

La estrategia de municipios saludables como política pública, Antioquia, Colombia, 2007

Healthy cities strategy as public policy, Antioquia, Colombia, 2007

Blanca M. Chávez

Doctora en salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: myro@guajiros.udea.edu.co

María P. Arbeláez

Doctora en epidemiología. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Recibido: 15 Noviembre 2007. Aprobado: 12 junio 2008

Chávez BM, Arbeláez MP. La estrategia de municipios saludables como política pública, Antioquia, Colombia, 2007. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2008;26(1): 40-9

Resumen

Objetivo: evaluar el proceso de formulación e implementación de la estrategia de municipios saludables como política pública en Antioquia, Colombia, en el periodo 2001-2005. **Métodos:** la investigación se realizó en dos componentes: uno cualitativo, para el cual se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales con los actores claves departamentales, subregionales y locales comprometidos en el proceso de formulación e implementación de la política; el componente cuantitativo incluyó una encuesta a los responsables institucionales municipales de la política y la revisión de los planes de desarrollo municipal del periodo 2004-2007. **Resultados:** la decisión política manifestada por las autoridades departamentales y locales acerca de la política de municipios

saludables no fue suficiente para el desarrollo de la misma, la intención gubernamental no tuvo viabilidad en sus diferentes dimensiones y los planes de desarrollo municipal tampoco consideraron la viabilidad y sostenibilidad de la estrategia de municipios saludables como política pública. **Conclusiones:** el proceso de formulación de la política pública no fue deliberado, argumentado ni negociado; tampoco tuvo en cuenta el contexto político, económico, social ni el desarrollo institucional municipal. La decisión departamental no fue el resultado de un proceso incluyente para asegurar el desarrollo de la política.

-----**Palabras clave:** política pública, municipios saludables, formulación, implementación, evaluación

Abstract

Objective: to evaluate the formulation and implementation processes of the Healthy Cities Strategy as public policy in Antioquia, Colombia, from 2001 to 2005. **Methods:** the research was carried out in two sections. A qualitative component was conducted through semistructured interviews and focus groups with the actors involved in the formulation and implementation process of the public policy at the departmental, subregional and local level. The quantitative component is a cross-sectional study in a sample of towns that implanted the public policy. A survey was applied to local health directors of each town selected. Municipality development plans were also reviewed during the period 2004-2007. **Results:** politic decision taken

for the departmental and local authorities about the policy was not enough to assure its development, the governmental intention did not go along viability in different dimensions, and Municipal Development Plans did not guarantee viability or sustentability of the healthy cities strategy as public policy. **Conclusions:** public policy formulation process was not deliberated, discussed or negotiated, nor political, economic, social or institutional context was taken into consideration. Departmental decision was not the result of an inclusive process intended to assure policy achievement.

-----**Key words:** public policy, healthy towns, formulation, implementation, evaluation

Introducción

Las políticas públicas pueden considerarse como “el conjunto de sucesivas respuestas del Estado frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas”.¹ Sin embargo, el concepto de política pública es producto de discusiones que han ido cambiando a lo largo de la historia.²⁻⁸ Igualmente las clasificaciones de las políticas públicas son variadas dependiendo de la intención y ámbito político social en que se realizan.^{1, 9-12} Las etapas del proceso de formulación son diferentes de acuerdo con los autores que han tratado el tema. De Salazar¹³ distingue tres etapas: predicción, decisión y acción; Parson,¹⁴ tres: formulación, implementación y evaluación; y Howlett y Ramesh¹⁵ tienen en cuenta formulación, toma de decisiones, implementación y evaluación. Existen otros autores que mencionan diferentes etapas que no se incluyen en las anteriores.^{2, 16} Con relación a los modelos de formulación de políticas públicas, Salazar¹ incluye: modelos racional, incremental, de las élites, de sistemas, de grupos e institucional, mientras que Meny y Thoenig³ se refieren al ascenso democrático representativo, la tiranía de la oferta y la ilusión natalista.

La implementación de la política pública se desarrolla dos etapas: discusión y práctica. Para Vargas, “la implementación es la materialización de las decisiones tomadas e involucra instituciones estatales, y una amplia participación de empresas y comunidad”. La implementación es fundamental porque es ahí que la política, hasta ese entonces hecha de discursos y palabras, se transforma en hechos concretos, en realidad palpable.^{2, 17}

En el proceso de evaluación de las políticas públicas, De Salazar comenta que “es cada vez más una necesidad apremiante, en la medida en que se busca que estas sean más coherentes con las necesidades y expectativas de la población, con la capacidad de respuesta institucional y con la evidencia social y científica disponible”.¹³ Igualmente, otros autores mencionan la importancia de la evaluación de las políticas públicas.^{1, 2, 18-20} La Oficina de la Organización Mundial de la Salud de Europa creó en 1987 el proyecto de ciudades saludables, basándose en la doctrina de la promoción de la salud de la Carta de Ottawa.²¹ A partir de 1991, la Organización Panamericana de la Salud²² impulsa la estrategia en América, denominándola “municipios saludables” y los define “como aquellos en donde las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, los empresarios y los trabajadores y la comunidad en general, dedican constantes esfuerzos para mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población”.²³ En Colombia, mientras tanto, se daba el proceso de descentralización del sector público de la salud con el decreto 77 de 1987²⁴ y la Ley 10 de 1990,²⁵ que más tarde se amplió con la Ley 60 de 1993,²⁶ luego se articuló con la reforma al sistema de seguridad social

en salud establecida en diciembre de 1993, con la aprobación de la Ley 100.²⁷ Ambos procesos se enmarcaron en la Reforma Constitucional de 1991²⁸ y también en la Ley 715 de 2001,²⁹ incluyeron medidas neoliberales en materia de política social y de ajuste fiscal, respondiendo a exigencias de los organismos de financiación internacional, con una legislación restrictiva en promoción de la salud dentro de la política social neoliberal. En ese escenario, Colombia hace el lanzamiento de la estrategia de municipios saludables en 1992, siendo pionera en América en esta iniciativa. En 1996, se denomina *Estrategia de municipios saludables por la paz* debido a la situación de violencia que vivía el país.³⁰ Antioquia, partiendo de las experiencias en el país, retoma la estrategia de municipios saludables y la formula como una política pública en el marco del plan de desarrollo *Una Antioquia nueva 2001-2003*,³¹ promulgando el Decreto 2152 del 15 de noviembre de 2001,³² continuando con esta iniciativa en el plan de desarrollo departamental del período 2004-2007.³³ Para conocer el desarrollo de esta experiencia única en el país, se realizó el presente estudio, en el periodo 2001-2005.

Metodología

El estudio descriptivo se realizó entre los años 2005-2006. Para el componente cualitativo se analizó el proceso de formulación e implementación de la estrategia de municipios saludables como política pública, se tomaron las personas claves que participaron directamente en la política pública, en los niveles departamental, subregional y local. La unidad de análisis fue el proceso de formulación e implementación de la política pública. La validez se logró considerando las categorías y etapas del proceso de formulación e implementación que comprende la política pública desde los propios actores. La generalización se planteó como teórica por las categorías identificadas en el proceso y validadas mediante la triangulación de fuentes. La fiabilidad se dio al evaluar la consistencia de las apreciaciones entre diferentes actores. Las técnicas utilizadas fueron grupos focales y entrevistas semiestructuradas, facilitando la triangulación entre fuentes que permitió establecer relaciones de comparación entre los actores entrevistados, con lo cual se enriqueció el escenario intersubjetivo desde donde se construyeron los significados.

Las 17 entrevistas semiestructuradas, aplicadas a los funcionarios departamentales y coordinadores subregionales se realizaron en el lugar de trabajo y en otros sitios que dispusieron los participantes, en fecha y hora previamente acordada con ellos. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito y se desarrolló la guía de entrevista en dos horas, las cuales fueron grabadas en su totalidad. Los 5 grupos focales conformados por 42 miembros del grupo coordinador municipal (6 alcaldes, 5 directores

locales de salud, 24 funcionarios municipales y 7 miembros de la comunidad) se realizaron en Rionegro, Puerto Berrío, Andes, Santa Fe de Antioquia y Turbo. En cada sede se organizó una reunión, se nombraron un moderador y un evaluador del evento, los participantes firmaron el consentimiento informado y se procedió a desarrollar la guía orientadora; además, se registró la asistencia y se evaluó la reunión, todo en formatos preparados para tal fin. Las reuniones duraron un día en cada sede y las sesiones fueron grabadas en audio y video. Con la información contenida en los casetes, se realizó la transcripción de cada entrevista y grupo focal, utilizando el procesador de texto Microsoft Word 2003. La codificación de los registros se hizo con el software de investigación cualitativa Atlas.ti versión 4.2, se obtuvieron como resultado cada uno de los códigos ordenados alfabéticamente con los fragmentos de texto seleccionados para cada una de las categorías. A partir de esto se utilizaron los fragmentos más relevantes para la construcción del análisis.

Para el componente cuantitativo, la población estuvo compuesta por los 36 municipios que tenían la política desde el año 2001, se aplicó la fórmula de población finita ajustada y se adicionó un 30% de sobremuestreo, previendo las no respuestas de algunos de ellos; se obtuvo así una muestra definitiva de 22 municipios seleccionados de forma aleatoria (Yarumal, Cáceres, Concordia, Carmen de Viboral, Giraldo, Anzá, Tarso, Betulia, Alejandría, Cañasgordas, Gómez Plata, Santa Rosa de Osos, Cisneros, Retiro, Guadalupe, Maceo, Turbo, Puerto Berrío, Peñol, Rionegro, Andes y Tarazá). Según la clasificación del Departamento Nacional de Planeación de Colombia, la mayoría de los municipios del país pertenecen a la categoría sexta y la distribución en Antioquia es similar. Como criterios de inclusión se tomaron los municipios de cualquier categoría, ubicados en las subregiones de Antioquia, que tenían desde 2001 la política; se excluyeron los municipios de la subregión del Valle de Aburrá, donde se realizó la prueba piloto.

Las técnicas utilizadas fueron la encuesta a los directores locales de salud, personas en las cuales el alcalde había delegado la política y la revisión de los planes de desarrollo municipal de los periodos 2004-2006. Se entregaron los formularios a los directores locales de salud y se les dio plazo de dos meses para diligenciarlos. Se mantuvo comunicación telefónica y por correo electrónico para resolver dudas y reenviar formularios en caso de pérdida; respondieron 20 municipios de los 22 seleccionados. Las encuestas fueron digitadas en una base de datos en Microsoft Access 2003. El análisis se realizó con el apoyo del software estadístico SPSS 11.5 y de la hoja de cálculo Microsoft Excel 2003. Para obtener la información de los planes de desarrollo, se recurrió al Archivo de Planeación Departamental, previa autorización, y se obtuvo la información física de 42 planes de los periodos 2001-

2003 y 2004-2007, correspondientes a 21 municipios. Solo un municipio no tenía los planes disponibles en el momento de la investigación. Los datos se recolectaron a partir de la lectura del plan de desarrollo y se consignaron en tablas de resumen y se digitaron en la hoja de cálculo Microsoft Excel 2003.

Resultados

En el componente cualitativo se presentan los resultados en tres apartes correspondientes a formulación, implementación y evaluación de la política, con las respectivas categorías sustentadas por los argumentos de los actores involucrados. Las abreviaturas que van al pie de los comentarios aluden a los actores participantes en la investigación: funcionario departamental: FD, coordinador subregional: CS y grupo focal: GF.

Las categorías relacionadas con el proceso de formulación fueron verticalidad institucional, problema a enfrentar, fundamento teórica de la política, decisión política gubernamental, viabilidad política, puesta en común con actores y puesta en marcha de la política. En cada una de ellas se anotan algunos comentarios del investigador apoyados por las respuestas de los diferentes actores entrevistados, como se dispone a continuación:

- Verticalidad institucional (emergente): a pesar de existir diferentes modelos para la formulación de una política pública descritos en la literatura, en el caso de Antioquia no se encontró evidencia de haber tomado un modelo para abordar este proceso. La política surgió como una iniciativa de la subdirección de salud pública de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en el marco del Plan Estratégico de Desarrollo Departamental 2001-2003. No hubo presión de los actores sociales para la formulación, lo que resultó así en una política vertical, impuesta de arriba hacia abajo. “No se cumplió con todo el proceso que está definido para una política pública” (FD). “La política se hizo una prioridad para la subdirección de salud pública de la DSSA; se trabajó en el diseño, en su formulación” (FD). “La política nace como política del orden departamental, pero muy aislada a la realidad de nuestras localidades” (GF).
- Problema a enfrentar: se encontró que el problema era el bajo desarrollo humano, tomado del diagnóstico participativo que realizó el departamento de Antioquia como base para formular el Plan de Desarrollo Departamental. “El problema en el departamento era el bajo desarrollo humano, y eso le dio una plataforma muy especial a la realización de la estrategia de municipios saludables” (CS).
- Interés del gobierno departamental: no se evidenció la fase de consenso de intereses entre el departamento y los municipios; primaron los intereses de

los técnicos, como se aprecia en sus comentarios: “Actuar sobre los determinantes en salud, renovar la atención primaria, generar conciencia, estrategia nueva de promoción” (FD).

- Fundamento teórico de la política: se encontraron dos enfoques, de un lado las cinco líneas de la Carta de Ottawa, en las que se basaron quienes formularon la política y que quedaron plasmadas en el decreto de la gobernación, y del otro, el desarrollo humano en el que se basaron quienes implementaron la política. “Para ese proyecto se formularon unos componentes basados en las 5 líneas de la carta de Ottawa” (FD). “El valor agregado que se empezó a trabajar en el proyecto fue el enfoque de Manfred Max-Neef, que fueron las seis esferas del desarrollo” (CS).
- Decisión política del gobierno departamental: el Decreto 2152/01, expedido por la autoridad departamental, expresó la decisión de tomar la estrategia de municipios saludables como política pública. Hasta ese momento los municipios estaban ausentes de la negociación con el departamento. El Segundo Congreso Internacional de Salud Pública, realizado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, fue el escenario escogido para el lanzamiento de la política. “En ese decreto se hace la formalización de la voluntad del departamento para trabajar la estrategia de municipios” (FD). “Se hace un lanzamiento de la política en el Congreso de Salud Pública en el 2001” (FD).
- Viabilidad de la política pública: la viabilidad se consideró en sus cuatro dimensiones. La viabilidad financiera, dada al destinar recursos para contratar a los profesionales que daban la asistencia técnica en los municipios. “La viabilidad financiera la habíamos asegurado desde el artículo 4 del Decreto 2152 que promulga la política” (FD). “Realmente el municipio, de su presupuesto, tenía que entrar a financiar los proyectos específicos” (CS). La viabilidad política, que implica la adecuación institucional y modernización del municipio para acoger la política, fue escasa, como se observa en las apreciaciones de los actores. “Se viabilizó la disponibilidad política, se les contó acerca de la estrategia y los alcaldes que estaban interesados respondieron mediante carta diciendo que querían participar en la política” (FD). “Se dio el apoyo político mediante acuerdo municipal para la estrategia” (GF). La viabilidad institucional, relacionada con la capacidad ejecutora y operativa, logró el apoyo de las instituciones, principalmente de la Dirección Local de Salud, en la cual la mayoría de los alcaldes habían delegado la responsabilidad. “Ha habido apoyo económico, el recurso humano aunque no, pero en el momento en que se requiere se convoca a todas las instituciones y se maneja desde

la Dirección Local de Salud” (GF). “En la parte institucional contamos con el apoyo de las instituciones educativas, el hospital y la parte administrativa” (GF). La viabilidad técnica, relacionada con las condiciones de seguridad de la tecnología disponible, factores institucionales y actores involucrados, fue escasa. “Se revisó la viabilidad técnica por parte de la DSSA, igual que por parte de la gran mayoría de los municipios” (FD). “Técnicamente la viabilidad estaba, había una gran oportunidad” (CS). “Se logra que la estrategia se adopte por acuerdo municipal, lo cual dispuso toda la parte técnica y financiera por parte del municipio” (GF).

- Puesta en común con actores: la puesta en común para articular las decisiones de los distintos actores y comprometerlos durante el proceso de formulación no fue prevista sino hasta después de la proclamación de la política pública. “Una vez formulada quisimos devolvernos en el proceso y hacer la concertación con los municipios, cuando se empezó a trabajar, una de las cosas era que los municipios aceptaran la política” (FD).
- Puesta en marcha de la política: una vez proclamada la política, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia convocó públicamente la contratación de una institución que implementara la política en el ámbito local, la cual debía presentar una propuesta metodológica para cumplir con el objetivo, siendo elegida la Universidad de Antioquia. “Dados los escasos recursos humanos de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, se establecieron términos de referencia para contratar el acompañamiento de los municipios para la implementación de la estrategia” (FD). “La propuesta fue diseñada para ser cumplida en tres fases; una de sensibilización, información y difusión de la propuesta en los municipios; una segunda fase que se denominó de ejecución, en donde se pensaba que se podía poner en marcha el plan de trabajo que se hubiera preparado en esa primera fase, y una tercera fase de consolidación de los procesos” (CS).

Las categorías analizadas en el proceso de implementación de la estrategia de municipios saludables como política pública fueron: concertación con los actores locales, participación comunitaria, intersectorialidad, apoyo departamental y local para la política, actividades desarrolladas por todos los actores y las dificultades presentadas en la implementación, todas las cuales se describen a continuación:

- Concertación con los actores locales como proceso que posibilitan el encuentro entre sectores, actores sociales y gobierno: realizada por los coordinadores subregionales, quienes contactaron a alcaldes, directores locales de salud, sectores sociales, instituciones públicas y privadas y comunidad, teniendo en cuen-

ta que la política fue departamental y los municipios descentralizados y autónomos debían decidir sobre su implementación. “Nosotros empezamos a hacer un trabajo de sensibilización en los talleres subregionales” (FD). “Inicialmente la concertación se dio en una convocatoria que se hizo a todos los alcaldes de los municipios para que manifestaran su voluntad política de participar en la estrategia” (CS).

- Participación comunitaria: la participación social organizada de los ciudadanos es un requisito indispensable para la toma de decisiones. Por eso, los coordinadores convocaron a diversas instancias de participación social y de organismos comunitarios, tanto a escala urbana como rural, logrando la participación de la comunidad aunque no de manera sostenida. “La participación comunitaria ha sido la base de la política actual, y gracias a esto se ha facilitado el desarrollo de la estrategia, la cual se ha difundido por distintos medios de comunicación” (GF).
- Intersectorialidad: la intervención coordinada de instituciones de más de un sector social puede convertir la cooperación casual en acciones que orienten estratégicamente la política pública. Al respecto se encuentran expresiones contradictorias. “Se realizó un inventario de las diversas instituciones y sus respectivas funciones. Se nombran representantes y se empiezan unas reuniones bimensuales para hacer la articulación de acciones y optimización de recursos” (GF). “La intersectorialidad ha sido también un factor que no ha conducido a que realmente se jalonee la misma en el ente local, la intersectorialidad solamente es el poder convocar a las instituciones públicas, y los demás agentes o entes casi brillan por su ausencia” (GF).
- Apoyo departamental y local para la política: el del departamento para implementar la política pública de municipios saludables se relaciona con la capacitación y asesoría que contrató para realizarla en los 36 municipios. El apoyo municipal se limitó al aspecto político para aprobar el acuerdo municipal mediante el cual acogía la política y al apoyo logístico para algunos eventos. “En mi municipio, la capacitación, el hecho del departamento contratar con la Universidad y mandar a los municipios a instalar la estrategia” (GF). “El solo hecho de aprobar el proyecto de acuerdo, ya es un compromiso de orden político adquirido por la administración municipal en pleno” (GF).
- Las actividades desarrolladas por todos los actores: la organización de una agenda de trabajo, la realización de los talleres de socialización y sensibilización, foros con los alcaldes y comunidad en general, capacitación, organización del comité coordinador municipal, como lo manifiestan los entrevistados. “Se elaboró una agenda para hacer la socialización de la

política en el departamento a través de talleres teórico prácticos en las nueve subregiones, con el propósito de evaluar la voluntad política y la factibilidad técnica para la acogida de la política” (FD). “Trabajamos con los candidatos a las alcaldías, con los concejos municipales, con los distintos grupos y en esa primera fase de sensibilización dejamos organizados el grupo gestor semilla; en términos generales, ese fue el proceso de implementación de la política en los municipios” (CS). “La comunicación se dio de forma amplia y participativa a través de foros zonales, rurales y urbanos, con el apoyo de volantes, emisoras y líderes comunitarios” (GF).

- Grandes dificultades encontradas en el proceso sociopolítico de implementación, que contribuyeron en parte al fracaso de la política: los cambios de administración y la falta de compromiso de la administración local y departamental, decadencia de la voluntad política de los gobernantes, poco empoderamiento de la comunidad, escasos recursos económicos, conflicto armado, celos institucionales, falta de continuidad de los convenios y procesos, visión a corto plazo sobre el desarrollo de políticas públicas, poca capacidad de gestión y liderazgo de los municipios, pérdida de credibilidad por parte de la comunidad, celos y rivalidades institucionales, pérdida de continuidad en convenios y poco acompañamiento. “Los cambios de administración, los cambios políticos, la voluntad, se va cambiando” (FD). “El asunto tenía un riesgo muy alto, y es que acabados los períodos administrativos se rompe, se fractura el proceso, y eso se vivió fuertemente” (CS). “Considero grave sí esas interrupciones, cuando se dan en proyectos que son importantes como este, hablan de la debilidad de las voluntades políticas comprometidas” (CS).

Con relación al proceso de evaluación de la política pública, se buscaron infructuosamente diferentes fuentes, por ello se plantearon las siguientes categorías que podían darnos indicio del proceso de evaluación: evaluación de la política pública por los actores, cambios percibidos por los actores, actitud de los actores locales, conocimiento de la política pública, estrategias consideradas exitosas para el desarrollo de la política y expectativas frente a la política pública. A continuación se presentan los hallazgos:

- Evaluación de la política pública por los actores: los diferentes actores opinan que no hubo seguimiento ni evaluación de la política y no se definieron indicadores de evaluación. Sin embargo, realizaron algunas actividades que estuvieron relacionadas con el cumplimiento de las obligaciones pactadas en los convenios. “Que yo conozca, no se han hecho evaluaciones” (FD). “No, yo digo que uno de los problemas más grandes que tenemos en todos los progra-

mas es que no evaluamos, no monitoreamos, es muy pobre la evaluación” (FD). “En cuanto a evaluación, no sé, evaluaciones no hemos hecho, todo ha sido muy subjetivo, no podemos decir que cuantitativa y cualitativamente se ha mejorado” (GF).

- Cambios percibidos por los actores: los coordinadores subregionales y los funcionarios departamentales expresan que hubo cambios importantes. “La gente ha entendido que salud es una resultante de la calidad de vida y que es desarrollo y que tienen que participar los otros sectores” (FD). “Se abrió un poco la conciencia de la gente, que es una de las cosas más difíciles para mí de lograr” (CS). Sin embargo, los actores municipales comentan que no hubo cambios importantes. “No ha sido significativo el cambio porque estamos haciendo lo mismo desde tiempo atrás por normatividad, antes de que se haya creado la política por decreto, entonces no es ningún cambio significativo” (GF). A pesar de los escasos cambios señalados por los actores, se lograron metas de corto plazo establecidas en los convenios: concertación con actores, participación comunitaria y coordinación, participación en el comité de política social, conformación y sensibilización de los grupos coordinadores municipales, diagnósticos participativos y materialización de voluntad política en acuerdos que no pasaron del papel. “Se logró una concertación grande de los actores en la mayoría de municipios” (FD). “Se logró reactivar los consejos de política social” (CS). “El mayor logro que se ha conseguido es la participación comunitaria en las decisiones que toma el municipio” (GF).
- Actitud de los actores locales frente a la política pública: los grupos coordinadores municipales de la política muestran entusiasmo, compromiso e interés de trabajar en la política. “Nos comprometimos con la estrategia de municipios saludables a trabajar en el grupo gestor semilla” (GF). “En un principio, cuando se organizó el grupo gestor semilla en nuestro municipio fue de mucho agrado y de mucha acogida, fueron muchas las personas que se manifestaron en el municipio, se sensibilizaron, hubo mucha asistencia” (GF).
- Conocimiento de la política pública por actores municipales: los miembros del grupo coordinador municipal conocen la importancia de la política mediante capacitaciones hechas por los coordinadores subregionales, saben que es beneficiosa para la comunidad y para las instituciones. “Sí, hemos recibido capacitación sobre la estrategia, vinieron los facilitadores, nos dieron tres capacitaciones. Sí conocemos de la estrategia a través de volantes y difusión que se hizo en el municipio en el 2001” (GF). “Conocemos la importancia de la política, primero que todo... beneficia más a la comunidad y es el objetivo del gobernador” (GF).

- Estrategias de éxito para el desarrollo de la política: entre las más importantes consideradas por los diferentes actores para que la política sea exitosa están el compromiso de los diferentes actores, principalmente de quien proclama la política pública, compromiso de las administraciones locales y de la comunidad, diálogo permanente entre la gobernación y el municipio y entre este y la comunidad y una postura ética frente a la política. “Compromiso, decisión política, una alta sensibilización, un gran trabajo intersectorial, un fortalecimiento muy grande de la participación y buscar un cambio de paradigmas en el sentido de que reconozcamos la magnitud de lo que es salud, la estrecha relación entre salud y desarrollo” (FD). “Un factor de éxito muy importante es la comunicación y la divulgación” (FD). “Lo fundamental es que haya un compromiso real y efectivo de los ciudadanos, de la administración local y de las autoridades departamentales” (CS).
- Expectativas de los actores frente a la política pública: relacionadas con el nivel de bienestar y las condiciones de calidad de vida así como la generación de conciencia por parte de los municipios. “Las expectativas en el departamento iban orientadas a mejorar la calidad de vida” (FD). “Constituye el reto más grande que pueda tener un país, constituye realmente un cambio de modelo de desarrollo” (CS). “Se miró el proyecto como una alternativa para resolver la problemática social que se vivía en los municipios” (GF).

El componente cuantitativo se presenta en tres apartes: generalidades de los municipios estudiados, resultados de la encuesta a los directores locales de salud y revisión de los planes de desarrollo:

- Generalidades de los municipios: la mayoría de los municipios estudiados están clasificados en la categoría sexta, lo que indica que son pequeños, con escasos recursos económicos y de incipiente desarrollo político, social e institucional, a excepción del municipio de Rionegro, clasificado en la categoría dos. La situación de los servicios públicos en los municipios de Antioquia, según la carta de generalidades de 2005, presenta una cobertura con acueducto en la zona urbana de los municipios estudiados que oscila entre 89 y el 100%. En la zona rural, 75% de los municipios tienen coberturas inferiores a 50%. La cobertura con sistema de alcantarillado en la zona urbana de 80% de los municipios está entre el 84 y 99%. La zona rural tiene cifras bajas de servicio de alcantarillado. La recolección de basuras en la zona urbana del 60% de los municipios está entre 84 y 100% y en la zona rural la mayoría de los municipios registran coberturas por debajo del 20%.
- La encuesta fue respondida por 20 directores locales de salud de los municipios, con los siguientes

resultados: la política departamental se legitimó en 60% de los municipios mediante acuerdos de los concejos municipales. La voluntad política estaba presente en 95% de los municipios. La inclusión de la política en el plan de desarrollo se reportó en 90% de los municipios, pero al revisar los planes de desarrollo no se encontró evidencia de ello. En la actualidad, solo 55% de los municipios dicen aplicar la política, 25% afirman tener un plan operativo de acción y 75% ha creado por acuerdo el grupo coordinador municipal de la política pública, denominados *grupo gestor semilla*. En cuanto a la participación comunitaria, los municipios tienen en promedio 28 organizaciones comunitarias, de estas, 15 participan en la implementación de la política: juntas de acción comunal, seguidas por espacios que pertenecen al sector salud como las veedurías en salud, las asociaciones de usuarios, los comités de participación comunitaria en salud y el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. La participación se analizó en seis aspectos: desde la conciencia social, pasando por puntos intermedios de participación, hasta la toma de decisiones y planificación del desarrollo municipal; se encontró que ninguno de los ítems alcanzó un desarrollo superior a la mitad y solo en 60% de los municipios se hacen reuniones periódicas. Respecto a la intersectorialidad, solo 50% de los municipios cuentan con una red de apoyo social, el sector que más participó fue el de salud y el grupo coordinador municipal de la política. A pesar de los esfuerzos y mecanismos utilizados para incrementar la intersectorialidad, los resultados son incipientes. En cuanto al apoyo institucional para la política, la mayoría de los municipios lo delegaron en la Dirección Local de Salud, instancias con un desarrollo administrativo-técnico y científico incipiente, con estructuras débiles para apoyar dicha política. El 85% de los municipios están certificados para asumir la salud según la Ley 715 de 2001 y el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud está constituido en el 80% de los municipios. Con relación a la organización del municipio para la minimización de los riesgos y desastres, se encontró que en la mayoría de ellos están constituidos los comités de emergencias y desastres, pero las actividades para el análisis de vulnerabilidad por zonas de riesgo, elaboración de los mapas de zonificación de riesgo y los protocolos o planes de emergencia, son aún incipientes.

Análisis comparativo de los planes de desarrollo municipales: la revisión de los planes de desarrollo se centró en cinco aspectos que permitían conocer si los mandatarios locales habían incluido la política: principios filosóficos, marco legal, marco estratégico, metodología, diagnóstico y plan financiero. Los fundamentos filosóficos

coincidentes en los dos periodos fueron la participación efectiva, la solidaridad social y el desarrollo humano; el más destacado en los dos periodos fue la participación efectiva de la comunidad. Con relación al marco legal, durante los dos periodos los municipios se basaron en la Constitución Política, en la Ley orgánica 152 de 1994 del plan de desarrollo y la Ley 388 de 1997 de ordenamiento territorial. La diferencia que se observa en el periodo 2004-2007 es que los municipios se apoyaron en los planes de desarrollo nacional y departamental, buscando una integración de la planeación en todos los niveles. En el periodo 2001-2003, se destaca el método altadir de planificación popular, mientras que en el periodo 2004-2007 se impone la metodología de planeación estratégica situacional. El marco estratégico de los planes del periodo 2004-2007 comprendía la definición, propósitos, misión, visión y los objetivos generales del municipio, aspectos no considerados en el periodo anterior. En cuanto al diagnóstico para los planes, se encontró que en el primer periodo el 50% de los municipios, 82% en el segundo, realizaron diagnósticos participativos, observándose un avance importante. Los principales participantes en la elaboración del diagnóstico en el periodo 2001-2003 fueron los miembros del gabinete municipal, seguido de la participación del concejo municipal y, en tercer lugar, representantes de la comunidad; la diferencia con el segundo periodo estuvo dada por la presencia del Consejo Territorial de Planeación. Por último, se analizó el plan plurianual de inversiones con las proyecciones financieras y las fuentes de financiación, al respecto se encuentra que en los dos periodos la asignación definitiva de los recursos se hace por sectores y no se observaron proyectos integrales con financiación múltiple relacionados con la política.

Discusión

Componente cualitativo

La formulación de políticas públicas en Colombia tiene sus raíces en la Constitución Política de 1991, desde la concepción del Estado social y democrático de derecho hasta hoy, con los cambios de enfoque, de gobierno y las orientaciones de los organismos internacionales. El departamento de Antioquia decidió tomar la estrategia de municipios saludables y formularla como una política pública, con el objeto de trascender el sector salud, sin lograrlo. A pesar de la autonomía que tienen los municipios para decidir su propio desarrollo, la mayoría de ellos legitimaron la política pública mediante acuerdos de los concejos municipales. Sin embargo, el proceso de formulación e implementación tuvo muchos vacíos. El primero, que se formula sin participación de los actores objeto y sujeto de la política. Puesto que “las políticas

públicas deben incluir y comprometer a los diferentes sectores de la sociedad, las comunidades y los propios grupos sociales sujetos de las políticas”,³⁴ el segundo factor que intervino negativamente fue la dualidad del enfoque teórico, la falta de consenso entre los que formularon y los que implementaron la política llevó a trabajar simultáneamente con el enfoque de la carta de Ottawa³⁵ y el enfoque de desarrollo humano basado en la teoría de Manfred Max-Neef.¹⁰ “El enfoque de toda política pública se relaciona con los principios y valores políticos y éticos que animan la formulación y el diseño de la política es una consecuencia del enfoque, que requiere del conocimiento científico y técnico de la realidad contextual, los sujetos sobre los que se quiere intervenir y de los procedimientos y estrategias viables para lograr los fines”.³⁴ Otro vacío importante es que la intención del gobierno departamental no estuvo acompañada de un estudio sobre la viabilidad política, económica, técnica e institucional para respaldar la política en el departamento y en los municipios, lo que terminó en un proceso tecnocrático y vertical de formulación que, parafraseando a Meny y Thoenig,³ se puede clasificar como la “tiranía de la oferta”, que consiste en que las autoridades son quienes modelan las necesidades y estructuran y condicionan la acción pública que requiere la población, en este escenario terminan los administrados por aceptar como aspiraciones propias las políticas públicas que son capaces de ofrecerles quienes deciden en lo público.

La implementación de la política pública fue contratada con terceros, algo problemático porque “cuando la implementación se deja en manos de quienes no participaron en la formulación, los resultados son bajos y pueden ser muy diferentes a los esperados, además, cuando hay varias instituciones y actores involucrados en la implementación y no se ha logrado el consenso en los objetivos y metas, cada una intenta lograr sus propios intereses”.²² Además, en Antioquia la implementación se tomó como un problema administrativo, un problema técnico de simple ejecución, pero desde “la perspectiva del análisis de las políticas públicas, esta etapa es fundamental porque es ahí que la política, hasta ese entonces hecha de discursos y palabras, se transforma en hechos concretos, en realidad palpable”.² Si bien el departamento destinó recursos para cubrir la capacitación y asesoría en los niveles locales, no asignó recursos económicos para la materialización de la política, dejando a los municipios esta responsabilidad, a pesar de que el impacto de la política dependía del proceso de negociación entre actores, del compromiso de las instituciones gubernamentales, de la financiación de los proyectos específicos, del seguimiento y de la evaluación. Una política ideal que carezca de credibilidad y esté implementada y aplicada de manera deficiente puede crear más distorsiones que una política regular

pero estable y debidamente implementada. La formulación e implementación “depende no tanto de seleccionar políticas acertadas, desde el punto de vista técnico, sino más bien de negociarlas, aprobarlas y ejecutarlas de una forma conducente a la supervivencia política y su aplicación efectiva”.³⁶

La evaluación, entendida como “una práctica seria de argumentación basada en una información pertinente, permite opinar de manera más acertada, con menos subjetividad, acerca de los efectos de la política pública”.² Para Vargas,²⁰ Roth² y Salazar,¹ la evaluación puede darse en tres momentos importantes que pueden aplicarse a las políticas públicas, a saber evaluación ex ante, concomitante y ex post. La evaluación tiene importancia mayor cuando las instituciones y los gobiernos tienden a fundamentar su legitimidad no solo en la legalidad de sus decisiones, sino en lo que hacen, es decir, en los resultados. “El enfoque tradicional de la acción pública, fundamentada en el respeto a las reglas y procedimientos jurídicos, tiende a ser desplazada por la legitimidad de la acción pública basada en el logro de los resultados”.² Si las autoridades que formulan e implementan las políticas públicas no limitan el ámbito de actuación y señalan los cambios que se pretenden, cualquier resultado es bueno. Los cambios que se obtuvieron con la aplicación de la política pública de municipios saludables son escasos y los actores mencionan desde un cambio del concepto de salud hasta la falta de cambios importantes.

Componente cuantitativo

La mayoría de los municipios estudiados son de categoría sexta, carentes de condiciones institucionales para emprender el desarrollo de la política. Puesto que “las instituciones y los procesos no son neutrales, son el crisol en el cual las políticas se forjan, se moldean y adquieren su forma y significado verdadero”.³⁶ Los municipios, a pesar de su voluntad política, tienen limitaciones técnico administrativas, económicas, institucionales y de recursos humanos para acoger la política pública, aspectos que disminuyen la capacidad y autonomía. “La tendencia de pensar primero en las políticas y después en las instituciones puede ser fuente de muchos problemas y errores, las políticas y las instituciones son inseparables y deben considerarse en forma conjunta en el análisis y formulación de las políticas públicas”.²

En Colombia existen normas para la organización de los planes de desarrollo, pero estos siguen siendo sectoriales, de la misma forma como se distribuyen los recursos desde el nivel nacional, dificultando una integración de todos ellos para un desarrollo armónico e integral. La planificación es un proceso de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado, teniendo en cuenta la situación actual y los factores internos y ex-

ternos que puedan influir en el logro de los objetivos y los planes de desarrollo municipal son instrumentos de planificación. Infortunadamente, los mandatarios locales no incluyeron de forma explícita la política pública de municipios saludables en sus planes porque los municipios están inmersos en un marco nacional de desarrollo, con un modelo económico que excluye a grandes masas de la población de los productos del desarrollo, y una política pública no era suficiente para transformar la realidad; había que darle su justa dimensión.

Conclusiones

- No fue posible lograr el salto conceptual que se pretendía con la política pública de municipios saludables al sacarla del sector salud, puesto que los alcaldes la delegaron en la Dirección Local de Salud, instancia incipiente en los municipios con bajo desarrollo institucional, poca capacidad para tomar decisiones y mínimo desarrollo científico para soportar la política.
- Los aspectos políticos no favorecieron el desarrollo de la política pública de municipios saludables debido a la inestabilidad en la administración, decadencia del compromiso político-administrativo, disminución de la voluntad política y, como consecuencia, la discontinuidad del proceso a nivel departamental y local.
- La expresión de la voluntad política del municipio en un acto administrativo, como los acuerdos municipales, no fue garantía para desarrollar la política pública de municipios saludables porque esta es exigente en la aplicación y no solo depende de la voluntad política de un gobernante, sino de aspectos complejos como el desarrollo institucional, la participación abierta y decidida de todos los actores, la intersectorialidad formal y comprometida y la financiación adecuada para alcanzar las metas propuestas.
- La participación social y la intersectorialidad, a pesar de los esfuerzos de todos los actores, mostraron desarrollos limitados. No se establecieron redes de apoyo social e intersectorial para sostener la política, más bien se logró una participación e intersectorialidad puntual, aprobatoria, sin compromisos concretos.
- La política no produjo cambios importantes; solo se evidenciaron algunos logros relacionados con las metas contractuales como concertación con algunos actores, creación de grupos coordinadores municipales y algunos diagnósticos participativos. Además, ni el departamento ni los municipios establecieron indicadores para evaluar la política pública de municipios saludables.
- Los planes de desarrollo no incluyeron de forma explícita la política pública de municipios saludables,

estos deben pasar de ser un simple formalismo a constituirse en la guía más importante para orientar el desarrollo de los municipios.

Reconocimientos

A los actores departamentales, subregionales y locales, por la información suministrada. A la Facultad Nacional de Salud Pública y la Universidad de Antioquia, por el apoyo logístico y financiero para la realización de esta investigación.

Referencias

- 1 Salazar VC. Las Políticas Públicas. 2nd. Edición Universidad Pontificia Javeriana, Bogotá: Editorial JAVEGRAF; 1999. p. 41.
- 2 Roth A. Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación. Segunda Reimpresión: Bogotá: Ediciones Aurora; 2004. p.25.
- 3 Meny I, Thoenig J. Las políticas públicas. Versión española a cargo de Francisco Morato. Barcelona: Editorial Ariel S. A; 1992 p.7.
- 4 Muller P. Génesis y fundamentos del análisis de políticas públicas. Rev Cienc administrativas y sociales 1998; (11): 99-109
- 5 Lahera E. Política y políticas públicas. Naciones Unidas CEPAL. División de desarrollo social. Serie Políticas Sociales 95; Santiago de Chile: 2004; p.7.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida. 2ª Conferencia Internacional sobre promoción de la salud. Adelaida; 1988.
- 7 Cardozo M. Análisis de políticas de salud, ¿un área nueva? Analysis of Health Policies, a New Field. Revista Salud Pública 1989;31(5) p.7.
- 8 Milio MN. Making Healthy public policy: An ecological framework for policy studies. International Journal 1988; 2(3) 263-74.
- 9 O'Connor J. The fiscal crises of the state. St.Martins' Press 1973. citado por López G. En: Conferencia: Gobernabilidad y procesos de participación democrática, la experiencia de México: 2002. Lisboa p. 8-11.
- 10 Manfred MN. Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro 1992;7:165-187.
- 11 Vianna MJ. Fundamentos de políticas públicas. IDEA-INPES, Río de Janeiro.1982.
- 12 Políticas Públicas en México. Majone Giandomenico: Argumentación y Persuasión en la formulación de la política. México.DCE [Sitio en Internet] [Consultado 20 de mayo de 2005] Disponible en: <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/040609095627.html>.
- 13 De Salazar L. Municipios y comunidades saludables: El reto de la Evaluación. Cali: CEDETES; 2002. p.34.
- 14 Parsons W. Public Policy. An introduction to the theory and practice of policy analysis, Aldershot: Edward Elgar, 1995.
- 15 Howlett M, Ramesh M. Studying public policy: Policy cycles and policy Subsystems.Oxford University Press, Ontario. 1995.
- 16 González RA. Bossert J. Enhancing the political feasibility of Health Reform: A comparative analysis of Chile, Colombia and Mexico. Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative. USAID 36. 2000.
- 17 Pressman A. Implementation. : How great expectations in Washington are dashed in Oakland. London: Berkerley-University of California Press; 1993.
- 18 Gómez R. Evaluando la prevención de la enfermedad y la Promoción de la salud. En prensa. Medellín. p.17. Folleto.
- 19 Barrera RE. Control y evaluación de políticas públicas. Tecnología Administrativa 1997;11(23):41-63

- 20 Vargas A. El estado y las políticas públicas. Bogotá: Almudena Editores. 1999; p. 76
- 21 Organización Panamericana de Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia internacional sobre promoción de la salud: hacia un nuevo concepto de la salud pública. Ottawa : OPS; 1986.
- 22 OMS. Ministerio de Salud. Municipios Saludables por Paz. Bogotá: OMS, El Ministerio; 1992. p. 19.
- 23 OPS/OMS. Municipios Saludables: una estrategia para la promoción de la salud en América Latina, Washington: 1996. [Sitio en Internet]. [Consultado: 09/04/2005]. Disponible en <http://www.iadb.org/Etica/>.
- 24 Medellín. Departamento Administrativo de Planeación. Decreto 077 de 1987: Manual instructivo para la presentación del proyecto de presupuesto municipal al Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia. Medellín: Dap; 1987.
- 25 Colombia. Congreso de la República. Ley 10 de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1990.
- 26 Colombia. Congreso de la República. Ley 60 de 1993, por la cual se dictan normas orgánicas sobre distribución de competencias y recursos en salud y educación. Bogotá: El Congreso; 1993.
- 27 Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: 1993.
- 28 Jaramillo PI. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. Revista Gaceta Sanitaria. 2000; 16(1): 48-58.
- 29 Colombia. Congreso de la República. Ley 715 de 2001, por medio de la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias en salud y educación. Bogotá: El Congreso; 2001
- 30 Espinosa H. Municipios saludables lecciones aprendidas y desafíos. En Jornadas de Municipios Saludables. Buenos Aires. Argentina marzo 18- 19, 2004.
- 31 Antioquia. Gobernación de Antioquia. Plan de desarrollo “Una Antioquia Nueva 2001-2003” Medellín. p. 5
- 32 República de Colombia. Gobernación de Antioquia. Decreto 2152 de noviembre 15 de 2001; por el cual se proclama una política pública en el departamento de Antioquia. Medellín: La Gobernación, 2001.
- 33 Antioquia. Gobernación Antioquia. Plan de desarrollo 2004-2007 Medellín-2004. p.8.
- 34 Sarmiento L. Las Políticas Públicas y el Desarrollo Local. En: Seminario de capacitación para integrantes del Comité Técnico Nacional y el Comité Consultivo Nacional de Discapacidad. Bogotá 3-4 de febrero-2005.
- 35 Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia internacional sobre promoción de la salud: hacia un nuevo concepto de la salud pública. 17-21 Noviembre 1986. Ottawa (Ontario) : OPS; 1986.
- 36 Calvo G, Jarque C. Informe del Banco Interamericano de Desarrollo 2006. En: Capitulo 12. Nueva óptica para el futuro. Washington, D.C: BID; 2006.p. 277.