la Autonomía fue una fortaleza junto con la intersectorialidad

A3: Si

A1: Creo que esa es una fortaleza muy importante

A1: Debilidades: las personas que continúan la estrategia no conocen el tema.....y se olvidan de los procesos históricos.

15. ¿Usted creen que la EMS es viable aquí en el municipio en nuestro país, teniendo en cuenta la baja participación de los ciudadanos, la poca acción intersectorial y los pocos municipios descentralizados?

A3. Depende de Voluntad Política

A1: Si

A2: Desde que el alcalde la entienda yo creo que si

A1: Debe ser algo fundamental en el desarrollo del municipio

A2: Debe ser, si se entiende lo demás se va solucionando, por que organiza su gobierno de tal manera que participe todo el mundo, que se haga intersectorialidad

A3: Se haga intersectorialidad e interinstitucionalidad porque obviamente no es de los sectores del municipio sino de las instituciones

A2: Obviamente que la estar descentralizado le ayudaría en la parte de ahorrar muchos esfuerzos el estar descentralizado si ayuda. Pero igual se puede hacer

A1: Yo creo que tarde o temprano la nación tiene que darse cuenta del hecho de que no se les de esa autonomía a los municipios como tal.

A3: Aquí se habla de descentralización pero centralizada va uno a ver y no hay autonomía de los municipios de ninguna institución generalmente

A1: Según la Ley 715 el que no se descentralizo antes de junio de 2001 ya no se puede.

A2: Hay 16 municipios en Cundinamarca descentralizados contra el 100% en el Huila.

A2. Ahí es cuando uno ve que a Ever faltándole una firma a una acta no lo hace, como es que el Dr. Duarte no lo hace, perdimos la descentralización, el hospital veía la descentralización como una amenaza, nosotros entregamos el municipio certificado. No entiendo por que no se hizo se tubo en las manos.

A3: Zipa se certifico pero no se descentraliza nosotros entregamos la certificación pero la admón. siguiente no lo hizo, tenemos mas de 15 puestos de salud en todo le municipio. La

salud pública depende del departamento, el departamento no tienen una visión intersectorial.

16.E: Es decir todo el tema de la salud pública depende del departamento

A1: Exactamente

A2: Toda depende del departamento

A3: Los programas del departamento no son intersectoriales entonces eso es un problema para la estrategia y los proyectos se fracciona, nos paso con los proyectos que hicimos teníamos que fraccionarlo

A2: En la parte práctica el departamento no tiene clara la estrategia, no tiene esa concepción.

17.E. Si se pensara en un futuro cercano como hacer para que la estrategia tenga sostenibilidad en el tiempo, que hacer para hacerla sostenible

A3: Para ser sostenible debe ser estructural desde el Min. de Protección tiene que venir de arriba hacia abajo.

A2: Mas capacitación mas.

A3: Que las cosas se concibieran intersectorialmente desde arriba.

A1: Interesante que se diera una especie de plan de ordenamiento ya no territorial como tal como se hacia antes sino un plan ordenamiento que conlleve a la materialización de la estrategia y se puede dar una estabilidad en el tiempo y en el desarrollo sostenible de todas las políticas MS.

18.E: Desde el congreso no hemos tenido alguien que se halla empoderado con la estrategia

A1: Exactamente, desde el punto de vista político no les interesa.

A2: La OPS perdió con que hubiera salido el Dr. Málaga, porque de verdad el si estaba comprometido, llegaron otras personas que ya no tienen el mismo interés, no es su prioridad.

A1: Por ejemplo que a horita naciese una inquietud en la aproximadas elecciones tanto de cámara y senado como las del mismo presidente, ese tipo de inquietud que se le pregunte al presidente en las reuniones y consejos que piensa de eso.

A3: Capacitarlos que la estrategia no es salud sino la salud desde lo social.

19.¿Usted creen que se puede rescatar la idea fuerza de MS como punto de partida para mejorar el desarrollo local y regional?

A3: Si claro,

A1: Eso es lo mas fundamental yo creo, si se da eso seria una maravilla. Si se entendiera la estrategia desde el desarrollo seria una maravilla, mire desde donde Usted quiere si se implementa la estrategia las inversiones bajan al futuro en algunas áreas claro no en todas.

A2: Ese es el verdadero Local

A1. Se debe focalizar el gasto ya que la plata que se pierde en el país es impresionante, por decir algo se aprobó tanta plata para x programa y resulta que durante el desarrollo del programa no se invirtió, no hay la seriedad política ni la seriedad para hacer unas buenas inversiones

A2: Algunas cosas que se hacen desde salud las hacen desde la infraestructura.

A1: Para una sostenibilidad los proyectos deben tener productividad para una autosostenibilidad

20. El sector privado participo?

A2: Si, desde la educación si participaron, nos dieron unas becas, también participaron las empresas transportadoras,

A1: Si falto involucrar a más personas ya que estaba arrancando pero se dieron avances.

21. E: Que paso entonces por que no se siguió

A1: No hubo voluntad política para continuar con la estrategia en los gobiernos posteriores.

A2: Solamente al iniciar el Gobierno de Bustamante hicieron un evento grande trajeron a Málaga y el Ministro y muchas personas del país, pero no quisieron retomar lo de nosotros

22. En su administración Usted tenia personas destinadas a la estrategia?

A1: Si, la secretaria de salud, era la líder y se delego desde antes y se materializo con el decreto la encargada era Martica.

23. ¿Cuál sería el mejor mecanismo de incluir la estrategia en la agenda del Gobierno?

A1: Creo que la que se debe encargar es planeación ya que tiene la visión general de todo y no desde la salud.

24. Tienen algún Comentario Adicional:

A1: Interesante que la misma ESAP generara como una especie de un proceso de información productivo para que los municipios como tal comiencen a pesar diferente, una etapa pre - posesión debe ser este tipo de charlas que los aterricen. Otro aspecto que frena las políticas es la forma normativa rígida de las leyes. Que se desarrollara un proceso informativo educativo y conceptual de lo que es la política yo estoy seguro que el alcalde y los concejales aprovecharían.

A2: Falto cabildeo a nivel de los decisores de la política para fortalecer la estrategia.

A1: La experiencia fue buena, en el sentido que cuando Usted sale la gente reconoce lo que se hizo, se le dedico mucho tiempo

A2: Nosotros fuimos muy pasivos para liderar y permear a otros escenarios, en debilidades nos falto algo más, empoderamiento en las comunidades que no es una tarea fácil.