



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

“Implementación de Políticas Públicas en Salud en el ámbito local”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
ESPECIALIDAD EN CIENCIA POLÍTICA**

PRESENTA:

IGNACIO NÚÑEZ LEMUS

Asesor:

Mtra. Ma. del Carmen Roqueñi Ibargüengoitia



México, D. F. Abril 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

A MI MADRE, QUE NUNCA DUDÓ DE MI

A MIS HIJAS QUE SIEMPRE FUERON UN ALICIENTE

A MIS AMIGOS Y COLEGAS UNIVERSITARIOS, SOBRETUDO AQUELLOS
QUE A PESAR DE NO ESTAR CERCA TENÍA SU SOLIDARIDAD

A CRISTINA MUÑOZ COTA MÚGICA, POR ACERCARME A LA SALUD
PÚBLICA Y A LA SALUD MUNICIPAL

Estructura Capitular

“Implementación de Políticas Públicas en Salud en el ámbito local”.

Introducción	1
Capítulo 1. Las políticas públicas de prevención y promoción de la salud en el contexto del Estado Mexicano.	8
1.1 El marco institucional de las políticas públicas de promoción de la salud y el contexto internacional.	8
1.1.1 Origen y antecedentes de la promoción de la salud.	8
1.1.2 La 5ta. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud.	20
1.2 Estrategia de cooperación de la Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con México.	24
1.2.1 Áreas de cooperación técnica.	25
1.3 La implementación y desarrollo de políticas públicas locales en materia de salud.	27
1.3.1 La implementación local de políticas.	27
1.3.2 El diseño de políticas locales en materia de salud	30
1.3.3 Desarrollo de políticas públicas en salud en el contexto local.	31
Capítulo 2. La política social del gobierno en materia de Salud (PND-PRONASA 2001-2006).	40
2.1 Política social y políticas del gobierno federal.	40
2.1.1 Desarrollo histórico de la política social.	40
2.1.2 La política económica y social global en el marco nacional.	43
2.1.3 Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PND).	49
2.2 El Programa Nacional de Salud 2001-2006.	52
2.2.1 El contexto histórico.	52
2.2.2 Los propósitos y la definición de objetivos.	56
2.3 Programa de Acción: Comunidades Saludables.	58
2.3.1 Antecedentes.	58
2.3.2 Lineamientos y Marco Jurídico.	59
2.3.3 Definición, Visión, Misión y Objetivos	60
2.3.4 Organización y operación	63
2.3.5 Apoyo a proyectos municipales de promoción de la salud.	71

Capítulo 3. La autoridad municipal en la implementación y ejecución de políticas públicas en salud y la relación con el Programa de Comunidades Saludables.	78
3.1 Las atribuciones y responsabilidades en materia de salud.	78
3.1.1 Las reformas al artículo 115 Constitucional.	78
3.1.2 La reforma municipal de 1999.	79
3.2 Los municipios saludables en México	81
3.2.1 El movimiento de municipios y comunidades saludables en América Latina.	82
3.2.2 La estrategia del programa de Municipios Saludables.	83
3.2.3 Metodología y desarrollo de acciones en el contexto local.	87
3.2.4 Los talleres de planificación de acciones en salud.	92
3.2.5 Guías y herramientas metodológicas para la participación de municipios saludables.	96
Capítulo 4. Obstáculos y limitaciones para el desarrollo de acciones en el ámbito local.	103
4.1 Los obstáculos de los actores políticos y la burocracia local.	103
4.2 Los límites de la voluntad política y el periodo de gobierno municipal.	110
4.3 Conclusiones.	112
Bibliografía.	117
Glosario.	120
Anexos.	123

INTRODUCCIÓN

En México el ejercicio del poder ejecutivo federal se caracteriza por la aplicación de políticas que responden a un programa de gobierno específico y se plasman en planes nacionales de desarrollo, para periodos de seis años de acciones gubernamentales. Estas funciones son ejecutadas y llevadas a cabo por las dependencias de la administración pública federal y del resultado del ejercicio de dichas acciones de gobierno, dependerá los grados de aceptación y credibilidad.

Para alcanzar las metas en materia de política social planteadas en los planes de desarrollo y en los programas sectoriales, el gobierno desarrolla -a través de diferentes áreas- la elaboración e implementación de políticas que cubran dichos objetivos. Durante más de ocho décadas las políticas que en materia de justicia social ha aplicado el gobierno federal, ha llevado a la ejecución de planes y programas sociales gubernamentales, y se han diseñado y formulado políticas públicas por parte del Estado en nuestro país, para abatir los niveles de desigualdad y pobreza.

Dentro de los objetivos generales o macro planteados en la política de desarrollo social del gobierno mexicano, se encuentran los de elevar los niveles de bienestar y calidad de vida de la población, así como los de disminuir la pobreza y exclusión social de amplios grupos marginados del país.

En el contexto de nuestra sociedad, el Estado mexicano y los tres niveles de gobierno, asumen un papel protagónico al convertirse en los principales proveedores de bienes y servicios para los grupos de población más desprotegidos. En este sentido, la política social del Estado se entiende como una serie de acciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida de familias o individuos que se encuentran en una situación económica y social desfavorable.

En esta perspectiva, las políticas sociales se tornan necesarias para los programas gubernamentales, porque el modelo de creación de riqueza excluye a millones de personas del bienestar y el desarrollo. Asimismo, porque el desarrollo estructural del sistema capitalista y el proceso de globalización requiere la formación de capital humano y supone grandes inversiones sociales en educación, salud y alimentación; así como en la formación de capacidades laborales, lo que pone en tensión la capacidad de las instituciones para ofrecer este tipo de formación a todas las personas.

Por ello es que los programas sociales son necesarios, empero, es preciso que las políticas sociales respondan a las nuevas necesidades que precisamente plantea el entorno económico y social; y éstas pasan fundamentalmente por la formación de nuevas capacidades ciudadanas.

Los logros de un gobierno se pueden medir en la eficacia y efectividad de los programas ejecutados por su administración pública; hoy la administración de los recursos y el logro de los planes y programas del sector público requieren de un enfoque institucional.

Actualmente, en la administración pública una entidad puede ser parte de una institución pública grande. Puede ser una secretaria de estado, un gobierno local, una entidad cuasi-gubernamental o una empresa pública; pero la clave del éxito es que dicha entidad dirija sus esfuerzos hacia el logro de la misión, la visión, los objetivos y las metas.

Desde la perspectiva gubernamental, un enfoque funcional que no considera la necesidad del logro eficaz y eficiente de la misión y de los objetivos de una organización, puede deteriorar el cumplimiento de sus reglamentos, normas y procedimientos.

En el campo de la política social gubernamental, la introducción del tema de la salud como un hecho relevante en la agenda política y en el desarrollo de políticas, constituye un eje fundamental en la promoción de la salud, cuyas consecuencias deben ser consideradas en la toma de decisiones de los diversos actores involucrados. Esto, porque la promoción de la salud va más allá de la mera asistencia sanitaria, pues subraya que la salud debe figurar en la agenda de todos los sectores y en todos los niveles de gobierno.

La salud es condición esencial para el desarrollo social por la repercusión que tiene en la capacidad de trabajo del individuo y en el establecimiento de los climas de estabilidad, tranquilidad y progreso social, que tal desarrollo requiere. El vínculo entre salud y desarrollo es recíproco, es decir, son conceptos inseparables, toda vez que la salud es resultado del grado y las formas de desarrollo de una sociedad.

Para mejorar el nivel de la población en materia de salud, se proponen políticas gubernamentales que mediante programas específicos permitan que un mayor número de individuos tengan acceso regular a los servicios de salud y a favorecer las condiciones de la misma. Por un lado, la atención de la salud implica la creación de condiciones necesarias que permitan el acceso universal a los bienes y servicios, dando una respuesta a las demandas de la población, referentes a mejor calidad y equidad en los servicios. Por el otro, la promoción de la salud está encaminada a desarrollar la importancia y la conciencia sobre la salud, al fomentar y propiciar estilos de vida saludables y reforzar la acción comunitaria a favor de la salud.

La presente tesis realiza una investigación sobre la implementación de la estrategia de municipios y comunidades saludables en México, que en nuestro país ha tenido una evolución destacada en relación con los países latinoamericanos en los que se ha operado dicha política pública. En México ha sido implementada como una política pública federal en materia de salud en el ámbito municipal y consideramos que es conveniente llevar a cabo una revisión descriptiva de ese desarrollo, para dejar constancia en la investigación y

ponerla al alcance de aquellas personas interesadas en la implementación de políticas en el ámbito local, así como a instituciones y organismos municipalistas que quisieran conocer de la experiencia mexicana.

La estrategia de municipios y comunidades saludables en México, se traduce en una política pública con el establecimiento en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA), del *Programa de Acción: Comunidades Saludables*; el cual se pone en marcha en el año de 2001, para hacer frente a retos en materia de salud pública de la población más desprotegida del país, con acciones articuladas y consistentes en beneficio de autoridades locales y municipales, que refuerzan el sistema de operación descentralizado de la Secretaría de Salud a nivel federal.

Este programa define como *comunidades saludables* a aquellas que crean y mejoran continuamente sus entornos físicos y sociales, que propician el apoyo mutuo de sus habitantes para mejorar la salud, en el plano individual y colectivo; y, en las que se requiere motivar la participación de autoridades, instituciones, organizaciones civiles y de la sociedad en su conjunto.

Para alcanzar este objetivo se diseña e implementa la política pública del programa de Comunidades Saludables, que por un lado, involucra la participación municipal en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades; y por el otro, la organización de la comunidad para el autocuidado de la salud con el apoyo de proyectos que puedan tener alto impacto en la salud de sus habitantes. En el análisis de dicha estrategia, se pretende presentar un diagnóstico que aporte elementos para observar el impacto social del mismo y determinar si el programa cumple con sus objetivos específicos en particular, así como también, comprobar la hipótesis de que si efectivamente dicho programa coadyuva a mejorar las condiciones sociales de vida de la sociedad en general.

Por lo anterior, la presente investigación aborda un programa de salud enmarcado dentro de la política social del Gobierno Mexicano en el marco del periodo sexenal 2001-2006; para ello el trabajo de investigación se delimita al análisis del *Programa de Acción: Comunidades Saludables* inmerso en las políticas nacionales en salud planteado en el PRONASA.

Es preciso reiterar que el interés del tema de investigación radica en la implementación de una política pública desde el ámbito federal, que atraviesa los diferentes niveles de gobierno y tiene una aplicación efectiva y exitosa, dirigida a los beneficiarios últimos de la política, que son las autoridades locales y su población y/o comunidades respectivas. Sin embargo, en la tesis se señalan los efectos positivos y negativos en la ejecución del programa, se presentan los beneficios a los grupos sociales implicados, así como las implicaciones contrarias que difieren de su definición. El análisis considera los logros y resultados alcanzados por el gobierno federal y la sociedad con la implementación de esta política pública en salud.

También la importancia del tema, es por considerar que esta estrategia está implementada y desarrollada en el escalón de gobierno más cercano a los

individuos y la comunidad que es el municipio, y que el programa principalmente está dirigido a grupos de la población que se encuentran en la pobreza y la marginación. Así como de abordar el tema con el propósito de describir la funcionalidad del programa en el contexto de las políticas de intervención social del gobierno mexicano.

Por otra parte, el propósito del tema es destacar que los programas sociales diseñados, formulados y puestos en operación por las distintas instancias gubernamentales para atacar problemas de desigualdad e injusticia en nuestro país, han tenido un papel relevante en la gestión social del Estado. Sin embargo, no todas las políticas sociales aplicadas han podido mejorar las condiciones de vida de la población, ni eliminar la pobreza en grandes núcleos de la sociedad; por lo tanto, un número considerable de políticas públicas que el gobierno ha puesto en marcha mediante planes nacionales, proyectos y programas específicos, no han podido elevar los niveles de bienestar de la población.

Desde el punto de vista metodológico, el objetivo de la investigación es que mediante el análisis teórico de las políticas públicas, consideradas como “el conjunto de disciplinas que se ocupan de explicar los procesos de elaboración y ejecución de las políticas, de la recopilación de datos y de la producción de interpretaciones relevantes para los problemas de políticas en un periodo determinado. (Lasswell, 1951:14)”¹; podamos comprender una política social en materia de salud para los municipios y explicar las transformaciones y beneficios a la sociedad en el ámbito local mediante la acción de un programa gubernamental.

Asimismo, en la argumentación que hace Luis Aguilar V. apoyamos el marco teórico de la investigación y donde refiere que “Nuestra ciencia política ha estudiado sistemáticamente casi todo menos la manera como el gobierno construye y desarrolla las decisiones federales y locales. Nuestros politólogos han prestado gran atención a la historia de la formación del sistema político, a los alcances y límites de su funcionamiento, a los canales y proceso de producción del consenso, a las varias patologías del sistema... Pero pocos han sido comparativamente con las investigaciones especializadas acerca de la forma, patrón y estilo de elaborar las políticas, acerca de sus éxitos y fracasos en diversas áreas de asuntos públicos”².

En esta perspectiva el objetivo específico de la investigación es describir como se definió, diseño y puso en funcionamiento la política de Municipios y Comunidades Saludables en nuestro país desde el ángulo de su eficacia político-administrativa y social. De esta manera se analiza la implementación y dirección resaltando la continuidad y permanencia entre las autoridades locales, así como el involucramiento y apropiación de ésta política por parte de la ciudadanía, dando como resultado cambios en los estilos de vida de la población para mejorar su salud. Con ello describimos el punto alcanzado

¹ Citado en Aguilar Villanueva, Luis F., *El Estudio de las Políticas Públicas*, (Antología), México, Miguel Ángel Porrúa, 1992, p.47.

² Aguilar Villanueva, Luis F., Op. Cit., p.6.

sobre los objetivos planteados en el programa y se determina el grado de éxito o desviación en la población a la que se dirige.

En México durante muchos periodos de gobierno los planes y programas sociales se desarrollaron bajo formas tradicionales de hacer políticas nacionales, los cuales planteaban la elaboración de estrategias globales para la resolución de problemáticas específicas, con una visión centralizada y homogénea de éstas y que con la sola asignación de recursos presupuestales se obtendrían soluciones a los diversos problemas de nuestro país. En este trabajo se plantea como una premisa que en materia de diseño e implementación de la política social del Estado, se reconoce que si bien es cierto que las malas políticas sociales pueden tener efectos negativos a la población, también es verdad que no toda la política social es inevitablemente mala.

En los últimos años se ha reunido un número cada vez mayor de información que evidencia a los programas efectivos para mejorar los resultados sociales y a aquellos que no lo son. En la implementación de políticas públicas bien diseñadas, algunas políticas sociales han sido herencias positivas para los gobiernos que las ejecutan y son un activo crítico para mantener el desarrollo social sostenido. De hecho su eficacia será más importante en la medida que el cambio tecnológico, el aprendizaje institucional y la globalización aumenten las oportunidades para los sectores sociales a quien están dirigidas y cuenten con habilidades y recursos, en comparación con aquéllas que no cuentan con éstos.

En materia de salud –como en otros ámbitos- los programas sociales exitosos para alcanzar sus metas requieren estrategias flexibles y adaptativas, para que las iniciativas lleguen a un mayor número de actores e involucren a los usuarios en cada etapa del diseño y ejecución de la política. En el caso del programa de Municipios y Comunidades Saludables se plantean como estrategias fundamentales el involucramiento de la autoridad local mediante el desarrollo de proyectos de salud propios en diversos temas y la participación activa de los individuos y de la comunidad mediante la capacitación y la educación para el autocuidado de su salud durante las diferentes etapas de la vida.

Por lo anterior manejamos como hipótesis de trabajo que la definición y el diseño de la política pública de municipios y comunidades saludables, preconcebida en la administración federal, implementada por los estados y ejecutada por los gobiernos municipales ha sido una política que se ha adecuado a las condiciones sociales, económicas y políticas donde se ha adoptado y ha reflejado ser eficiente y eficaz en su desarrollo como un programa gubernamental de contenido social en el campo de la salud.

Asimismo, se describirá que la metodología que aplica este programa se refleja en la descentralización de las decisiones y acciones en beneficio de la salud de quienes las ejecutan en el ámbito local y de la comunidad. Esto los convierte en actores de transformación y desarrollo de una nueva forma de hacer política social y ha propiciado una importante permeabilidad y participación social

dando como resultado una trascendencia temporal más allá de los períodos de gobierno en los tres niveles.

De esta manera la tesis está estructurada por la Introducción, cuatro Capítulos, Bibliografía, un Glosario de términos y un apartado de Anexos. En el Capítulo 1, hacemos una exposición histórica de como se fueron presentando las condiciones sociales en el campo de la medicina y la salud en Europa a finales del Siglo XIX, debido al desarrollo del sistema capitalista y al auge de la Revolución Industrial, lo que llevó a conocer las condiciones de salud en países desarrollados como Inglaterra, Francia, Prusia y Alemania a finales de la década de 1800 y como se fueron conformando los conceptos de prevención y promoción de la salud. De ahí pasamos a analizar en los años 60's y 70's del siglo XX, los argumentos de la epidemiología y la medicina social para integrar dentro de la salud pública, el marco conceptual y de referencia de la promoción de la salud que se concretó en 1986 en la 1era. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud y en el documento base y vertebral denominado la 'Carta de Ottawa'. Enseguida, se hace mención al marco institucional y al papel que juegan la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), como agencias internacionales en el área de la salud en la definición de políticas de promoción de la salud. Finalmente en éste capítulo analizamos el marco teórico y conceptual del diseño y desarrollo de políticas locales en materia de salud.

Para contextualizar la política social en materia de salud en nuestro país en el Capítulo 2 iniciamos con la explicación de cómo se ha desarrollado históricamente el concepto de política social y como está enlazado con la política económica en la definición y elaboración de planes y programas gubernamentales. A continuación se describe el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 como documento estratégico base en la conformación del Programa Nacional de Salud para la ejecución de políticas en salud en el país. Derivado de éste programa nacional, posteriormente describimos la definición, la visión, misión y objetivos del Programa de Acción: Comunidades Saludables, considerado en este caso, como fundamental en el estudio de la tesis y como una política pública en salud con implicaciones en el ámbito local.

En el Capítulo 3 explicamos el papel de las autoridades municipales en la implementación y ejecución de políticas en salud y el caso particular de Municipios Saludables. En principio realizamos una breve revisión de las modificaciones y reformas que ha tenido el Artículo 115 Constitucional, relativas a las atribuciones y responsabilidades que los ayuntamientos tienen en materia de salud, llegando a considerar y poner en perspectiva la necesidad de elaborar reformas más integrales para fortalecer al municipio. Por otra parte, exponemos como surge el movimiento de municipios saludables en Latinoamérica y de cómo se adopta la estrategia en México en el contexto actual y se convierte en programa, asumiendo su metodología con el desarrollo de los talleres intersectoriales de planificación de acciones en salud. Por último en este capítulo se describen y analizan las guías y herramientas metodológicas utilizadas en la ejecución de la política de municipios saludables.

Para el Capítulo 4 se enuncian los obstáculos y las limitaciones más representativas presentadas para la aplicación de la política de municipios saludables, como son los actores políticos y los paradigmas de la burocracia en la administración pública en los diferentes ordenes de gobierno, realizando un análisis comparativo de la cultura organizativa y su relación en el ámbito local --sobre todo en la administración municipal considerando la diversidad y el grado de desarrollo que tienen los ayuntamientos. También se analiza y reflexiona sobre la burocracia como actor político en la ejecución de la política y se concluye sobre el predominio de la voluntad política del presidente municipal para facilitar o impedir la implementación de la política pública. Por otra parte se hace referencia a la limitación temporal que tiene el ejecutivo local el cual al iniciar algún proyecto en salud y por la importancia del tema o por la repercusión en la salud pública de su población pretenda darle continuidad se lo impide su período de gobierno municipal.

Al final de éste capítulo se tiene un apartado con las Conclusiones del trabajo de investigación donde se realiza una reflexión sobre la implementación como política pública de la estrategia de municipios y comunidades saludables; en esta reflexión se destaca la participación de las diferentes autoridades y sectores sociales en los municipios, así como el establecimiento de alianzas entre los mismos, acciones sin las cuales el movimiento no hubiera prosperado y se resalta la participación de las propias comunidades en la solución de sus problemas de salud. Cabe mencionar que las conclusiones se elaboran desde la perspectiva de la práctica profesional y personal en la administración pública federal donde se cuenta con la información, el panorama y la experiencia de aplicación de la política en el entorno nacional. Por considerarlo importante para el tema y por estar ligado con la implementación en México, en el apartado de conclusiones también mencionamos las consideraciones que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hace en torno a la estrategia en América Latina. Por último, en torno a los más de diez años de ejecución de ésta política pública, se enumeran los acontecimientos más relevantes que ha vivido y se plantean algunas expectativas en el futuro mediano e inmediato en nuestro país.

Capítulo 1. Las políticas públicas de prevención y promoción de la salud en el contexto del Estado Mexicano.

En este capítulo iniciaremos con una revisión histórica del siglo XIX en el campo de la medicina social, la cual nos ilustra sobre los antecedentes inmediatos y los orígenes de la promoción de la salud. Enseguida describiremos el proceso que se desarrolló durante el siglo XX para la construcción del marco de referencia de la disciplina de Promoción de la Salud, que se concretó con la *Carta de Ottawa* en 1986 con la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud y su agenda de acciones a realizar; posteriormente revisaremos el enunciado de 'promoción de la salud' y otras definiciones, así como las controversias, los obstáculos y las dificultades en el desarrollo del concepto y mencionaremos otras propuestas complementarias.

Continuaremos con una descripción sucinta de los trabajos y compromisos hechos en las cuatro Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud realizadas en diversos países del mundo, para llegar a analizar los objetivos y la declaración ministerial de la 5ta. Conferencia Internacional, llevada a cabo en México en el año 2000. De aquí haremos referencia al vínculo de la estrategia de cooperación técnica que existe de las agencias internacionales en salud (OMS/OPS), con las instituciones nacionales y la relación con el marco de las políticas públicas de promoción de la salud.

Finalmente, en este Capítulo concluiremos con la descripción teórica y conceptual en el diseño e implementación de políticas públicas locales; así como la exposición del origen y desarrollo de políticas públicas en materia de salud en el contexto local, que dio como resultado la estrategia de los sistemas locales de salud (SILOS) y su vinculación con la participación social y comunitaria en dichos sistemas.

1.1 El marco institucional de las políticas públicas de promoción de la salud y el contexto internacional.

1.1.1 Origen y antecedentes de la promoción de la salud.

El siglo XIX fue de una gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fisiología y medicina preventiva. Son muchos los nombres ilustres de esta época como Bernard, Pasteur, Jenner, Finaly, Show, etcétera; aquí se mencionarán solamente aquellos que contribuyeron más al campo de la promoción de la salud, es decir a las relaciones entre salud y condiciones de vida determinantes de enfermedad.

Es a mediados de este siglo cuando surgen con fuerza los conceptos de medicina social y la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida. La revolución industrial de Inglaterra puso en evidencia las terribles condiciones de vida de los trabajadores incluyendo mujeres y niños, que trajo como consecuencia una gran mortalidad prematura y por consiguiente grandes pérdidas en capital humano.

Algunos hombres ilustres de esta época figuran en la historia del tema que se viene tratando. Entre ellos, Edwin Chadwick, que jugó un papel preponderante en la revisión de las Leyes de Pobres y se colocó entre los pioneros de la salud pública inglesa. La publicación que más se le conoce es el Informe de las Condiciones Sanitarias de la Clase Trabajadora "Report on the Sanitary Condition of Labouring Class-" (Chadwick 1842). Hoy, se le considera también como un visionario de las ciudades saludables por su enorme contribución al mejoramiento de sus condiciones sanitarias.

Del mismo período es el francés Louis René Villarmé, autor también de denuncias sobre la salud de obreros de la industria textil de Francia. Otro nombre menos citado en la literatura especializada, es el de Federico Engels, quien no siendo del área de la salud, escribió varias obras sobre las enfermedades y sufrimientos de los trabajadores; Engels por su parte, describió las enfermedades ocupacionales, las enfermedades infecciosas, la tuberculosis, los efectos de las toxinas ambientales, el alcoholismo, los accidentes, y las raíces de la enfermedad y de la muerte prematura de los trabajadores de Inglaterra. También analizó la mala distribución del personal médico y efectuó un estudio epidemiológico sobre mortalidad y clase social.

Se puede decir que el más grande representante de esta época, considerado el padre de la medicina social y que no es posible desconocer en la historia de la promoción de la salud, es el patólogo alemán Rudolf Virchow, muy conocido por sus hallazgos científicos sobre los cambios patológicos en las células humanas, y que para asombro de muchos, se convirtió en uno de los más célebres "salubristas-políticos" de la historia. Por circunstancias políticas de la época, fue Virchow el elegido por el gobierno de Prusia para estudiar la terrible epidemia de tifo que azotaba la provincia de Silesia en el invierno de 1847-1848, cuyos resultados son clásicos en la historia de la Salud Pública. El estudio, contenía "los hallazgos más finos clínicos y patológicos inmersos en un análisis asombrosamente competente "antropológico", sociológico y epidemiológico" (Ackerknecht 1953). Las recomendaciones de dicho informe se dirigieron a proponer que medio millón de paupérrimos de la Silesia Alta, tuvieran "completa e ilimitada democracia o educación, libertad, y prosperidad" Exactas recomendaciones se pueden hacer hoy para alcanzar la equidad, dentro de una verdadera promoción de la salud.

En términos prácticos lo que Virchow recomendaba era lo que la promoción de la salud reconoce hoy como pre-requisitos para ser saludables: a) que la gente oprimida de Silesia tuviera derecho a comunicarse en su propia lengua polaca, b) tener un gobierno autónomo elegido por ellos, c) separación Iglesia/Estado, d) que los impuestos se trasladaran de los pobres a los ricos, e) que se mejorara la agricultura y las vías de acceso, y e) que se crearan asociaciones (cooperativas); en otras palabras que se "empoderaran" esos grupos de excluidos, para usar los términos de hoy. La importancia de este trabajo radica en que Virchow se atrevió a declarar abiertamente que las causas o determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre.

Posteriormente, este prestigioso médico, político, antropólogo y sanitarista, se envolvió en un movimiento de reforma de la Medicina criticando duramente la práctica médica inhumana basada en el “amor por el dinero”. Por esta causa, desarrolló un activismo político y fundó un periódico denominado Reforma Médica en el que se debatían los temas de la necesidad de una verdadera salud pública ejercida por el Estado para garantizar la corrección de las condiciones que afectaban la salud de los más desfavorecidos.

En este breve recuento de la revolución que se inició en la salud pública del siglo XIX, se menciona a un hombre que hizo una trascendental contribución a los enfoques más integrales e intersectoriales, que se buscan hoy en propuestas de ciudades y municipios saludables, y es el de William H. Duncan, primer jefe local de salud de Liverpool, considerado el verdadero precursor de los proyectos de ciudades sanas en Europa (Ashton y Seymour 1988). Duncan lideró un movimiento de mejora de estándares de la vida, centrado en un cambio ambiental en su sentido más amplio.

En este mismo periodo la historia más reciente que antecedió a la renovación de principios y la construcción teórico-práctica de la Promoción de la Salud, se inicia precisamente con Henry Sigerist, uno de los más brillantes salubristas de todos los tiempos y que concibió las cuatro funciones de la medicina así:

La promoción de la salud
La prevención de la enfermedad
La restauración del enfermo, y
La rehabilitación.

Fue el primero en usar el término de Promoción de la Salud para referirse por un lado, a las acciones basadas en la educación sanitaria y por el otro, a las acciones del estado para mejorar las condiciones de vida. El Programa de Salud propuesto por Sigerist consistió en:

1. Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud.
2. Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente.
3. Mejores medios de recreación y descanso
4. Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado.
5. Centros médicos de investigación y capacitación.

A Sigerist se le puede considerar también como el precursor de las “Escuelas Saludables” cuando dice: la escuela es una de las instituciones más importantes de salud pública. Su influencia se mantiene aún en los círculos más prestigiosos de formación y discusión de la salud pública.

Otro nombre importante de este siglo es el de Thomas McKeown, quien documentó científicamente los hechos que prueban que la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840, se debió en mucho mayor proporción al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios

favorables en el nivel de vida de los ingleses y no, a las intervenciones de tipo médico. En sus propias palabras: “El problema de la salud en los últimos tres siglos se debió esencialmente al suministro de alimentos, la protección contra los accidentes y la limitación del número de individuos; la ciencia médica y los servicios aportaron una importante contribución al control de los riesgos, pero un control limitado, por medio de la inmunización y el tratamiento...para reconocer que la mejoría de la salud probablemente llegue en el futuro, como en el pasado, de la modificación de las condiciones que llevan a la enfermedad más que de la intervención en el mecanismo de la enfermedad después que se ha presentado”.

Ya en el siglo XX, los argumentos de McKeown se consideran fundamentales en el marco teórico de la Promoción de la Salud que centra sus intervenciones en los determinantes de la salud (Evans, Barer y Marmor 1996, pp. 237-253). En América Latina, son dignas de mención las corrientes de medicina social y de “epidemiología social” en las décadas 60 y 70, que hicieron importantes cuestionamientos críticos a la teoría y práctica de la salud pública, y que contaron con grandes pensadores de la salud pública, especialmente en Ecuador, México y Brasil.

El desarrollo que se presentó posteriormente, pertenece a la construcción del marco de referencia de la nueva disciplina de la Promoción de la Salud en las últimas dos décadas de este siglo. En dicho marco, se destacan diversos documentos con planteamientos, declaraciones, informes de conferencias internacionales de los que se tomaron los principios, estrategias y mecanismos que han hecho posible pasar del discurso a la acción en la nueva salud pública, como se conoce a la Promoción de la Salud, y que quedaron en gran parte incluidos en la Carta de Ottawa de 1986.

En 1986 -fecha que marca un hito en la promoción de la salud- la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social del Canadá organizaron, en Ottawa, Canadá, la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, a la que asistieron representantes de 38 países. Producto de dicha conferencia fue el ahora famoso documento conocido como la “Carta de Ottawa”,³ que, formulado básicamente a partir de las propuestas de Lalonde, desde ese momento se convertiría en marco de referencia obligado para la promoción de la salud en el mundo, pues no sólo planteó sus contenidos esenciales, sino que dio lugar a una serie de acciones concretas.

En la “Carta de Ottawa” se define la promoción de la salud de la siguiente manera:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un

³ PARA CONSULTAR EL TEXTO ÍNTEGRO DE LA “CARTA DE OTTAWA”, VÉASE EN LA SECCIÓN ANEXOS, EL NO. 1 AL FINAL DE LA INVESTIGACIÓN.

individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar el medio ambiente o adaptarse a él. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por lo tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario [OMS, 1996: 367].

En la definición anterior hay implícito un concepto de salud que es conveniente detallar. La OMS no define la salud como la ausencia de enfermedad sino como un estado integral de bienestar físico, mental y social, como un recurso indispensable para la vida, pero no como el objetivo final de la misma. Es decir, constituye apenas la premisa fundamental para el desarrollo de una existencia individual plena y satisfactoria.

Por otra parte, la “Carta de Ottawa” hace hincapié en ocho requisitos indispensables para que los grupos y los individuos accedan a la salud: paz social; educación; vivienda digna; alimentación adecuada; ingreso económico suficiente; ecosistema estable; justicia social y equidad. Agrega que cualquier progreso que se desee obtener en este renglón debe estar firmemente basado en tales requisitos.

A fin de conseguir sus objetivos, la promoción de la salud tiene que servirse de varias estrategias que incorporen enfoques diversos y complementarios: modificaciones y nuevas propuestas legislativas, medidas fiscales y tributarias, cambios de organización, entre otras. Un aspecto fundamental para el funcionamiento de tales estrategias es la participación coordinada de todos los actores implicados en la tarea: los distintos órdenes de gobierno, el sector salud, los diversos sectores sociales y económicos, las organizaciones de beneficencia, las autoridades locales y principalmente, los habitantes de la comunidad.

La “Carta de Ottawa” rechaza de manera tajante los conceptos tradicionales de educación para la salud, en los que la población desempeña un papel meramente receptivo de los programas elaborados por los especialistas de la salud, y, contrariamente, exige como requisito indispensable la participación activa de la población. Subraya, además, que las personas no podrán alcanzar la plena salud mientras no tomen el control de todos los procesos que la condicionan, esto es, mientras no logren lo que se ha dado en llamar su empoderamiento.⁴

Por ello, entonces, para el desarrollo de sus estrategias, este documento considera fundamental el fortalecimiento de las acciones comunitarias. Es

⁴ Este concepto ha sido discutido en el contexto latinoamericano y ha sido definido de diferentes maneras por los sociólogos. En el contexto de la promoción de la salud suele considerarse como el “proceso de acción social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de la vida en comunidad, y justicia social” (Wallerstein, 1992, cit. en Restrepo y Málaga, 2001). Consultese también en el GLOSARIO.

decir, la promoción de la salud se hará realidad sólo con la participación efectiva y concreta de la comunidad en la realización de las siguientes tareas: determinación de las prioridades, toma de decisiones, diseño y puesta en operación de estrategias de planificación con miras a conseguir mejores niveles de salud. Todo ello sin perder de vista que el éxito de tales procesos dependerá directamente del poder real que tengan las comunidades para controlar y determinar el desarrollo de dichos procesos.

Al final de la década de los años ochenta, la Promoción de la Salud ha tenido un gran auge en la implantación de proyectos y programas que persiguen mejorar no sólo la cantidad sino la calidad de vida de la gente, pero también ha traído grandes controversias para definir cuál es realmente su campo de acción y ubicación dentro de la salud pública. Terris (1992) afirma: “Existe una gran confusión con relación al concepto de Promoción de la Salud. Este es un concepto amplio, y la tendencia ha sido, para diferentes grupos limitarse a uno u otro aspecto de la formulación completa”, y se refiere en particular a la confusión que introdujo la publicación del documento del Cirujano General de los Estados Unidos en 1979, titulado “Gente Saludable: Informe del Cirujano General sobre Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad” que definió la primera en términos de estilos de vida y, la prevención de la enfermedad, como la protección de la población de los riesgos ambientales. Según Terris, este enfoque condujo a una variedad de interpretaciones sobre el papel de la Promoción de la Salud y a su limitación de cambios en estilos de vida, que en nuestro concepto, han ocasionado muchos problemas para la definición del campo de acción de la Promoción de la Salud en el ámbito de las instituciones de salud.

Otro problema presentado fue el surgimiento de dos corrientes, cada una de las cuales privilegia una dimensión de la Promoción de la Salud. La primera, especialmente fuerte en Estados Unidos, prioriza los cambios de comportamientos o estilos de vida mediante intervenciones más individuales. La otra, defiende la acción socio-política que involucra más actores y trasciende al sector de la salud; en esta corriente se han ubicado más los canadienses y los europeos, con el desarrollo de experiencias más integradas y multisectoriales como las de ciudades saludables por ejemplo.

En último término, la falta de claridad sobre los fines últimos de la Promoción de la Salud, que se dirigen a conseguir sociedades más saludables en el sentido más holístico⁵, y de entender que se implanta con modelos socio-ecológicos para obtener respuestas a los problemas de tipo socio-políticos, ha dificultado el desarrollo y aplicación del concepto en nuestros países.

Concretamente en los países de América Latina y el Caribe, la incorporación de la Promoción de la Salud como una de las estrategias para el logro de la

⁵ Vocablo de origen anglosajón que designa procesos relacionados con sistemas completos, enteros, en lugar de ocuparse del análisis, el tratamiento o la disección de las partes de un todo; se utiliza en medicina y ecología, principalmente.

equidad, no ocurrió tan rápido después de la Conferencia de Ottawa en 1986, lo que motivó la realización de las conferencias regionales en Santa Fe de Bogotá, Colombia (1992) y de Puerto España, Trinidad y Tobago (1993). En éstas se llevó a cabo la discusión sobre algunos de los aspectos controversiales, como única forma para avanzar y conseguir mayor comprensión de los alcances de la Promoción de la Salud y lograr más uniformidad, claridad y coherencia conceptual, y mejores resultados en la búsqueda de la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

En este tenor, para muchos no es claro si la Promoción de la Salud es una ciencia, una disciplina, una política, o un programa. La mejor concepción sobre el término, en opinión de Bunton y Macdonald (1992) es que se acerca más al concepto de una “disciplina académica o mejor aún a un conjunto (set) de varias disciplinas académicas”, es decir, que la Promoción de la Salud incorpora una serie de disciplinas dentro de su marco teórico-práctico, entre las cuales se identifican las siguientes: política social, educación, sociología, psicología, epidemiología, comunicación, mercadeo social, filosofía y economía. Lo interesante es que esta mezcla no resulta en una “colcha de retazos”, sino que con elementos de todas esas disciplinas, crea un nuevo “vestido” que tiene identidad propia y aplica técnicas y metodologías que requieren un alto grado de experticia, creando así una fuerza multidisciplinaria para producir “bienes sociales” en la forma más efectiva, ética y equitativa posible.

Una pregunta muy pertinente que surge es: ¿Qué papel juega la medicina en esta concepción de la Promoción de la Salud? Es claro que la medicina, en lo que toca con lo social (medicina social) tiene mucho que ver con ella, pero es la salud pública la que prácticamente se confunde con la Promoción de la Salud. Por ello, la llamada “nueva salud pública” (Ashton y Seymour 1988, Kickbush 1994) se basa en los nuevos conceptos, estrategias y métodos de la Promoción de la Salud y como tal, ofrece las mejores potencialidades para fortalecer y apoyar un movimiento social, que busque un mejor nivel de salud y de calidad de vida de los diversos grupos de población en los diferentes territorios. Se le reconoce por ello, el carácter unificador que reúne diversos campos de estudio para lograr múltiples acciones; esto es, lo que le da el carácter de política, por cuánto envuelve aspiraciones que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y los grupos, para cambiar las condiciones negativas a su pleno desarrollo.

Por desgracia la práctica de la salud pública, al parecer no ha evolucionado al mismo ritmo en que ha evolucionado la Promoción de la Salud, trascendiendo la exclusividad del accionar médico, a la expansión a otros campos determinantes de ganancias en bienestar de las poblaciones humanas. El trabajo de Salud Pública / Promoción de la Salud, no se puede continuar circunscribiendo a los despachos de los funcionarios de salud, sino que tiene que realizar en los espacios y gabinetes de gobernantes locales, líderes políticos, gerentes de otros sectores, organizaciones comunitarias de diversas índole, empresas privadas, organizaciones no-gubernamentales, etcétera. Esta nueva forma de actuar para conseguir el más alto compromiso de lograr una sociedad no sólo más productiva, sino más justa y equitativa, constituye la

esencia de lo que persigue la Promoción de la Salud, y por ende la salud pública.

Algunas definiciones de promoción de la salud

Existen varias definiciones de Promoción de la Salud, entre las cuales se citan las siguientes:

- Carta de Ottawa (1986 -ya referida-): “La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” Más que una definición, es una propuesta para volver a la gente como la única que puede llegar a alcanzar el poder de transformar su realidad y de tomar las decisiones para ello.
- OPS/OMS (1990): “La Promoción de la Salud es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”. Esta definición fue aprobada por los Ministros de Salud de los países miembros de las OPS/OMS en 1990, lo que revela que debieron pasar cuatro años desde Ottawa, antes que en esta región se hicieran los compromisos gubernamentales para incluir la Promoción de la Salud como un componente de las políticas nacionales de salud.
- Hancock (1994): “La Promoción de la Salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder”. “Puede decirse que la Promoción de la Salud es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política”.

Este experto, enfatiza la interrelación íntima entre la salud y el poder, o la capacidad de los grupos para influir en políticas públicas que mejoren sus condiciones de vida y para tomar decisiones que atañen a su propia salud y calidad de vida.

Nutbeam (1986): “La Promoción de la Salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir”. Es una descripción más completa para facilitar la comprensión de la Promoción de la Salud y su carácter unificador

Kickbusch (1994): “Promoción de la Salud no es el trabajo social de a medicina, por el cual pueden conseguirse unos pocos dólares extras.

Realmente trata acerca de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política basada en los determinantes de la salud”. Esta autora considera que la Promoción de la Salud ofrece espacios sociales legítimos, para asumir el desafío del cambio de una agenda centrada en el consumo de servicios de atención médica, hacia la producción social de la salud con democracia y participación, en la que la Promoción de la Salud está profundamente comprometida.

Se puede continuar con una larga lista de citas sobre conceptos y definiciones para percibir las diversas interpretaciones sobre los alcances de la Promoción de la Salud. Sin embargo, es coincidente que el concepto, se dirige a modificar fundamentalmente los determinantes de la salud, entendida ésta, como el bienestar y la óptima calidad de vida.

Un aspecto que vale la pena considerar en detalle sobre los conceptos y definiciones de la Promoción de la Salud, es el de las dos dimensiones en que se implantan las intervenciones: la individual y la poblacional o colectiva, aunque como se ha visto, para muchos expertos ésta se refiere siempre a la dimensión poblacional. Sin embargo, se acepta que hay algunas intervenciones promocionales en el ámbito personal, dirigidas a lograr cambios conductuales que genéricamente se conocen como los “estilos de vida”.

El ámbito más social, más “estructural”, es donde se plantean las acciones para modificar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos, para influir en las causas últimas o determinantes de las condiciones vida/salud. Lo importante, es que ambos niveles estén conectados, por que no se pueden concebir actividades educativas dirigidas al individuo para que cambie su comportamiento, separadas del marco de políticas públicas saludables y de procesos participativos de empoderamiento.

Por otra parte, a pesar de la aceptación generalizada del concepto de promoción de la salud propuesto por la “Carta de Ottawa”, éste ha tropezado con algunos obstáculos y dificultades a la hora de precisar y desarrollar algunos de sus componentes, ya que se trata de un concepto amplio que ofrece grandes posibilidades de interpretación y enriquecimiento. Entre las dudas que se han generado —teóricas y conceptuales como ya se ha referido— en torno a él se encuentra la indefinición de su campo de acción y de sus relaciones con el de la salud pública (Restrepo, 2001c: 28). También el hecho de que ha dado lugar a la aparición de tendencias que privilegian diferentes dimensiones de la promoción de la salud: por un lado, las que otorgan mayor importancia a los cambios de conducta y estilos de vida individuales (Estados Unidos); por otro, las que trascienden las funciones del sector salud y promueven acciones sociales y políticas que involucran a los diferentes sectores de la comunidad (Europa y Canadá) (Restrepo, 2001c: 28). Finalmente, la falta de precisión al momento de definir los objetivos finales de la promoción de la salud —el carácter holístico de la salud que se propone conseguir y la concepción sociopolítica de las estrategias a ello dirigidas— ha generado también algunos malentendidos y, por ello, retrasos en su desarrollo y aplicación, principalmente en Latinoamérica.

De hecho, además de la definición asentada en Ottawa, la promoción de la salud ha recibido otras definiciones por parte de instituciones e investigadores. Las diferencias existentes entre ellas revelan la diversidad de interpretaciones pertinentes, así como la variedad de sus alcances. No obstante, en todas figura un elemento invariable: el interés fundamental de la promoción de la salud consiste en modificar los factores condicionantes de la salud, concebida como un estado de bienestar físico, mental y social y la mejor calidad de vida posible.

En esta perspectiva los investigadores no se han puesto todavía de acuerdo en relación con el carácter de la promoción de la salud: ¿se trata de una ciencia, de una disciplina, de una política o de un programa? El consenso general parece apuntar a definirla como una disciplina que se auxilia con la participación de otras como la sociología, la psicología, la jurisprudencia, la epidemiología, la ecología, la medicina social, la filosofía, la economía, la pedagogía, el urbanismo y las ciencias de la comunicación, entre otras. Es un hecho que la medicina social está íntimamente relacionada con la promoción de la salud, y ésta, a su vez, se confunde con la salud pública; incluso algunos autores se han referido a la “nueva salud pública” como una disciplina que, basada en los novedosos conceptos, métodos y estrategias de la promoción de la salud, se propone “fortalecer y apoyar un movimiento social que busque un mejor nivel de salud y de calidad de vida de los diversos grupos de población [...]” (Restrepo, 2001c: 29).

Sin embargo, salud pública y promoción de la salud no se han desarrollado suficientemente, pues la primera no ha logrado desembarazarse del lastre que significa concebirla indisolublemente ligada a la práctica médica, y ambas están todavía atadas a las decisiones de escritorio que toman unilateralmente los funcionarios de salud (Restrepo, 2001c: 29).

Como ya se mencionó, además en 1986 en la “Carta de Ottawa” se planteó la agenda para la acción de la promoción de la salud. Las cinco áreas de trabajo en que se dividió la promoción de la salud son las siguientes: 1) diseño y ejecución de políticas públicas saludables, 2) creación de entornos favorables para la salud, 3) fortalecimiento de la acción comunitaria, 4) desarrollo de las aptitudes y actitudes personales y 5) reorientación de los servicios de salud.

1. Diseño y ejecución de políticas públicas saludables. Desde la Conferencia de Adelaida, Australia (1988), el área de políticas públicas saludables se convirtió en tema privilegiado de la agenda mundial de promoción de la salud. No obstante, en los países en desarrollo tuvo en un principio grandes dificultades para ponerse en marcha, debido principalmente a la demora que mostraron los gobiernos para incorporar las propuestas concretas en sus agendas. En la actualidad es un proceso en curso que va tomando mayor ímpetu, cuando menos en algunos países.

La creación de estrategias públicas saludables requiere un trabajo político que permita el establecimiento de una relación estrecha entre la ciudadanía y los gobiernos, principalmente locales, que identifique los problemas de salud por orden de importancia para diseñar y ejecutar políticas públicas saludables de

manera conjunta. Se ha comprobado que la puesta en operación de políticas públicas saludables es más fácil y eficiente en las localidades, debido a que la relación entre gobernantes y gobernados es más cercana, ya que es aquí donde los problemas de salud los padece la comunidad; sin embargo, esto no invalida la creación de políticas públicas saludables por parte de los otros órdenes de gobierno, pues es evidente que algunas de ellas deben ser diseñadas e implementadas precisamente por las autoridades estatales y federales para que sean eficaces.

2. Creación de entornos favorables para la salud. El mejoramiento del entorno global de las comunidades es la segunda área de trabajo de la agenda de promoción de la salud. Al igual que la anterior, descansa principalmente en el trabajo político y es, de hecho, dependiente del diseño y la realización de políticas públicas saludables. Tales políticas varían necesariamente en función de las condiciones de vida de las comunidades y por ello serán radicalmente diferentes en las naciones industrializadas y en los países en desarrollo. En éstos, por ejemplo, las necesidades más urgentes de la población tienen que ver con los servicios más imprescindibles, como el acceso al agua limpia, el drenaje, la disposición de la basura, etcétera.

La creación de entornos saludables incluye el desarrollo de los llamados microambientes —la escuela, la fábrica, el condominio, etc. — que es importante incorporar de inmediato a las políticas de promoción de la salud, y la construcción de ambientes culturales, de recreación y deportivos.

3. Fortalecimiento de la acción comunitaria. Es imprescindible subrayar la importancia que tiene la participación de la comunidad en los programas y las estrategias de promoción de la salud, es un elemento esencial e indispensable para que las personas se organicen, decidan y actúen de conformidad con los intereses y necesidades de las comunidades de que forman parte. Es decir, para crear canales de comunicación, mecanismos de negociación y conciencia social sobre los derechos de los individuos; lo cual se convertirá en la vía para conseguir su empoderamiento.

Una comunidad que ha logrado ejercer el control de los procesos que determinan su dinámica social trasciende con mucho el ámbito de la promoción de la salud; se convierte en una comunidad que cuenta con las herramientas para planear, decidir y realizar su propio desarrollo económico, político y social; y, promover los valores, actitudes y prioridades que ella misma decida.

En este sentido conviene señalar que lograr el empoderamiento de los grupos sociales no es un proceso fácil, ya que éstos tienen que remontar muchos obstáculos en el camino, empezando por la inercia que hay que vencer para conseguir la participación comunitaria generalizada. Así, por ejemplo, tienen que enfrentarse a la manipulación o deformación que de sus causas suelen hacer, en ocasiones, tanto sus propios líderes como las autoridades gubernamentales. En la actualidad existen numerosos ejemplos de procesos de participación comunitaria que hacen concebir esperanzas de una tendencia generalizada en este sentido.

4. Desarrollo de las aptitudes y actitudes personales. Por su relación con la educación para la salud, esta área de la promoción de la salud ha sido la que más rápidamente ha encontrado respuesta entre la gente. El concepto en que sustenta su práctica es el de estilo de vida saludable, el cual ha sido definido por la OMS de la siguiente forma:

El término estilo de vida se utiliza para designar una manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales [Nutbeam, 1996: 387].

El anterior es un concepto amplio que incorpora no solamente aquellas actitudes reconocidas generalmente como saludables —el ejercicio físico, la sana alimentación y la negativa al consumo de drogas—, sino también otras que tienen repercusión en la vida de la comunidad, como la convivencia, la solidaridad y el respeto a los demás.

Esta área de acción de la agenda para la promoción de la salud muestra como ninguna otra, su interdependencia respecto de las otras, pues resulta evidente que los individuos o los grupos no podrán adquirir determinadas aptitudes o modificar ciertas actitudes si no cuentan con las políticas públicas o los entornos favorables para conseguirlo. Una persona o comunidad no podrá modificar sus hábitos alimenticios, por ejemplo, si no existen políticas públicas diseñadas para permitirle cuando menos el acceso a los alimentos indispensables, ya no digamos para seguir una dieta estrictamente balanceada. Lo mismo se podría decirse de otros aspectos de la vida cotidiana que dependen de servicios básicos como el acceso al agua limpia o la disposición de la basura, para citar sólo dos ejemplos.

5. Reorientación de los servicios de salud. Esta área de la agenda de promoción de la salud estaba ya implícita en el informe rendido por Lalonde en 1974: invertir en la promoción de los mecanismos de prevención de la enfermedad en lugar de utilizar todos los recursos en la cura de enfermedades que pudieron haberse evitado.

Desgraciadamente, el trabajo emprendido en esta área ha tropezado en algunos países con no pocos obstáculos; entre éstos se encuentran la incomprensión del concepto y las estrategias de la promoción de la salud por parte de quienes dirigen los servicios de salud pública y la tendencia, cada vez mayor, hacia la privatización de dichos servicios. En aquellos países en que esta área de la agenda está en marcha, la tarea ha consistido principalmente en la capacitación del personal de los servicios de salud en los conceptos y estrategias de la promoción de la salud.

Por otro lado, otros autores han realizado propuestas complementarias para enriquecer la agenda de promoción de la salud, además de las áreas de trabajo enunciadas en la “Carta de Ottawa”. Entre las estrategias propuestas se encuentran la reducción de las desigualdades, la promoción del autocuidado⁶,

⁶ La OMS define así la *autoasistencia* (en inglés, *self care*): “Actividades sanitarias organizadas de forma no oficial y la toma de decisiones relacionadas con la salud, que abarcan la automedicación, el

el apoyo mutuo entre individuos, grupos y comunidades, el impulso a la educación, y el fortalecimiento de los servicios de salud comunitarios.

En suma, aunque los trabajos relacionados con la promoción de la salud han empezado a realizarse en los distintos países del orbe, queda todavía la mayor parte por hacer. La tarea requiere el esfuerzo coordinado de individuos, comunidades e instituciones con el fin de modificar la organización y el funcionamiento de las estructuras de salud pública en los diferentes países, para que sus modos de operación den prioridad a la promoción de la salud por encima de la curación de las enfermedades. Condición fundamental para lograr esto será que los gobiernos otorguen a la salud un estatus prioritario en sus programas de gobierno, con la idea muy clara de que la salud, más que una tarea médica, es un proyecto social vinculado a responsabilidades políticas.

Por otra parte, es imprescindible desterrar algunos mitos muy difundidos acerca de la promoción de la salud: a) es barata; b) es una tarea fácil, y c) cualquiera puede hacerla. Si bien es cierto que la prevención de las enfermedades es menos onerosa que la curación y la rehabilitación de los enfermos, una labor eficiente de promoción de la salud requiere recursos económicos suficientes. También es erróneo pensar que la promoción de la salud consiste simplemente en elaborar carteles, volantes y periódicos murales; contrariamente, es una actividad que requiere planeación, metodologías, investigación y tecnologías. Finalmente, es cierto que todos pueden y deben colaborar en las actividades de promoción de la salud, pero es fundamental que los proyectos sean supervisados -cuando no alentados-⁷ por profesionales y personal capacitado en las materias involucradas con el fin de vigilar la pertinencia y la calidad de los procesos y lograr la eficacia y la eficiencia de los mismos.

1.1.2 La 5ta. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud.

La quinta conferencia mundial de promoción de la salud —*Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad*— se celebró del 5 al 9 de junio de 2000 en la ciudad de México. Esta conferencia se ha apoyado en los logros de las cuatro anteriores Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud, haciendo hincapié en particular en las prioridades de la última Conferencia celebrada en Yakarta, Indonesia, en 1997.

autotratamiento y los primeros auxilios en el contexto social normal de la vida cotidiana. Los autocuidados pueden considerarse como un recurso primario de salud del sistema sanitario y se prestan, por lo general, con carácter especial”. La OMS distingue el concepto anterior del de *autoayuda* (en inglés, *self help*): “Todas aquellas medidas llevadas a cabo por no profesionales para promover, mantener o restaurar el estado de salud de una comunidad determinada”, por ejemplo, la construcción de un sistema de eliminación de residuos sólidos (Nutbeam, 1996: 388).

⁷ *Alentados y supervisados* no quiere decir aquí *dirigidos*. Se trata, por el contrario, de utilizar en un principio *agentes catalizadores* ajenos a la comunidad para ayudar a poner en marcha los proyectos y supervisar sus procesos, los cuales serían diseñados y ejecutados por las propias comunidades. Además, paralelamente al desarrollo de los mismos, se prepararía a individuos de dichas comunidades para formar parte del personal capacitado en las diferentes disciplinas.

La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986 logró crear una visión al aclarar el concepto de promoción de la salud, destacando al mismo tiempo las condiciones y los recursos necesarios para la salud e identificando acciones claves y estrategias básicas que permitan aplicar la política de la OMS de Salud para Todos. *La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* identificaba requisitos previos para la salud, tales como la paz, un ecosistema estable, justicia social y equidad, y recursos como educación, alimentos e ingresos. Las acciones claves para promover la salud incluían la formulación de políticas públicas saludables, la creación de entornos propicios, el fortalecimiento de acciones comunitarias, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud. La Carta de Ottawa destacó por lo tanto la función de las organizaciones, los sistemas y las comunidades, al igual que los comportamientos y las capacidades individuales, en la creación de elecciones y oportunidades conducentes al logro de la salud y el desarrollo.

La formulación de políticas públicas saludables se exploró en mayor profundidad en la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Adelaide en 1988. Las políticas públicas de todos los sectores inciden en los factores determinantes de la salud y son un vehículo esencial para las acciones que reducen las inequidades sociales y económicas; por ejemplo, garantizar acceso equitativo a productos y servicios, al igual que a la atención de salud. Las *Recomendaciones de Adelaide sobre las políticas pública favorables a la salud* exhortaron a un compromiso político de todos los sectores en materia de salud. Se instó a los encargados de formular las políticas en los organismos que trabajan en diversos niveles (internacional, nacional, regional y local) a que aumentaran las inversiones en salud y consideraran el impacto de sus decisiones sobre la salud. Se identificaron cuatro áreas prioritarias de acción: apoyo a la salud de la mujer; mejora de la seguridad alimentaria, la inocuidad alimentaria y la nutrición; reducción del uso del tabaco y el alcohol; y creación de entornos propicios para la salud.

Esta última prioridad se convirtió en el énfasis de la Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Sundsvall, Suecia, en 1991. El conflicto armado, el rápido crecimiento demográfico, la alimentación inadecuada, la falta de medios de autodeterminación y el deterioro de los recursos naturales son algunas de las influencias ambientales identificadas en la conferencia como factores perjudiciales para la salud. La *Declaración de Sundsvall sobre los entornos propicios para la salud* recalcó la importancia del desarrollo sostenible e instó a la acción social a nivel de la comunidad, siendo las personas la fuerza impulsora del desarrollo. Esta declaración y el informe de la reunión se presentaron en la Cumbre para la Tierra de Río en 1992 y contribuyeron al desarrollo del *Programa 21*.

La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Yakarta, Indonesia, en 1997 examinó la repercusión de la *Carta de Ottawa* e incorporó a nuevos actores con el fin de afrontar los retos mundiales. Fue la primera de las cuatro Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud que se celebró en un país en desarrollo y la primera que incluyó al sector privado de una manera activa. Las pruebas presentadas en la conferencia y las

experiencias del decenio anterior indicaron que las estrategias de promoción de la salud contribuyen al mejoramiento de la salud y la prevención de las enfermedades en los países desarrollados y en desarrollo por igual. Estos resultados ayudaron a renovar el compromiso con las estrategias claves y llevaron a un mayor refinamiento de los enfoques para asegurar su constante pertinencia. La *Declaración de Yakarta sobre la Adaptación de la Promoción de la Salud al siglo XXI*⁸ identificó cinco prioridades.

Dichas prioridades fueron confirmadas al año siguiente en la *Resolución sobre Promoción de la Salud* aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1998:

1. Promover la responsabilidad social en materia de salud
2. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo
3. Ampliar y consolidar las formación de alianzas en pro de la salud
4. Aumentar la inversión en el desarrollo de la salud
5. Asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud

Al comenzar el nuevo siglo, persisten dos retos: demostrar y comunicar de mejor forma que las políticas y las prácticas de promoción de la salud pueden marcar una diferencia en la salud y la calidad de vida; y alcanzar una mayor equidad en la salud. La preocupación por la equidad es vital en el concepto de promoción de la salud y es el hilo conector de las conferencias previas y sus correspondientes declaraciones. Nuestra comprensión de los factores que motivan las inequidades en la salud ha mejorado apreciablemente. No obstante las desigualdades en las circunstancias socioeconómicas siguen aumentando y erosionando las condiciones necesarias para la salud. Por ello, la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud se concentró en lograr una mayor equidad tanto dentro de los países como entre un país y otro.

Objetivos de la Quinta Conferencia, estructura y procesos

La quinta conferencia mundial de promoción de la salud tuvo como meta general un examen del aporte realizado por las estrategias de promoción de la salud para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas. Fue organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/AMRO) y la Secretaría de Salud de México.

Los objetivos de la conferencia fueron:

- Ilustrar el impacto de la promoción de la salud en la salud y la calidad de vida, especialmente para las personas que viven en circunstancias adversas;
- Lograr que la salud ocupe un lugar destacado en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales;
- Estimular la formación de alianzas en pro de la salud entre los distintos sectores y en todos los niveles de la sociedad.

⁸ VÉASE EL ANEXO NO. 2 EL DOCUMENTO DE LA OMS WHA 51.12, MAYO DE 1998.

La conferencia congregó a participantes de alrededor de 100 países, pertenecientes a los diversos grupos y sectores de la sociedad que son responsables de los factores determinantes de la salud o pueden incidir en los mismos. Entre ellos varios Ministros y funcionarios encargados de adoptar decisiones y formular políticas tanto de salud como de otros sectores; representantes de organismos de desarrollo internacionales y nacionales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias; el sector privado; además de científicos y profesionales de diversos campos, como expertos en evaluación y comunicación.

El programa de la conferencia constó de dos partes: un programa técnico de cinco días y un programa ministerial de dos días. Los programas estaban vinculados por dos sesiones conjuntas. Al final del programa ministerial, varias delegaciones políticas se asociaron al programa técnico.

La preparación del programa ministerial incluyó la redacción de la *Declaración ministerial de México sobre la promoción de la salud: De las ideas a la acción*,⁹ firmada en la conferencia por 86 Ministros de Salud o sus representantes en un signo de compromiso político con la promoción de la salud.

La declaración:

- reafirma la contribución de las estrategias de promoción de la salud a la sostenibilidad de las acciones locales, nacionales e internacionales en materia de salud y
- expresa el compromiso de elaborar un plan de acción de alcance nacional para seguir de cerca los progresos realizados en la incorporación de las estrategias de promoción de la salud en la política y planificación a nivel nacional y local.

En este sentido, como país miembro de la Organización Mundial de la Salud, México signó, en el marco de ésta 5ª. Conferencia Mundial denominada: “Promoción de la Salud: Hacia una mayor equidad” la ‘Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: de las Ideas a la Acción’ y en la cual se compromete a desempeñar una función de liderazgo para asegurarse que todos los sectores gubernamentales y los actores de la sociedad civil participen en la ejecución de actividades de promoción que fortalezcan y amplíen las alianzas a favor de la salud.

El programa técnico se estructuró teniendo en cuenta las prioridades para la promoción de la salud establecida en la Declaración de Yakarta (1997) y confirmada en la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre Promoción de la Salud (1998). Las seis sesiones técnicas abordaron diversas áreas, en las que se ha instado a los Estados Miembros y al conjunto de la sociedad a la acción:

⁹ CONSULTAR EL DOCUMENTO ÍNTEGRO EN EL ANEXO NO. 3

- Empleo de pruebas científicas como fundamento de la promoción de la salud
- Mayores inversiones en favor de la salud
- Promoción de la responsabilidad social en materia de salud
- Fortalecimiento de la capacidad de las comunidades y empoderamiento del individuo
- Asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud
- Reorientación de los sistemas y servicios de salud usando criterios de promoción de la salud

En cada sesión temática hubo una sesión plenaria seguida de sesiones simultáneas en que se discutieron los elementos claves en grupos más reducidos. En cada sesión plenaria se presentaron tres estudios de casos y un informe técnico, pasando luego a preguntas y comentarios. Los informes técnicos se distribuyeron en forma de borrador final para brindar a los participantes la oportunidad de aportar información durante la conferencia.

Finalmente podemos mencionar que en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en México en junio del año 2000, se reafirmaron las cinco prioridades que sobre promoción de la salud fueron definidas para el siglo XXI: Promover la responsabilidad social para la salud; ampliar la capacidad de las comunidades y fortalecer la capacidad de decisión individual; consolidar y ampliar las alianzas en pro de la salud; aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud y asegurar la infraestructura para la promoción de la salud.

La promoción de la salud identifica tres grandes estrategias:

- Promover la creación de las condiciones sanitarias esenciales.
- Facilitar que todas las personas puedan alcanzar y conservar un estado de salud integral.
- Mediar en favor de la salud entre los distintos intereses existentes en la sociedad.

En nuestro país y en el contexto de las políticas públicas en salud que diseña e implementa el gobierno federal mexicano, por conducto de la Secretaría de Salud y a través de la Dirección General de Promoción de la Salud, se desarrolla el Programa de Comunidades Saludables –parte del objeto de ésta investigación- el cual propicia el desarrollo de acciones y proyectos que motivan la participación de autoridades, instituciones y la propia comunidad en iniciativas y proyectos que contribuyen a mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida, mediante la capacitación a la comunidad para sensibilizarla y lograr un efecto multiplicador, además de la responsabilidad individual en el autocuidado de la salud.

1.2 Estrategia de cooperación de la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con México.

La cooperación técnica de la OPS/OMS con México, parte del Acuerdo de Cooperación Técnica firmado el 30 de mayo de 1984 y esta sustentado en los mandatos regionales emanados principalmente de resoluciones de los cuerpos directivos de la Organización Panamericana de la Salud que tiene sus instalaciones y trabaja en sus oficinas sede en Washington, E. U. A., así como de la Organización Mundial de la Salud -con oficinas sede en la ciudad de Ginebra, Suiza-; y de otros organismos del Sistema de las Naciones Unidas (ONU) y de la Organización de Estados Americanos (OEA). También se contemplan las resoluciones procedentes de reuniones regionales o internacionales que dan indicaciones precisas a la OPS y la OMS.

La cooperación técnica en el país para el periodo 2003-2004, resume los esfuerzos conjuntos tanto de la representación en México, la Oficina Regional (OPS), así como la oficina global (OMS), para apoyar en las áreas que las autoridades nacionales han señalado en los ejercicios de planeación de la cooperación técnica elaborados anualmente, y donde se destacan las principales necesidades que el país manifiesta para recibir apoyo técnico, así como para la actualización de los recursos humanos de las instituciones nacionales vinculadas a la cooperación de la OPS/OMS.

Actualmente la labor de la OMS y la OPS está enfatizada en hacer más eficiente y efectiva la cooperación técnica en y con los países, en respuesta a sus necesidades e intereses y también a los mandatos globales y regionales que tiene la organización por resoluciones de sus directivos. Las acumulaciones y perspectivas de desarrollo del sistema de salud de México lo colocan en la situación dual de ser un país con claras potencialidades para aportar cooperación técnica en la esfera internacional y, al propio tiempo, de requerir colaboración para reforzar la respuesta a viejos y emergentes problemas de salud.

El trabajo de cooperación técnica en México durante los próximos 5 años, se ha definido en cinco áreas,¹⁰ que en conjunto contienen 18 prioridades de cooperación vinculadas a 45 Líneas de Acción. Esta propuesta de elementos de trabajo se estableció con base a la realidad identificada a lo largo de un ejercicio de Estrategia de Cooperación en el País (ECP/CCS) que conllevó la consulta a más de 400 directivos, profesionales y académicos del sector salud y de otros sectores de la economía que contribuyen a la mejoría de las condiciones de vida y la situación sanitaria de la población, así como de la revisión de amplia información y documentos claves sobre la problemática sanitaria nacional.

1.2.1 Áreas de cooperación técnica.

¹⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON MÉXICO DE LA OPS/OMS PARA 2005-2009, FEBRERO DE 2005.

Las cinco grandes áreas de cooperación técnica en México que definió la OPS/OMS y que a su vez se subdividen en prioridades, son las siguientes:

1. Desigualdades en Salud: Pobreza, Etnia y Género.
 - 1.1 Protección social en salud
 - 1.2 Salud de los Pueblos Indígenas y medicina tradicional
 - 1.3 Salud de las mujeres y derechos sexuales y reproductivos
 - 1.4 Vigilancia, prevención y control de enfermedades infecciosas
2. Entornos Saludables.
 - 2.1 Ambiente y salud
 - 2.2 Inocuidad de los alimentos
 - 2.3 Seguridad alimentaria y nutricional (SAN)
3. Fronteras, Migración y Globalización.
 - 3.1 Fronteras y salud
 - 3.2 Migración y salud
 - 3.3 Globalización y salud
4. Salud Familiar y Comunitaria.
 - 4.1 Atención integral del niño, el adolescente y el adulto mayor
 - 4.2 Vigilancia, prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación
 - 4.3 Salud mental en la población
 - 4.4 Lucha contra las adicciones
 - 4.5 Reducción de la violencia familiar y las lesiones
 - 4.6 Prevención y control de la diabetes
5. Rectoría, Calidad de los Servicios y Desempeño del Sistema de Salud.
 - 5.1 Mejoría de la calidad y del desempeño gerencial
 - 5.2 Medicamentos y tecnologías en salud
 - 5.3 Prevención y mitigación de las emergencias y desastres por fenómenos naturales
 - 5.4 Sistemas de información en salud

La Estrategia de Cooperación con el País (ECP) 2005-2009 busca responder de manera efectiva, tanto a los requerimientos y necesidades de México, como a los mandatos globales y regionales de la OMS y la OPS. En el contexto, de este ejercicio realizado en México, las participaciones de los actores del sistema de salud y la revisión de los documentos de políticas y estrategias sanitarias nacionales, les permitieron identificar seis modalidades de cooperación técnica a desarrollar en los próximos 5 años:

- 1) Colaboración en la Reducción de Iniquidades.

- 2) Apoyo a las Políticas Nacionales de Salud.
- 3) Realizar Evaluaciones Externas y Contribuir a las Mediciones de Planes y Proyectos.
- 4) Facilitar la Apropiación de Bienes Públicos Internacionales (BPI) y el Desarrollo de Proyectos Innovadores (PI) de Interés al País.
- 5) Contribución a la Sistematización y Extensión de Experiencias de Éxito del Sistema de Salud Mexicano.
- 6) Mayor Aprovechamiento del Desarrollo Científico y de las Capacidades de Formación y Adiestramiento de México.

1.3 La implementación y desarrollo de políticas públicas locales en materia de salud.

1.3.1 La implementación local de políticas.

La tarea ejecutiva de la autoridad local y de la administración pública en los municipios consiste en implementar las políticas de los gobiernos federal y estatal, del poder legislativo y de los congresos locales, lo mismo que las del presidente municipal y las del ayuntamiento. Ésta implementación se puede realizar de dos diversa maneras:

1. Se implementan las políticas desde el ayuntamiento, seguido del presidente municipal, del congreso local y del poder ejecutivo local, hasta culminar con las del congreso de la unión y las del ejecutivo nacional.
2. Se implementan las políticas públicas contrariamente al punto anteriormente citado, es decir, comenzando por el poder ejecutivo y el congreso de la unión, seguido por las del gobernador y el congreso local, hasta llegar a las del ayuntamiento y las del presidente municipal.¹¹

En la ejecución de las políticas en cualquiera de las situaciones, los diferentes ámbitos de gobierno están vinculados; sin embargo, en la segunda opción se puede supeditar a los gobiernos locales a que excluyan de su agenda los problemas coyunturales o emergentes.

Cuando la administración pública municipal decide implementar políticas empezando por los programas trazados por los gobiernos estatal y federal pueden ser modificados al grado de cambiar los objetivos y las metas que se buscan. Esto es por que si los municipios anteponen excesivamente sus intereses locales, las políticas estatales y federales pierden sentido porque se convierten en políticas municipales.

En la ejecución de acciones a la administración pública municipal le conviene que se implementen las políticas del orden local, sin soslayar que debe acatar las disposiciones de la federación y del estado a fin de evitar que problemas locales modifiquen las políticas que no se originen en el municipio. Para este caso la administración municipal deberá tener en cuenta que para ejecutar las

¹¹ CFR. BERMAN, PAUL, "EL ESTUDIO DE LA MACRO Y MICROIMPLEMENTACIÓN", EN AGUILAR

políticas no sólo tiene que recurrir al personal que labora en las diversas áreas de sus direcciones, sino también auxiliarse con la participación de la sociedad.

La participación ciudadana se da en cualquiera de los ámbitos del gobierno federal, estatal o municipal; sin embargo, en éste último es donde convergen las distintas políticas y programas de los tres niveles de gobierno. Por ello el municipio es el medio por excelencia donde se desenvuelven con mayor facilidad las políticas públicas ya que tanto las autoridades como la población, conoce los problemas de la localidad e identifica las posibles soluciones; además de que este cuenta con un marco jurídico que regula e impulsa la participación ciudadana.

En el contexto de implementación de la estrategia de municipios y comunidades saludables la participación comunitaria en salud se inicia cuando varias personas deciden compartir necesidades, aspiraciones y experiencias con el objetivo de obtener mejores condiciones de vida. En este proceso la comunidad asume el derecho y la responsabilidad de tomar decisiones sobre asuntos que afectan la vida de sus miembros. Al promover la participación comunitaria se crean condiciones necesarias para que los individuos ganen más control sobre sus propias decisiones y acciones y utilicen recursos que afectan su salud, tanto a nivel individual como comunitario.

La participación ciudadana -mecanismo externo a los órganos creados por el Estado- es común que se presente en las localidades, ya que las autoridades municipales están en contacto con los ciudadanos y tienen la posibilidad de entablar diálogos con las organizaciones políticas, sociales, culturales, deportivas, recreativas y demás, quienes a su vez solicitan a sus representantes (comités locales, jefes de manzana, delegados, regidores o presidente) una diversa gama de demandas. Estos representantes son los portavoces en las sesiones de cabildo.

Por lo general esas organizaciones de la sociedad, no sólo participan para implementar las políticas, sino que también se comprometen a contribuir, ya sea con aportación de recursos o mano de obra si es para mejorar la infraestructura de las localidades. Por ello, podemos afirmar que en el municipio las decisiones son colectivas en tanto que en el estado y la federación son unilaterales.

En la experiencia acumulada y en las lecciones adquiridas en el programa de municipios y comunidades saludables, se ha aprendido que cuando no existe participación ciudadana en la ejecución de la política pública, se corre el riesgo de no tener el aval ciudadano de esa política, lo que se traduce en que no va a permear y trascender a la población, lo cual la convierte en una política ineficaz. En la administración pública local la participación ciudadana puede ser mediante la Ley Orgánica Municipal; la cual les da vigencia, estipula las funciones de los consejos de participación ciudadana, de los comités, de los delegados y/o de los jefes de manzana.

Asimismo, en la aplicación y evaluación de políticas, la administración pública local se ha enfrentado a lo que se define como los problemas de la macro y la

micro implementación y que se ha estudiado ampliamente en el campo de las 'Políticas Públicas' y que Paul Berman define así:

Por un lado, el gobierno federal debe llevar a cabo sus *policies* al grado de influir sobre las organizaciones locales prestadoras de servicios para que se comporten de acuerdo con lo deseado: llamamos a éste el problema de la macro implementación. Por otro lado, en respuesta de las acciones federales, las organizaciones locales tiene que rediseñar y poner en ejecución sus propias *policies* internas: a éste lo llamamos el problema de la micro implementación. 12

Los obstáculos a que se enfrenta la macro implementación de políticas en nuestro país son factores de tipo político, social y económico, principalmente; sin embargo la falta de acuerdos entre federación, estados y municipios hace que por ejemplo, una política en que la federación no establezca una comunicación adecuada con los gobiernos estatales y municipales se traduzca en no tomar en cuenta las demandas o problemas que tienen localmente a la hora de de ejecutar los programas que se le encomiendan.

Una forma de reducir el problema de la macro implementación, nos dice Luis Felipe León López es: si los responsables del diseño de *policies* en el gobierno federal consideran como variables las situaciones particulares de cada estado y municipio, por ejemplo su economía y desarrollo en cuanto a la infraestructura y los servicios públicos. Pensar que las *policies* se implementarán de la misma manera en todos los lugares, es otra consecuencia de la visión general, que sólo contribuye al incumplimiento de metas y objetivos. 13

Una de las ventajas que presenta la política federal en el Programa de Municipios y Comunidades Saludables respecto de la macro implementación de políticas públicas en salud, es la metodología para la priorización de problemas de salud, que como un primer paso dentro del proceso de planeación, constituye el elemento básico que permite saber la situación que guarda el municipio en materia de salud y bienestar, es decir, permite conocer las condiciones de educación, ingreso, vivienda, cultura, alimentación, medio ambiente, recreación y servicios básicos, que determinan el estado de salud de la población.

Esta metodología consigue a través de la información, que se identifiquen los factores, problemas, demandas y necesidades que condicionan y afectan la salud de los habitantes del municipio. Una vez establecidos estos factores, problemas y/o necesidades de salud, se busca el consenso de los diferentes sectores de la población para definir las prioridades y las formas de enfrentarlos conforme a las necesidades y aspiraciones manifestadas por los propios ciudadanos.

¹² CFR. BERMAN, PAUL, OP CIT. PP. 291 Y 292.

¹³ LEÓN LÓPEZ, LUIS FELIPE, TESIS DE LICENCIATURA: EL MUNICIPIO MEXICANO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS, FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES, UNAM, MÉXICO, 2000, P. 82.

Como lo señala L. Felipe León en su investigación: implementar las políticas hechas por la federación tendrán más éxito si se establece comunicación directa con las localidades. Cuando hay comunicación directa entre la federación y los municipios, el papel del estado consiste en apoyar a este último, ya sea para la implementación o diseño de las políticas destinadas a paliar los posibles efectos de las políticas federales ejecutadas en los municipios. Los gobiernos estatales son, en resumen, portavoces del sentir local y puntales de la administración pública de los municipios. 14

1.3.2 El diseño de políticas locales en materia de salud.

Como cualquier política pública que se formula y se aplica por los distintos niveles o instancias de gobierno deberá realizarse una evaluación de esta para saber el grado de efectividad o determinar si es necesario realizar una propuesta de rediseño, o en su caso una nueva política. En el rediseño de políticas públicas locales en materia de salud, que en el caso que nos ocupa es la estrategia de municipios saludables, tendremos que valorar si:

- El proyecto de municipios saludables influyó o no sobre las políticas públicas y ordenanzas locales.
- Si las políticas públicas del municipio saludable influyen o no en la calidad de vida de los habitantes.
- Si las políticas públicas reflejan las prioridades de la comunidad e influyen en su participación.
- Si esas políticas públicas impactan en las condiciones de salud y de vida de la población.

Asimismo, tendremos que tomar en consideración y evaluar en las políticas macro:

- a. *El contexto político nacional o regional*; es decir las políticas macro que se definen respecto de los espacios locales (Ej.: descentralización y reformas del sector). Es importante tener claridad respecto de la diferencia entre decisiones políticas, generalmente dadas por lo sectorial -estrictamente técnico- y la explicitación de las políticas públicas que muchas veces exceden este nivel y corresponden a otro nivel gubernamental o de ejecución. Diferenciar el ámbito donde se genera el criterio para una política saludable y el que se encarga de la implementación y control de esa política.
- b. *Estructura política* (contexto nacional y local) como instancia de apoyo/fortalecimiento o no de los procesos de municipios saludables.
- c. *Definición e implementación* de las políticas públicas.
- d. *Contexto comunitario*, estructura administrativa local y capacidad de abogacía.

¹⁴ LEÓN LÓPEZ, LUIS FELIPE, OP. CIT., P.83.

También tenemos que tomar en cuenta los siguientes criterios para evaluar la definición e implementación de las políticas públicas en materia de salud:

Soporte político:

¿La política pública fue un producto de consenso o no?

Soporte legal:

¿La política ha sido capaz de generar un reglamento, modificar una ley o una instancia constitucional para su implementación o solamente quedó como formulación?

Soporte económico:

¿Se definió un presupuesto específico para que esa política pueda ser implementada?

Soporte administrativo:

¿Existe el aparato administrativo, estructural suficiente y necesario para que la política pueda ejecutarse?

Soporte social:

¿Existen organizaciones en la comunidad capaces de proponer proyectos de política local y de vigilar su cumplimiento? ¿Está involucrado el medio?

El programa de municipios saludables permite el rediseño de la política pública federal en salud ya que permite el acceso y la participación activa de organizaciones ciudadanas en los asuntos de gobierno mediante los Comités Municipales y Locales de Salud. El gobierno municipal hace participe de la implementación de la política a la población por su carácter local y porque existe el marco para su participación con voz y voto en las decisiones de gobierno en el caso de rediseñarlas o modificarlas.

1.3.3 Desarrollo de políticas públicas en salud en el contexto local.¹⁵

Los sistemas locales de salud (SILOS)

A fines de los años setenta, los ministros de salud de los países de América consideraron que la atención primaria en salud sería la principal estrategia para convertir en realidad el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”. Asimismo, determinaron que el factor fundamental para el desarrollo de dicha estrategia sería sin duda la participación comunitaria, pues ésta permitiría que los servicios de atención a la salud llegaran a toda la población, principalmente

¹⁵ Para la redacción del presente apartado se consultó de la Serie HSD/SILOS-3, DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD, LA PARTICIPACIÓN SOCIAL, Washington, OPS/OMS, 1990, 40 pp.

a los grupos de mayor riesgo y con menos posibilidades de acceso a dicha atención.

Así, la mayor parte de los países de la región emprendieron campañas para poner en marcha la atención primaria en salud o, en algunos casos, para reforzar los programas que ya se encontraban en funcionamiento. Tales esfuerzos se enfrentaron con numerosos obstáculos en el camino: a) recesión económica en la mayor parte de los países de América Latina durante los años ochenta, b) la globalización y transnacionalización de las economías, c) deuda externa creciente, d) aumento del desempleo y disminución del poder adquisitivo por parte de grandes sectores de población a causa de las medidas fiscales de ajuste, e) recorte de presupuestos destinados a la prestación de servicios básicos, entre ellos, destacadamente, el de atención a la salud, f) abatimiento de los servicios públicos y privados de atención a la salud.

Además, los propios sistemas nacionales de salud adolecían de problemas internos que complicaban la situación: “sistemas administrativos inadecuados o excesivamente centralizados, concentración excesiva de recursos en la infraestructura física, tecnologías de alto costo o medidas aisladas para hacer frente a riesgos específicos, y coordinación ineficiente entre los distintos niveles de atención o con instituciones afines y otros sectores cuyas actividades afectan a las condiciones de salud” (OPS/OMS, 1990: 2).

La respuesta a esta problemática ocurrió en 1986, durante la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, con la resolución XXI, la cual establece las prioridades programáticas para el desarrollo de la infraestructura de los sistemas nacionales de salud, con el fin de proporcionar servicios de salud a toda la población de manera equitativa, eficaz y eficiente. El corolario de tal resolución fue el fortalecimiento de los sistemas locales de salud conocidos como ‘SILOS’.

En septiembre de 1988, durante la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, los gobiernos miembros de esta organización ratificaron su decisión de fortalecer y desarrollar las tácticas operativas de los Silos, cuyas características fundamentales son: descentralización y desarrollo local, democratización, participación comunitaria y justicia social. El término clave de la enumeración anterior es la participación comunitaria o social (ya se verá la diferencia entre estos dos términos), pues en torno de ella se articulan y adquieren concreción las tácticas operativas de los sistemas locales de salud.

La participación social y los SILOS

Para poder entender cabalmente el concepto de participación social, conviene aclarar primero qué se entiende por sistemas de salud y sistemas locales de salud, a partir de la teoría de sistemas.

[...] un sistema es un conjunto de componentes y actores relacionados entre sí con un objetivo común; en consecuencia, la definición de un sistema específico dependerá de su propósito, que es lo que le da su identidad y lo distingue de otros sistemas. El objetivo o resultado deseado de un sistema de salud consiste en producir un mejor estado de salud para el individuo o la comunidad. Es por necesidad un sistema abierto, en una interacción continua y recíproca con el

ambiente; por medio de esta interacción constante, los componentes del sistema, los actores y las prioridades están sujetos a cambios [ops, 1988; cit. en ops, 1990: 5].

En este orden de ideas, la relación salud-enfermedad, entendida en términos de sistemas, funciona de la siguiente manera: el ser humano, como unidad biológica, psicológica y social, es un sistema sumamente complejo y en continua interacción con otros sistemas naturales y socioculturales igualmente complejos. El resultado de tal interacción es múltiple —biológico, psicológico, social—, se manifiesta en todo el organismo y determina las fases de un proceso —salud-enfermedad— que busca el equilibrio, pero que es inestable por definición. El resultado ideal de dicho sistema es que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social”, según la define la Organización Mundial de la Salud.

Asimismo, en términos sistémicos, la comunidad puede considerarse como un organismo social, es decir, como una unidad biológica, sociológica y cultural cuya relación salud-enfermedad también es el resultado de un proceso dinámico de interacción entre la comunidad y los ambientes físico y sociocultural que la rodean.

De la misma manera que en el individuo, esta interrelación es conflictiva, por lo que la relación salud-enfermedad en una comunidad dependerá de la manera en que se resuelvan los conflictos y del alcance de dicha solución. La relación salud-enfermedad es afectada por un conjunto de sistemas entrelazados, al tiempo que puede ser abordada desde la perspectiva de cualquiera de éstos: a) el sistema social general, b) el sistema de salud, c) el sistema de atención a la salud, d) el sistema de servicios de atención a la salud.

Estos sistemas interrelacionados con el concepto salud-enfermedad se definen de la siguiente manera:

El sistema social general. Está integrado por lo social y lo cultural en una organización social conformada por instituciones, sectores y relaciones políticas, económicas, educativas y culturales, y determinada por un conjunto de valores, creencias y normas de conducta que pautan formas de vida específicas. Así, una comunidad constituye un sistema social que funciona en un espacio geográfico determinado.

El sistema de salud. Está integrado por los elementos del sistema social general que están directa o indirectamente relacionados con la salud. El sector salud forma parte de él, lo mismo que otros sectores que afectan a la salud, como el educativo, el económico (empleo e ingreso), el cultural, el político, y los servicios públicos y privados (agua, electricidad, transporte, etcétera).

El sistema de atención a la salud. Lo constituyen aquellos elementos del sistema social que de manera formal o informal realizan actividades de atención a la salud: el sistema institucional de servicios de salud públicos y privados, el sistema tradicional de atención a la salud de las comunidades

(curanderos, parteras, medicina popular, etc.), y el sistema popular de atención a la salud (autocuidado, atención familiar, redes de apoyo social, etc.).

El sistema de servicios de atención a la salud. Es un subsistema del anterior y se compone de los servicios institucionales encargados de prestar atención a la salud. En la mayor parte de los países se divide en tres subsistemas: público (estatal), privado y seguridad social.

Colocados en esta perspectiva, podemos ahora entender con mayor claridad en qué consisten los sistemas locales de salud.

Un sistema local de salud consiste de un conjunto interrelacionado de recursos de salud sectorial y extrasectorial responsable por la salud de una población y un ambiente, definidos en una región geográfica específica. A través del sistema local de salud se coordinan los recursos del sector salud y de otros, se facilita la participación y se revitaliza y reorienta el sistema nacional de salud, haciéndolo más sensible a las verdaderas necesidades en materia de salud y desarrollo del país [OPS, 1990: 7].

La participación comunitaria en los sistemas locales de salud

El elemento central de un sistema local de salud es la comunidad —la población y todos los subgrupos que la constituyen—, núcleo y objeto de todo el sistema; y la razón de ser del propio sistema, por lo tanto, es la salud de la comunidad. Los conceptos de participación comunitaria y participación social a menudo se confunden y se emplean indistintamente; en el contexto de los sistemas locales de salud, la participación comunitaria se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad.

La participación comunitaria en salud (Consúltese Glosario) es un concepto antiguo, la idea de que puede ser promovida por agentes externos es de cuño reciente: puede decirse que surge en los años cincuenta con el desarrollo de las comunidades y la promoción rural, y que continúa en los sesenta y los setenta mediante el desarrollo de nuevas estrategias; y aunque tuvo cierto éxito en algunos sectores, éste fue limitado y finalmente mostró insuficiencia para lograr la participación generalizada de la población. Puede asegurarse que la causa del fracaso fue la siguiente: los modelos de participación comunitaria empleados eran manipuladores o autoritarios; manipuladores porque pretendían que la comunidad colaborase en actividades diseñadas y emprendidas sin su participación, y autoritarios porque consideraban a los individuos de la comunidad como sujetos pasivos que debían estar agradecidos por el favor que estaban recibiendo. Es decir, los modelos de participación comunitaria fracasan en su mayoría porque no conciben su dimensión participativa a partir de las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud.

Existen varios factores que contribuyen a desalentar el desarrollo de la participación comunitaria. Uno de los más importantes es la conformación de la estructura de los sistemas de servicios de atención a la salud, normalmente dependientes de instituciones sumamente centralizadas, autoritarias y

burocráticas, las cuales, por sus modos de funcionamiento, se oponen a la participación comunitaria: a) las actividades son diseñadas, programadas y puestas en operación por burócratas y profesionales; b) un aparato central altamente jerarquizado determina las prioridades y el destino de los recursos destinados a las mismas; c) los procesos presupuestarios y de planificación ocurren en instancias muy alejadas de las comunidades, y aun de los proveedores de servicios de salud que trabajan en dichas comunidades; d) el funcionamiento de los servicios de salud privilegia una relación jerárquica entre médico y paciente, en la que aquél sabe lo que es mejor para el paciente y éste simplemente tiene que aceptar y seguir sus indicaciones; e) la dinámica del sistema suele favorecer el tratamiento médico individual por encima de la promoción y prevención de la salud en la comunidad.

Existen otras variables —políticas, económicas, culturales— que influyen en el desarrollo de la participación comunitaria; en ocasiones la favorecen, otras veces la dificultan o la impiden. La experiencia acumulada a lo largo de los años muestra que el fortalecimiento de los sistemas locales de salud es un recurso insustituible para la eliminación de los obstáculos que frenan o anulan la participación, ya que el propósito de dicho fortalecimiento consiste en “descentralizar el proceso decisorio mediante la transferencia de poderes reguladores” del centro a las localidades “e incorporar a la comunidad en el proceso decisorio, realzando así su función al hacerla un sujeto, en lugar de un objeto, de la intervención, y por medio de este proceso, ajustando las medidas de salud a las necesidades y condiciones locales” (OPS, 1990: 10).

Los conceptos fundamentales de la participación

La participación social. Conviene establecer claramente la diferencia entre participación comunitaria y participación social. En el contexto de los Silos, la primera se refiere a las acciones individuales, familiares y comunitarias para promover la salud, prevenir y detener el avance de la enfermedad. En sus formas más avanzadas se caracteriza por el conocimiento interno de los problemas, la identificación de las necesidades y el inicio de acciones concertadas para atender ambos. La participación social, por otra parte, es un concepto más amplio: abarca todos los procesos mediante los cuales los actores sociales —organizaciones, instituciones, sectores, autoridades y el común de la población— de una zona geográfica determinada se organizan para identificar los problemas de salud y para diseñar, planear y poner en práctica las soluciones a los mismos. Por su carácter sistémico, en el contexto de los sistemas locales de salud se prefiere el término participación social al de participación comunitaria.

Comunidades sanas. Se refiere a grupos sociales organizados que llevan a cabo procesos dirigidos a la solución de problemas de salud que son de interés para toda la comunidad, en lugar de la promoción de los comportamientos exclusivamente individuales. Así, una ciudad o una comunidad sana es aquella que está preocupada constantemente por el mejoramiento de sus ambientes físico y social mediante acciones cotidianas que desarrollen su máximo potencial a partir del apoyo mutuo.

En síntesis, en el contexto de los sistemas locales de salud, participación social significa que todos los actores de una comunidad toman parte en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad inherentes a los procesos relacionados con la promoción y la atención a la salud de dicha comunidad. Es, por lo tanto, una forma democrática de ejercer el poder, que implica los derechos y obligaciones propios de la autodeterminación. Además, y de manera muy importante, la participación social no sólo es un medio muy eficiente para brindar servicios de atención a la salud en la comunidad, constituye también un fin en sí misma, pues resulta ser un insustituible indicador de la existencia de procesos democráticos y de desarrollo. Es decir, no sólo es generadora de sistemas locales de salud funcionales que propician mejores estados generales de salud, sino que, por sí mismos, tales sistemas locales de salud promueven una mayor participación social y, por ende, procedimientos cada vez más democráticos y niveles de desarrollo más elevados.

Estrategias para el desarrollo de los SILOS

Una vez entendido que la participación social es el elemento fundamental para el desarrollo de los sistemas locales de salud, conviene ahora considerar las diferentes estrategias que, sustentadas en ella, habrán de propiciar dicho desarrollo.

La reorganización del dominio central. Los ministerios de salud, como organismos que están al mando de los sistemas nacionales de servicios de atención a la salud, son los encargados de guiar y regular el funcionamiento de las instituciones que brindan tales servicios y de coordinar la distribución de los recursos destinados a las mismas. Sin embargo, su papel rector debe estar supeditado al funcionamiento óptimo de los sistemas locales de salud. Es decir, en lugar de una jerarquía, con el ministerio en la cima y el sistema local de salud en la base, es más conveniente considerar al dominio central alimentándose de las necesidades y las prioridades identificadas mediante la participación social en todos los sistemas locales de salud del país, consolidándolos con los aportes de otras instituciones, ya sean del sector salud o de otros sectores, y, con toda esta información, formular políticas y normas que se reviertan a los sistemas locales y a otros sectores en un proceso continuo de coordinación, guía y supervisión de las acciones (OPS/OMS, 1990: 12-13).

Descentralización. Corolario de la estrategia anterior, la descentralización es la obligada transferencia de los poderes de decisión del dominio central al ámbito local, a fin de modificar el uso y la distribución del poder en el sector salud y en la sociedad en su conjunto. Para ello, y con miras a lograr un proceso sostenido de descentralización, se requiere desarrollar el poder político local mediante el establecimiento de una base de apoyo político sustentado en la participación plural, activa y directa de todos los actores de la comunidad, con el fin de asegurar a ésta la administración de los recursos económicos, humanos, tecnológicos y demás, que son inherentes a los sistemas locales de salud.

De lo anterior se desprende la interdependencia existente entre descentralización y participación social, pues es claro que ésta no puede desarrollarse ni prosperar sin el espacio y la capacidad de movimiento propiciados por aquélla. Asimismo, sin participación social no es posible fomentar el poder político local y, sin éste, la estrategia de descentralización resulta insostenible.

Fortalecimiento de la capacidad administrativa. No basta con reorganizar, reorientar y descentralizar el sistema de atención a la salud, es indispensable mejorar la capacidad administrativa en todas y cada una de sus partes para asegurar el funcionamiento óptimo de los sistemas locales de salud y del sistema nacional de salud; es decir, aprovechamiento cabal de los recursos utilizados en la procuración de la salud mediante un proceso continuo y riguroso de planificación, programación, coordinación, supervisión, observación y evaluación del uso de los mismos. Para funcionar adecuadamente, las tareas administrativas dependen del correcto manejo de información (recopilación, análisis y utilización) relacionada con las condiciones de salud y el suministro puntual y eficiente de los servicios, tanto como de la coordinación y supervisión del uso de los recursos financieros y de la coordinación de las actividades de atención a la salud con todos los actores del sistema (incluidas, desde luego, las comunidades). Sobra señalar que los sistemas administrativos no sólo deben permitir la participación de tales actores en la toma de decisiones y la realización de las acciones programadas, sino, en la medida de lo posible, efectuar la revisión de las mismas de manera conjunta. “La administración debe considerarse como un sistema de apoyo para facilitar y llevar a cabo estas decisiones y acciones, no como un mecanismo directivo [que opera] de arriba hacia abajo” (OPS/OMS, 1990: 14).

El ajuste de los mecanismos de financiamiento. Debido a que, en numerosos casos, la asignación de los recursos determina las prioridades en lugar de suceder a la inversa, es “necesario revisar y adaptar las formas tradicionales de distribución y control de los recursos financieros para asegurar que respondan a las necesidades de los grupos sociales más vulnerables y más necesitados y que estos grupos y otros en el sistema tengan [...] participación cuando se decida la asignación que les corresponde” (OPS/OMS, 1990: 14). En cuanto al manejo de los recursos financieros, lo ideal en un sistema local de salud es que los recursos de todos los participantes se mancomunen y que, mediante un aparato de administración representativo, se prepare y asigne un presupuesto común que atienda las necesidades de todos los involucrados, incluida desde luego, la comunidad.

La acción intersectorial. Al igual que la descentralización, la acción intersectorial está indisolublemente ligada a la participación social, pues, por “definición, todos los actores sociales y económicos pertinentes deben participar en los sistemas locales de salud, incluyendo las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales (ONG's) de otros sectores relacionados con la salud, así como los proveedores de servicios de salud públicos y privados, instituciones y las ONG's y los grupos y organizaciones de la comunidad” (OPS/OMS, 1990: 14). Dicha acción debe darse tanto en el ámbito local (acciones integrales para satisfacer necesidades básicas) como en

el nacional (obtención y coordinación de recursos financieros y no financieros), como parte integral del desarrollo socioeconómico de los dos contextos.

Desarrollo de un nuevo modelo de atención. Esta estrategia entronca con todo lo ya apuntado en los apartados anteriores en relación con el concepto de promoción de la salud, pues un nuevo modelo de atención necesariamente debe trascender el tratamiento médico e incorporar las áreas afines de promoción, prevención y conservación de la salud, así como el control de las enfermedades. La promoción de la salud es fundamental para el desarrollo de un nuevo modelo de atención y, mediante él, de los sistemas locales de salud, pues su definición de salud —el estado de pleno bienestar físico, psicológico y social del individuo y no la mera ausencia de enfermedad— obliga a la realización de mayores esfuerzos que los efectuados por los sistemas de atención médica. Recordemos aquí que la promoción de la salud es intersectorial, alienta la participación social y la educación para la salud, así como estimula la elección consciente y la toma de decisiones mediante el desarrollo del conocimiento, la motivación y las aptitudes; intenta concertar la acción conjunta del individuo, la comunidad, los servicios de atención a la salud y otras instancias, promueve el autocuidado, a la vez que pretende armonizar las diversas concepciones que en torno del concepto de salud circulan en la comunidad —profesionales, tradicionales, populares, alternativas— e involucrar a las diferentes tendencias que las representan.

Capacitación en salud. La manera más eficiente para poner en funcionamiento los nuevos modelos de atención a la salud en el contexto de los sistemas locales de salud depende del aprendizaje de nuevos comportamientos y de la adquisición de nuevos hábitos por parte de la comunidad en general. Para ello se requiere la capacitación de personal competente que realice las tareas implícitas al nuevo enfoque en un contexto de participación social. Todos los sectores de la comunidad deben recibir el debido adiestramiento —grupos, organizaciones, ONG's, participantes extrasectoriales—, pero especialmente el personal de atención a la salud en todos los niveles, que está obligado a establecer auténtica comunicación con la población para aprender de ella y conocer de cerca sus problemas, inquietudes, necesidades y valores; además, debe prepararse debidamente en la comprensión y el manejo de conceptos fundamentales como educación y promoción en salud, participación social, coordinación intersectorial, planificación y administración participativa y adiestramiento técnico y médico para el personal de salud del sistema.

Investigación. Finalmente, es conveniente destacar la importancia que tiene el impulso de la investigación relacionada con las acciones destinadas a mejorar las formas de operación de los sistemas locales de salud —la cual no debe confundirse con las investigaciones técnicas y médicas sobre los problemas de salud; ambas son importantes y deben realizarse, aunque paralelamente y de manera un tanto independiente. Acaso el principio rector de tales investigaciones sea el hecho de que los problemas más numerosos de atención a la salud se relacionan con los aspectos organizativos, administrativos, de coordinación y de participación social. La participación de todos los sectores involucrados, incluida la población en general, en las tareas de investigación asegurará el éxito de las mismas, pues todos estarán por ello

más conscientes de los procesos y de las maneras adecuadas para corregir sus fallas.

Capítulo 2. La política social del gobierno en materia de Salud (PND-PRONASA 2001-2006).

Este capítulo expone en sentido amplio los conceptos de política económica y de política social que se han venido desarrollando en México, de ahí que se realice una revisión histórica de los conceptos a partir del inicio del siglo XX, donde importantes sucesos económicos y políticos, nacionales e internacionales, influyeron en la aplicación de las políticas. La consecuencia de estos hechos nos lleva a analizar el establecimiento de las instituciones y las políticas públicas para lo social en nuestro país.

Asimismo, en el presente capítulo de la revisión histórica pasaremos al momento actual, donde se describirán de manera muy puntual las políticas públicas que en materia de salud el gobierno federal desarrolla, que son consecuencia directa del Plan Nacional de Desarrollo y que se reflejan en acciones y programas específicos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 y en el Programa de Acción: Comunidades Saludables. Dichas políticas públicas en salud son consideradas en esta investigación como parte de la política social de este gobierno.

En estos programas y sus respectivas políticas de salud, se abordan los problemas que surgen de la pobreza, la marginación, la exclusión y de la falta de capacidades ciudadanas que no se han resuelto y cuando estos problemas se enlazan a circunstancias de vulnerabilidad social, se traducen en grandes rezagos en salud, educación, vivienda y servicios básicos. El abordaje en esta investigación de estos programas nos sitúa en el punto de partida para describir como se ha realizado la implementación de las políticas públicas en salud en el ámbito local.

2.1 Política social y políticas del gobierno federal.

2.1.1 Desarrollo histórico de la política social.

Durante el siglo XX varios debates interesaron la atención de científicos sociales, políticos y comunidades académicas. Entre éstos destacó la importancia que tenía la política y la economía para explicar el desarrollo de las sociedades. Por una parte, los argumentos centrales de quienes preconizaban el liberalismo económico señalaban que la intervención del Estado debía reducirse al la seguridad, a vigilar el cumplimiento de los contratos y a algunas otras áreas sustanciales como la educación y la salud. Para esta visión del orden social existían leyes naturales que precisamente nacían de la naturaleza humana y con ello de la propia economía.

Así, cualquier acto de intervención en el curso de los hechos económicos era un factor que impedía el libre desarrollo de las fuerzas de la producción y del mercado y era al mismo tiempo un freno al progreso. Esta visión, propia del liberalismo económico, predominó en el mundo hasta prácticamente la segunda mitad del siglo XX, cuando diferentes contradicciones sociales, políticas y propiamente económicas mostraron la necesidad de intervenir en el ciclo

económico, fuera para prolongar la tasa de crecimiento, para resolver la crisis, o para evitar el avance de la inconformidad, de las movilizaciones sociales y de otras formas de pensar la organización social. El acento durante y tras la crisis económica de 1929 se puso entonces en la política, esto es, en la capacidad del Estado a través de sus instituciones para intervenir en los diferentes procesos económicos, toda vez que el mercado había mostrado la incapacidad de resolver sus propias contradicciones.

Inicia entonces una nueva era que podría definirse por el fortalecimiento teórico y práctico de la política económica, esto es, de una deliberada toma de decisiones por parte de los gobiernos para evitar la crisis, para movilizar los recursos ociosos, para promover la inversión pública, para fortalecer los mercados internos y en particular para desarrollar una serie de proyectos sociales que, inscritos en una visión general de política económica mostraban que además de traer beneficios para la población, a la par permitían el despliegue y sostenimiento de diferentes sectores de la economía. En los hechos, es posible afirmar que la existencia del capitalismo occidental resulta impensable sin las grandes inversiones públicas en salud, educación, vivienda y seguridad social.

El peso de la legitimidad atribuida a la intervención del Estado en la economía, durante el lapso que va de 1933 hasta fines de la década de los setenta, también encuentra su explicación al seno de la tensión global provocada por la disputa entre dos grandes sistemas sociales, esto es, capitalismo y socialismo. Sobra decir que una economía de libre concurso de las fuerzas productivas, resultaba poco probable en el marco de la Guerra Fría, de las intervenciones de las dos potencias en diferentes países y regiones del mundo, y de ese capítulo oscuro de la historia del siglo XX que fue la carrera armamentista.

Para Occidente, la lógica de la segunda posguerra reclamaba la intervención del Estado, pues no bien se había firmado la paz cuando los conflictos de reparto entre los Estados Unidos y la antigua Unión Soviética en Alemania, hacían evidente la necesidad de reconstruir y de fortalecer Europa ante las iniciativas expansionistas del bloque soviético, es en esta tensión donde nace el Plan Marshall y comienza a definirse la arquitectura de una nueva Europa bajo la influencia de EE.UU.

Este estado de cosas se mantuvo prácticamente durante cuatro décadas, hasta que la antigua Unión Soviética se convierte en la Comunidad de Estados Independientes, estallando en fragmentos hechos de nacionalismo y de religión. La antigua URSS había construido un sistema para el control social, para la defensa de una ideología férrea y para sostener la carrera armamentista, pero no para procesar los conflictos y las diferencias sociales, precisamente al interior de un vasto territorio donde lo que proliferaban era las diferentes lingüísticas, religiosas, étnicas y culturales.

Empero, más allá de las razones y de los motivos por los cuales la antigua URSS termina fragmentándose, ha de señalarse que los acontecimientos de 1989 aceleran un debate sobre lo político y lo económico que se habían contenido, hasta cierto punto, precisamente ante el peso de las contradicciones

internacionales. En ese momento, las teorías, obras y visiones de política pública de numerosos estudios, políticos, intelectuales y estrategias empresariales ven la oportunidad y el contexto para avanzar en la lógica de un nuevo liberalismo. Esto es, de una nueva economía mundial cuyas tendencias hacia la regionalización, la interdependencia, y la globalización no encontraban más la barrera del socialismo, mostrando al mismo tiempo, que la intervención y la regulación del estado en la economía era infuncional o si se quiere inviable en los términos de las nuevas condiciones y procesos que rápidamente avanzaban en la economía del mundo.

Es bajo esta serie de transformaciones que avanza un proceso de reformas en la mayor parte de los países del mundo, tendientes a la apertura de las economías, a la desregulación de las actividades y los sectores productivos, a la liberalización del comercio, a generar capacidades para competir en los mercados internacionales, a reducir el peso, las responsabilidades y las atribuciones del Estado, y a promover el desarrollo y consolidación de sistemas políticos democráticos fundados en tres ejes centrales: los derechos humanos, la elección legítima, periódica y creíble de los gobernantes y el fortalecimiento del mundo de lo privado.

Desde esta visión se argumentaba que los nuevos vectores de la economía mundial centrados en la calidad, la competitividad, la revolución informática y el capital humano hacían inviable la intervención del estado bajo un modelo de protección económica y crecimiento hacia adentro, esto es, las economías regionales y con ello la economía global exigían y planteaban el desafío de participar en los agresivos mercados internacionales, de atraer la inversión en cartera o productiva, y de generar nuevas oportunidades a través de la innovación.

En estos factores, el estado había mostrado que no disponía de las capacidades, la velocidad y aún de los medios económicos, por tanto, el peso del desarrollo debía recaer en el mundo de lo privado o si se quiere en la sociedad civil; por su parte, las instituciones del estado debían hacer todo para facilitar, promover y potenciar ese desarrollo reduciendo los costos políticos y administrativos de transacción. En esta época prolifera una crítica contra los supuestos costos -muchos de estos fundados y ciertos- que los políticos y las burocracias imponían al desarrollo, llegándose a señalar, caso de Inglaterra, que las burocracias y las empresas públicas servían para defender los intereses de los políticos. Nace entonces una crítica virulenta hacia los políticos y se legitima el gobierno de una nueva élite formada en la racionalidad de las políticas públicas, en los criterios de eficiencia y de calidad así como en instrumentos científicos y técnicos sobre la toma de decisiones.

De ese modo, si durante las primeras dos décadas del siglo XX las críticas fueron para una economía que resultaba incapaz de resolver sus propias contradicciones, en las dos últimas décadas del siglo XX las críticas fueron para una economía que resultaba incapaz de resolver sus propias contradicciones, en las dos últimas décadas del siglo XX las críticas fueron para la política económica y la estructuras institucionales que en su momento resolvieron las incapacidades de la economía liberal. Empero, a más de veinte

años de la legitimidad de las nuevas políticas liberales, los problemas centrales siguen sin resolverse. Las nuevas políticas públicas no logran resolver los problemas que prometieron solucionar y que son los de la pobreza, la marginación y la desigualdad social.

Para el caso de América Latina, si bien durante la primera mitad de la década de los noventa se registran algunas mejorías en distintos indicadores del desarrollo social y humano, estos mismos indicadores a la fecha se mantienen estancados. Asimismo la concentración del ingreso es una tendencia global, el deterioro ambiental avanza y las posibilidades de decenas de naciones para incorporarse al desarrollo en los términos de los mercados internacionales están por demás limitadas. Es por ello, que cuando se habla de que los problemas que nos tocan vivir son resultado o expresión de las contradicciones de la política o de la economía, conviene mirar y comprender en perspectiva lo que ha sido la historia del siglo XX, y con ello colocar en el centro de la atención y de las decisiones lo que ocurre en la vida social.

La desigualdad social, la marginación y la pobreza, son los grandes problemas que toca enfrentar cuando el sistema nacional de salud ha sido rebasado, cuando las instituciones de seguridad social enfrentan dilemas financieros, cuando el sistema educativo no dispone de capacidades para seguir siendo fuente de integración y cohesión social, y cuando el cambio demográfico plantea mayores retos. Es tiempo de centrar en la reflexión política económica y de gobierno los temas o si se quiere las agendas de lo social, más aún porque están a la vista los riesgos de incursionar en una lógica en que cada vez sea difícil procesar el conflicto social.

2.1.2 La política económica y social global en el marco nacional.

El nuevo milenio enfrenta nuevos y viejos desafíos, los cuales muestran una sociedad internacional profundamente desigual. El avance de las asimetrías regionales, la proliferación y profundización de la riqueza, la ausencia de un orden global que dé sentido a las nuevas tendencias que se viven en política, economía y cultura, y al mismo tiempo se aprecia que estamos lejos de resolver los conflictos a través del diálogo y de la racionalidad política.

Debemos reconocer que el fortalecimiento de las democracias en el mundo ha traído avances en materia de derechos humanos, de participación política, de respeto a la pluralidad, de visibilidad de la diversidad y mayores capacidades ciudadanas para exigir el cumplimiento de sus derechos; al mismo tiempo se observa que estas democracias enfrentan retos relacionados tanto con la organización y la distribución del poder político, y en particular con la capacidad real de los sistemas democráticos para generar mejores niveles de vida para la población. Pareciera existir una dislocación entre las ofertas y expectativas generadas por los partidos políticos en el mercado político con respecto a las posibilidades efectivas de darles cumplimiento.

Desde hace diez años se acepta que el modelo actual de creación de riqueza, y que en sí el avance del liberalismo económico está generando rendimientos

decrecientes. Las grandes instituciones internacionales promovieron las políticas de apertura y liberación de las economías, desde hace varios años, reconocen la necesidad de repensar el papel de la economía en sus nexos con el desarrollo social. Instituciones como el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) coinciden en el diagnóstico de una serie de factores problemáticos que interesan la posibilidad de acceder al desarrollo, en lo general las coincidencias se expresan del siguiente modo:

1.- El modelo de creación de riqueza fundado en el sector servicios y los capitales muestra una tendencia a concentrar el ingreso mundial. 2.- Existen nuevos centros de poder que están fuera de las fronteras nacionales y cuyas decisiones pueden afectar el desarrollo público. 3.- Si los países ricos no reducen sus barreras al comercio e incumplen sus metas de cooperación será magro el crecimiento de las economías periféricas. 4.- La pobreza requiere de la cooperación de los países ricos, la apertura de los mercados y la inversión en servicios básicos, 5.- Se corre el riesgo de formar y consolidar las regiones de países ricos y las regiones de países pobres.

Por otra parte, se reconoce que los costos impuestos por el modelo de creación de riqueza a los países pobres son cada vez mayores. Los países que no disponen de tecnología, información, capital humano e inteligencia agregada son excluidos de la posibilidad de acceder al bienestar. Bajo estas coordenadas, los problemas alcanzan a las democracias, a las instituciones del Estado y a la vigencia de las políticas públicas en un grado tal que los procesos de reforma del Estado se ven ahora ante el dilema de buscar cómo reconstruir algunas capacidades públicas para enfrentar los retos de la desigualdad a la mitad de un entorno que impone altos costos a toda medida de intervención. Las ciudadanía de los países pobres disponen de menores capacidades institucionales para exigir el cumplimiento de sus derechos debido a que la apuesta al mercado total ha contribuido a debilitar las estructuras de distribución y redistribución de la riqueza por parte de las instituciones.

Las democracias enfrentan cuestiones sociales debido a que han prometido bienestar en un contexto donde el Estado tiene mayores compromisos y menores capacidades reales de intervención en la mayor parte de los ámbitos de la vida social. No es vano, organismos como el FMI y el BM advierten que los objetivos de las Metas de Milenio de las Naciones Unidas (ONU) que asumieron el reto de reducir la pobreza a la mitad en el año 2015 se enfrentan a la falta de apertura comercial, a la solidificación de intereses económicos y a los conflictos regionales que restan recursos a la cooperación y empobrecen a las naciones. Estos factores muestran una sociedad internacional que a la par de avanzar en la globalización de capitales y comunicaciones y en la regionalización las economías, también enfrenta nuevas dinámicas de exclusión que nacen de las condiciones de la economía mundial.

La participación en los mercados internacionales pasa por la calidad, la competitividad, el valor agregado, el software avanzado y el capital humano, precisamente los factores en que los países pobres muestran los mayores rezagos.

La economía mundial en varios sentidos es inmaterial, esto es, tienen el mayor valor no las cosas o los bienes, sino la capacidad de pensarlos, diseñarlos y distribuirlos. Hablar de la sociedad del conocimiento es hablar de la inmaterialidad de la economía mundial; se trata de una forma de economía donde las mayores inversiones están en la educación, la investigación, la ciencia, la tecnología y los capitales; estos son los campos o ejes de poder y conocimiento donde se registran las mayores ganancias y posibilidades de generar riqueza.

Un dato significativo que muestra al alcance de estas contradicciones es que todo el sector agropecuario de México apenas genera poco más del cinco por ciento del Producto Interno Bruto (PIB), mientras que el sector servicios aporta más de 65 por ciento de la riqueza, en una lógica donde el sector más rico de la población se queda con más de 55 por ciento de toda la riqueza producida. Esta escala, se reproduce en el mejor de los casos con las mismas cifras en el nivel mundial, con la salvedad, de que las 500 empresas más ricas del mundo se quedan con más de la mitad de toda la riqueza producida. La economía podrá ser pensada como inmaterial y en varios casos invisible ante la vida cotidiana; empero, sus efectos son reales para las condiciones reales de existencia de millones de personas. La pobreza, la marginación y la vulnerabilidad tienen una clara materialidad, una evidencia concreta y sus manifestaciones son ostensibles. Baste señalar que de acuerdo con los últimos datos aportados por el Banco Mundial, tres mil 600 millones de personas viven en algún grado de pobreza.

Habría de agregarse que más de mil millones de personas viven en la pobreza atroz o grado cero, esto es con menos de un dólar al día. Por ello, ante el acelerado proceso de empobrecimiento, se ha buscado una o varias respuestas en la política social en tanto que es la estructura jurídica e institucional que en teoría, permitiría paliar las diferencias, acercar las desigualdades y combatir la exclusión y la pobreza.

En la actualidad, la política social de la mayor parte de los países enfrenta un grupo de desafíos inéditos y a la par debe resolver una serie de agendas pendientes en materia de desarrollo social y humano. Los nuevos desafíos provienen del cambio en el perfil de las enfermedades, del envejecimiento de la población y de la aparición de enfermedades que suponen altos costos para las finanzas públicas de los países. Estas tendencias aparecen cuando los problemas de pobreza, marginación, exclusión y de falta de capacidades ciudadanas no se han resuelto, cuando se viven grandes rezagos en salud, educación, vivienda, servicios básicos y empleo; y cuando los problemas de la pobreza se enlazan a circunstancias de vulnerabilidad social.

Así, hoy las agendas del desarrollo social están comprometidas y enfrentan conflictos inéditos. Empero, el mayor de los problemas que enfrentamos en política social es que no nos hemos puesto de acuerdo en qué tipo de país queremos, ni en lo económico ni en lo político. El gran problema no sólo es la ausencia de una política social de Estado sino la falta de capacidades institucionales que permitieran materializarla. La política social en este

momento no es ya la respuesta a las inconsistencias, fallas y olvidos del mercado y a la ortodoxia de la política económica, debido a que las instituciones sociales no disponen de los recursos, de la infraestructura y del personal que permitiesen incidir en la transformación de las condiciones reales de vida de las personas, familias, barrios, pueblos y comunidades.

El problema es que el Estado mexicano en su proceso de reforma si bien permitió liberalizar la economía y generar oportunidades para diversificar las actividades productivas, al mismo tiempo perdió capacidades para intervenir en la economía y en la distribución del ingreso. La política social se muestra insuficiente para enfrentar las contradicciones del modelo de creación de riqueza. Si se esperaba que la política social podría compensar diferencias, incidir en la desigualdad y generar nuevas capacidades ciudadanas o por lo menos garantizar la supervivencia de las personas; habrá que decir que la política social en México en combate a la pobreza, básicamente ha cumplido incipientemente con generar capacidades ciudadanas y con el último objetivo: garantizar la supervivencia de los más pobres.

Definir la política social es redefinir todas las políticas de una nación, y básicamente los grandes acuerdos con que se opera el curso de la actividad política y económica. Se trata de pensar y diseñar desde ahora un futuro posible, se trata de transformar el sistema político en una lógica donde los participantes tengan incentivos para tomar acuerdos, se trata de convertir esta democracia de votos y procedimientos en una democracia abierta, fundada en el mejor argumento, y se trata de lograr que las políticas social y económica respondan a objetivos claros y precisos.

Por ello, antes que pensar en las tensiones y los encuentros en política social y política económica es preciso analizar qué tipo de nación queremos, qué sistema político, qué sistema institucional y qué debemos hacer para lograrlo. De ahí la alta responsabilidad que tienen los partidos y las organizaciones políticas; es tiempo de evitar que la lucha por el poder se convierta en el costo permanente para la ciudadanía y es tiempo que aprendamos a construir la unidad en la diversidad.

Instituciones y políticas públicas para lo social en México

Nuestro país si no cuenta con instituciones sólidas, sin una política de Estado que pueda aplicarse en cada orden de gobierno y sin una ciudadanía cuyo esfuerzo pueda ser organizado por el Estado en democracia, en el respeto a las diferencias y en apego al derecho constitucional que establece la libertad y la igualdad en la república, no podrán confrontarse la pobreza, la marginación y la vulnerabilidad social.

El premio Nóbel de Economía, Douglas North, planteó para el mundo académico y político una tesis fundamental: el grado de desarrollo de una nación mantiene una relación fundamental con el desempeño de sus instituciones. Las naciones prósperas, con mayor capacidad para generar riqueza y con altos niveles de vida tienen instituciones que reducen los costos

de transacción política y económica, pero sobre todo, que disponen de capacidad para transformarse y adelantarse a los cambios.

Las sociedades contemporáneas se distinguen por su complejidad que está hecha de diversidades políticas y culturales; de la fragmentación en las elecciones, decisiones y proyectos individuales y colectivos, y, de pluralidades que se manifiestan en los partidos políticos, en las organizaciones sociales y en el mercado político. Las instituciones tienen una importancia capital para toda sociedad que aspire a la civilidad política, a la vigencia del Estado de derecho, a la democracia como modo de vida y a convivir en la diferencia propia de la condición humana.

En ese sentido las instituciones enfrentan el reto de poder acompañar la heterogeneidad de actividades, conflictos, intereses y preferencias existentes; sólo en el caso del derecho, se requiere de la actualización constante de todo el entramado jurídico para que los actores sociales puedan resolver sus problemas y trabajar al amparo de la ley, más aún, en una época donde los cambios se producen a gran velocidad exigiendo del derecho nuevos conceptos, campos y legislaciones.

Las instituciones tienen el papel fundamental de apoyar a la sociedad para producir riqueza, para vivir en paz, para organizar las tareas a favor de los débiles y los vulnerables, para garantizar a todos su seguridad y bienestar, y para procesar los conflictos. En esa lógica, los procesos de Reforma del Estado que se han vivido en diferentes países del mundo tuvieron en su origen el propósito de transformar la relación entre el Estado y sus instituciones con la sociedad. Ello significó privilegiar el papel del mundo de lo privado en la generación de la riqueza y en el desarrollo general de las actividades económicas; esto, se logró con la reducción del aparato estatal, con la apertura comercial de las economías, con la desregulación de las actividades y con la reducción sistemática de las capacidades interventoras del Estado.

Así, la democracia y el liberalismo alcanzaron su mayor vigencia y legitimidad en los años noventa, ante la evidencia de un modelo de desarrollo que mostraba su agotamiento y su incapacidad para generar mayor bienestar. Con ello, se apostó a que la participación y dinamismo de los actores sociales redundaría en el incremento del bienestar público y en el fortalecimiento de la democracia.

Por el lado de las instituciones, estos procesos de reforma se encaminaron a lograr que la administración del Estado se diera con base en criterios de racionalidad, estrategia, capacidad prospectiva, competitividad y calidad. Esto es, el mundo de las instituciones debería de transformarse para que no impusiera costos al desarrollo por medio de prácticas de control y regulación que inhibieran las actividades productivas. En efecto, se necesitaba de un nuevo Estado con la capacidad para conducir a la sociedad sin sustituirla, con la fuerza fiscal para apoyar a los pobres y vulnerables sin caer en el paternalismo o en el populismo, y con la capacidad para establecer políticas en el mediano y largo plazo que brindaran certeza, seguridad y confianza a los diferentes sectores económicos en una lógica de participación y de

responsabilidad compartida. Éstos son algunos de los principios con que diferentes estudiosos imaginaron, diseñaron y construyeron el Estado liberal y democrático que hoy predomina en la mayoría de los países, en particular en el mundo occidental.

Sin embargo, hasta ahora ha sido difícil establecer los nuevos límites y alcances de las instituciones en la vida social, sobretodo cuando se asiste a un contexto caracterizado por la concentración mundial del ingreso, por el recrudecimiento del conflicto social y por fenómenos que ponen en riesgo la seguridad de un gran número de naciones del mundo, como son la destrucción ecológica, los conflictos bélicos y el terrorismo. No se previó que la transferencia de riqueza, poder, capacidades y recursos del Estado hacia la sociedad no sería lineal, en cambio diferentes grupos y sectores se quedaron con la mayor parte de ese poder y de esa riqueza, hasta el punto en que 500 empresas generan más de sesenta por ciento del PIB mundial y hasta el grado en que las cinco empresas más grandes del mundo disponen de ingresos mayores a cien países pobres juntos.

La concentración del ingreso se justifica paradójicamente desde el mundo de la sociedad civil, esto es, desde complejas sociedades anónimas y de inversión que manejan flujos de riqueza en el nivel global y que reivindican en el espacio público, en los partidos políticos y en el mercado político el que la sociedad civil a la que asumen pertenecer, debe seguir siendo el eje de toda producción de riqueza, desarrollo y bienestar.

En esta nueva sociedad internacional de lo privado que se apropió del discurso de una sociedad civil que durante décadas se movilizó por la democracia, los derechos humanos y las libertades públicas, es la misma que asevera que toda intervención del Estado es un acto de autoritarismo que lastima la democracia y que impone, otra vez, costos de transacción al desarrollo económico.

Bajo este escenario puede apreciarse que los procesos de reforma del estado en América Latina establecieron parámetros del liberalismo y la democracia, empero, no lograron construir las nuevas capacidades institucionales que les permitiesen procesar los conflictos y problemas sociales derivados del mercado, de concentración de riqueza y de la diferencias sociales crecientes.

El desarrollo del liberalismo y de la democracia plantea la necesidad estructural de construir nuevas instituciones que preserven las libertades públicas, los derechos humanos y la posibilidad de elegir cómo vivir. Las instituciones que demandan las sociedades del siglo XXI forman parte de un proceso estructural en donde hacen falta nuevas capacidades públicas que les permitan a las sociedades orientar su desarrollo, procesar las diferencias extremas, administrar el conflicto, vivir en paz y establecer políticas que distribuyan de manera justa las tareas y los beneficios sociales, que puede ser pensado como una plataforma básica de derecho para todos, garantizado por el Estado, con independencia de la ubicación de las personas en un estrato social.

Por ello es necesario evitar el pensar que racionalidad y eficacia en las instituciones, pueda equivaler a menos instituciones, esto es, los países con mayor grado de desarrollo económico y, por tanto, con mayor capacidad social para producir riquezas mantienen múltiples *espacios públicos de participación y decisión en el nivel local*. Reducir el Estado no significa cerrar o achicar las instituciones, significa por el contrario, fortalecer la capacidad de la ciudadanía para darse un orden y para sumar sus esfuerzos por la colectividad.

Es preciso que las instituciones sean más eficientes, que cumplan mejor con sus responsabilidades y que su personal reciba una capacitación y actualización permanentes bajo un sistema de servicio civil de carrera, pero también esto es insuficiente, si no se comprende que la importancia de las instituciones es creciente y que el retraso en la construcción de este nuevo piso de relaciones colectivas tendrá altos costos para nuestro país. Por otra parte, si se piensa que el funcionamiento y la operación del Estado es un costo o que la eficacia institucional depende del número de empleados o de edificios, entonces el problema del desarrollo se reduce a una cuestión aritmética.

A la pobreza, la marginación y la vulnerabilidad social no podrán enfrentárseles en México sin instituciones fuertes, sin una política de Estado que pueda ser aplicada en los diferentes órdenes de gobierno y sin una ciudadanía cuyo esfuerzo pueda ser organizado y conducido por el Estado en democracia, en el respeto a las diferencias y en la garantía de los derechos de las minorías, todo ello, en apego a un derecho que establece la libertad y la igualdad en la República.

2.1.3 Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PND).

En el contexto de la política social que desarrolla el Estado en nuestro país y en particular las políticas públicas que generó la administración del presidente Vicente Fox Quezada para su periodo de gobierno sexenal 2000-2006, revisaremos las estrategias establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006,¹⁶ que dan origen a los programas relacionados a resolver los principales problemas de salud de la población.

El Plan Nacional de Desarrollo establece y marca las líneas generales que el poder ejecutivo federal traducirá en programas operativos y en acciones de gobierno de la administración federal en turno. En el caso del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 da origen a programas específicos que atienden la realidad de cada región, grupo, sector o estado. Dicho plan establece un sistema para actualizarse constantemente, adaptándolo a una realidad social que es cambiante.

En el presente plan se proponen y determinan acciones para el desarrollo futuro del país en los ámbitos de educación, economía y desarrollo social y

¹⁶ La investigación toma como base este documento estratégico y normativo como inicio para el establecimiento de políticas públicas gubernamentales, publicado en el Diario Oficial de la Federación (D. O. F.), el 30 de mayo de 2001, 115 pp.

humano. Asimismo el PND 2001-2006, establece los lineamientos para el proceso de cambio y las pautas que permitan generar oportunidades suficientes para que todo ciudadano, pueda vivir mejor y con un nivel de vida digno.

En el contexto de desarrollo de políticas públicas dirigidas hacia la sociedad y para la población en general, el PND en el punto 2. LA ELABORACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO se expone:

2.2. El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006

... El Plan Nacional de Desarrollo pone ante la opinión de los ciudadanos lo que este gobierno se propone hacer junto con la sociedad, para que sea visto como un compendio en el que toda mexicana y mexicano pueden consultar lo que el gobierno planea hacer por ellos y con ellos. Para que los técnicos de la planeación y de la administración pública lo vean como instrumento básico que define criterios, prioridades y fundamentos de elaboración de las políticas públicas. Al mismo tiempo, para que los orientadores y líderes de opinión encuentren en él una presentación sistemática de los compromisos de gobierno.

Este marco integral de desarrollo que se presenta a la sociedad, permite pensar de manera más estratégica en las prioridades, políticas, programas, proyectos y reformas que debemos emprender para lograr los objetivos propuestos, pero sin que se conviertan en un marco rígido y limitante.

El Plan establece los objetivos que permitirán realizar los cambios medulares que este gobierno impulsará: cambios que consoliden el avance democrático, que abatan la inseguridad y cancelen la impunidad, que permitan abatir la pobreza y lograr una mayor igualdad social; una reforma educativa que asegure oportunidades de educación integral y de calidad para todos los mexicanos; cambios que garanticen el crecimiento con estabilidad en la economía, que tengan como premisa fundamental ser incluyentes y justos; cambios que aseguren la transparencia y la rendición de cuentas en la tarea del gobierno y que descentralicen las facultades y los recursos de la Federación.

Las estrategias contenidas en este Plan están encaminadas a facultar a los actores sociales y económicos para que participen de manera activa en las reformas que se promoverán. Considera como palancas de cambio en el país la educación, el empleo, la democratización de la economía y el federalismo y el desarrollo regional. Busca, mediante dichas estrategias, establecer alianzas y compromisos con los grupos sociales, económicos y políticos, así como con los gobiernos estatales y municipales del país para que la construcción de nuestro futuro sea una tarea compartida.

Este no es un plan detallado, sino una etapa de un proceso que permite vertebrar las iniciativas ciudadanas, alcanzar objetivos concretos y encaminar al país hacia una visión de largo plazo. Por ello, este documento marca un rumbo, unos objetivos y unas estrategias claras, pero al mismo tiempo está abierto a las adecuaciones que los nuevos acontecimientos demanden para el bienestar del país, que se plantearán en los programas sectoriales, regionales, especiales e institucionales y en los programas operativos anuales.

En el marco de un buen gobierno, de una política exterior proactiva y de la vigencia plena del Estado de derecho, este Plan Nacional incorpora la visión, la misión, los objetivos, las estrategias y los aspectos estructurales del desarrollo en el marco de las tres prioridades marcadas por los ciudadanos: desarrollo social y humano, crecimiento con calidad y orden y respeto.

Como podemos observar, dentro de los objetivos que se propone el plan están los encaminados a abatir la pobreza y lograr una mayor igualdad social, donde indica a participar a los actores económicos y sociales; y a realizar alianzas y compromisos de trabajo con los grupos sociales, así como con los gobiernos estatales y municipales.

En el Plan Nacional de Desarrollo los ejes rectores de acción del gobierno se sustentan en el buen gobierno, las finanzas públicas sanas, una revolución educativa y un gran desarrollo social. Este documento establece las prioridades, los objetivos y las estrategias que los guiarán en los seis años de la administración pública federal de este periodo de gobierno. Asimismo, expresa los compromisos que asume el titular del poder ejecutivo y su administración.

El gobierno federal considera el Plan Nacional como un documento amplio de tipo estratégico, que a su vez, sirve de base para programas nacionales más específicos, programas sectoriales como educación y salud; institucionales como es el tema de la vivienda o el agua; especiales como es el desarrollo de los pueblos indígenas; y, regionales, en donde por primera ocasión se tendrán cinco Programas Nacionales para cada una de las cinco regiones del país.

En él se plantea una visión de México para el año 2025. Asimismo se describe, de manera explícita, la misión de este Gobierno para poder hacer realidad esa visión; los principios que el Gobierno está sustentando y que van a estar guiando la acción de Gobierno a lo largo de los seis años de administración.

Como se mencionó se presentan tres grandes prioridades nacionales que son: desarrollo humano y social, crecimiento con calidad, y orden y respeto. Para cada una de estas tres prioridades nacionales se describen de manera específica los objetivos que se pretenden alcanzar en estos seis años y de manera particular las estrategias de cómo se van a lograr alcanzar dichos objetivos.

Lo anterior se plantea en la Introducción al Plan Nacional de Desarrollo de la siguiente manera:

Para encaminar los esfuerzos de gobierno de manera eficaz hacia lo que estipula el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se reorganizó la oficina de la Presidencia de la República y se establecieron tres comisiones: Desarrollo Social y Humano, Crecimiento con Calidad y Orden y Respeto, para que todas las áreas de la administración pública federal estén en la misma sintonía mediante objetivos comunes que permitan enfocar con precisión los esfuerzos gubernamentales y obtener buenos resultados en las acciones.

Todo lo anterior se resume en los objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. De manera muy general podemos decir que el área de desarrollo social y humano trabajará para mejorar los niveles de bienestar de la población y desarrollar sus capacidades, acrecentar la equidad e igualdad de oportunidades, fortalecer la cohesión y el capital sociales y ampliar la capacidad de respuesta gubernamental. El área de crecimiento con calidad buscará conducir responsablemente la marcha económica del país, elevar la competitividad de la economía, asegurar el desarrollo incluyente, promover el desarrollo regional equilibrado y crear las condiciones para un desarrollo sustentable. El área de orden y respeto buscará defender la soberanía y la seguridad nacionales, contribuir a que las relaciones políticas ocurran dentro de un marco de gobernabilidad democrática, construir una relación de colaboración entre los poderes de la Unión, avanzar hacia un auténtico federalismo, abatir la corrupción, gobernar con transparencia, garantizar la seguridad pública y una procuración de justicia adecuada.

El Plan Nacional de Desarrollo da origen a cuatro grupos de grandes programas nacionales, como se describió anteriormente, programas sectoriales, programas institucionales, especiales y regionales. A partir de este

marco de planeación a seis años, se definen los Programas Operativos Anuales; es decir, las acciones específicas, los proyectos y programas específicos que se van a implementar año con año. Estos 'POAS', como se les denomina dentro de la Administración Pública Federal, son los que dan base al presupuesto de cada año.

Como ya se describió el Plan es indicativo y estratégico donde los programas nacionales bajan un nivel más a detalle, son más operativos, describen a más bajo nivel los objetivos, las estrategias, las acciones en temas específicos y se elaboran los programas operativos anuales. Estos se revisan anualmente y son los más específicos de todos, donde ya viene el detalle presupuestal que de acuerdo a los ejercicios, se programa cuántos recursos se van a asignar a cada una de las diferentes acciones que se van a realizar.

Es en esta línea que revisaremos, para los efectos de la presente investigación de la Implementación de Políticas Públicas en Salud en el ámbito local, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 y derivado de éste el Programa de Acción: Comunidades Saludables.

2.2 El Programa Nacional de Salud 2001-2006.

2.2.1 El contexto histórico.

En nuestro país el principal desafío que enfrenta el sector salud es la superación de la inequidad, tanto en el estado de salud como en el acceso a la atención sanitaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta última, a su vez, es reflejo de las diferencias sociales (económicas, políticas, étnicas y de género) que prevalecen en el país; por lo que, resulta imprescindible analizar, comprender y atacar las asimetrías en el acceso a los servicios de salud.

Este reconocimiento ha generado un variado dinamismo en la formulación de políticas públicas que favorezcan la salud y disminuyan las inequidades; estas intervenciones toman en cuenta el ingreso y posición socioeconómica, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, los entornos físicos seguros y limpios, los hábitos de salud y los estilos de vida, el apoyo a los grupos vulnerables y el avance de los servicios de salud. Cada uno de estos factores son importantes por sí mismos y al mismo tiempo se interrelacionan entre sí.

Debido a que la multiplicidad de estos factores –económicos, sociales, políticos, ambientales- están vinculados a las principales causas de enfermedad y muerte en nuestro país, se requiere atender esta problemática desde diferentes ámbitos: Municipios, escuelas, mercados, centros de trabajo y de reunión. Para alcanzar este objetivo común, es necesario coordinar las acciones de promoción de la salud con las diversas instituciones públicas, sociales y privadas.

De acuerdo con la definición contenida en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, esta consiste en “proporcionar a los pueblos los medios

necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Complementa la definición estableciendo que “para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”.

La promoción de la salud, sin duda, representa un elemento clave para mejorar la salud de las comunidades, ya que será mediante sus estrategias que se logren hábitos de vida saludables que disminuyan los gastos catastróficos de la enfermedad y que promuevan la corresponsabilidad en la recuperación y mantenimiento de la salud.

En este sentido, la promoción de la salud resulta esencial para impulsar las políticas que buscan mejorar la situación de salud al incidir sobre sus determinantes socioeconómicos y la democratización del sistema de salud; así definida, la promoción se concibe un elemento clave para fomentar la equidad y sensibilizar a la población.

En este contexto, en la H. Cámara de Diputados y con motivo de la glosa del Primer Informe de Gobierno del presidente de la república de la administración 2001-2006, el 21 de septiembre de 2001 el Secretario de Salud de la federación, Dr. Julio Frenk Mora expresó que:

La salud es, junto con la educación, el mejor instrumento para abatir la pobreza y reducir las desigualdades. La salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades.

Para alcanzar este ideal, México quiere y requiere de un mejor sistema de salud: un sistema que alcance a todas y a todos sin excepción; un sistema que sepa atender a las personas con calidad técnica, trato digno y absoluto respeto a los derechos humanos; un sistema que proteja financieramente a los usuarios de los servicios y evite el empobrecimiento como consecuencia de atender la salud.

Las transformaciones por las que atraviesa nuestro país ejercen una presión sin precedente sobre el sistema de salud. El envejecimiento de la población, la transición epidemiológica, la rápida urbanización que se acompaña de una persistente dispersión rural, los cambios en la condición de las mujeres, la transformación económica, el avance político y las innovaciones tecnológicas de nuestro tiempo, definen un entorno de creciente complejidad para los servicios de salud.

En este entorno, son tres los grandes retos que nuestro sistema de salud debe enfrentar para seguir avanzando: equidad, calidad y protección financiera. La identificación precisa de los retos forma la columna vertebral del Programa Nacional de Salud 2001-2006, el cual fue presentado por el Presidente de la República a toda la sociedad mexicana en el poblado de Oxchuc, Chiapas, el pasado 5 de julio, apenas cinco semanas después de la presentación del Plan Nacional de Desarrollo.

El Programa sectorial define el rumbo de las políticas públicas de salud para los próximos años. Ahí se especifican cinco objetivos, diez estrategias y 66 líneas de acción concretas para enfrentar los retos y fortalecer el sistema de salud. Su elaboración fue producto de una amplia consulta ciudadana, expresada en más de 23 mil propuestas, que contó con la activa participación de las secretarías estatales de salud, las instituciones de seguridad social, diversas dependencias del gobierno federal, las agrupaciones sindicales, los centros académicos, el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil y, desde luego, muchos legisladores. El eje de nuestra propuesta es la democratización de la salud, que significa contar con un sistema de salud de la gente, por la gente y para la gente.

En la cita anterior se expone que las políticas de salud que están contenidas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS),¹⁷ afirman la responsabilidad de construir un sistema de salud al alcance de todos sin excepción, que atienda a las personas con absoluto respeto de sus derechos humanos y evite el empobrecimiento de las familias cuando les afecta cualquier enfermedad.

En materia de salud el gobierno federal plasma en el PNS, dónde estamos, dónde queremos llegar, qué caminos vamos a seguir y cómo se medirán los avances en la materia. El programa integra tres retos del Sistema Nacional de Salud: equidad, calidad y protección financiera; así como diez estrategias para su atención.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 también se contempla combatir los problemas que amenazan la salud integral, fortalecer las conductas que la benefician, promover políticas públicas que favorezcan la salud, apoyar la creación de entornos saludables y reforzar el poder de las comunidades.

Asimismo plantea la necesidad de democratizar la atención de la salud, lo cual implica la creación de las condiciones necesarias que permitan el acceso universal a los bienes y servicios, dando una respuesta a las demandas de la población vertidas en los foros de consulta ciudadana, así como las vertidas en la consulta popular referentes principalmente a mejor calidad, equidad y calidez en los servicios de salud. Desde este sentido de conceptualizar la democracia y la salud el PNS lo describe de la siguiente manera:

“ La democratización de la salud

El futuro de la salud de nuestro pueblo depende en buena medida de la construcción de reglas, vehículos y espacios que propicien la responsabilidad explícita de los funcionarios y estimulen la participación ciudadana. De hecho, el mensaje central del Programa Nacional de Salud 2001-2006 es que existe un vínculo profundo entre salud y democracia”

Programa Nacional de Salud 2001-2006, p.73.

“ Los cambios históricos que nuestro país está viviendo nos ofrecen oportunidades para avanzar en ambos sentidos. Podemos aprovechar los nuevos espacios de participación ciudadana para hacer de México un país más próspero y equitativo. Pero al ampliar los ámbitos de prosperidad y reducir las brechas sociales, podremos a la vez contribuir a consolidar nuestra democracia. En el caso específico de la salud, podemos afirmar que al democratizar la atención de la salud, los mexicanos elevaremos nuestros niveles de bienestar y al mismo tiempo estaremos contribuyendo a mejorar la salud de nuestra democracia”

Programa Nacional de Salud 2001-2006, p.74.

“En consonancia con su propósito central de democratizar la atención de la salud, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 conformará un sistema de salud guiado por los siguientes valores: justicia, autonomía y corresponsabilidad social.

¹⁷ Partimos de este programa como el diseño y el establecimiento de políticas en salud para el periodo de análisis de la investigación. Programa Nacional de Salud 2001-2006, La Democratización de la salud en México, Hacia un sistema universal de salud, SSA, México, 2001, 205 pp.

En un país de contrastes tan profundos, el sistema de salud debe constituirse en una instancia en donde impere la justicia en sus dos acepciones básicas: garantía de un trato semejante ante necesidades semejantes y búsqueda permanente de una mejor distribución de recursos y oportunidades”

Programa Nacional de Salud 2001-2006, p.74.

En la Visión que se propone el PNS establece la finalidad de plantearse un sistema de salud descentralizado sin dejar de observar las condiciones de un autentico federalismo, un sistema participativo –ligado a los derechos políticos elementales de los ciudadanos- y sistema de salud vinculado al desarrollo de la sociedad en su conjunto:

“La descentralización hasta el nivel municipal será la norma. Los recursos y las decisiones estarán ubicados en las instancias locales de operación de los servicios personales y no personales de salud. Al mismo tiempo, se estimulará la cooperación entre las entidades federativas para el logro de los objetivos compartidos. El financiamiento será solidario en nivel nacional. El pacto federal se expresará en la rectoría del sistema, que ofrecerá una normatividad común en favor de la equidad, la calidad y la eficiencia. En suma, el sistema de salud estará basado en un federalismo cooperativo.

Los ciudadanos, de manera individual o en forma organizada, estarán involucrados en todas las decisiones que afecten su salud; participando en los foros de discusión del sector; sumando inquietudes a las agendas estatales y nacionales de salud; opinando sobre las grandes decisiones de políticas. Además, contarán con acceso a la información pública y con instancias sensibles y eficientes para la presentación de quejas y sugerencias.

El sistema de salud estará estrechamente vinculado a otros sectores afines (desarrollo social, educación, ambiente, seguridad). Con ellos se implantarán de manera creciente políticas integrales dirigidas a mejorar el bienestar de la población.

Por último, el tema de la salud será, como lo es actualmente en los países desarrollados, un tema de alta relevancia en la agenda política. En consecuencia, el sistema nacional de salud será uno de los sectores más analizados pero también más apreciados por la ciudadanía. Las familias mexicanas se podrán sentir orgullosas de un sistema de salud que, con base en la excelencia de sus profesionales y la cobertura universal de la población –principal elemento redistribuidor de oportunidades y ejemplo de cohesión social-, respetará sus derechos, resolverá sus problemas de salud y proporcionará seguridad, buena calidad técnica y trato personalizado”

Programa Nacional de Salud 2001-2006, p.76.

En este orden conceptual y de valores a lograr por el Programa Nacional de Salud 2001-2006 expone su misión de la forma siguiente:

“Misión

Una vez identificados los valores y principios rectores, y teniendo en mente la visión antes descrita, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 asume como misión la siguiente:

Contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana”

Programa Nacional de Salud 2001-2006, p.77.

2.2.2 Los propósitos y la definición de objetivos.

El Programa Nacional de Salud propone identificar y solucionar los problemas que amenazan la salud integral, fortalecer las conductas que la benefician, promover políticas públicas que la favorezcan, apoyar la creación de entornos saludables y reforzar el poder de las comunidades.

En concordancia con los objetivos rectores del área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, que buscan mejorar los niveles de bienestar de los mexicanos, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se plantea como objetivos los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2. Abatir las desigualdades existentes en las condiciones de salud.
3. Garantizar el trato adecuado de parte de los servicios públicos y privados de salud.
4. Asegurar la justicia en el financiamiento de programas relacionados con la salud.
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Estos objetivos habrán de concretarse mediante 5 estrategias sustantivas:

1. *Vincular la salud con el desarrollo económico y social.*
2. *Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.*
3. *Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.*
4. *Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.*
5. *Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.*

La primera de estas estrategias –que para el propósito de esta investigación es la que nos interesa y analizaremos- parte de la premisa de que existe una estrecha relación entre la salud y desarrollo económico y social; por lo tanto, mejorar las condiciones de salud de la población depende, en buena medida, de la colaboración con otros sectores.

Para tal efecto, esta estrategia contiene dos propósitos generales:

- a) Promover que todo proyecto de desarrollo tome en consideración sus efectos sobre la salud, para así garantizar el diseño e implantación de políticas que la favorezcan.
- b) Promover actividades multisectoriales que incidan en los determinantes de la salud, en especial sobre crecimiento y distribución de la población, educación, alimentación, agua limpia y saneamiento, vivienda, medio ambiente, seguridad vial, seguridad pública, salud en el trabajo, salud mental, recreación y deporte.

De aquí se desprende en el PNS la línea de acción que propicia la participación social en beneficio de mejores estados de salud de las comunidades del país; así como también apunta los preceptos generales del Programa de Comunidades Saludables. Asimismo, esta línea de acción fomenta el autocuidado de la salud y dispone de las estrategias de la promoción de la salud, definiéndola de la siguiente manera:

“Línea de acción 1.1. Fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud

La promoción de la salud está orientada a incrementar la conciencia sobre la salud, impulsar estilos de vida saludables y fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud. Estas actividades deben desempeñarse brindándole oportunidades a las personas para que ejerzan sus derechos y responsabilidades. El fin último de la promoción de la salud es ayudar al desarrollo de comunidades saludables en las que los diferentes actores participen corresponsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar.

El Programa de Acción de Comunidades Saludables se define como el conjunto de acciones destinadas a generar y fortalecer actitudes y aptitudes relacionadas con el autocuidado de la salud. La meta de estas actividades podrá alcanzarse siempre y cuando las diversas instituciones –públicas, privadas y sociales- que realizan acciones de promoción de la salud se coordinen alrededor de este objetivo común.

Este programa se justifica en tanto que las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte en nuestro país están vinculadas con múltiples factores – ambientales, económicos, políticos, culturales y sociales- que requieren, por lo mismo, de acciones en múltiples ámbitos.

Bajo el término de “comunidades saludables” se incluyen los municipios, centros de trabajo, escuelas, mercados, centros de reunión y, en general, cualquier lugar en donde un grupo se reúne para actuar en común.

Dentro de las principales actividades de este programa se incluyen: i) la participación de las autoridades municipales, las autoridades sanitarias, las instituciones educativas y los grupos organizados de la sociedad en actividades de promoción de la salud; ii) la capacitación del personal del sector salud en la promoción de la salud, en particular de quienes trabajan en las comunidades rezagadas; iii) la certificación, en coordinación con los responsables de los programas prioritarios de prevención y protección de la salud, de aquellas comunidades que, de acuerdo con los criterios establecidos por los comités respectivos, reúnan los requerimientos para ser consideradas “comunidades saludables”, y iv) el diseño y puesta en operación de un modelo de seguimiento y evaluación de los programas municipales de promoción de la salud.

Las metas de este programa para el sexenio 2000-2006 son las siguientes:

Capacitar a los responsables de programas y al personal de las 224 jurisdicciones sanitarias del país en actividades de promoción de la salud y en las tareas del Programa de Acción de Comunidades Saludables.

Apoyar los proyectos de promoción de la salud que favorezcan a por lo menos 40 por ciento de las comunidades de más de 500 habitantes.

Crear programas municipales de promoción de la salud en por lo menos 80 por ciento de los municipios.

Certificar como comunidades saludables a cuando menos 25 por ciento de las comunidades de más de 500 habitantes.”

Programa Nacional de Salud 2001-2006, p.83.

Las tareas que permiten la modificación favorable de los condicionantes de la salud y la promoción del desarrollo humano no son responsabilidad de un solo sector; por el contrario, debido a su magnitud y complejidad requieren de la participación de múltiples instituciones y de los tres ámbitos de gobierno. Los

ayuntamientos y sus comunidades pueden contribuir también en la promoción de la salud; es éste un ejercicio de determinación que debe cristalizar en un efectivo compromiso público. Una adecuada coordinación de tareas entre los gobiernos federal, estatal y municipal redundará en una mayor repercusión de las acciones y transparencia en la aplicación de recursos.

De estos compromisos sociales con la salud de la población y contribuciones que pueden hacer los múltiples actores y ámbitos de gobierno, en este caso los ayuntamientos, surge el programa de Comunidades Saludables (CS), que es una iniciativa en salud pública y que tiene como objetivo principal el impulsar y fortalecer a los Municipios para la solución de problemáticas concretas en el área de la salud y que, en alianza con grupos organizados de la sociedad, se fomente su participación en la creación de ambientes saludables.

2.3 Programa de Acción: Comunidades Saludables.

2.3.1 Antecedentes.

Como implementación de política pública el antecedente inmediato del Programa de Comunidades Saludables es el Programa de Municipios Saludables, en el cual desde 1995 en México, se ha venido aplicando la estrategia de municipios saludables y se han sistematizado las acciones realizadas en materia de salud.

En este lapso de tiempo se impulsó la participación coordinada de las comunidades y sus autoridades y su objetivo general fue la promoción, apoyo y conformación de la participación organizada de la población, mediante comités locales y municipales de salud, para instrumentar proyectos de promoción de la salud en las comunidades. En el siguiente capítulo se describirá con mayor amplitud los antecedentes y el desarrollo del movimiento de municipios saludables, así como las estrategias que permitieron su crecimiento y consolidación.

A partir de la presente administración federal y plasmado en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se consideró conveniente estructurar en un programa las actividades de promoción de la salud que se realizan en el ámbito municipal y en la comunidad, surgiendo así el *Programa de Comunidades Saludables*, que toma su denominación en buena medida de los aspectos doctrinarios que le dio origen en la década de los ochenta en países desarrollados con la iniciativa “Ciudades Sanas” promovida por la OMS y en Latinoamérica en la década de los noventa, en países en vías de desarrollo, por conducto de la OPS se difundió como “Municipios y Comunidades Saludables”

Recordemos que la Organización Mundial de la Salud ha definido a las comunidades y 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 expande los recursos de la comunidad para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia” por ello es comprensible que el Sector Salud con este programa, pretenda hacer saludable ese espacio social.

En este sentido también el programa hace mención a la importancia de las estrategias de promoción de la salud ligadas al espacio estratégico de lo municipal y local:

Asimismo,...(el programa de Comunidades Saludables) es un medio que permite la implementación de estrategias de promoción de la salud en forma concreta, pues proporciona el espacio, los mecanismos y los recursos para ello, ya que se encuentra inserto en un proceso de democratización y descentralización en el marco de la gestión local y la participación comunitaria.

Sin duda, la promoción de la salud constituye un elemento clave para mejorar la salud de nuestras comunidades, pues con sus estrategias lograremos hábitos de vida saludables que permitan disminuir los costos catastróficos de la enfermedad y promuevan la corresponsabilidad en la recuperación y el mantenimiento de la salud (*Programa de Acción: Comunidades Saludables, p. 18*).

El Programa de Comunidades Saludables se pone en marcha en el año de 2001 para hacer frente a los retos en materia de salud pública de la población más desprotegida del país. Este programa constituye una oportunidad para contribuir a modernizar y hacer más eficientes el esquema de operación del sector salud, cuyas características permiten que las acciones del mismo sean consistentes y articuladas con el sistema de operación descentralizado de la Secretaría de Salud (SSA).

2.3.2 Lineamientos y Marco Jurídico.

Lineamientos

El programa de Comunidades Saludables (CS) -como una iniciativa en salud pública, refiere que su normatividad operativa está bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud y determina que “su normatividad operativa deben observar las entidades federativas”.

Por otra parte se afirma que “la conducción [del programa] en el país corresponde a la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS)”, dependencia adscrita a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), en quien se delega su coordinación, planeación, operación y evaluación. Asimismo, es la encargada de establecer la comunicación entre las áreas administrativas, sustantivas y normativas centrales, los órganos encargados de la salud en los estados y otras dependencias del sector y de la administración pública en general.

En este programa se favorece la incorporación activa de las jurisdicciones sanitarias, de los ayuntamientos y de las comunidades en la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de salud, bajo un esquema en el que las adecuaciones operativas corresponden a los hábitos y costumbres de los diferentes grupos sociales, con base en el respeto y la

equidad. La finalidad es asegurar la participación local en la gestión y el rendimiento de los recursos y acercar las decisiones a los lugares donde surgen las demandas.

Para ese fin se establecen los compromisos entre cada uno de los Gobiernos de los estados participantes y el Ejecutivo Federal por conducto de la SSA, mediante la implementación de las políticas públicas en salud que contiene el Programa de Comunidades Saludables.

Marco legal del programa de comunidades saludables

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho que tienen todas las personas a la protección de la salud de conformidad con el Artículo 4º, el cual manifiesta la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La Ley General de Salud, en su artículo 110, manifiesta que la promoción de la salud tiene por objetivo crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y promover en el individuo los valores, actitudes y conductas adecuados para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva. Así como también en su artículo 116 faculta a las autoridades sanitarias para el establecimiento de normas, ejecución de medidas y realización de actividades tendientes a la protección de la salud humana ante los riesgos y daños dependientes de las condiciones del ambiente.

Por otro lado, siendo la salud un derecho fundamental para el desarrollo de las potencialidades de los individuos, proclama la necesidad de crear las condiciones de salud que permitan el pleno aprovechamiento de las capacidades de la comunidad.

Los gobiernos municipales contribuyen a la creación de comunidades saludables, ya que actúan como promotores del desarrollo social de manera armónica e integral y en beneficio de la salud de su población, en el marco de las atribuciones que le confiere el Artículo 115 constitucional.

2.3.3 Definición, Visión, Misión y Objetivos.

Definición

El Programa de Comunidades Saludables es un esfuerzo del gobierno federal, que involucra a todos los niveles e instancias de los servicios de salud en los estados, para llevar acciones básicas de salud hasta el ámbito familiar en aquellas comunidades que han estado al margen de estos beneficios. Ello con el fin de promover la salud de los mexicanos por medio de acciones sociales y educativas que incrementen la conciencia pública en materia de salud, propicien estilos de vida saludables y estimulen la acción comunitaria y la participación social a favor de una mejor calidad de vida.

El Programa de Comunidades Saludables se define como el conjunto de acciones destinadas a generar y fortalecer actitudes y aptitudes relacionadas con el autocuidado de la salud, a través de la acción coordinada de los sectores público, social y privado.

El propio programa se describe de la siguiente forma:

El Programa de Acción de Comunidades Saludables es:

El conjunto de acciones de promoción de la salud para motivar la participación de autoridades, instituciones, organizaciones civiles y la comunidad en el desarrollo de iniciativas y proyectos que mejoren su calidad de vida y su entorno.

El programa recupera e integra iniciativas exitosas en el trabajo de promoción de la salud para unificar criterios y potenciar los recursos existentes; con esto se fortalecerá el apoyo y la vinculación con los programas sustantivos de prevención y control de enfermedades, mediante la focalización de intervenciones.

Una comunidad saludable es el resultado del proceso de organización de las autoridades municipales, los grupos sociales y comunitarios, los servicios educativos y las familias a favor de acciones que beneficien directamente su salud y calidad de vida (*Programa de Acción: Comunidades Saludables*, p. 33).

Puede afirmarse que el *Programa de Comunidades Saludables* es un recurso para el avance en procesos de participación social en el contexto local. Gran parte de la esencia y el éxito de la propuesta está condicionada por la participación efectiva de todos los sectores sociales en el proyecto para hacer de su comunidad un lugar más saludable.

Podemos decir que la participación social en este programa, es un concepto amplio que se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones, los sectores, es decir, todos los actores de la comunidad y del municipio, intervienen en la identificación de los problemas de salud y se unen para elaborar un 'Plan de Trabajo' que dé soluciones específicas con los recursos propios de la comunidad.

La participación social en el contexto del programa, significa que la sociedad organizada tome parte en las deliberaciones y decisiones –tanto individual y colectivamente- sobre su problemática de salud, incluyendo la definición de necesidades y prioridades y, por supuesto, asume responsabilidades y obligaciones surgidas de la elaboración del 'Plan de Trabajo'. Desde la perspectiva del *Programa de Comunidades Saludables*, la participación social no puede ser una simple colaboración en actividades previamente definidas, significa la participación de la comunidad y los grupos organizados, en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad con respecto a su salud.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, contempla como prioritario al Programa de Acción de Comunidades Saludables para vincular la salud con el desarrollo económico y social y reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres. Dicho programa tiene como propósito llevar a cabo en el nivel local los principios de promoción de la salud orientados a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, de tal forma que le permita modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas.

En la *Justificación* que se presenta en el Programa de Comunidades Saludables plantea así la vinculación de la salud con el desarrollo:

El vínculo entre salud y desarrollo es recíproco y complejo; es decir, son conceptos inseparables. La salud es resultado del nivel y las formas de desarrollo de una sociedad, por cuanto éste determina los límites y la disponibilidad de recursos para el bienestar de los diversos grupos de la población. Por otra parte, la salud es condición esencial para el desarrollo social por la repercusión que tiene en la capacidad de trabajo del individuo y en el establecimiento de los climas de estabilidad, tranquilidad y progreso social que tal desarrollo requiere.

Desde la perspectiva de la salud, el tipo de desarrollo que demanda la realidad del país debe estar orientado a incrementar la producción y la productividad con miras al logro del bienestar, la paz y la justicia social en las comunidades.

Las condiciones para enfrentar los retos que plantea la salud son las siguientes: integración regional, descentralización política y administrativa, fortalecimiento de la democracia y concepción del Estado como un organismo ágil, eficiente, eficaz y diligente en el desempeño de las tareas de conducción, orientación y utilización de los recursos que permitan afianzar la equidad, la participación y la vigencia de los valores democráticos. (*Programa de Acción: Comunidades Saludables, Justificación, p. 13*)

En este contexto los gobiernos municipales contribuyen a la creación de Comunidades Saludables, ya que actúan como promotores del desarrollo social de manera armónica e integral y en beneficio de la salud de su población en el marco de las atribuciones que les confiere el artículo 115 constitucional.

Así las comunidades y municipios saludables son aquellos que están en un movimiento programado hacia el logro de mejores condiciones de vida y no los que han alcanzado alguna marca o calificación; son en resumen, comunidades y municipios donde se han conjuntado voluntades, esfuerzos y un liderazgo efectivo en favor de la salud de la población.

Visión, Misión y Objetivos

En este apartado por considerarlo de interés e importancia para el programa, transcribimos textualmente la referencia en cuanto a la definición de su visión, misión y objetivos:

Visión

Un México constituido por municipios saludables, comunidades organizadas e instituciones comprometidas, en un marco de colaboración y solidaridad, trabajando en favor de su salud.

Misión

Incentivar el desarrollo de programas municipales de promoción de la salud, promover la participación activa y consciente de la sociedad y facilitar la coordinación intersectorial.

Objetivo

Impulsar y fortalecer la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de

promoción de la salud, a fin de generar y fortalecer actitudes y aptitudes en la población para su autocuidado.

Objetivos específicos

- Instrumentar programas municipales de promoción de la salud que faciliten el desarrollo de proyectos con la participación de la sociedad, y permitan la atención de las prioridades locales y regionales.
- Desarrollar instrumentos técnico-normativos que apoyen la elaboración y aplicación de políticas locales para el mejoramiento ambiental de las comunidades y la dotación de servicios públicos municipales.
- Dotar a las comunidades de información clara y precisa, encaminada al autocuidado de la salud individual y colectiva.
- Fortalecer las capacidades del personal que participa en el programa de comunidades saludables, en los ámbitos estatal, jurisdiccional y comunitario, mediante una capacitación integral y la instalación de sistemas informáticos.
- Evaluar el desarrollo del programa en el proceso organizativo de municipios y comunidades.¹⁸

Como hemos referido este programa forma parte de las políticas gubernamentales del sector salud, cuyos propósitos son estimular la participación activa de la población en la promoción y el fortalecimiento de una cultura de vida saludable, contando con la cooperación de los gobiernos de las 32 Entidades Federativas, en el diseño de proyectos que reflejen en el nivel local los principios de promoción de la salud.

Podemos deducir que de entre sus objetivos específicos se plantea la necesidad de elaborar planes de trabajo buscando una participación interinstitucional que impida la duplicación de los programas sociales en materia de salud, que impulsa el Estado mexicano, y que la capacidad de atención institucional con la que ya se cuenta, sea utilizada de manera óptima.

2.3.4 Organización y operación

Organización

Como se mencionó anteriormente, la conducción del Programa de Comunidades Saludables queda a cargo de la DGPS, esta dependencia cuenta con la ayuda de otras instancias para cumplir con su implementación y ejecución: a) el comité nacional de comunidades saludables; b) los servicios estatales de salud; c) los comités técnicos estatales de comunidades saludables; d) los departamentos estatales de promoción de la salud; e) las jurisdicciones sanitarias; f) las coordinaciones jurisdiccionales de promoción de la salud; g) las unidades aplicativas del primer nivel de atención; h) los promotores de salud; i) los comités locales de salud, y j) el personal comunitario en salud.¹⁹

¹⁸ Programa de Acción: Comunidades Saludables, SSA, México, 2002, p. 29.

¹⁹ *Ibíd.*, pp. 47-51.

a) El comité nacional de comunidades saludables. Constituido para funcionar en el ámbito nacional, el Comité Nacional de Comunidades Saludables está integrado por los responsables de los programas de prevención y protección de la salud y es el encargado de establecer los lineamientos generales para la operación del programa, así como los criterios de certificación de comunidades saludables y acreditación de municipios saludables.

b) Los servicios estatales de salud. Los servicios o dependencias estatales de salud participan de manera sustantiva en la coordinación del programa, la vigilancia de la aplicación de los recursos, el seguimiento y evaluación del mismo, y la vinculación con los gobiernos municipales. Tienen, además, la responsabilidad directa en la operación de los servicios y en la generación de información relacionada de las acciones realizadas con la SSA. A su vez, los servicios estatales de salud cuentan con un departamento estatal de promoción de la salud (o con un área a designada por ellos) para efectuar la operación y aplicación del marco normativo del programa y la elaboración de la programación y el presupuesto del mismo; con participación de la jurisdicción. Asimismo, este departamento es un auxiliar en la organización y supervisión del programa en el contexto estatal.

c) Los comités técnicos estatales de comunidades saludables. Cada entidad federativa deberá formar un comité técnico estatal de comunidades saludables, el cual se crea con la participación de los representantes estatales de los programas de prevención y protección de la salud. Los comités técnicos estatales son los encargados de acreditar municipios y certificar a las comunidades que hayan demostrado estar trabajando en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

d) El departamento estatal de promoción de la salud. Dependiente orgánicamente por lo general, de la Dirección de Servicios de Salud, el departamento de promoción de la salud estatal tiene como función primordial con el Programa de Comunidades Saludables, el impulsar y promover el trabajo coordinado con todos los responsables de la planeación y ejecución de los programas de prevención y protección de la salud, en el contexto general de cada estado.

e) La jurisdicción sanitaria. Es el órgano regional en el estado responsable de la planeación, coordinación, supervisión y evaluación de la prestación de servicios de atención médica y salud pública a la población en general; asimismo, es el encargado de la regulación, el control y el fomento sanitarios en el área geográfica de su responsabilidad. Constituye una unidad técnico-administrativa desconcentrada por territorio y dependiente del gobierno estatal, cuya función consiste en servir de enlace entre éste y las instancias aplicativas. En este ámbito, la vinculación con el programa deberá realizarse con los responsables jurisdiccionales de los programas para desarrollar acciones de alto impacto en los municipios y comunidades de su área de responsabilidad.

f) La coordinación jurisdiccional de promoción de la salud. Dependiente de la jurisdicción sanitaria, es el organismo responsable de la organización, coordinación, seguimiento y control del Programa de Comunidades Saludables en los ámbitos local y municipal; así como también del establecimiento de vínculos con los responsables jurisdiccionales de los programas de prevención y protección de la salud con el fin de concentrar acciones en las comunidades más rezagadas.

g) Las unidades aplicativas del primer nivel de atención. Son las encargadas de proporcionar servicios integrales de salud al individuo, la familia y la comunidad, por medio de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Comúnmente conocidos como 'Centros de Salud' son los que se constituyen en toda la estructura institucional y comunitaria que integra la red de servicios de salud, operan de conformidad con las directrices nacional y estatales y participan en la programación, ejecución y evaluación de las actividades. Así, los centros de salud responden a criterios regionales para sus formas de operación y ubicación, de acuerdo a las necesidades de las poblaciones que tienen cobertura, teniendo en cuenta que un núcleo de servicios de salud puede brindar atención adecuada hasta a 500 familias.

h) El promotor de salud. Regularmente adscrito a las unidades aplicativas de primer nivel, el promotor de salud realiza su trabajo en el territorio que se encuentra bajo la responsabilidad de su unidad, cuyas localidades visita con regularidad y de conformidad con circuitos, programas y calendarios establecidos de antemano.

i) El comité local de salud. Es la estructura fundamental que se forma para la integración de los miembros de una población y el personal de salud, con el fin de mejorar las condiciones sanitarias y ambientales de la comunidad y recibir sesiones de educación para la salud.

j) El personal comunitario. Lo constituyen personas que de manera voluntaria funcionan como promotores, procuradoras y agentes de salud, realizando tareas de educación en salud y mejoramiento ambiental en las comunidades.

Para la mejor comprensión de la organización y ejecución del Programa de Comunidades Saludables consideramos importante a continuación enumerar las principales funciones y acciones de las instancias descritas anteriormente:

Las funciones del departamento estatal de promoción de la salud u organismo equivalente son las siguientes:

- Promover, como parte de los servicios de salud en los estados, la coordinación local en materia de planeación, programación, supervisión y evaluación.
- Planificar, en forma coordinada con los responsables estatales de los programas de prevención y control de enfermedades, las acciones específicamente dirigidas a las comunidades que padecen mayor rezago y vulnerabilidad.

- Establecer mecanismos estatales de coordinación con las diversas unidades administrativas de la institución y con otras dependencias del sector público que estén relacionadas con el Programa de Comunidades Saludables.
- Impulsar la coordinación entre las dependencias de los gobiernos municipales y estatales para implantar y operar el programa.
- Atender y dar seguimiento a la aplicación de todas las disposiciones y normas emitidas por la SSA que estén vinculadas con el programa, promoviendo la convergencia y coordinación entre las áreas involucradas.
- Observar la adecuada participación de las instancias correspondientes en la aplicación de los recursos humanos, económicos y materiales según los criterios establecidos.
- Informar periódicamente sobre la ejecución y el avance del programa a las autoridades federales, estatales y locales de la SSA.
- Verificar la adecuada aplicación del presupuesto con apego irrestricto a los recursos autorizados, así como a las acciones y mecanismos establecidos.
- Apoyar la gestión operativa de las jurisdicciones, a fin de garantizar el impacto de sus acciones y el logro de los objetivos del programa.

Las funciones de las coordinaciones jurisdiccionales de promoción de la salud son las siguientes:

- Planificar, en forma coordinada con los responsables jurisdiccionales de los programas de prevención y control de enfermedades, la confluencia de acciones destinadas a mejorar las condiciones de salud de las comunidades que padecen mayor rezago y vulnerabilidad.
- Desarrollar, en coordinación con las presidencias municipales de su ámbito de competencia, programas municipales de promoción de la salud con el fin de apoyar las acciones sustantivas de la SSA.
- Establecer mecanismos de coordinación jurisdiccional con las diversas dependencias del sector público, organizaciones sociales y del sector privado para apoyar las acciones del Programa de Comunidades Saludables.
- Atender y dar seguimiento a la aplicación de todas las disposiciones y normas emitidas por la SSA que estén vinculadas con el programa, promoviendo la convergencia y coordinación entre las áreas involucradas.
- Informar sobre la ejecución y el avance del programa a las instancias estatales, de conformidad con el calendario que éstas establezcan.
- Capacitar en los contenidos del Programa de Comunidades Saludables al personal jurisdiccional involucrado y al personal de salud de las unidades aplicativas de primer nivel que participan en su operación.
- Asesorar y dar seguimiento a los comités municipales y locales de salud, a fin de lograr que éstos desarrollen acciones de mejoramiento comunitario y de educación para la salud.

Los centros de salud llevarán a cabo las siguientes funciones:

- Organizar y dar asesoría para su funcionamiento a los comités locales de salud.

- Formular el diagnóstico de salud con la participación del comité local.
- Elaborar el programa de trabajo de acuerdo con las necesidades detectadas en el diagnóstico de salud.
- Dar seguimiento y apoyo a las actividades de los comités.
- Dotar a las comunidades con las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud.
- Involucrar a personas de la comunidad para que participen voluntariamente en las acciones de educación para la salud y mejoramiento comunitario, convirtiéndose en agentes y procuradoras de la salud.
- Ejecutar los lineamientos del Programa de Comunidades Saludables para que las localidades de su ámbito de adscripción se inicien, orienten, activen y certifiquen.

Las funciones del promotor de salud son las siguientes:

- Apoyar las tareas de promoción, prevención y atención de los comités locales de salud para contribuir al desarrollo de una cultura de la salud.
- Realizar periódicamente acciones de promoción, prevención, atención médica básica y saneamiento comunitario, de acuerdo con lo señalado en el paquete básico y con base en la capacitación y la supervisión recibidas.
- Elaborar el croquis de la localidad, especificando la ubicación de las viviendas, los grupos vulnerables, las vías de acceso y los tiempos de recorrido.
- Realizar anualmente el censo nominal de las familias de su comunidad, identificando a los menores de 5 años y a las mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- Participar en la elaboración anual del diagnóstico de salud de la localidad, en forma conjunta con el médico, la enfermera y el personal voluntario.
- Participar en el comité de salud y mantener la coordinación con las autoridades locales, municipales y de la jurisdicción sanitaria para la solución de problemas de salud.
- Convocar a grupos específicos de la comunidad a impartir sesiones de educación para la salud individual, familiar y comunitaria.
- Registrar los datos correspondientes a los sistemas de información de servicios de salud y vigilancia epidemiológica.

El comité local de salud se organiza para:

- Determinar las prioridades.
- Recibir sesiones de educación para la salud.
- Participar en la elaboración y ejecución de proyectos.
- Definir las acciones y tareas de los integrantes del comité.

El personal comunitario se compromete a:

- Participar de las actividades de capacitación en las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud.
- Divulgar entre los miembros de su comunidad la información que ha recibido en materia de salud.

- Integrar el comité de salud de su comunidad y participar en las acciones del mismo.
- Apoyar al personal de salud en la identificación y referencia de casos previamente definidos en el Paquete Básico de Servicios de Salud.
- Propiciar la participación de otros miembros de la comunidad en las acciones de mejoramiento sanitario y ambiental.
- Participar en las actividades establecidas para que su comunidad sea saludable.
- Vigilar el cumplimiento de las actividades previstas en el Programa de Comunidades Saludables.

Operación

La acción del sector salud se despliega en contextos regionales diversos, caracterizados por una dinámica demográfica y territorial sumamente diferenciada. Esa diversidad se expresa en la alta concentración demográfica en un pequeño número de asentamientos urbanos y, contrariamente, en la reducida densidad de población en un gran número de localidades.

Por un lado, la concentración demográfica en las ciudades implica la multiplicación de demandas sociales que reclaman la asignación de cuantiosos recursos públicos para atender las necesidades de la población y los requerimientos de equipamiento e infraestructura de la actividad industrial y de servicios. Por otro, el hecho de que una proporción reducida de la población habite un gran número de localidades, con frecuencia rurales y aisladas, entraña un complejo desafío para la política de salud, pues las estrategias y los programas de acción deben contribuir a consolidar intervenciones que en el largo plazo incidan en las tendencias epidemiológicas de la población.

Para su esquema de operación el programa de comunidades saludables considera la historia y la experiencia acumulada en acciones de salud, que han tenido con la participación social organizada de la comunidad y lo describe de la siguiente manera:

Tomando en cuenta las experiencias de organización comunitaria y promoción de la salud que se han desarrollado en el país por parte de los servicios de salud, se formuló el esquema de operación de comunidades saludables con la finalidad de mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población abierta atendida por el primer nivel, ofreciendo educación e información en salud y promoviendo la participación de la sociedad a través de los comités locales de salud.

El esquema de operación incluye los recursos humanos y físicos que realizan funciones de complejidad técnica diversa y en diferente ámbito de responsabilidad; así, se integran equipos locales de salud que brindan atención a un grupo de localidades y éstos son asesorados por los equipos jurisdiccionales.

Con fines metodológicos, el esquema de operación del Programa de Comunidades Saludables se desarrolla en dos modalidades que se vinculan estratégicamente para complementarse: I) Participación municipal en la promoción de la salud y II) Organización comunitaria para la salud.

I) Participación municipal en la promoción de la salud

La participación municipal en la promoción de la salud consiste en fortalecer la acción de los gobiernos locales para la conducción de proyectos que puedan tener una repercusión importante en la protección de la salud de sus habitantes.

Busca impulsar la participación activa de los ayuntamientos, la sociedad y las organizaciones locales; los gobiernos municipales que se integren al programa deben tener un comité municipal de salud, elaborar un diagnóstico de la situación, definir prioridades y elaborar un programa de trabajo que considere, como mínimo, los siguientes factores: dotación de agua limpia, manejo y disposición de residuos sólidos, control y estabilización de la población canina, control de la fauna nociva y mejoramiento de los mercados.

(...)

Las etapas de la participación municipal para la promoción de la salud son las siguientes:

Etapas 1: Municipio saludable incorporado

Tomando en cuenta el trabajo realizado por los servicios estatales de salud con los gobiernos municipales, se considerarán municipios incorporados al programa todos aquellos que cumplan con la formación de un comité municipal de salud, con la integración de un diagnóstico situacional y su discusión en el taller de planificación de acciones, proyectos y programas que deberán incluirse en el Plan de Desarrollo Municipal.

Etapas 2: Municipio saludable activo

Municipio saludable incorporado que tiene en ejecución su programa de trabajo y que comprende, cuando menos, los siguientes temas:

- Dotación de agua limpia en sus comunidades
- Manejo y disposición final de residuos sólidos
- Control y estabilización de la población canina
- Control de fauna nociva
- Mejoramiento de mercados municipales

Etapas 3: Municipio saludable acreditado

Municipio saludable activo donde, por acuerdo de cabildo, se establece el compromiso de implementación y desarrollo del Programa Municipal de Promoción de la Salud y, cuando menos, de un proyecto vinculado a la salud pública que vaya encaminado a la disminución del rezago en la solución de los problemas de salud y a la generación de acciones de promoción de la salud para la prevención y protección en zonas de alto riesgo e incidencia.

(Programa de Acción: Comunidades Saludables, pp. 55-57).

A principios de la presente administración federal las cifras que se tenían de los municipios saludables que habían realizado acciones para estar en el programa, eran a finales del 2001 de 1,626 municipios. Éstos habían realizado las condiciones del programa de municipios saludables mediante la estrategia de la participación municipal.

La información con que se contaba para diciembre de 2002 es la siguiente: 1,584 municipios a nivel nacional se encuentran incorporados al programa; 985 están considerados en la etapa como activos y 207 contemplados como acreditados. Para este periodo ya se cuenta con 28 redes estatales de municipios por la salud, las cuales cuentan con su forma de organización propia y han formulado sus propias condiciones para el trabajo conjunto (ver Figura 2.1).

FIGURA 2.1

**PARTICIPACIÓN MUNICIPAL
INFORMACIÓN 2002**

<i>ESTADO</i>	<i>No. Total de Municipios</i>	<i>Municipios Incorporados</i>	<i>Municipios Activos</i>	<i>Municipios Acreditados</i>	<i>Redes Estatales</i>
1 Aguascalientes	11	11	11	10	
2 Baja California	5	5	4		Si
3 Baja California Sur	5	5			
4 Campeche	11	11	11	6	Si
5 Coahuila	38	18	7	1	Si
6 Colima	10	10	10	10	Si
7 Chiapas	118	117	93		Si
8 Chihuahua	67	67	49		Si
9 Durango	39	38	32		Si
10 Guanajuato	46	24			Si
11 Guerrero	77	62	34		Si
12 Hidalgo	84	84	84	37	Si
13 Jalisco	124	124	124	57	Si
14 Estado de México	124	114	105		Si
15 Michoacán	113	55	25		Si
16 Morelos	33	9	9		Si
17 Nayarit	20	20			Si
18 Nuevo León	51	43	30	28	Si
19 Oaxaca	570	180			Si
20 Puebla	217	80	34		Si
21 Querétaro	18	18	16	16	Si
22 Quintana Roo	8	8	2		Si
23 San Luis Potosí	58	57	57		Si
24 Sinaloa	18	10	5		Si
25 Sonora	72	48	48	25	Si
26 Tabasco	17	17	17	17	Si
27 Tamaulipas	43	22	22		Si
28 Tlaxcala	60	26	16		Si
29 Veracruz	210	189	121		Si
30 Yucatán	106	55	12		
31 Zacatecas	57	57	7		Si
T o t a l	2430	1584	985	207	28

<i>Distrito Federal</i>	<i>No. de Delegaciones</i>	<i>Delegaciones Incorporadas</i>	<i>Delegaciones Activas</i>	<i>Delegaciones Acreditadas</i>	<i>Red</i>
Distrito Federal	16	16	16	3	

Fuente: Secretaría de Salud, DGPS, 2002.

Como se ha referido, ésta modalidad operativa del programa representa una estrategia que propicia una movilización de los ayuntamientos para desarrollar proyectos de promoción de la salud y las acciones se ven reflejadas en la información que se reporta a nivel nacional de municipios saludables. Así observamos que para finales del 2005, se encuentran incorporados 1,811 municipios de todo el país, 1,047 se encuentran activos y 437 son considerados como municipios acreditados al Programa de Comunidades Saludables (ver Figura 2.2).

FIGURA 2.2

PARTICIPACIÓN MUNICIPAL
INFORMACIÓN 2005

	<i>E S T A D O</i>	<i>No. Total de Municipios</i>	<i>Municipios Incorporados</i>	<i>Municipios Activos</i>	<i>Municipios Acreditados</i>	<i>Redes Estatales</i>
1	Aguascalientes	11	11	11	11	Si
2	Baja California	5	5	5		Si
3	Baja California Sur	5	5			Si
4	Campeche	11	11	3	4	Si
5	Coahuila	38	16	1		Si
6	Colima	10	10			Si
7	Chiapas	118	114	56		Si
8	Chihuahua	67	67	54		Si
9	Durango	39	39	39		Si
10	Guanajuato	46	46	1	1	Si
11	Guerrero	79	71			Si
12	Hidalgo	84	84	83	50	Si
13	Jalisco	124	124	61	124	Si
14	Estado de México	125	114	114		Si
15	Michoacán	113	109	96	31	Si
16	Morelos	33	17			Si
17	Nayarit	20	20	20	15	Si
18	Nuevo León	51	49	45	43	Si
19	Oaxaca	570	183	60	25	Si
20	Puebla	217	106	72	44	Si
21	Querétaro	18	18			Si
22	Quintana Roo	8	8	2		Si
23	San Luis Potosí	58	58	58	18	Si
24	Sinaloa	18	12	10		Si
25	Sonora	72	48	48	25	Si
26	Tabasco	17	17	17	17	Si
27	Tamaulipas	43	42	42	17	Si
28	Tlaxcala	60	55	27	7	Si
29	Veracruz	212	211			Si
30	Yucatán	106	70	51	4	Si
31	Zacatecas	58	55	55		Si
	Subtotal	2436	1795	1031	436	31
	<i>Distrito Federal</i>	<i>No. de Delegaciones</i>	<i>Delegaciones Incorporadas</i>	<i>Delegaciones Activas</i>	<i>Delegaciones Acreditadas</i>	<i>Red</i>
	D. F.	16	16	16	1	
	Total	2452	1811	1047	437	31

Fuente: Secretaría de Salud, DGPS, 2005.

	Representa estados que acreditaron la totalidad de sus municipios.
--	--

Para la instrumentalización de todos estos procesos, se han elaborado diversos materiales de apoyo y herramientas metodológicas dirigidos al personal de salud y a la población en general, con la finalidad de reforzar las actividades que se llevan a cabo a nivel local.²⁰

2.3.5 Apoyo a proyectos municipales de promoción de la salud.

La estrategia de apoyo a proyectos del Programa de Comunidades Saludables

En el anterior apartado 2.3, donde se hace la descripción del Programa de Comunidades Saludables, se señalaba que una de las estrategias prioritarias de dicho programa es el apoyo a proyectos municipales vinculados a la salud

²⁰ En el Capítulo siguiente se describirán más a fondo algunas de estas herramientas metodológicas empleadas en los procesos de ejecución de la estrategia de MCS.

pública, mediante el cual las autoridades municipales pueden elaborar y ejecutar este tipo de proyectos para ser beneficiarios con recursos económicos de la federación.

A partir de el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal (PEF) 2002 —de acuerdo con el fundamento normativo de la estrategia de apoyo a proyectos— se estableció que se asignara una partida específica para apoyar y reconocer el trabajo a favor de la promoción de la salud, y, en cumplimiento de dicho decreto, se publicaron en ese mismo año, en el Diario Oficial de la Federación, las “Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Comunidades Saludables”.

Estas Reglas de Operación tenían como objetivo, a través de la elaboración de proyectos municipales, el impulsar y fortalecer la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud que generen y fortalezcan actitudes y aptitudes en la población para su autocuidado. Tales reglas definen, además, el esquema de operación, la población beneficiada, los criterios de selección, los requisitos de participación, y la descripción de los apoyos, entre otros puntos.

Paralelamente, en ese año 2002, se lanzó la convocatoria anual que tenía como propósito invitar a todos los municipios del país, interesados en desarrollar iniciativas de promoción de la salud, a presentar proyectos municipales de salud que serían apoyados por el Programa de Comunidades Saludables, para lo cual debían cumplir con las siguientes características:

- Coadyuvar de manera directa a la acreditación del municipio en el Programa de Comunidades Saludables, motivando el desarrollo de proyectos encaminados a la salud pública en los siguientes temas prioritarios: uso y consumo adecuado del agua, manejo apropiado de residuos sólidos, mercados y rastros saludables, erradicación de enfermedades transmitidas por vector, y control de zoonosis.
- Incluir en los proyectos las estrategias de promoción de la salud, participación social, comunicación educativa, y educación para la salud.
- Atender problemas emergentes y rezagos en salud que padecen los grupos vulnerables,
- Fundamentar los proyectos en un diagnóstico situacional y considerarlos entre las prioridades del programa de trabajo de salud del municipio.
- Impulsar innovaciones metodológicas y tecnológicas dirigidas al autocuidado de la salud.

Con el fin de reforzar la importancia de la participación municipal se llevó a cabo la difusión de la convocatoria respectiva mediante los servicios de salud de las entidades federativas, al tiempo que se efectuaron reuniones regionales de sensibilización con el objeto de reforzar la información relacionada con la estrategia de Apoyo a Proyectos del Programa de Comunidades Saludables y la integración de los Comités Técnicos Estatales de Comunidades Saludables (CTECS), homólogos locales del Comité Nacional de Comunidades Saludables (CNCS), para evaluar los proyectos beneficiarios del programa.

Al efecto se realizaron las herramientas metodológicas para la elaboración y presentación de proyectos; para ello se instrumentó el Formato Único del Expediente Técnico de Proyectos para facilitar la participación de los interesados y orientarlos en el cumplimiento de las reglas de operación; dicho formato incluye: 1) ficha de identificación, 2) descripción del problema, 3) descripción del objetivo, 4) descripción del proyecto, 5) metas, 6), evaluación del proyecto, 7) presupuesto, 8) cronograma de actividades, 9) clasificador de gasto. Con la misma idea se diseñó la Guía Técnica, instructivo que describe la manera en que debe presentarse el contenido de cada uno de los puntos solicitados en dicho formato, así como algunos consejos para facilitar su desarrollo.

A fin de motivar a los municipios, se programaron talleres de integración del expediente técnico para la elaboración de los proyectos del Programa de Comunidades Saludables, los cuales desplegarían un panorama general de la operación del programa y abundarían en los elementos teórico-prácticos de la elaboración de los proyectos. En dichos talleres participaron presidentes municipales, regidores de salud, representantes de los comités municipales de salud, jefes jurisdiccionales, jefes de promoción de la salud, coordinadores de participación social, supervisores de acción comunitaria, representantes de los comités locales de salud y los interesados en desarrollar proyectos a través de los servicios estatales de salud de las entidades federativas y de la Dirección General de Promoción de la Salud.

Para efectos de validación de los proyectos se solicita la intervención de los Comités Técnicos Estatales de Comunidades Saludables (CTECS) —como se describió en el Cáp. 2, apartado 2.3.4, es el grupo constituido por los titulares de los servicios de salud y los responsables de los programas sustantivos o prioritarios en cada entidad federativa—, los cuales con base en la jerarquización de problemas suscritos en el diagnóstico situacional de su estado y en cumplimiento a lo estipulado en la convocatoria y las reglas de operación, emiten su aval para presentar los proyectos a consideración del Comité Nacional de Comunidades Saludables (CNCS), para ser evaluados y en su caso beneficiados por el programa.

El Comité Nacional de Comunidades Saludables recibe los proyectos de los gobiernos municipales, avalados por el CTECS respectivo, y tras una revisión de su contenido técnico y de los requisitos formales, aquellos que cumplen con lo estipulado en la convocatoria son turnados a las comisiones técnicas, las cuales determinan una calificación de conformidad con el impacto del proyecto, la factibilidad técnica y concordancia con los principios de la convocatoria.

Estadísticas y temáticas de los proyectos

Por la cantidad y respuesta de los ayuntamientos y sus autoridades en la elaboración de proyectos se ha mantenido la continuidad de la estrategia de apoyo a proyectos del programa, en función a los recursos aprobados año con año por el Congreso de la Unión. Para los ejercicios fiscales del 2003, 2004 y

2005 se apoyaron 176, 170 y 173 proyectos beneficiarios respectivamente (ver Figura 2.3).

FIGURA 2.3

No. de proyectos municipales beneficiados por año

Entidad	2002	2003	2004	2005	total
Aguascalientes	9	4	3	4	20
Baja California	4	2	0	0	6
Baja California Sur	5	0	0	0	5
Campeche	5	1	6	2	14
Chiapas	30	11	10	10	61
Chihuahua	12	4	1	4	21
Coahuila	1	4	3	1	9
Colima	3	0	3	1	7
Distrito Federal	7	1	1	0	9
Durango	4	3	0	4	11
Estado de México	5	0	10	5	20
Guanajuato	19	9	12	10	50
Guerrero	6	8	8	0	22
Hidalgo	15	8	5	0	28
Jalisco	37	10	13	13	73
Michoacán	15	13	9	8	45
Morelos	11	4	4	1	20
Nayarit	4	11	6	2	23
Nuevo León	8	6	16	8	38
Oaxaca	24	21	14	16	75
Puebla	0	6	9	29	44
Querétaro	18	5	4	8	35
Quintana Roo	5	4	1	1	11
San Luis Potosí	19	2	6	2	29
Sinaloa	11	4	2	6	23
Sonora	12	3	8	0	23
Tabasco	8	1	6	1	16
Tamaulipas	18	6	0	4	28
Tlaxcala	19	11	8	12	50
Veracruz	14	6	0	19	39
Yucatán	7	4	2	1	14
Zacatecas	16	4	0	1	21
TOTALES	371	176	170	173	890

Fuente: Secretaría de Salud, DGPS, 2005.

De entre las más de 1,000 propuestas recibidas de las entidades federativas en el 2002, por ejemplo, el Comité Nacional de Comunidades Saludables seleccionó 371 proyectos de todo el país en ese año.

Otro ejemplo es que en el año 2004, el Programa de Comunidades Saludables recibió 391 propuestas de los cuales se aprobaron un total de 170. De éstos, los estados que contaron con el mayor número de proyectos aprobados, fueron: Nuevo León con 16 (9.41%), Oaxaca con 14 (8.24%), Jalisco con 13 (7.65%), Guanajuato con 12 (7.06%), el Estado de México y Chiapas con 10 (5.88%) respectivamente, Michoacán y Puebla con 9 (5.29%) cada uno y Tlaxcala, Sonora y Guerrero con 8 (4.71%) proyectos por cada uno. Once estados en su conjunto concentran el 68% de los proyectos aprobados.

Para el año 2005, se enviaron 460 proyectos y se autorizaron 173, y puede señalarse también, que los Estados de Puebla, Veracruz, Oaxaca, Jalisco, Tlaxcala, Chiapas y Guanajuato, concentraron 62.4% de los proyectos

aprobados. De estos, Puebla es el Estado que tiene el mayor número de proyectos en funcionamiento con 29, el segundo lugar es Veracruz con 19 proyectos y seguido por Oaxaca con 16.

Por otra parte, cabe mencionar que la información desglosada por temas correspondiente a los proyectos que respondieron a la convocatoria, en los años de 2002 a 2005 fue variada según las necesidades en las entidades federativas (ver Figura 2.4).

FIGURA 2.4

Informe del total de proyectos por temas 2002 al 2005						
SIGLAS	TEMAS	PROYECTOS				
		2002	2003	2004	2005	TOTAL
PCS	Comunidades Saludables		3	5	1	9
CZ	Control de Zoonosis	45	23	21	26	115
CMA	Cuidado y mejoramiento del Medio Ambiente	31	11	6	0	48
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores	35	20	18	15	88
MRS	Manejo de Residuos Sólidos	57	31	16	50	154
OTROS	Otros	17	1	0	0	18
PDA	Prevención de Accidentes		1	5	2	8
PA	Prevención de las Adicciones	17	6	12	24	59
PROMO	Promoción de la Salud	19	2	4	4	29
RMS	Rastros y Mercados Saludables	41	15	16	7	79
SIA	Salud de la Infancia y Adolescencia	15	10	8	9	42
SAA	Salud del Adulto y del Anciano		3	8	7	18
SR	Salud Reproductiva	11	5	15	10	41
SAB	Saneamiento Básico	45	22	17	2	86
VIH-SIDA/ITS	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	7	3	4	0	14
TB	Tuberculosis		2	1	1	4
UCA	Uso y consumo adecuado del Agua	31	18	10	13	72
SB	Salud Bucal			4	2	6
TOTAL		371	176	170	173	890

Fuente: Secretaría de Salud, DGPS, 2005.

En la realización de un ejercicio de prioridad temática por proyectos en el año de 2004, podemos observar que de los 170 aprobados por el CNCS, los temas que tuvieron un mayor número de iniciativas fueron: Control de Zoonosis con

21 (12.3%), Enfermedades Transmitidas por Vector con 18 (10.59%), Saneamiento Básico con 17 (10%), Manejos de Residuos Sólidos y Rastros y Mercados Saludables con 16 (9.41%) respectivamente.

Referente al total de los temas de los proyectos recibidos, podemos concluir que la importancia de tal información radica en que permite llevar una estadística de cuáles de las problemáticas tanto a nivel de la comunidad como del municipio mismo, se considera que deben ser atendidas y en su caso, apoyadas con recursos federales.

Lo anterior, sin duda alienta a los munícipes a identificar las necesidades y prioridades de sus ayuntamientos en el área de salud, así como a adquirir la responsabilidad de estimular la participación de cada uno de los ciudadanos en las acciones emprendidas en las comunidades a favor de la salud.

Sin embargo, el quehacer de los municipios no se circunscribe a los recursos económicos del Programa de Comunidades Saludables y por ello conviene subrayar la importancia de su fundamento técnico.

El Programa de Comunidades Saludables, como ya se ha señalado,²¹ tiene dos modalidades de operación: la organización comunitaria y la participación municipal en la promoción de la salud; es en esta segunda modalidad que se sustenta el Apoyo a Proyectos de Comunidades Saludables, cuyo propósito consiste en fortalecer la acción de los gobiernos locales en el marco de las atribuciones que le confiere el Artículo 115 constitucional, estableciendo diversidad de funciones, servicios y facultades con respecto a la planeación del desarrollo.

La participación municipal como ya se ha mencionado anteriormente, consiste en involucrar activamente a los ayuntamientos, la sociedad y las organizaciones locales. Los gobiernos municipales que se integran al programa deben elaborar un diagnóstico de las condiciones de salud, definir prioridades y elaborar un programa de trabajo para establecer a futuro un programa municipal de promoción de la salud encabezado por el gobierno local y con la participación de la ciudadanía y los sectores vinculados al desarrollo social.

Por otra parte, hay que hacer énfasis que otro de los objetivos fundamentales del programa es alentar propuestas educativas que incrementen la conciencia pública sobre la importancia de la salud, por medio de proyectos educativos que promuevan otra concepción de lo que se entiende por salud en su relación estrecha con hábitos saludables y actitudes que estimulen la prevención de enfermedades.

Finalmente es importante señalar que el programa de CS indica que los proyectos y acciones que se desarrollan, deben enfocarse principalmente a grupos vulnerables o con alta marginación económica, social y cultural, como son las mujeres, niños, ancianos, grupos indígenas o comunidades con rezago epidemiológico y que la aplicación sistemática del apoyo a proyectos ha

²¹ Véase “Programa de Acción: Comunidades Saludables”, Cáp. 2, Apartado 2.2.4 ‘Organización y operación’ de esta investigación.

probado su eficacia –con sus debidas reservas y comentarios que se realizarán en el último capítulo de ésta investigación- a la hora de establecer los compromisos necesarios para conseguir el mejoramiento de la salud de los habitantes de aquellas comunidades que han decidido implementarlo.

Capítulo 3. La autoridad municipal en la implementación y ejecución de políticas públicas en salud y la relación con el Programa de Comunidades Saludables.

En este capítulo revisaremos las atribuciones constitucionales que le confiere el Artículo 115 al municipio en nuestro país en el rubro específico de los servicios públicos municipales, asimismo, enunciaremos las reformas más importantes que ha tenido este artículo constitucional y que se han visto reflejadas en las responsabilidades y en las funciones que de este se derivan en materia de salud.

Por otra parte, expondremos el origen y desarrollo de las políticas públicas en salud en el ámbito local, así como las estrategias y respuestas que las instituciones de salud y los organismos internacionales han dado a estas políticas en Latinoamérica. En esta línea temática, describiremos la estrategia del movimiento de municipios y comunidades saludables desde su origen y posicionamiento a nivel regional, hasta su implementación y desarrollo en México, pasando por mencionar la metodología y el desarrollo de acciones en su aplicación concreta en nuestro país.

3.1 Las atribuciones y responsabilidades en materia de salud.

3.1.1 Las reformas al artículo 115 Constitucional.

Posterior al triunfo de la Revolución Mexicana y a la promulgación de la Constitución de 1917, donde se dio cabida al concepto de Municipio Libre en el Artículo 115, en los últimos 25 años, el marco legal del municipio ha venido experimentando una serie de modificaciones que tienden a fortalecer esta unidad político-administrativa de la federación.

En 1976, por ejemplo, se estableció, para los estados y municipios, la facultad de legislar en materia de planeación y ordenamiento de asentamientos humanos y procesos de conurbación de pueblos y ciudades, en el ámbito de sus competencias y mediante acciones concertadas con el gobierno federal. En 1977 se introdujo el principio de representación proporcional para la integración de los miembros de los ayuntamientos, pero sólo en aquellas comunidades que contaran con 300,000 habitantes o más.

En 1983 se efectuó otra reforma al Artículo 115 constitucional que amplió las facultades del municipio: *a)* se facultó a los congresos estatales para determinar los casos de suspensión o desaparición de ayuntamientos y de revocar el mandato de sus miembros; *b)* se reconoció a los ayuntamientos la facultad de cursar bandos de policía y buen gobierno, reglamentos, circulares y disposiciones administrativas de observancia general, cosa que de hecho ya efectuaban; *c)* se precisaron los servicios públicos que serían de la competencia de las autoridades municipales; *d)* se facultó a los municipios de un mismo estado a asociarse y coordinarse para lograr una prestación de servicios más eficiente; *e)* se establecieron con toda precisión los elementos de la hacienda municipal; *f)* se determinaron los ámbitos de competencia

municipal en materia de desarrollo urbano y de reservas territoriales y ecológicas.

En 1987 se realizó una reforma que vino a complementar la anterior ya que extendió el principio de representación proporcional a todos los municipios del país y estableció las normas de regulación de las relaciones de trabajo entre los municipios y sus empleados; además, otorgó la posibilidad de realizar convenios de coordinación entre los gobiernos municipales y el estatal.

3.1.2 La reforma municipal de 1999.

Debido a el desarrollo de los ayuntamientos y a la trascendencia en los avances en diversos estados de la república mexicana, y, en virtud de impulsar el fortalecimiento del municipio mexicano, transformándolo de ser una entidad meramente administrativa a una efectivamente gubernamental con el otorgamiento de mayores responsabilidades, el 23 de diciembre de 1999, en el Diario Oficial de la Federación se publicó el decreto por el que se declaró reformado y adicionado el Artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la última reforma del mismo realizada hasta la fecha.

Las atribuciones con que contaba el Artículo 115 han sido reforzadas con las modificaciones efectuadas al mismo, con el fin de consolidar el espacio local como el ámbito idóneo para la organización política, económica y social de las comunidades. Podríamos afirmar –como muchos municipalistas lo expresan– que la reforma fundamental del artículo es el reconocimiento del municipio como “orden de gobierno” y no sólo como administrador, pues con ello se consolida su facultad reglamentaria para expedir y aprobar bandos de policía, reglamentos, circulares y disposiciones administrativas.

A continuación se enumeran las modificaciones efectuadas a dicho artículo: a) se reconoce el municipio como orden de gobierno; b) se consolida su facultad reglamentaria al precisarse objetivos y alcances de las leyes municipales que deberán expedir las legislaturas estatales; c) se amplían las funciones y servicios públicos a cargo del ayuntamiento, el cual podrá celebrar convenios cuya vigencia se extienda más allá del término de su gestión; d) se reconoce la facultad de asociación entre municipios de un mismo estado o de diferentes estados para la prestación de servicios públicos; e) los municipios podrán percibir el impuesto predial correspondiente a las entidades paraestatales cuando éstas dediquen sus inmuebles a fines distintos de los de su objeto público; f) los ayuntamientos estipularán cuotas y tarifas para el cobro de impuestos, derechos, mejoras y valores de suelo y construcciones, y autorizarán los usos del suelo para incidir de manera precisa y directa en la normatividad del desarrollo urbano de los municipios; g) la policía preventiva quedará bajo el mando de los presidentes municipales en las capitales de los estados; h) se amplían sus facultades en la planeación del desarrollo urbano, usos del suelo y regularización de la tierra urbana, así como para celebrar convenios relacionados con la custodia y administración de las zonas federales.

Con estas reformas al Artículo 115 constitucional se confieren al municipio atribuciones legales para actuar sobre las condiciones de salud de los habitantes ya que es competencia del gobierno municipal dotar de servicios públicos, procurando que tales servicios sean aquellos que la población requiere en forma inmediata para un modo digno de vida. Estos servicios mínimos que debe atender el ayuntamiento, como son el agua potable; la recolección, traslado y disposición de residuos sólidos; los mercados y centrales de abasto, los rastros, la seguridad pública y el tránsito están íntimamente relacionados con los problemas de salud pública que el sector tiene que atender.

En este marco, el proceso de reforma permite que el municipio y la comunidad se conviertan en generadores y articuladores de iniciativas de salud, en gestores de estrategias concertadas y en punto de actividad de los actores sociales para el diseño e implementación de políticas públicas saludables. Es también una oportunidad para mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta de los gobiernos a las inquietudes de la sociedad, al convertirse en el eje fundamental del desarrollo y estas enmiendas, a su vez, favorecen una relación menos jerarquizada entre los tres órdenes de gobierno.

Tras la reforma del Artículo 115 constitucional de diciembre de 1999, los municipios del país tienen a su cargo, entonces, los servicios públicos siguientes: *a) agua potable, drenaje, alcantarillado y tratamiento y disposición de aguas residuales; b) alumbrado público; c) limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos; d) mercados y centrales de abasto; e) panteones, f) rastros, g) calles, parques y jardines y equipamiento de los mismos; h) seguridad pública (en los términos del Artículo 21 de la Constitución), policía preventiva municipal y tránsito; i) los demás que las legislaturas locales determinen, según las condiciones territoriales y socioeconómicas y la capacidad administrativa y financiera de los municipios.*²²

La perspectiva del municipio en México

El municipio mexicano constituye la base de la estructura político-administrativa y del desarrollo económico y social del país, es el órgano de gobierno más cercano a las demandas y aspiraciones de la población y, por lo tanto, un ámbito de interacción entre la ciudadanía y las autoridades. Es además un espacio político-electoral donde se pueden concertar voluntades y consensos, estrechar relaciones intergubernamentales con compromiso y un punto de convergencia interinstitucional y ciudadana para canalizar las potencialidades locales en políticas saludables que posibiliten el desarrollo económico.

Sin embargo y a pesar de las reformas y adiciones constitucionales referidas, hay quienes consideran que faltan muchos cambios por realizar para acceder a un verdadero régimen federalista que se sustente en los gobiernos locales.

²² Las itálicas indican las reformas y adiciones efectuadas al Artículo 115 con la reforma de 1999.

El politólogo Juan Luis Hernández ²³, por ejemplo, ha señalado que durante las discusiones para la reforma municipal, los congresistas trataron varios temas de importancia que por diversos motivos no fueron incorporados en la propuesta y que hubieran significado la conformación de un gobierno municipal más fuerte y autónomo. Entre los temas descartados menciona los siguientes: *a)* incluir la palabra *autónomo*, referida al régimen interior de los estados; *b)* permitir que los municipios gocen de autonomía para regir su vida y ámbito de competencia; *c)* establecer la separación entre el órgano ejecutivo del ayuntamiento, es decir, el presidente municipal, y el órgano de legislación y control, el cabildo, cuya elección se haría simultáneamente pero en boleta separada; *d)* legislar que los ayuntamientos tengan derecho de iniciativa de ley; *e)* suprimir la facultad de mando de la fuerza pública que ejercen el ejecutivo federal y los gobernadores de los estados en los municipios donde residen habitual o transitoriamente.

Además de mencionar otros asuntos importantes relacionados con cuestiones fiscales y administrativas que no se incorporaron en la propuesta de reforma, observa también Hernández que, debido a estas omisiones, “los aspectos estructurales necesarios para la consolidación de una verdadera reforma municipal quedaron pendientes”, y añade que, para ser efectiva, “una reforma municipal debe ir acompañada de una reforma integral del Estado, que incluya el cambio de régimen político, centralista por naturaleza” (Op. Cit.). Afirma que, en la reforma municipal de 1999, el municipio quedó todavía muy a la zaga de los otros dos órdenes de gobierno y que una auténtica reforma del mismo debe considerar los siguientes elementos: *a)* otorgar al municipio facultades fiscales, financieras y económicas que le permitan enfrentar las necesidades más apremiantes de los ciudadanos; *b)* constituir el régimen de autonomías y municipios indígenas con un ordenamiento gubernamental que corresponda a las particularidades de las diferentes etnias del país, y *c)* conformar democráticamente y por separado los poderes ejecutivo, legislativo y judicial de los municipios, a fin de establecer un equilibrio entre sus funciones.

En suma, concluye el politólogo, los especialistas parecen estar de acuerdo en la necesidad de fortalecer el municipio, pero las discrepancias empiezan en el momento de definir la forma y el alcance de ese fortalecimiento. En el área de la salud y de la promoción de la salud, que es el tema que nos interesa, resulta evidente que el poder y la autonomía de las localidades son recursos que, las más de las veces, permiten el acceso de la población a mejores estados de salud y bienestar; lo cual equivale a decir que un municipio fuerte, autónomo y democrático —esto es, que cuenta con la participación activa y capacidad de decisión de sus habitantes— tiene mayores posibilidades de convertirse en un municipio saludable.

3.2 Los municipios saludables en México

²³ VÉASE EN HERNÁNDEZ, JUAN LUIS, “EL MUNICIPIO MEXICANO ANTE LA REFORMA CONSTITUCIONAL”, REVISTA MEXICANA DE MUNICIPIOS SALUDABLES, AÑO I, NÚM. 4, 1999, PP. 3-5.

3.2.1 El movimiento de municipios y comunidades saludables en América Latina.

El contexto internacional del Proyecto Ciudades Sanas al Programa de Municipios Saludables en AL.

En 1985, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa, lanzó la propuesta de un programa llamado 'Proyecto Ciudades Sanas' que consistiría en idear las estrategias y los mecanismos necesarios para promover la salud de las poblaciones mediante la acción local en las ciudades y para lograr que esos mecanismos y estrategias fueran integrados en los programas de gobierno locales. El éxito del programa quedó evidentemente demostrado con su rápida expansión a cientos de ciudades en tiempos anteriores a los previstos, tanto en los países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo.

Promovido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como parte integrante del movimiento mundial de promoción de la salud, en Latinoamérica el proyecto recibió el nombre de Programa de Municipios Saludables, pues, además de las consideraciones realizadas anteriormente, se pensó que, debido a la división política de los Estados en la región, el municipio era el orden de gobierno más adecuado para funcionar como elemento nuclear del movimiento. La propuesta se realizó durante la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud efectuada en Santa Fe de Bogotá, Colombia, en 1992, reunión a la que asistieron 550 representantes de 21 países del área.

En este evento la OPS adelantó una primera definición: municipio saludable es aquel en el que "las autoridades de gobierno, las instituciones de salud y bienestar, las organizaciones públicas y privadas y la sociedad en general dedican esfuerzos constantes al mejoramiento de 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 y desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia"²⁴.

Posteriormente, el Programa de Municipios Saludables ha sido definido como una estrategia de promoción de la salud en el contexto local, orientada a la búsqueda de condiciones favorables para el logro de una vida sana en los barrios, las colonias y los pueblos, a partir de la siguiente premisa: para mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los habitantes de una comunidad se requiere que éstos tengan la capacidad y el poder necesarios para actuar a favor de su propia salud y que se logre concertar las voluntades y los recursos políticos, institucionales, comunitarios y personales de los involucrados para llevar a buen fin el proceso.

En resumen podemos afirmar que en Latinoamérica, por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, surgió el Programa de Municipios

²⁴ CONSULTAR A Urbina Soria, JAVIER, "MUNICIPIOS SALUDABLES, INSTRUMENTO PARA EL DESARROLLO MUNICIPAL", *REVISTA MEXICANA DE MUNICIPIOS SALUDABLES*, AÑO I, NÚM. 2, 1999, p. 4-5.

Saludables, como una extensión de la estrategia de Ciudades Sanas propuesta por la OMS para los países americanos en vías de desarrollo.

3.2.2 La estrategia del programa de Municipios Saludables.

Antecedentes e implementación en México

En México, la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud se instrumentó como política pública, con la colaboración de la Secretaría de Salud a través de las direcciones generales de Medicina Preventiva y de Fomento de la Salud. Esto sucedió en 1994, dos años después de haberse realizado la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Santa Fe de Bogotá, reunión a la que asistieron delegaciones de 21 países del continente, entre los que se contó a México.

La implementación del Programa de Municipios Saludables en nuestro país se llevó a cabo tomando en cuenta que la identificación de los problemas de salud de un municipio deben tener su análisis y solución en el mismo espacio, convirtiendo a todas las personas en sujetos activos de la transformación con la participación de sus autoridades locales, así como de todos los sectores sociales. En este sentido el programa de Municipios Saludables es una política pública positiva porque ubica a la salud como un recurso para el desarrollo social.

Desde el principio el Programa de Municipios Saludables tuvo como estrategia central la participación social organizada mediante la conformación de Comités Locales y Municipales de Salud, ello como el inicio de un proceso en que la sociedad tenga una mayor apertura para la toma de decisiones, para el debate público, para la selección y resolución de su problemática en materia de salud, así como para la distribución de los recursos.

La estrategia de Municipios Saludables y la Fundación de la Red Mexicana de Municipios por la Salud

Aunado a lo anterior es conveniente señalar, que en la Dirección General de Fomento de la Salud ya existía el Programa de Salud Municipal desde 1989, y que en 1993, en Monterrey, se había fundado la Red Nacional de Municipios Saludables. Del 15 al 17 de noviembre de ese año, se reunieron once presidentes municipales²⁵, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, para suscribir el llamado 'Compromiso de Monterrey', documento mediante el cual declaraban su decisión de conformar la Red Nacional de Municipios Saludables,²⁶ "con el propósito de que experiencias, positivas y negativas,

²⁵ Los municipios pioneros que representaban estos once alcaldes eran: Apodaca, N.L.; Ciudad Juárez, Chih.; Escobedo, N.L.; Lagos de Moreno, Jal.; Mexicali, B.C.; San Fernando, Tamps.; San Miguel de Allende, Gto.; Santa Catarina, N.L.; Tehuacán, Pue.; Zacatecas, Zac. y Zitácuaro, Mich.

²⁶ Posteriormente se le cambió el nombre por el de Red Mexicana de Municipios por la Salud. Dos fueron los motivos fundamentales para ello: 1) darle identidad en el contexto internacional (de ahí el gentilicio "mexicana"), y 2) precisar el sentido del adjetivo "saludable" que aparecía en el nombre; esto es, subrayar que se trata de un "proceso" siempre perfectible más que de un resultado ya conseguido de

[fueran] conocidas y aprovechadas por otros ayuntamientos [con] las mismas preocupaciones [...]”. Acto seguido, se comprometían, con el auxilio de las instituciones que les brindaban su apoyo, a cumplir con un programa de trabajo que asegurara el éxito de la propuesta.

Las tareas del programa de trabajo serían: a) refrendar públicamente su voluntad de poner en marcha políticas saludables que identificaran a sus respectivas localidades como municipios interesados en la salud de sus habitantes; b) concertar la participación de la sociedad civil y de los diversos sectores con el fin de identificar y promover iniciativas individuales y colectivas que favorecieran la salud de las comunidades; c) promover y ejecutar acciones y proyectos, definidos de manera democrática, a partir de diagnósticos confiables cuyas formas de ejecución fueran viables y arrojaran resultados que fueran percibidos por la comunidad; d) crear una cultura de la salud que mejorara los niveles de educación sanitaria de la población mediante la difusión de los contenidos y propósitos de las acciones y los proyectos emprendidos; e) estimular la incorporación de otros municipios a la red mediante la comunicación de experiencias y la visita a proyectos en desarrollo, y f) participar activamente en las actividades de la red, gozando de los beneficios y cumpliendo con las obligaciones que les otorgaba su condición de miembros asociados.

Para dar sustento a la propuesta, los firmantes del Compromiso de Monterrey abrazaban los principios de la Carta de Ottawa y aceptaban encarar los retos que implica la dependencia existente entre el estado de salud de una comunidad y el grado de desarrollo de la misma. Con esto en mente, proponían, a reserva de lo que determinara cada comunidad democráticamente, emprender acciones inmediatas en las siguientes áreas de trabajo: a) alimentación accesible, variada, adecuada, completa, higiénica y equilibrada; b) saneamiento básico: dotación de agua limpia, drenaje, alcantarillado, tratamiento de aguas, disposición de la basura y control de la fauna nociva y transmisora de enfermedades; c) fuentes de trabajo seguro, remunerativo y satisfactorio a fin de promover el desarrollo individual y social; d) regulación y reordenamiento urbano y solución al problema de la vivienda; e) fomento de estilos de vida saludables; f) seguridad y protección civil con el concurso de la ciudadanía organizada, educación para la prevención de accidentes, la prestación de primeros auxilios y el comportamiento en situaciones de desastre; g) promoción y apoyo a la educación, la alfabetización y la educación para adultos, así como a la difusión de la cultura y las costumbres locales; h) cuidado, protección y mejoramiento del medio; i) atención a grupos de población con problemas especiales: ancianos, mujeres, niños y jóvenes de la calle, población indígena y trabajadores migrantes; j) rescate y aprovechamiento de la medicina tradicional mediante su vinculación con la institucional.

En México el desarrollo institucional del programa de Municipios Saludables favoreció la creación de la Red Mexicana, ya que sus miembros compartían propósitos y manifestaban un compromiso político para hacer de la salud un objetivo fundamental de la gestión pública, mismo que generara una decisión

manera definitiva (de ahí la expresión “por la salud”).

de carácter político por la salud y desarrollara una estrategia para lograr que las organizaciones sociales y las instituciones locales intervinieran para acordar metas de bienestar, así como procedimientos y responsabilidades para alcanzarlas.

En síntesis podemos concluir que el surgimiento de la Red Mexicana de Municipios por la Salud se fundó con el objetivo de crear un espacio, que propiciara el análisis e intercambio de experiencias en materia de salud y bienestar; además de brindar apoyo técnico y asesoría en la elaboración y ejecución de proyectos para el ámbito local.

El proceso de consolidación

A partir pues de 1995, con la puesta en marcha del Programa de Municipios Saludables en México, la estrategia de municipios y comunidades saludables quedó a cargo de la Dirección General de Promoción de la Salud, la cual puso en operación las medidas necesarias para sistematizar las acciones del mismo y de esta manera impulsar la participación coordinada de las comunidades y sus autoridades.

Así como se mencionó anteriormente, el objetivo general fue la promoción, apoyo y conformación de la participación organizada de la población, mediante comités locales y municipales de salud, para instrumentar los proyectos de promoción de la salud en los municipios y las comunidades. Los objetivos específicos fueron los siguientes: *a)* sensibilizar y capacitar a presidentes municipales y personal de los ayuntamientos en torno al concepto de municipios saludables; *b)* integrar los comités locales y municipales de salud; *c)* promover políticas públicas saludables; *d)* diseñar y ejecutar proyectos de bienestar y salud municipal y evaluar los resultados de los mismos; *e)* favorecer la coordinación y concertación con otros sectores para impulsar el programa; *f)* fortalecer el vínculo con los programas sustantivos del sector salud; *g)* analizar y evaluar las acciones de promoción de la salud que se realizaban en los estados.

Las estrategias que permitieron este crecimiento fueron las siguientes: *a)* promoción de la participación de todos los sectores sociales de la comunidad; *b)* capacitación y apoyo técnico al personal de promoción de la salud en los estados, municipios y comunidades en general; *c)* concertación y coordinación en el interior de los sectores y entre éstos; *d)* desarrollo de políticas públicas saludables; *e)* educación para la salud a partir de la estructura organizativa del municipio y del poder de convocatoria de sus autoridades.

La propuesta de municipios y comunidades saludables

En relación con los antecedentes inmediatos del Programa de Comunidades Saludables, para esta estrategia en principio fueron cuatro las características fundamentales que se plantearon del: *1)* es un proceso, *2)* su objetivo primordial es la promoción de la salud, *3)* su campo de acción es un espacio determinado, y *4)* requiere la participación y el compromiso de todos los sectores de la comunidad.

1) *Es un proceso.* La condición de municipio saludable debe entenderse como un objetivo o una meta y no como un estado ya alcanzado, pues se trata de un proceso dinámico en el que siempre habrá la posibilidad de mejorar. (Algunas personas han propuesto la expresión *municipios por la salud* con el fin de subrayar precisamente esta característica del programa.) Se realiza a partir de proyectos locales que son elaborados de conformidad con las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la comunidad y según sean los propósitos y aspiraciones de sus habitantes.

2) *Su objetivo primordial es la promoción de la salud.* Es decir, promover el bienestar de la comunidad y mejorar las condiciones de vida de la población en todos aquellos aspectos que repercuten directamente en su salud. Un municipio saludable debe aspirar a constituirse en un sistema armónico y estable, propiciar las condiciones ambientales, económicas y sociales que permitan el desarrollo pleno de sus habitantes, y abatir las desigualdades existentes entre los diversos sectores que la constituyen; todo ello mediante la promoción incesante de la participación ciudadana en la búsqueda, elección y desarrollo de mejores condiciones de vida, salud y entorno global, y la puesta en marcha de proyectos concretos de promoción de la salud.

3) *Su campo de acción es un espacio determinado.*²⁷ Esto es, se trata de una comunidad determinada, con sus propias condiciones históricas, sociales, políticas, económicas y culturales y un espacio geográfico específico, factores determinantes que habrán de modelar los programas más adecuados para resolver los problemas y satisfacer las necesidades de la comunidad.

4) *Requiere la participación y el compromiso de todos los sectores de la comunidad.* Es decir, las autoridades gubernamentales, organizaciones sociales, instituciones públicas y privadas, industriales, empresarios, profesionales de la salud y el grueso de la comunidad habrán de establecer entre sí un pacto de responsabilidad para participar en el diseño, la toma de decisiones, la ejecución y la evaluación de los programas necesarios para mejorar las condiciones de salud de la población en su conjunto.

Desarrollo y posicionamiento del concepto 'municipio saludable'

Para lograr su posicionamiento, se ha observado que en su desarrollo por lo general los municipios (o las comunidades), acostumbran cumplir con cinco etapas:

- Declaración pública, por parte de las autoridades locales, de su compromiso para hacer de la comunidad un municipio saludable.
- Configuración y puesta en operación de un comité intersectorial de salud (formalizado en la conformación de un Comité Municipal de Salud que se explicará más adelante).
- Elaboración de un diagnóstico del estado de salud de la comunidad con la participación de todos los sectores de la misma.

²⁷ Si bien en Latinoamérica el municipio es la unidad político-administrativa de la mayor parte de los países, en numerosos casos la división política de los Estados obedece a otras formas o nomenclaturas; así, hay naciones que están divididas en distritos, cantones, parroquias y aun islas.

- Diseño y ejecución por consenso de un plan de salud, de conformidad con las prioridades establecidas y los recursos disponibles.
- Establecimiento de un sistema local de información con fines de monitoreo y evaluación de los avances de dicho plan.

Cabe señalar que cuando los ayuntamientos se encuentran en esta parte del proceso de implementación de esta política pública saludable, es porque ya han asumido como tal dicha política para su ejecución y tienen claros los beneficios en materia de salud para sus habitantes, como lo afirma V. Guillermo López Valverde en su tesis de maestría:

Cuando los gobiernos municipales tienen una visión más concreta de cada una de las etapas que comprende la política pública, enfrentan los problemas con una mayor precisión. En este sentido podemos decir que su enfoque permite una mejor búsqueda del bienestar de las comunidades en la medida en que resuelve los problemas con la participación de la propia población; sobre todo la marginada que es la que acusa serios problemas de salubridad, educación, servicios hidráulicos, vivienda y empleo entre otras carencias.²⁸

A estas cinco etapas del desarrollo de la estrategia de municipios saludables habría tal vez que agregar otra más:

- Organización de una red nacional y redes estatales de municipios saludables, con el fin de establecer canales de intercambio de información y relaciones de apoyo mutuo entre los municipios que vayan integrándose al programa.

Esto fue -y es- de vital importancia, pues el desarrollo de los municipios y las comunidades saludables no es homogéneo y, por ello, los actores sociales que tienen más tiempo y experiencia pueden brindar asesoría y apoyo a los que acaban de integrarse a las actividades de los ayuntamientos y sus localidades. Recordemos que en el desarrollo de ésta estrategia una variable importante es el periodo de gobierno municipal, ya que por esta razón algunas administraciones locales no logran consolidar sus estrategias.

3.2.3 Metodología y desarrollo de acciones en el contexto local.

Como se ha venido expresando en esta experiencia, a lo largo de la implementación de la estrategia se han desarrollado diferentes y diversas herramientas metodológicas que buscan fortalecer las responsabilidades compartidas y el trabajo de los municipios; tanto para el personal operativo de salud, como para las autoridades locales que ejecutan las acciones. Esto lo apunta más preciso López Valverde en su tesis:

²⁸ LÓPEZ VALVERDE, VICENTE GUILLERMO, TESIS DE MAESTRÍA: **POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTOS DE DESARROLLO MUNICIPAL**, FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES, UNAM, MÉXICO, 2002, P.97.

Si de verdad se desea fortalecer al municipio, sería oportuno incorporar como un puntal de modernización, políticas públicas que serían para los ayuntamientos instrumentos metodológicos prácticos para solucionar problemas y plantear soluciones a los conflictos y demandas sociales; dada su confección serían las políticas públicas en sí mismas, instrumentos sólidos de argumentación y persuasión para solicitar recursos a otras instancias gubernamentales y del sector privado, recursos u otro tipo de apoyos, además de propiciar la participación ciudadana e implementar acciones públicas que beneficien a la población.²⁹

Sensibilización de autoridades municipales en materia de salud

En esta etapa es necesaria la sensibilización de las autoridades municipales para que consideren a la salud en términos de bienestar social y no sólo como ausencia de enfermedad; porque la salud, tanto individual como colectiva, es resultado de las interacciones entre los procesos biológicos, psicológicos, ecológicos, culturales, económicos y sociales que ocurren en los municipios.

La sensibilización de la estrategia en el ámbito local se desarrolla con el objetivo de motivar a presidentes municipales, miembros del cabildo, personal de los ayuntamientos e integrantes de los Comités Municipales y Locales, para la implementación y desarrollo del programa de municipios saludables.

Para que este proceso se alcance, se requiere del interés común de autoridades locales e instituciones de salud, de intercambio de información, del análisis y reflexión acerca de las condiciones locales y municipales de salud que permitan la adquisición de un conocimiento profundo de la realidad municipal.

Este enfoque brinda la posibilidad de interrelacionar estrechamente las acciones de las autoridades municipales con las de las jurisdicciones sanitarias del sector salud, asumiendo y compartiendo responsabilidades en un marco de gestión y planeación, además de considerar al municipio como el núcleo primario de poder político e institucional más cercano a los intereses de la población.

La sensibilización a las autoridades locales debe orientarse a:

- La incorporación de la salud como prioridad en la agenda política del municipio.
- La formulación de políticas públicas municipales saludables.
- La participación de los ciudadanos y sus organizaciones en la elaboración de planes y programas de salud, mediante los comités locales y municipales.
- La capacitación de los individuos y grupos, para actuar en los determinantes de su salud, dotándoles de conocimientos y destrezas, así como el desarrollo y en su caso cambio de actitudes y comportamientos que hagan posible dicha acción.

²⁹ G. LÓPEZ VALVERDE, OP. CIT., P. 97.

Para buscar el acercamiento con las autoridades municipales estos trabajos se realizan mediante la acción coordinada del Jefe Jurisdiccional y el Coordinador de Participación Social, formalizándose con una visita o invitación que les permita mediante una reunión convocar al Presidente Municipal, Regidores de Salud, Directores de Salud Municipal y otros responsables municipales de salud y bienestar social, para trabajar en forma de taller o de discusión dirigida los siguientes aspectos:

- Análisis de la situación actual de salud en el contexto del municipio y particularidades de sus localidades y comunidades.
- Revisión de las actividades que realizan conjuntamente la jurisdicción y el municipio sobre estos rubros.
- Detección y precisión de las dificultades que han tenido para llevarlos a cabo y estrategias instrumentadas para resolverlas.
- Reconocimiento de los logros alcanzados en el trabajo coordinado.

Tratando estos puntos, se puede proceder a la discusión de los aspectos conceptuales:

- La oportunidad de que el Programa de Municipios y Comunidades Saludables visualice a la participación comunitaria como una modalidad operativa estratégica para el logro de sus objetivos y metas.
- La vinculación de la salud con el desarrollo económico y social.
- El concepto de salud y condicionantes que pueden afectarla. Desarrollar este punto como elemento de análisis y de realización de propuestas viables de acción.
- El Municipio como eje rector de la salud de sus comunidades.
- La reorientación de las acciones con base en las necesidades detectadas en los Comités Locales de Salud y los Comités Municipales de Salud.
- La promoción de la salud como medio para mejorar las condiciones de vida, y la incorporación de sus estrategias para contribuir en el mejoramiento del entorno bio-psicosocial.
- El impulso a las políticas municipales saludables.
- Los beneficios para los ayuntamientos de incluir en su agenda política a la salud.

Este trabajo permite fortalecer el vínculo institucional entre la Jurisdicción Sanitaria y el Municipio, así como la utilidad de incorporar en los planes municipales los proyectos prioritarios de las localidades.

Es importante señalar que estas reuniones se cierren con compromisos a corto plazo; el sector salud debe ofrecer asesoría e información relevante sobre factores de riesgo y daños a la salud por municipios, y sobre todo, aquello que le sea útil a los ayuntamientos; éstos deberán comprometerse a formar o fortalecer los Comités Municipales de Salud. Si algún municipio tiene un grado de avance mayor que los demás en cuanto a la vinculación para el desarrollo de actividades con la Jurisdicción, convendrá socializar y reflexionar su experiencia.

Como ya se mencionó, la coordinación y conducción de todo el proceso está a cargo del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria y tiene como facilitador y operador al Coordinador de Participación Social, que cuentan con la asesoría permanente de los Servicios Estatales de Salud a través del responsable de Promoción de la Salud.

La formación de los Comités de Salud (Municipales y Locales)

La organización de la comunidad permite su participación y ésta, a su vez, genera la capacidad de acción en forma consciente, solidaria y comprometida. Por ello, los gobiernos municipales deben promoverla y propiciarla, para iniciar un proceso que permita conocer y comprender las necesidades de la comunidad, para que en forma conjunta, elaboren propuestas de solución que les permita alcanzar mejores niveles de vida.

En el campo de la salud, la experiencia del personal del sector señala que la formación de comités de salud municipales y locales permite que de forma organizada algunos sectores de la población expresen sus necesidades, propongan soluciones, se corresponsabilicen de los acuerdos y unan sus esfuerzos para alcanzar sus propósitos.

Para lograr la participación organizada y sistemática de las comunidades, los municipios y localidades pueden poner en práctica un esquema de trabajo mediante Comités Locales y Municipales de Salud con una amplitud y profundidad que dependerá del objetivo que se pretenda lograr.

El Comité de Salud es un grupo de personas elegidas por la población, que junto con las autoridades locales y las instituciones que laboran por el bienestar social, trabajan conjuntamente para dar solución a la problemática de salud y bienestar en la localidad y el municipio.

El Comité de Salud, al involucrar a todos los sectores del bienestar social, recibe una mayor capacidad resolutoria y también asume un mayor trabajo de organización buscando articular los esfuerzos de las localidades y de la cabecera municipal con las propuestas de las diferentes instituciones.

Para que este proceso se realice de manera exitosa, el Comité de Salud debe reunirse regularmente, mantener un diálogo permanente y tener un contacto estrecho con la comunidad respecto a sus demandas y necesidades; así como tener presente los recursos que ofrecen el sector público y el privado.

Asimismo, los comités son asesorados por personal de salud, técnicos en atención primaria a la salud, promotoras y promotores institucionales, así como voluntarias y voluntarios, cada uno en su ámbito de responsabilidad. Éstos trabajan para integrar equipos locales de salud que brindan atención a un grupo de comunidades.

De la misma forma, los miembros del Comité de Salud deben tener claro los siguientes aspectos:

- La importancia y responsabilidad que para cada uno de los miembros implica formar parte del Comité de Salud.
- Cualquier persona e institución puede participar en razón de su interés y voluntad de trabajar en beneficio de la comunidad.
- Los Comités de Salud, deben estructurarse en función de los Comités ya existentes y con pleno respeto a las formas organizativas propias de la comunidad.
- Los Comités de Salud, deben contar con asesoría técnica permanente del personal de salud para elaborar el Diagnóstico de Salud y el Plan de Trabajo, asimismo durante su ejecución, seguimiento y evaluación.
- La organización del Comité es flexible buscando siempre que, a nivel municipal, sea encabezada por el Presidente Municipal; así como también las comisiones serán asignadas de acuerdo a las necesidades detectadas por el propio comité.
- La integración del Comité se hará constar en un acta, que sólo será válida con la firma de sus miembros.
- Cada Comité de Salud determinará su forma de trabajo y desarrollará sus funciones con responsabilidad.

Las funciones de los Comités de Salud

Las principales funciones desempeñadas hasta ahora por los Comités de Salud han sido incrementadas en aquellos casos en que la comunidad lo decide y así lo justifiquen las necesidades de la población. Con esto se pretende apoyar la realización de actividades y proyectos que contribuyan al beneficio integral de las comunidades, siendo éstas las responsables de decidir también qué tipo de actividad y proyecto van a realizar en su localidad. Básicamente, los Comités de Salud cumplen con las siguientes funciones:

1. Elaboran y analizan, junto con personal de salud, el Diagnóstico de Salud y Bienestar.
2. Elaboran conjuntamente con la comunidad un programa de trabajo que incluya las actividades que la población considera necesario realizar.
3. Invitan a personas de la comunidad para que participen como promotores sociales voluntarios y contribuye a su capacitación, en coordinación con el personal de salud.
4. Orientan, con el apoyo del personal de salud, a los grupos de promotores voluntarios para que realicen mejor sus actividades, y junto con ellos evalúa periódicamente el resultado de su trabajo.

5. Estimulan, en coordinación con el personal de salud, a los promotores voluntarios que se hayan distinguido en el servicio a su comunidad mediante el reconocimiento de su trabajo y el otorgamiento de incentivos no económicos: cuadros de honor, credenciales, diplomas, reconocimientos, uniformes, etcétera.
6. Organizan brigadas o grupos de trabajo para realizar actividades que beneficien a la salud de la población, como jornadas de saneamiento básico, limpieza de áreas públicas, de áreas verdes, descacharrización, enclavamiento de árboles, etc.
7. Gestionan el apoyo con otras instituciones del gobierno federal o estatal, organizaciones sociales y privadas (ONG'S, Clubes Sociales, etc.), para apoyar las actividades del programa de trabajo.
8. Determinan, junto con la comunidad, el destino de los recursos gestionados ante dependencias federales, estatales y municipales, así como la forma de llevar a cabo los proyectos autorizados para el mejoramiento de su comunidad; (Por ejemplo, la introducción de agua potable o drenaje, la remodelación de la escuela, el mejoramiento de viviendas, la protección de las fuentes de abastecimiento de agua o la reparación del sistema de abastecimiento de ésta, etc.).
9. Cuidan que los recursos obtenidos para el desarrollo de los proyectos comunitarios (dinero, materiales, herramientas, etc.) se apliquen oportunamente y de manera eficiente y honesta.
10. Informan regularmente a la comunidad sobre las actividades desarrolladas en el periodo anterior y sobre el cumplimiento de los acuerdos tomados (en su mayoría lo realizan anualmente); valorando aquello que a la población le fue factible realizar y comprometiéndose con la comunidad a efectuar nuevos esfuerzos en el periodo de labores siguiente.

3.2.4 Los talleres de planificación de acciones en salud.

Los talleres intersectoriales de planeación

Los talleres intersectoriales son una herramienta metodológica para la planificación de acciones concretas en materia de salud municipal. Su elaboración permite establecer las prioridades para la atención e identificación de alternativas de solución de los problemas locales. Asimismo, los talleres nos permiten observar la necesidad de participación de todos los involucrados para beneficio de la salud en su comunidad.

El antecedente conceptual y metodológico más inmediato de los talleres intersectoriales lo encontramos en los noventa, cuando en ese momento ocurre el desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud

(SILOS)³⁰, estrategia pensada para la región de Latinoamérica, en contribuir en la reorganización y reorientación del sector salud a través de la descentralización y la participación social.

En este contexto se elaboraron los instrumentos para la elaboración de procedimientos, técnicas y métodos que permitieran poner en práctica la concepción de la administración estratégica de los SILOS. Estos instrumentos fueron expuestos para que cada localidad, región o país los operara y adaptara de acuerdo a su experiencia y nivel de desarrollo. En este sentido, fueron orientados para poner en práctica acciones destinadas a resolver problemas y orientar el quehacer del sistema local de salud para aquellos que tienen la responsabilidad de tomar decisiones.

La implementación de los talleres es una actividad que se debe realizar en conjunto para el óptimo aprovechamiento de los recursos. La mejor manera de conocer qué, cómo, cuándo, dónde y con quiénes se cuenta para mejorar las condiciones de salud y bienestar de los habitantes del municipio, es programando adecuadamente las acciones y tareas a realizar, señalando fechas, responsables, recursos disponibles y requeridos; en tiempos específicos y en un espacio determinado. Esto funcionará para no perder el rumbo de lo que se ha decidido hacer.

La importancia y beneficios de la realización de los talleres es que involucra a todos los participantes en la evaluación municipal, ya que a partir del conocimiento de las necesidades de cada uno de los actores, se le da forma al diagnóstico situacional, de modo que se sensibilicen y se vayan apropiando de la idea de trabajar juntos, organizados y con una planeación sistemática.

El diagnóstico situacional es el punto de partida de la planeación ya que sistematiza y organiza las acciones y se debe someter a la consideración de todos los participantes en los talleres de planificación, con el propósito de definir las prioridades y los compromisos de cada quién. Al momento de llevar a cabo el ejercicio de priorización de sus necesidades,³¹ los sectores involucrados logran acuerdos que deben realizar.

Los talleres intersectoriales, como parte esencial de la planeación de las acciones en materia de salud, deben propiciar que los municipios logren

³⁰ COMO YA SE DESARROLLO EN EL CÁP. 1.3.1 EL TEMA DE LOS SILOS, PARA MAYOR PROFUNDIDAD CONSULTAR EL TEXTO '*DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD LA ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA*' HSD/SILOS-2, OPS, 1992.

³¹ PARA LA REALIZACIÓN DE ESTOS EJERCICIOS EXISTEN LAS SIG. GUÍAS: '*GUÍA METODOLÓGICA PARA LA REALIZACIÓN DE TALLERES DE PLANIFICACIÓN DE ACCIONES DE SALUD MUNICIPAL*'; '*GUÍA METODOLÓGICA PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MUNICIPAL*'; Y LA '*GUÍA METODOLÓGICA PARA LA PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MUNICIPAL*' DE LA DGPS/SSA.

consolidar la integración de la figura de los Comités Municipales de Salud; esto se lleva a cabo si se ejecutan los proyectos de salud pública -encaminados a la disminución de problemas integrales de salud- emanados de éstos talleres; y, se realiza eficazmente la vinculación entre las autoridades locales y las del sector salud.

Operatividad de los talleres intersectoriales de planeación

Con los antecedentes referidos y para aplicar de manera práctica y efectiva el concepto de municipios saludables en las localidades y conseguir la participación general de la comunidad y los sectores, los talleres intersectoriales de planeación para municipios saludables se operan bajo los siguientes lineamientos y criterios.

Las condiciones mínimas para que un municipio accediera a la creación de un taller intersectorial de planeación eran las siguientes:

- a) contar con un comité municipal de salud activo, encabezado por el presidente municipal;
- b) haber elaborado un diagnóstico municipal de bienestar y salud, preparado por la jurisdicción sanitaria;
- c) haber realizado un diagnóstico situacional, preparado por los responsables de las áreas que prestan servicios en el ayuntamiento, y
- d) solicitar la realización del taller.

El taller debía funcionar con la participación de las siguientes personas:

- a) miembros del comité municipal de salud y representantes de los comités locales;
- b) personal del ayuntamiento encargado de las áreas sustantivas: agua, basura, seguridad pública y tránsito, mercados y rastros, calles, parques, jardines, etc.;
- c) invitados de los diversos sectores y organizaciones sociales: sep, sector salud, agricultura y ganadería, pesca, comercio, clubes y asociaciones profesionales, etcétera, y
- d) personal de la jurisdicción sanitaria.

Sede, equipo y materiales necesarios para el taller de planeación

Las características que debían tener las instalaciones del taller de planeación para funcionar correctamente eran las siguientes: a) ser amplio y contar con un número de asientos suficiente; b) las sillas debían ubicarse de tal manera que permitieran el movimiento, pues durante el desarrollo de las labores del taller habría la necesidad de organizar a los participantes en mesas de trabajo; c) contar con energía eléctrica y estar acondicionado para oscurecerse a fin de trabajar adecuadamente con el material audiovisual; d) en ningún caso, el local debía pertenecer al sector salud.

Los materiales indispensables para cumplir con los propósitos del taller de planeación eran los siguientes: a) equipo de sonido, b) proyector de acetatos, c) proyector de transparencias, d) pantalla de proyección, e) hojas de rotafolio, f) rotafolio, g) pizarrón, h) gises, i) borrador, j) hojas, plumas y lápices

marcadores. Debía contar, además, con una mesa para el registro de asistencia.

El programa del taller intersectorial de planeación

El funcionamiento del taller de planeación se realizaba por jornadas de trabajo divididas en sesiones de duración variable, de acuerdo con las tareas que debían realizarse. La presencia del presidente municipal y de los representantes de los servicios de salud del estado era indispensable durante los trabajos. Asimismo, en todo momento había que motivar la participación activa de los asistentes. Al final de la jornada era conveniente fijar la fecha y la hora de la siguiente reunión.

Una jornada consistía de las siguientes secciones: a) inauguración de los trabajos del taller, realizada preferentemente por el presidente municipal; b) breve exposición de los objetivos del taller a cargo del coordinador; c) explicación del marco teórico del Programa de Municipios Saludables y del desarrollo y situación actual de la Red Mexicana de Municipios por la Salud; c) presentación del diagnóstico de salud y bienestar del municipio por parte del jefe de la jurisdicción sanitaria y de los responsables de la prestación de los servicios municipales: salud, limpia, mercados, seguridad pública, protección civil, educación, etc.; d) con la ayuda del conductor del programa, los participantes hacían un listado de los problemas de salud del municipio, tomando como base el diagnóstico de salud y bienestar; e) utilizando las tablas de valoración y jerarquización, cada uno de los participantes realizaba un ejercicio de evaluación de los problemas del municipio, cuyos resultados eran posteriormente sistematizados por el conductor del taller; f) se formaban grupos por cada problema identificado y se elaboraba un plan para resolverlo mediante la organización de mesas de trabajo que contaban con un relator y un coordinador; g) en sesión plenaria, el relator de cada equipo presentaba el resultado del trabajo realizado en su mesa y luego se abría un espacio para la discusión; h) se llevaba a cabo una sección para comentarios finales, en la que se hacían reflexiones pertinentes sobre los trabajos realizados y se discutían los diversos aspectos de la experiencia adquirida; i) se efectuaba la clausura del taller intersectorial de planeación, una vez que, de manera conjunta, el personal de servicios de salud del estado y el presidente municipal hubieran redactado la carta compromiso y la misma hubiera sido firmada por éste.³²

Es importante señalar que la metodología para la realización de los talleres intersectoriales de planeación debía ser participativa e incluir los siguientes procedimientos: a) exposición oral apoyada con materiales audiovisuales (acetatos y rotafolios), b) grupos de discusión y análisis, y c) elaboración de planes de trabajo.

El funcionamiento de los talleres se ha convertido en un proceso sencillo y sistematizado en el que, con base en el ejercicio de grupo, se realiza el

³² LA DESCRIPCIÓN DE ESTE EJERCICIO SE REFIERE A LA GUÍA Y FORMATOS PARA LA REALIZACIÓN DE TALLERES INTERSECTORIALES, DE LA DGPS/SSA.

planteamiento de los problemas, se discuten los aspectos que facilitan o dificultan su solución y se determinan las responsabilidades para instrumentar las estrategias que permitan la solución de los mismos.

3.2.5 Guías y herramientas metodológicas para la participación de municipios saludables

Para el trabajo de sensibilización y capacitación en el impulso de acciones en materia de participación y salud pública, existen en las Jurisdicciones Sanitarias estrategias generales, para las cuales se han elaborado Guías para su ejecución, de las cuales a continuación sólo se señalan los objetivos en su conjunto. En este apartado y por considerarlo de relevancia para la labor de la presente tesis, la Guía para la elaboración de proyectos municipales de promoción de la salud se presenta completa.³³

Guía para la Sensibilización de Autoridades Municipales en Materia de Salud.

OBJETIVO

Motivar a presidentes municipales, miembros del cabildo, personal de los ayuntamientos e integrantes de los Comités para la implementación y desarrollo de un Programa Municipal de Promoción de la Salud que coadyuve en la acreditación de municipios saludables (Programa de Comunidades Saludables).

Guía para la Elaboración de Diagnóstico Municipal.

OBJETIVO

Realizar un análisis exhaustivo para conocer las condiciones de salud e identificar los problemas de manera sistemática, con el propósito de orientar las acciones en el municipio para que sus habitantes tiendan a proteger su salud y participen activamente.

Guía Metodológica para la Priorización de Problemas de Salud Municipal.

OBJETIVO

Proporcionar los elementos metodológicos para priorizar los problemas de salud existentes en el municipio y/o las limitaciones que la gestión del ayuntamiento pudiera tener para realizar acciones que son parte de sus atribuciones y que inciden de manera directa o indirecta en la salud y en un entorno saludable.

Guía Metodológica para la Realización de Talleres Intersectoriales de Planeación en Salud Municipal.

³³ ES NECESARIO MENCIONAR QUE LAS GUÍAS COMPLETAS Y LOS INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS REFERIDOS SON HERRAMIENTAS QUE TIENE EN SU PODER LAS ÁREAS DE PS EN LOS ESTADOS Y LA UTILIZAN REGULARMENTE EN SU TRABAJO CON LOS AYUNTAMIENTOS.

OBJETIVO

Elaborar un ejercicio sistematizado para la planificación de acciones concretas en materia de salud municipal y establecer las prioridades para la atención e identificación de alternativas de solución de los problemas locales.

Guía para la elaboración y presentación de proyectos municipales

Para la elaboración y presentación de proyectos se realizó una Guía que tiene como propósito, orientar a los municipios de todo el país para formular y presentar proyectos de Promoción de la Salud al Comité Nacional de Comunidades Saludables, a fin de obtener apoyo de conformidad con lo estipulado en las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Comunidades Saludables.

La Guía esta conformada por los siguientes apartados que se enumeran y se describen a continuación:

- I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN
- II.- PROBLEMÁTICA O NECESIDADES
- III.-DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS
- IV.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO
- V.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- VI.- METAS
- VII.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO
- VIII.-PRESUPUESTO

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- Estado
- Número del Municipio (queda en blanco para ser llenado por el Comité Nacional de Comunidades Saludables)
- Especificar el número de comunidades beneficiadas que resultaran con la ejecución del proyecto en su municipio
- Nombre del Municipio
- Título del proyecto
- Nombre y cargo del coordinador del proyecto
- Datos Generales, domicilio legal, teléfono, fax y correo electrónico
- Nombre y cargo del adjunto del proyecto
- Datos Generales, domicilio legal, teléfono, fax y correo electrónico

II.- PROBLEMÁTICA O NECESIDADES

Descripción del problema

En la descripción del problema se presentan los antecedentes, las prioridades derivadas del diagnóstico de necesidades y las investigaciones o fuentes en las que se basó. Es necesario documentarse con otros

trabajos que se hayan llevado a cabo por las autoridades locales y por otras instancias, (investigaciones, artículos, bibliografía local o internacional, gráficos, etc.).

Planteamiento del problema

Con el planteamiento del problema se pretende establecer la estructura básica del proyecto y la dirección del mismo para lograr sus objetivos y metas. Debe proporcionar la información pertinente, que permita situar y dimensionar la problemática y sus consecuencias, así como para evaluar las posibles mejoras o soluciones mediante la ejecución del proyecto.

Destacar las vinculaciones de colaboración, que se buscarán como parte del proyecto (se consideran las alianzas con otras organizaciones públicas, privadas y sociales).

Esta sección tiene que ser congruente con el objetivo, las metas y los resultados esperados del proyecto.

Al realizar el análisis situacional de un problema, a través de la información disponible, se debe manifestar de manera clara cual es realmente el problema que se presenta; las causas que lo originan y las consecuencias directas del mismo.

No se debe confundir la definición del problema con la ausencia de solución; por ejemplo, con cierta frecuencia se plantea que la “falta de recursos financieros como la causa” para poner en marcha determinada medida de control.

III.-DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS

Describir y precisar de manera clara el propósito del proyecto, su definición es esencial: debe apuntar a la solución del problema priorizado, explicando con exactitud las transformaciones que se pretenden lograr sobre las situaciones existentes cuantitativa y cualitativamente, enfatizando su finalidad estratégica.

El objetivo general: Identifica claramente la finalidad del proyecto.

Los objetivos específicos: Expresan los logros parciales o los pasos que se van concretando a través del programa. Cada objetivo es una acción. No mezclar en un mismo objetivo dos o más acciones a realizar.

Los objetivos deben ser:

- Formulados como acciones terminadas y no como tareas a realizar.
- Concretos, precisos, claros, alcanzables, observables y medibles.
- Congruentes en la vinculación entre causa y efecto.
- Elaborados utilizando los llamados verbos “de acción fuerte” y en lo posible eludir los llamados “débiles.

Presentamos el siguiente cuadro que se les refiere a los responsables de la elaboración de proyectos municipales:

OBJETIVOS

FUERTES	DÉBILES
Establecer	Coordinar
Ordenar	Participar
Instalar	Contribuir
Erradicar	Asistir
Reducir de la x a la y	Apoyar
Hacer	Colaborar
Realizar	Integrar
Llevar a cabo	Fomentar

IV.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Explica la serie de acciones que se desarrollarán desde el inicio hasta el término del proyecto, por lo que debe detallarse:

- La instrumentación de las estrategias de promoción de la salud (educación para la salud, participación social, comunicación educativa y capacitación).
- Participantes en la ejecución (institucionales, comunitarios).
- Forma de participación (desarrollo de tareas, apoyo técnico, asesoría, etc.)
- Ubicación del proyecto (municipio, localidad, comunidad, escuela, colonia, etc.)
- Población beneficiada (niños, mujeres, grupos indígenas, etc.).
- Instrumentos para recolección de información (fuentes oficiales, investigación, etc.).

V.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El cronograma de actividades deberá llevar el registro semanal del avance y seguimiento de cada una de las actividades del proyecto. (En el Expediente Técnico encontrará el formato).

VI.- METAS

Las metas describen a dónde queremos llegar y establecen el compromiso de cumplirlas; por lo tanto, deben ser específicas y medibles, precisando el tiempo en el cual deben alcanzarse y los resultados esperados.

VII.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO

El proceso de evaluación permite hacer comparaciones con otras intervenciones y marca la pauta para dar continuidad al proyecto.

Este proceso resulta ser el punto más débil de todo el proyecto, frecuentemente porque no expresa con claridad los valores de cantidad, calidad y temporalidad en que se mide el cumplimiento de los objetivos.

De la correlación entre un objetivo y sus indicadores deben quedar claramente explícitas cinco descripciones básicas

- Especificar el(los) grupo(s) beneficiario(s)
- Cuantificar el cambio que se propone
- Establecer la calidad esperada
- Precisar el tiempo de duración
- Definir con la mayor precisión posible, la ubicación

Los indicadores, son los elementos que tienen la función de proporcionar las medidas que se emplearán para la evaluación del éxito o el fracaso del proyecto.

Se recomienda que los indicadores cumplan con tres características:

- SENSIBLES.- Medir lo que realmente es importante del objetivo y que los cambios registrados puedan atribuirse al proyecto y no a acciones ocurridas fuera del mismo.
- FACTIBLES.- Los datos del indicador estén disponibles a un costo de obtención razonable.
- ESPECÍFICOS.- Brindar una medida exacta del objetivo al cual están vinculados mediante valores cuantitativos y de tiempo que permitan caracterizarlo; además de que reflejen los hechos y no impresiones subjetivas.

En la propuesta de indicadores, un elemento importante es la fuente de verificación, paso necesario cuya función es especificar dónde se van a obtener los datos que permitirán hacer el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de los objetivos.

La validez de un indicador esta sujeta por la posibilidad de obtener la información para verificarlo. Hay varias preguntas que pueden ayudar a definir con mayor precisión las fuentes:

- ¿Dónde se encuentra la información que requerimos?
- ¿Esta disponible?
- ¿Es confiable y esta actualizada?
- ¿Se necesita una recopilación de datos?

En caso afirmativo, justificar la información adicional y sus costos.

Algunas fuentes de verificación son:

- Estadísticas publicadas por el sector salud y otras instituciones.
- Datos publicados por la Organización Mundial de la Salud, por la

Organización Panamericana de la Salud y otros organismos internacionales.

- Informes de investigaciones realizadas. Resultados de encuestas y estudios especiales a nivel local, estatal o nacional.
- Entrevistas a beneficiarios del proyecto y a personas vinculadas al mismo.
- Registros administrativos, contables e informes previos del proyecto.
- Es conveniente incorporar la opinión de la comunidad y de instituciones vinculadas para obtener otras perspectivas.
- La retroalimentación de la comunidad y los beneficiarios es una buena fuente por lo cual es conveniente incorporar su opinión.

VIII.-PRESUPUESTO

Consiste en estimar los gastos para ejecutar el proyecto. La tarea fundamental es identificar los recursos que serán utilizados para lograr el objetivo fijado y, en su caso, gestionar apoyos complementarios.

- La presentación del presupuesto debe incluir detalladamente la justificación de gastos por mes, concepto, cantidad y costo.
- También deberá indicarse la participación de cada uno de los aportantes.
- En el expediente técnico encontrará un formato para tal efecto.

Los recursos asignados para la operación de los proyectos sólo podrán aplicarse a los siguientes rubros:

- Impresión de materiales de comunicación educativa (trípticos, folletos, carteles, etc.).
- Elaboración y reproducción de materiales audiovisuales.
- Material de papelería y equipo.
- Personal de apoyo (contratación bajo el concepto “servicios profesionales”).
- Solicite el clasificador por objeto de gasto para mayor información.

Se indica que no más del 30% del gasto se realizará en infraestructura.

Ésta guía para la elaboración y presentación de proyectos municipales fue elaborada siguiendo algunos lineamientos especificados en ‘El enfoque del Marco Lógico: Una herramienta de Fortalecimiento Institucional’; y en otras publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud referidas en la presente investigación.

Modelo de Acta Constitutiva del Comité Municipal de Salud

OBJETIVO

Integrar el Comité Municipal de Salud y establecer el compromiso de la prestación de los servicios de salud y la participación social en los planes y programas de salud, con los representantes del sector salud de la Jurisdicción

Sanitaria, de autoridades municipales, de otras instituciones públicas, sociales y privadas y de los habitantes en general.

Las anteriores guías y herramientas metodológicas descritas en este trabajo reflejan y responden al trabajo, las acciones y experiencia que ha adquirido el Programa de Comunidades Saludables en su implementación como política pública saludable, en las diversas entidades del país, lo que ha permitido intercambiar experiencias a nivel nacional, así como con otros países mediante asesorías, talleres e información técnica.

En este capítulo hemos revisado y apuntado como la autoridad municipal tiene establecido el marco formal para ejercer sus atribuciones legales que le corresponden en materia de salud; así también describimos como la estrategia de municipios y comunidades saludables se originó en la región de latinoamérica y se consolidó en nuestro país y de cómo esta práctica produjo que se desarrollaran metodologías para su instrumentación. En el siguiente capítulo veremos como todo este desarrollo creó obstáculos y limitaciones para la mejor aplicación de la estrategia a nivel local en materia de salud municipal.

Capítulo 4. Obstáculos y limitaciones para el desarrollo de acciones en el ámbito local.

En el siguiente capítulo haremos el análisis de los logros y las acciones de la implementación de políticas en materia de salud en el ámbito municipal y local, planteando los obstáculos a que dichas políticas generalmente se han enfrentado y enunciaremos algunas propuestas y reflexiones sobre el rediseño de algunas políticas en dicha materia, tomando en consideración para ello, las políticas mismas, así como de los actores que en ellos participan en su ejecución, como son las burocracias locales y los actores políticos.

En este sentido y derivado del planteamiento anterior, apuntaremos los límites que se presentan en el desarrollo de las políticas públicas en salud en el ámbito local, como son la falta de voluntad política de los alcaldes y la continuidad en el desarrollo de la política; así como también, mencionaremos como un obstáculo el breve lapso de tiempo del periodo gubernamental de los ayuntamientos para ejecutar las acciones.

Finalmente en este capítulo, presentamos las conclusiones a que llegamos de la implementación y aplicación de la estrategia de municipios y comunidades saludables, como una política pública en salud en el contexto y el entorno de México y también haremos referencia a algunas consideraciones y desafíos que la OPS ha planteado en torno a la misma en la región de América Latina.

4.1 Los obstáculos de los actores políticos y la burocracia local.

En este apartado veremos las dificultades que encuentra la implementación de políticas públicas en salud, desde el punto de vista de los actores y de la burocracia local a que se enfrenta, es decir, desde el ángulo de quienes operan y ejecutan las políticas: el recurso humano de la administración pública local.

Los paradigmas burocráticos

En el libro *Atravesando la Burocracia* M. Barzelay y A. Babak, 1998 ³⁴, mencionan que la persistencia del *paradigma burocrático* dejó un sistema de creencias profundamente arraigados en la administración pública (hace referencia sobretodo a la administración pública estadounidense pero que conceptualmente se puede aplicar a muchas naciones de América) que llevó a realizar una serie de esfuerzos por mejorar la administración en el gobierno, incluyendo el análisis de sistemas, la administración por objetivos y el presupuesto de base cero.

A esa serie de legados, sistemas de creencias y algunos hábitos de pensamiento en que se apoyan algunos movimientos de reforma burocrática de la administración pública es lo que ellos denominan '*paradigma burocrático*'.

³⁴ BARZELAY, MICHAEL Y BABAK J. ARMAJANI, ATRAVESANDO LA BUROCRACIA, UNA NUEVA PERSPECTIVA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, FONDO DE CULTURA ECONÓMICA, MÉXICO, 1998.

Asimismo, refieren que hay que conocer y analizar los conceptos clave o más conocidos del paradigma para averiguar si constituye una buena guía para la administración pública, entre algunos de los más arraigados se mencionan los siguientes:

“-En el Poder Ejecutivo, cada función está definida por las delegaciones específicas de autoridad. Los funcionarios que desempeñan cualquier función determinada sólo deben actuar cuando expresamente permitan hacerlo la regla o las instrucciones dadas por autoridades superiores en la cadena de mando. Los empleados del Poder Ejecutivo son responsables ante sus supervisores.

-En el ejercicio de la autoridad, los funcionarios deben aplicar las reglas y los procedimientos de manera uniforme. La falta de apego a las reglas debe recibir la sanción apropiada.

-Los expertos en materias sustantivas –como los ingenieros, el personal que aplica las leyes y los prestadores de servicios sociales- deben ser asignados a las dependencias operativas, en tanto que los expertos en presupuesto, contabilidad, compras, personal y métodos de trabajo deben destinarse a las funciones centralizadas de *staff*.

-Las responsabilidades clave de la función financiera consisten en preparar el presupuesto ejecutivo y en evitar que el gasto real exceda las asignaciones.

-De manera general, el Poder Ejecutivo operará honrada y eficientemente mientras las funciones centralizadas de *staff* ejerzan un control unilateral sobre las acciones administrativas de las dependencias operativas”.³⁵

En esta perspectiva de análisis de la administración pública y la visión ortodoxa de operar-ejecutar políticas públicas los autores antes mencionados argumentan que en la práctica:

“la más importante de las recientes objeciones conceptuales al paradigma burocrático es la idea de que las dependencias gubernamentales deben guiarse por el usuario y orientarse hacia el servicio. Una de las aspiraciones recurrentes de los administradores públicos y los supervisores que ponen en práctica estos conceptos consiste en resolver los problemas operativos haciendo a sus organizaciones sensibles, dinámicas y prestadoras competitivas y amistosas de valiosos servicios a los clientes. Pensar en función de éstos últimos y del servicio ayuda a los administradores públicos y a los observadores a articular sus preocupaciones respecto al rendimiento en las operaciones gubernamentales de que son responsables. Cuando se complementa con el análisis del modo en que estos conceptos se han puesto en práctica en otros entornos, el razonamiento acerca de los usuarios y del servicio ayuda a los funcionarios a encontrar soluciones alternativas a los problemas particulares que, según su propia definición, merecen ser atendidos. En muchos casos, la variedad de alternativas generadas de este modo es sustancialmente distinta de la que arroja el razonamiento en el marco del paradigma burocrático”.³⁶

En la argumentación de esta tesis se sostiene que la formulación de una alternativa es el concepto de la organización de servicios impulsada por el cliente, ya que es una herramienta cada vez más usada por los funcionarios

³⁵ OP. CIT., PP. 41-42.

³⁶ OP. CIT., PP.43-45.

públicos en la definición y la solución de los problemas. En un nivel de generalidad superior, este concepto también aporta muchos de los recursos necesarios para formular una alternativa coherente al paradigma burocrático. Ya se están enfocando tanto los esbozos de esta alternativa como su modo de identificar y atacar los puntos vulnerables del paradigma burocrático. Los siguientes pares de proposiciones destacan las principales líneas retóricas de ambas propuestas:

-Una dependencia burocrática se enfoca en sus propias necesidades y perspectivas. Una dependencia impulsada por el cliente se enfoca en las necesidades y las perspectivas de éste.

-Una dependencia burocrática se enfoca en las funciones y las responsabilidades de sus partes. Una dependencia impulsada por el cliente se enfoca en ayudar a que toda la organización funcione como equipo.

-Una dependencia burocrática se define tanto por la cantidad de recursos que controla como por las tareas que desempeña. Una dependencia impulsada por el cliente se define por los resultados que logra en beneficio de sus clientes.

-Una dependencia burocrática se aferra a la rutina. Una dependencia impulsada por el cliente modifica sus operaciones como respuesta a las demandas cambiantes de sus servicios.

-Una dependencia burocrática insiste en seguir los procedimientos normales. Una dependencia impulsada por el cliente introduce la opción en sus sistemas operativos, cuando al hacerlo cumple un propósito.

-Una dependencia burocrática anuncia políticas y planes. Una dependencia impulsada por el cliente emprende con sus clientes una comunicación en ambos sentidos, con objeto de evaluar y revisar su estrategia operativa.

-Una dependencia burocrática separa el trabajo de pensar del trabajo de hacer. Una dependencia impulsada por el cliente otorga la autoridad a los empleados operativos de emitir juicios sobre el modo de mejorar tanto el servicio al cliente como su valor”³⁷

A continuación se presentan los siguientes cuadros de las diferencias en la cultura organizativa y la comparación de los paradigmas de la administración pública y la burocracia³⁸, que nos ilustran de manera esquemática la diversidad conceptual entre las propuestas:

<u>DIFERENCIAS EN LA CULTURA ORGANIZATIVA</u>	
NUEVA CULTURA	ANTIGUA CULTURA
* Se enfoca en cómo deberían y podrían ser las cosas.	* Se enfoca en cómo han sido las cosas.
* Se enfoca en ayudar a los clientes y/o a los sujetos de cumplimiento a resolver sus problemas.	* Se enfoca en la operación del Sistema y en disponerse a decir no.
* Se preocupa por los clientes y por las Políticas públicas.	* Se preocupa por las reglas vigentes y la pericia técnica.

³⁷ OP. CIT., PP. 46-47.

³⁸ IBÍD., P. 156.

* Se enfoca en producir valor neto de costo.	* Se enfoca en el volumen y en el costo de los insumos.
* Se preocupa por la gente y por las relaciones laborales.	* Se preocupa por las funciones y por las responsabilidades.

<u>COMPARACIÓN DE PARADIGMAS</u>	
PARADIGMA BUROCRÁTICO	PARADIGMA POSBUROCRÁTICO
* Interés Público.	* Resultados que valoran los ciudadanos.
* Eficiencia.	* Calidad y Valor.
* Administración.	* Producción.
* Control.	* Lograr el apego a las Normas.
* Especificar Funciones Autoridad y Estructura.	* Identificar Misión; Servicios; Clientes y Resultados.
* Justificar Costos.	* Entregar Valor.
* Implantar Responsabilidad.	* Construir la Rendición de Cuentas; Fortalecer las Relaciones de Trabajo.
* Seguir Reglas y Procedimientos.	* Entender y Aplicar Normas; Identificar y Resolver Problemas; Mejorar Continuamente los Procesos.
* Operar Sistemas Administrativos.	* Separar el Servicio del Control; Lograr Apoyo para las Normas; Ampliar las Opciones del Cliente; Alentar la Acción Colectiva; Ofrecer Incentivos; Evaluar y Analizar Resultados; Enriquecer la Retroalimentación.

Las anteriores diferencias de cultura organizativa y de comparación de paradigmas las encontramos y vemos reflejadas en los municipios de acuerdo al grado de desarrollo y complejidad de estos; sobretodo se da cuenta en municipios con un nivel superior de desarrollo y con una amplia administración pública municipal. Cabe señalar que en la experiencia operativa de municipios saludables, los ayuntamientos con más de 50 mil habitantes tienen una administración más compleja y en principio por su tamaño es más complicado la aplicación de la política.

En estas administraciones ya observamos que las políticas se encaminan más a guiarse por el usuario y orientarse hacia el servicio, ya que los integrantes del ayuntamiento como sus funcionarios públicos, se apegan a poner en práctica acciones consistentes en resolver los problemas operativos, haciendo a sus gobiernos sensibles a las demandas, dinámicos y prestadores competitivos de valiosos servicios a los clientes, que en el caso del programa de municipios saludables los beneficios se ven plasmados en la salud de sus habitantes.

En este nuevo manejo de la cosa pública o esta nueva manera de ver la administración pública -desde luego también la municipal- es necesario considerar esta perspectiva, para que los ejecutivos de los ayuntamientos (presidente municipal, regidores, funcionarios) tengan los elementos y las herramientas que faciliten las acciones y den solución a los problemas de su comunidad.

Sin embargo, en esta concepción de la nueva administración pública (New Public Management), que incorpora técnicas de la administración privada a la administración pública -y que se presenta como un paradigma alternativo y superior a la administración pública tradicional- debemos observar con cuidado su aplicación práctica, ya que se mezclan criterios puramente administrativos, con criterios exclusivamente políticos. En su trabajo 'Políticas públicas como instrumentos de desarrollo municipal' Guillermo López Valverde, lo refiere así:

Los autores que promovieron la competitividad estatal como si se tratara de una empresa privada al amparo del nuevo manejo público, debemos referirlos con sus reservas; sin embargo no podemos soslayar que la gerencia pública (*public management*, a la que ya nos referimos antes), busca incorporar técnicas de modernización en las instituciones públicas considerando los equilibrios necesarios que tienen que ver con la política y la administración.

No se trata de convertir a los presidentes municipales en gerentes públicos, pero tampoco negarse al desarrollo tecnológico ya que, después de todo, la tecnología constituye un cúmulo de herramientas que pueden ser útiles en la aplicación de soluciones alternativas.

Se trata de que en el gobierno municipal se apoye profesionalmente al gobernante por medio de gerentes dentro de la propia administración municipal, a fin de que contribuyan y aporten datos, ideas y análisis de su gestión respecto a la toma de decisiones; de tal forma que den opciones a los gobernantes en turno y al cabildo en funciones.³⁹

Los conceptos y argumentaciones anteriores, son convenientes exponerlas ya que para el proceso de adopción de políticas públicas por parte de los presidentes municipales, éstos deberán tener la visión y en su caso la preparación para presentar nuevas formulas de cómo realizar las actividades de la administración pública del municipio.

La burocracia como actor político

³⁹ G. LÓPEZ VALVERDE, OP. CIT., P. 117.

Por otra parte en el 'Estudio Introductorio' que José Luis Méndez realiza a la obra de G. Peters, *La Política de la Burocracia*⁴⁰, sostiene que al crecer el gobierno en los países que lo han propiciado, la burocracia pública se ha convertido en una institución más importante. Añade que el ritmo de aumento en el gasto público ha sido mayor en los países en desarrollo que en los industrializados y reconoce que los primeros han sido más exitosos al reducir el tamaño del Estado, pues en los segundos ha permanecido con pocos cambios significativos pese a la retórica al respecto.

En dicho 'Estudio Introductorio' a la obra referida (Peters, 1999), Méndez refiere que hay que considerar a la burocracia como un actor político y su relación con otros actores, como los políticos electos, así como con otros actores de los diferentes poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. De manera analítica Méndez nos menciona como la burocracia adquiere poder y compite por él, debido a los diferentes poderes con que se relaciona:

Uno de los temas centrales de La política de la burocracia es precisamente la consideración de la burocracia como un actor político y su relación con otros actores, como los políticos electos, así como las posibilidades de control de la primera por los segundos. En varias secciones señala, por ejemplo, que las legislaturas sólo tienen capacidad para considerar un puñado de asuntos por sesión, y además en forma general. Esto deja una gran cantidad de huecos, que los administradores tienen que llenar. Por otro lado, los cuerpos legislativos están subespecializados en relación con las dependencias burocráticas con las que tienen que confrontar, y tienen menos personal. La relativa inestabilidad de las legislaturas, comparada con la mayor permanencia de la burocracia, pone a aquellas legislaturas en desventaja en la competencia de poder.

En cuanto al Ejecutivo, en general tendría varios problemas políticos para imponer su voluntad, como 1) su frecuente falta de conocimiento y tiempo para entender y administrar las políticas; 2) el reducido número de designados políticos en la cúspide de la organización en relación con el resto de los funcionarios de la burocracia (aunque Peters señala que esto varía), y 3) la resistencia de muchos funcionarios a poner en marcha los programas.

Este autor estadounidense opina acertadamente, contrario a algunos autores como Niskanen, que las burocracias ni están siempre viendo la forma de aumentar su tamaño ni están sólo preocupadas por el cumplimiento eficiente de sus objetivos. Aunque en su opinión difícilmente son una fuerza monolítica, se encuentran en una posición poderosa en relación con sus superiores políticos. Tienen el control de la información sobre los problemas públicos y las alternativas de políticas, y con frecuencia poseen toda una ideología ministerial sobre la forma en que deben tratarse los problemas.

(...)

El punto central, sin embargo, es que, pese a la tendencia reciente a su reducción, a fines del siglo XX el gobierno es bastante grande y complejo en comparación con épocas pasadas, y esto ha venido a hacer todavía más importante a la burocracia como actor político. Al mismo tiempo, dicho aumento en el tamaño del Estado ha dificultado todavía más el trabajo de los administradores públicos. Aparte de que hoy cualquier organización tiende a establecer interrelaciones complejas, los recursos disponibles para el administrador son limitados y los ciudadanos observan con mayor cuidado al gobierno y la burocracia pública"⁴¹

⁴⁰ B. GUY PETERS, LA POLÍTICA DE LA BUROCRACIA, NUEVAS LECTURAS DE POLÍTICA Y GOBIERNO, FONDO DE CULTURA ECONÓMICA, MÉXICO, 1999.

⁴¹ B. GUY PETERS, OP. CIT., PP. 11-13.

Para el caso que nos interesa en esta investigación, que es la implementación de políticas públicas en salud en el ámbito municipal, podemos señalar que a pesar de contar con una gran diversidad de ayuntamientos en el país en cuanto su tipología ⁴², (tamaño, población, poder económico, geografía política y los propios recursos con que cuentan); podemos decir que muchos ayuntamientos realizan éstas prácticas, en que la burocracia municipal se asume como actor político, sobre todo a la hora de implementar políticas federales o estatales.

En la obra referida de Peters, señala que la burocracia maneja una intención política en la ejecución de *policies* ya que conlleva una ideología de la oficina en la que:

La primera norma de la gobernación es una que de ordinario podría considerarse como la debilidad crucial de la burocracia pública como alternativa viable frente a otras formas de gobernación. En la mayoría de las sociedades se ha creído tradicionalmente que la burocracia carece de ideas acerca de lo que deba hacer con esa misma maquinaria de gobernación que parece controlar. Sin embargo, las organizaciones burocráticas a menudo tienen sus propias ideas, bien desarrolladas, acerca de lo que debiera hacer el gobierno. Estas ideas no son declaraciones generales, como las que se encuentran en el programa de un partido político, sino que se confinan al área estrecha de los conocimientos de la oficina.

(...)

... los funcionarios públicos son o se vuelven expertos en sus áreas de políticas y desarrollan ideas acerca de la forma como podrían elaborarse mejor las políticas. Dado que, en promedio, los funcionarios públicos permanecen en sus puestos más tiempo que los políticos, en teoría podrían alterar las políticas, a través del tiempo, en la forma que más les convenga, pero las concepciones de los funcionarios públicos acerca de las buenas políticas también pueden cambiar con el paso del tiempo.

Las ideas de los funcionarios públicos acerca de las políticas podrían cambiar en varias formas. Primero, los burócratas y las burocracias están cada vez más interconectadas por la vía de las afiliaciones organizacionales y profesionales, de modo que las políticas que favorecen pueden cambiar a través del tiempo para corresponder a la “mejor práctica” de su profesión. Algunas organizaciones a las que pertenecen los funcionarios públicos pueden ser estrictamente “burocráticas”, o bien ocuparse sólo de la gerencia del sector público, mientras que otras pueden ser organizaciones de especialistas en los campos de la salud, la educación, la ingeniería sanitaria, etc. En ambos casos, la burocracia puede generar, por medio de sus contactos profesionales, ciertos desafíos contra las políticas existentes, sobre la base de ideas nuevas o de la difusión de innovaciones políticas. ⁴³

En su investigación López Valverde lo expresa de la siguiente manera: los presidentes municipales y sus niveles de dirección deben dejar de trabajar exclusivamente por obligación pues ello desplaza a la creatividad y la productividad; deben guiarse por un sentido de misión para buscar opciones de desarrollo de la administración y modificar las actitudes de los servidores

⁴² DE ACUERDO A UNA PROPUESTA BASADA EN DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS ELABORADA POR EL INSTITUTO NACIONAL PARA EL FEDERALISMO Y DESARROLLO MUNICIPAL DE LA SEGOB, SE ESTABLECIÓ UNA TIPOLOGÍA MUNICIPAL EN MÉXICO, EN LAS QUE SE CONSIDERAN: MUNICIPIOS METROPOLITANOS, MUNICIPIOS URBANOS, MUNICIPIOS SEMIURBANOS, MUNICIPIOS SEMIRURALES Y MUNICIPIOS RURALES INDÍGENAS.

⁴³ B. GUY PETERS, OP. CIT., PP. 345-347.

públicos: que no se queden en la estricta aplicación de las normas, en el puro cumplimiento de reglamentos y procedimientos y en el parco mantenimiento de los esquemas formales y tradicionales de administración.⁴⁴

Para reforzar estos argumentos mencionaremos que tanto al determinar quiénes recibirán beneficios, como en la manera en que los ciudadanos perciben su gobierno, los estratos inferiores de la burocracia pública son actores cruciales en el proceso de elaboración y ejecución de políticas públicas. En la experiencia municipios saludables las más de las veces la aplicación de la política pública recae en personal de estos niveles de la administración municipal.

4.2 Los límites de la voluntad política y el periodo de gobierno municipal.

El predominio de la voluntad política sobre lo administrativo

En la medida que los miembros de los ayuntamientos se conduzcan con una postura abierta, imparcial, crítica y tolerante ante las políticas federales y estatales que habrán de implementar, tendrán mayor éxito en su ejecución, es decir, cuando la administración pública local no tome una postura política o ideológica obtendrá mejores resultados en su aplicación.

La experiencia en la ejecución de la estrategia de municipios saludables ha sido exitosa en este sentido, ya que ha predominado el criterio del beneficio a la población con acciones concretas en materia de salud. Además de que en el proceso de sensibilización de autoridades municipales, se ha privilegiado por parte del personal del sector salud, que ésta no tiene color o bandera política.

En este sentido cabe señalar la preponderancia de lo político sobre lo administrativo en la implementación de políticas por parte de la administración pública local, como lo menciona L. Felipe León en su trabajo:

La participación de diversos actores y grupos beneficia al gobierno municipal, ya que de acuerdo con la administración colabora a la implementación y evaluación de las *policies*; no obstante es posible que esas condiciones se reviertan convirtiéndose en un lastre. Si un grupo cuya filiación política es opuesta a la de los miembros del ayuntamiento, hará todo lo posible por exagerar las evaluaciones de los programas que se van a ejecutar, o en el mejor de los casos, tratará de participar en la ejecución de las *policies* para beneficiar sólo a quienes sean simpatizantes de su filiación política.

El gobierno municipal debe impulsar a los grupos políticos hacia una actitud tolerante y auténticamente participativa, lo que implica que las propias autoridades municipales no deben ofrecer prebendas a grupos afines a su partido, además de que se debe llevar a cabo una labor de convencimiento con otros grupos pues la implementación de las *policies* busca el beneficio colectivo y no el de unos cuantos.⁴⁵

⁴⁴ G. LÓPEZ VALVERDE, OP. CIT., P. 119.

⁴⁵ LEÓN LÓPEZ, LUIS FELIPE, TESIS DE LICENCIATURA: EL MUNICIPIO MEXICANO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS, FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES,

En la estrategia esto se ha logrado mediante la sensibilización, ya que se ha logrado convencer a las autoridades locales de colaborar con el sector salud, ya que éstas políticas van en beneficio directo de la salud de sus comunidades.

El cambio de gobierno municipal

Por otro lado, la implementación de políticas públicas en salud en el ámbito local, se encuentra limitada por la estricta acción ejecutiva que tiene la autoridad municipal de poner en marcha programas y proyectos de diversas dependencias en el periodo del gobierno municipal que le corresponde. Esto lo pone en desventaja en tanto que no cuenta con el tiempo suficiente para desarrollar y aplicar dichas políticas satisfactoriamente.

En el caso del programa de municipios saludables cada cambio de gobierno y/o administración municipal lo podemos considerar como una limitante al desarrollo óptimo de la política, ya que se tiene que volver a realizar la tarea de sensibilización; coordinación y concertación; organización; diagnóstico; planeación-programación; capacitación y ejecución de acciones en materia de salud, ante las nuevas autoridades. Existe una amplia posibilidad de que los proyectos y las acciones se vean afectados por el cambio de las administraciones municipales.

En el caso del programa, en cada nueva administración municipal se inicia nuevamente la labor de implementación de la política en salud, de quién tienen relación directa con los municipios: la jurisdicción sanitaria mediante el personal designado como coordinador de participación social. El proceso de vinculación entre la Jurisdicción Sanitaria y las autoridades locales mediante el Comité o Consejo Municipal de Salud, es fundamental ya que estos actores constituyen los elementos indispensables para que las acciones se realicen.

Asimismo, en la implementación del programa de municipios y comunidades saludables es necesario tener la voluntad política y la aprobación del cabildo para el desarrollo óptimo de las políticas a ejecutar, ya que como hemos referido en éste se discuten y se aprueban o no, las acciones en salud que se van a apoyar y se toma en consideración si el municipio cuenta con los recursos técnicos, materiales y financieros para su ejecución. Por esto, cabe considerar que siempre es indispensable contar con el acuerdo de cabildo, ya que es la forma de respaldar el desarrollo de las acciones planeadas en beneficio de la salud de los habitantes del municipio.

Por otra parte, podríamos considerar como una ventaja que la implementación de la estrategia de municipios saludables se puede llevar a buen término y con resultados satisfactorios en cuanto a la ejecución de proyectos y a la enseñanza de acciones para el mejoramiento de la salud de sus comunidades; en los tres años del periodo de gobierno municipal respectivo. Esto siempre y cuando los tomadores de decisiones del ayuntamiento opten, ante lo reducido

del periodo, por esta estrategia adaptativa a corto plazo, dejando a un lado las perspectivas de mediano y largo plazo.

4.3 Conclusiones.

La implementación como política pública de la estrategia de municipios y comunidades saludables se planteó desde un inicio en nuestro país, como un proceso de promoción de la salud de largo plazo, cuyo interés principal sería colocar a la salud entre los asuntos de mayor envergadura en las agendas de los responsables de la toma de decisiones en los diferentes órdenes de gobierno: federal, estatal y municipal. Para ello ha habido que mostrar flexibilidad y capacidad de adaptación a las características de las diferentes regiones del país, a fin de enfrentar adecuadamente los problemas y satisfacer cabalmente las necesidades de las mismas.

Aquí cabe señalar que dicha implementación operativa se da preponderantemente en el nivel local, como se ha expuesto a lo largo del presente trabajo de investigación. La experiencia ha demostrado suficientemente que tal capacidad de adaptación se ha convertido en su fortaleza principal, pues le ha permitido hacer ajustes en función de las problemáticas particulares y de las prioridades locales en asuntos relacionados con lo político, lo económico y lo social. Por ello mismo constituye un instrumento de suma utilidad en la consolidación del federalismo y la transición democrática, así como en la búsqueda ineludible del desarrollo sustentable.

El desarrollo de esta política pública en salud desde gobierno federal no ha sido fácil ya que inició con un proceso de sensibilización y concientización de autoridades y funcionarios municipales y de todos los sectores sociales en las comunidades para mantener vigente el movimiento. Había que llamar la atención y despertar el interés de todos por la promoción de la salud, concepto definido por vez primera en la Carta de Ottawa y, desde entonces, noción rectora de la estrategia de municipios y comunidades saludables en el mundo.

Si bien es cierto que la estrategia de municipios y comunidades saludables es una política pública impulsada desde el gobierno federal, la metodología que emplea en su ejecución es participativa para los gobiernos estatal y municipal, así como de la parte incluyente a la población en acciones y toma de decisiones en materia de salud.

El progreso ha sido paulatino pero firme, si bien todavía queda mucho por hacer no sería excesivo subrayar, sin embargo, que la promoción de la salud trasciende el mero tratamiento de las enfermedades y la concepción hospitalaria de la salud, que es un trabajo que concierne a todos (autoridades, sectores productivos y población en general), y que debe desarrollarse fundamentalmente en el marco de las localidades, trátense de municipios o comunidades, ya que éstas, por sus dimensiones y la cercanía existente entre gobernantes y gobernados, facilitan el consenso y la participación democrática de todos los involucrados.

Por otra parte, en la ejecución de la política pública de municipios y comunidades saludables, se ha comprobado que las estrategias de promoción de la salud más eficaces son aquellas que combinan acciones complementarias efectuadas en diferentes sectores de la sociedad, con la ayuda plural de las instituciones de salud, las agencias gubernamentales, las ONG's, escuelas y universidades, los medios de comunicación, los grupos religiosos y las organizaciones públicas y privadas.

También se ha comprobado que, para ser efectivo, un plan de acción requiere la realización de las siguientes actividades: a) incremento del conocimiento público y político; b) transmisión del mensaje acerca de la promoción de la salud; c) elaboración de políticas públicas saludables; d) fortalecimiento de la acción comunitaria en salud, y e) creación de ambientes favorables para la salud y el desarrollo de estilos y condiciones de vida saludables.

Sin embargo, a pesar de saber que los ayuntamientos cuentan con las atribuciones constitucionales y jurídicas para la implementación de esta política pública local en materia de salud y que existe voluntad política de las autoridades municipales; en ocasiones existen debilidades en su ejecución que no han dado los resultados previstos para los planes y programas gubernamentales federales.

Un resultado de esto, por ejemplo, es el apoyo con recursos financieros a proyectos municipales de promoción de la salud que el Programa de Comunidades Saludables ha impulsado en los últimos cuatro años, en los cuales en algunos de estos proyectos los recursos han servido para desarrollar y apoyar acciones que en materia de servicios públicos le corresponden constitucionalmente al municipio; como son los temas relacionados con el manejo de los residuos sólidos, la construcción de rellenos sanitarios, de rastros, de mercados o de centros de control canino, donde las estrategias de promoción de la salud que se persiguen quedan lejos en los objetivos de estos proyectos.

La Organización Panamericana de la Salud en sus consideraciones que ha realizado en torno a esta estrategia en América Latina, concluye que los desafíos que actualmente enfrenta el desarrollo de municipios y comunidades saludables se podrían sintetizar de la siguiente manera:

- Disminuir el control excesivo que ejerce el sector salud.
- Abatir la carencia de condiciones que permitan el trabajo intersectorial.
- Reducir la dependencia que las organizaciones sociales tienen respecto de los equipos técnicos, así como las dificultades que impiden establecer una auténtica comunicación entre ambas instancias.
- Eliminar los obstáculos que impiden la libre expresión de las comunidades.

Asimismo, resultado de su análisis de la región señala que se ha observado la existencia de factores que contribuyen al éxito de las iniciativas de promoción de la salud en el ámbito local en los países americanos; entre éstos destacan:

- El otorgar carácter de prioridad nacional a la promoción de la salud.
- La existencia de organizaciones sociales activas.
- El auténtico interés de parte de las autoridades locales.
- El incremento sostenido de los procesos democráticos y descentralizadores.
- La intensificación de las experiencias de acción comunitaria.
- El intercambio de experiencias municipales exitosas en salud entre autoridades locales.

En estas mismas consideraciones de la estrategia en relación con los trabajos realizados en torno de las redes estatales y nacionales de municipios y comunidades saludables, la OPS menciona la importancia de los siguientes factores:

- Establecer de antemano una misión y un propósito comunes.
- Crear mecanismos idóneos para el flujo de la información: consenso sobre el formato, la lengua y los parámetros que definen la información compartida.
- Definición rigurosa de las funciones, responsabilidades y derechos de los miembros.
- Brindar auténticos beneficios a los miembros.
- Conformación de un proyecto sostenible en el tiempo.
- Contar con estructura, coordinación y mecanismos de soporte bien definidos.

La historia del movimiento de municipios y comunidades saludables en México ha tenido dos momentos importantes: el primero, que va de 1994 a 2000, que constituyó la creación y consolidación de la estrategia y que en este periodo llevó el nombre de Programa de Municipios Saludables; el segundo, de 2001 a la fecha, que ha sido el periodo para la realización de los ajustes y modificaciones necesarios a fin de optimizar los resultados y el empleo de los recursos, mediante la política rectora de vincular la salud con el desarrollo económico y social del país, de conformidad con los planteamientos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 y, particularmente, del Programa de Comunidades Saludables.

En México, a diez años de haber iniciado sus actividades, el movimiento de municipios y comunidades saludables ha logrado consolidar su desarrollo de manera notable en el contexto latinoamericano, ya que cuenta con más de 70% del total de los municipios del país incorporados al Programa de Comunidades Saludables, con una estrategia definida puntualmente por dicho programa y

con una red social-nacional activa, con personalidad jurídica (la Red Mexicana de Municipios por la Salud, A. C.).

En estos años de existencia los acontecimientos más importantes por los que ha atravesado el movimiento de municipios y comunidades saludables, habría que enumerar los siguientes: la fundación de la Red Nacional de Municipios Saludables (posteriormente denominada Red Mexicana de Municipios por la Salud), mediante la firma del llamado Compromiso de Monterrey en 1993, un año antes de que se pusiera en funcionamiento de manera oficial el movimiento de municipios y comunidades saludables en nuestro país; la creación del Programa de Municipios Saludables en 1994, que quedaría a cargo de la Dirección General de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud; las reformas efectuadas al Artículo 115 constitucional en 1999, las cuales contribuyeron a robustecer la autonomía y el poder de decisión de los municipios mexicanos; la realización de la Quinta Conferencia Mundial de la Salud en la ciudad de México en el año 2000, durante la cual se elaboró un programa mundial de acción para el inicio del nuevo milenio y se estableció el compromiso de los países participantes a rendir informes sobre los logros obtenidos con el mismo; la publicación del Programa de Acción: Comunidades Saludables en 2002, detallado plan de operaciones para la promoción de la salud, elaborado de conformidad con las directrices trazadas por el Programa Nacional de Salud 2001-2006; la firma del acta constitutiva de la Red Mexicana de Municipios por la Salud, A. C., en marzo de 2003, por la cual dicho organismo adquiere personalidad jurídica y, con ello, incrementa su capacidad de funcionamiento, el rango de sus operaciones, su autosuficiencia económica y su posibilidad de permanencia.

Asimismo el desarrollo de la estrategia en nuestro país, cuenta con redes estatales en casi todas las entidades federativas y redes regionales en zonas con características específicas; con una considerable experiencia en la organización de reuniones nacionales e internacionales; con recursos federales para el desarrollo de proyectos de promoción de la salud; y, sobre todo, con una dinámica que ha logrado establecer su continuidad en las entidades federativas, gracias a la participación social cada vez mayor de los habitantes de los municipios y las comunidades asentadas a lo largo y ancho del territorio nacional.

Actualmente, el programa mismo de municipios y comunidades saludables en México se plantea las expectativas para el futuro mediano e inmediato y conviene mencionar las siguientes:

a) Que los 2,436 municipios existentes en el país y las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal, estén todos integrados al Programa de Comunidades Saludables y a la Red Mexicana de Municipios por la Salud, A. C. (resta poco menos del 30% para conseguirlo).

b) Que el D. F. forme su red estatal o equivalente para que todas las entidades del país cuenten con tan valioso organismo.

c) Impulsar y consolidar la participación de México en la Red de Municipios y Comunidades Saludables de las Américas, organismo indispensable para

incrementar el intercambio de experiencias y la conjunción de esfuerzos en relación con la promoción de la salud en la región de América Latina.

d) Incorporación de las iniciativas internacionales de Viviendas Saludables y Ciudades Saludables a la estrategia de municipios y comunidades saludables en nuestro país, a fin de vincular la colaboración de la población con la de las instancias gubernamentales encargadas del desarrollo de la familia, célula básica de las comunidades, en el primer caso, y en la búsqueda del desarrollo urbano integral, en el segundo.

e) A fin de ahondar en sus objetivos, el Programa de Comunidades Saludables deberá enfatizar el trabajo institucional en dos sentidos fundamentales: Primero, la formación de recursos comunitarios mediante la elaboración de materiales de apoyo de educación para la salud y comunicación educativa, los cuales permitirán arraigar en la población un indispensable sentido de pertenencia que consolide el posicionamiento y garantice la presencia y continuidad de los procesos, y, Segundo, la integración real de acciones de promoción de la salud con los diversos programas de salud pública a partir de una visión auténtica, holística y no limitada de comunidad saludable, concebida como el resultado de un proceso continuo de mejora de las condiciones de salud y de la calidad de vida de la población.

f) Finalmente, si bien de manera relevante por su importancia estratégica, la implementación de un sistema de evaluación que permita la medición rigurosa del impacto que las acciones de promoción de la salud tienen efectivamente en las comunidades que las emprenden.

Es importante señalar que las metas y los resultados esperados de la estrategia de municipios y comunidades saludables deben abarcar e incluir a todos los sectores de la sociedad y haber sido endosadas por todos y cada uno de los agentes involucrados a fin de conseguir el éxito. Asimismo, durante todo el proceso, es indispensable acrecentar la conciencia pública y política, y propiciar la consulta de la opinión de la comunidad y la comunicación de ésta con los responsables de la toma de decisiones y de la elaboración de las políticas.

La estrategia del Programa de Municipios y Comunidades Saludables es una política pública positiva porque ubica a la salud como un recurso para el desarrollo social. La operación del programa está orientada a la definición y ejecución de políticas públicas en favor de la salud y constituye un ejercicio permanente de concertación y coordinación intersectorial donde el Ayuntamiento es el eje articulador; pero es también la expresión de la participación social que recoge el sentir de las personas, favorece la planeación participativa y la corresponsabilidad social en acciones de bienestar y salud.

Bibliografía básica

Libros

Aguilar Villanueva, Luis F., ***El Estudio de las Políticas Públicas***, (Antología), México, Miguel Angel Porrúa, 1992.

Aguilar Villanueva, Luis F., ***La Implementación de las Políticas***, (Antología), México, Miguel Angel Porrúa, 1993.

Ayala Espino, José Luis, ***Limites del Mercado, Limites del Estado***, Instituto Nacional de Administración Publica, 1992.

Barzelay, Michael, ***Atravesando La Burocracia, Una Nueva Perspectiva de la Administración Pública***, México, Fondo de Cultura Económica, 1998.

Canto, Manuel y Moreno, Pedro (Compiladores), ***Reforma del Estado y Políticas Sociales***, México, UAM X, 1994.

Cohen E. y Franco R., ***Evaluación de proyectos sociales***, México, Siglo XXI, 1992.

Daherendorf, Ralf, "La desreglamentación y la intervención del Estado", en ***La Reforma del Estado: las razones y los argumentos***, México, Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales, 1988.

Grindle, Merilee S., "Restricciones políticas en la implementación de programas sociales: La experiencia latinoamericana" en ***¿Como enfrentar la pobreza?***, Ed. Grupo LA, 1993.

Kliksberg, Bernardo, (Compilador) ***Pobreza: Un tema impostergable, Nuevas respuestas a nivel mundial***, México, Fondo de Cultura Económica, 1993.

Lindblom, Charles E., ***La investigación social para la elaboración de políticas: quien las necesita y para que***, CIDE, vol. III, núm. 2, 1994.

Moreno, Pedro, "Las tendencias recientes y las perspectivas de la política social en México", en Canto y Durand, ***Política y Gobierno en la transición Mexicana***, México, UAM X, 1990.

Nutbeam, Don, "Glosario de promoción de la salud", en ***Promoción de la salud: una antología***, Washington, OPS (Publicación Científica, 557), 1996, pp. 383-403.

Organización Panamericana de la Salud, ***Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social***, Washington, OPS/OMS (HSD/silos-3), 1990, 40 pp.

Organización Panamericana de la Salud, **Guía de los alcaldes para promover calidad de vida**, OPS/OMS, 2002, 68 pp.

Organización Panamericana de la Salud, **Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe**, Washington, OPS/OMS (Serie paltex para Ejecutores de Programas de salud, 41), 1999, 220 pp.

Organización Panamericana de la Salud, **Promoción de la salud: una antología**, Washington, OPS (Publicación Científica, 557), 1996, 404 pp.

Restrepo, Helena E. y Hernán Málaga, **Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable**, Bogotá, Editorial Médica Panamericana, 2001, 298 pp.

Peters, Guy B., **La política de la burocracia**, México, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A. C. y Fondo de Cultura Económica, 1999.

Rawls, John, **Liberalismo político**, México, Fondo de Cultura Económica, 1996.

Subirats, Joan, **Los instrumentos de las políticas, el debate público y el proceso de evaluación**, México, CIDE, vol. IV, núm. 1, 1995.

Tesis

León López, Luis Felipe, **El Municipio Mexicano y la Implementación de Políticas Públicas**, Tesis de Licenciatura en Ciencias Políticas y Administración Pública, México, FCPyS, UNAM, 2000.

López Valverde, Vicente Guillermo, **Políticas Públicas como Instrumentos de Desarrollo Municipal**, Tesis de Maestría en Administración Pública, México, FCPyS, División de Estudios de Posgrado, UNAM, 2002.

Cuadernos, Gacetas y Revistas

Hernández, Juan Luis, "El municipio mexicano ante la reforma constitucional", **Revista Mexicana de Municipios Saludables**, año I, núm. 4, 1999, pp. 3-5.

Moreno, Pedro, "Exposición crítica de los enfoques norteamericanos para el análisis de políticas públicas", en **Revista de Administración Pública**, No.84, México, INAP, enero-junio de 1993.

Revista Mexicana de Municipios Saludables, Órgano informativo de la Red Mexicana de Municipios por la Salud, años I-II, núms. 1-7, 1999-2000.

Ruiz de Chávez, Manuel, Rodolfo Lara Ponte y Mario Herrera Zárate, **La salud y el municipio**, México, Instituto Nacional de Administración Pública/Secretaría de Salud (Cuadernos de Fortalecimiento Municipal, 1), 1988, 62 pp.

Solís Acero, Felipe, "La revolución del régimen constitucional del municipio mexicano", **Gaceta Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal**, núms. 18-19, pp. 26-62.

Urbina Soria, Javier, "Municipios saludables, instrumento para el desarrollo municipal", **Revista Mexicana de Municipios Saludables**, año I, núm. 2, 1999, p. 4-5.

Urbina Soria, Javier, "Municipios Saludables: un programa en el que todos ganan", **Revista Mexicana de Municipios Saludables**, año II, núm. 7, 2000, pp. 22-24.

Fuentes oficiales

Dirección General de Promoción de la Salud, **La promoción de la salud en México, 1995-2000**, Pro Salud-Juntos por la Salud, Dirección General de Promoción de la Salud-SSA, México, 2000, 48 pp.

Dirección General de Promoción de la Salud, Serie... **para promover la salud en el municipio**, Tomo 1, **Municipios Saludables en México**, Pro Salud, Dirección General de Promoción de la Salud-SSA, México, 1998, 18 pp.

Dirección General de Promoción de la Salud, Serie... **para promover la salud en el municipio**, Tomo 2, **Lecturas Básicas**, Pro Salud, Dirección General de Promoción de la Salud-SSA, México, 1998, 111 pp.

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, **Estrategia de Cooperación con México de la OPS/OMS para 2005-2009**, Febrero de 2005.

Secretaría de Salud, **Programa Nacional de Salud, 2001-2006**, México, SSA, 2001.

Secretaría de Salud-Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, **Programa de Acción: Comunidades Saludables**, México, SPPS-SSA, 2002, 70 pp.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES (MCS): Es la que promueve la salud con las personas y las comunidades en los espacios donde se estudia, trabaja, juega, ama y donde se vive. El movimiento de Municipios y Comunidades Saludables es parte de un proceso global de democratización y descentralización que apoya las iniciativas locales, bajo el marco de la gestión local y la participación comunitaria. Un municipio comienza a ser saludable cuando sus líderes políticos, organizaciones locales y ciudadanos se comprometen y dan inicio al proceso de mejora continua y progresivamente de las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes formando y fortaleciendo un pacto social entre las autoridades locales, las organizaciones comunitarias y las instituciones del sector público y privado (OPS).

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Es un proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. La promoción de la salud va más allá del sector de asistencia sanitaria, subrayando que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles de gobierno (OMS).

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (EN SALUD): Construcción de un proceso prolongado que se inicia cuando varias personas deciden compartir necesidades, aspiraciones y experiencias con el objetivo de obtener mejores condiciones de vida. En este proceso la comunidad deberá tener el derecho y la responsabilidad de tomar decisiones sobre asuntos que afectan la vida de sus miembros. El promover y fortalecer la participación comunitaria crea condiciones necesarias para que los individuos ganen más control sobre sus propias decisiones y acciones y utilicen recursos que afectan su salud, tanto a nivel individual como comunitario.

EMPODERAMIENTO: Proceso de acción social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades para lograr un mayor control individual y comunitario, eficacia política, mejoramiento de la calidad de vida y justicia social. Existe una diferencia entre el empoderamiento individual y el empoderamiento comunitario; el primero se refiere fundamentalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal. El segundo involucra a varias personas que actúan colectivamente para ganar mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de sus comunidades y es un componente esencial del trabajo comunitario para mejorar la salud. La participación contribuye al empoderamiento y ambos conceptos fortalecen los procesos democráticos y a la sociedad civil.

EQUIDAD EN SALUD: Definida en documentos de la OMS como “reducir las injusticias y las desigualdades evitables en materia de salud de los diferentes grupos, asegurando el acceso a servicios sanitarios de calidad con base a las necesidades”. Equidad es el proceso de ser justo. En este contexto por ejemplo, equidad en salud no es sinónimo de igualdad de acceso a los recursos de promoción de la salud y servicios de atención, pero más bien la atribución, a cada uno, de los recursos y atención de salud necesarios. De esta manera, la equidad es vista en el contexto de la necesidad y no de la igualdad (OMS).

GÉNERO: Se refiere al papel y las responsabilidades establecidos socialmente para el hombre y la mujer. El género está relacionado con nuestra imagen y la forma en que supuestamente debemos pensar y actuar como hombres y mujeres debido a la forma en que está organizada la sociedad, y no a nuestras diferencias biológicas. Género es el conjunto específico de características culturales que identifica el comportamiento social de las mujeres y los hombres así como la relación entre ellos. El género abarca los términos hombres y mujeres y también incluye su relación y la manera como está relación se construye socialmente. Es una herramienta analítica para comprender los procesos sociales que incluyen tanto a los hombres como a las mujeres en mismo tema.

COMITÉ LOCAL DE SALUD: Grupo de personas elegidas por la comunidad que junto con las autoridades locales y los servicios de salud, trabajan conjuntamente para dar solución a los problemas de salud de la localidad. Constituye un elemento de enlace entre los servicios de salud que se otorgan a la población abierta a través del equipo de salud.

COMITÉ MUNICIPAL DE SALUD: Grupo de personas representantes de instituciones públicas, privadas y sociales que presididas por el presidente municipal trabajan en acciones de salud, bienestar y mejoramiento del municipio.

COORDINACIÓN Y CONCERTACIÓN: Estrategias que formalizan y garantizan las acciones -en salud- conjuntas entre diferentes instituciones u organismos públicos, privados y sociales, para desarrollar programas, acciones y proyectos, a fin de impulsar la comunicación y el intercambio de información de experiencias y resultados que favorezca la optimización de recursos, así como evitar los dispendios y las duplicidades.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO LOCAL DE SALUD: Proceso en el cual el equipo de salud y el comité local analizan y discuten la problemática de salud de la comunidad, para identificar sus causas y las posibles soluciones, constituyéndose en la base de la planeación de proyectos específicos locales.

JURISDICCIÓN SANITARIA: Unidad administrativa regional desconcentrada entre el nivel central (servicios de salud estatales) y el nivel aplicativo (centros de salud) para planear, coordinar, supervisar y evaluar -regional y localmente-

los servicios de salud a la población abierta, así como también realizar acciones de prevención de enfermedades y de control sanitario.

PARTICIPACIÓN MULTISECTORIAL: Búsqueda de un enlace y una coordinación común entre los diferentes sectores públicos y privados, para promover y mejorar las condiciones de salud y desarrollo de un grupo o sector en un ámbito determinado.

POLÍTICA DE SALUD: Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (Incluido el gobierno) que concede prioridad a la salud o que reconoce la importancia de los objetivos de salud. Comprende los servicios de salud y los sectores fuera del ámbito sanitario que afectan a la salud.

POLÍTICA INTERSECTORIAL: Política orientada a la salud que involucra a sectores diferentes de los servicios de salud, pero por lo general se origina en dicho sector.

POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE: Es la que 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 convierte a los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud. Un elemento importante en una política pública saludable es la noción de rendición de cuentas sobre la salud. Implica un proceso de involucrar a las comunidades en el análisis de las políticas públicas, sus potencialidades y consecuencias (Definición emitida durante la realización de la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1997), celebrada en Yakarta, Indonesia).

SERVICIOS DE SALUD: Sistema organizado formalmente y compuesto por instituciones y organismos establecidos cuyo objetivo múltiple es hacer frente a las diversas necesidades y demandas sanitarias de la población.

VOLUNTAD POLÍTICA LOCAL EN MATERIA DE SALUD: Compromiso público de las autoridades municipales, presidente y funcionarios de la administración; miembros del ayuntamiento, síndico y regidores; así como los órganos y consejos de colaboración del municipio; que se traduce en acciones específicas para impulsar el desarrollo de programas y proyectos de bienestar y salud de las comunidades, como una prioridad de su programa de gobierno.

Anexo No. 1

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD*

La promoción de la salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar el medio ambiente o adaptarse a él. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por lo tanto, de un concepto positivo que acrecienta los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud entendido como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Los requisitos para la salud

Las condiciones y requisitos para la salud son: paz, educación, vivienda, alimentación, ingreso económico suficiente, un ecosistema estable, justicia social y equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos requisitos.

El fomento del concepto

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir a favor o en detrimento de la salud. El objetivo de las acciones de salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promover la salud.

La procuración de los medios

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y adquisición de las aptitudes y oportunidades que la lleven a realizar sus opciones en términos de salud. Las personas no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

* El presente documento fue emitido durante la celebración de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, efectuada en Ottawa, Canadá, el día 21 de noviembre de 1986.

La primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, efectuada en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, emite la presente CARTA, dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000”. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento “Los objetivos de la salud para todos” de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

El papel de los mediadores

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones de beneficencia, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. La gente de todos los medios sociales está involucrada, bien como individuos, ya como familias o comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de *actuar como mediadores* entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

La participación activa en la promoción de la salud implica:

La elaboración de una política pública sana

Para promover la salud se requiere ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud debe formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y en todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y conducirlos así a asumir la responsabilidad que tienen al respecto. La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos, si bien complementarios; entre éstos deben figurar la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas a favor de la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo: conseguir que la opción más saludable sea también la de más fácil ejecución para los responsables de la elaboración de los programas.

La creación de ambientes favorables

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de manera tal que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades debe regirse por la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como a nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores tecnológico, laboral, energético, productivo y urbanístico. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección de los ambientes, tanto naturales como artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

El fortalecimiento de la acción comunitaria

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor estado de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere el acceso constante e irrestricto a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

El desarrollo de las aptitudes personales

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto proporcione información y educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo aquello que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto habrá de conseguirse a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que propicien una participación activa por parte de las organizaciones profesionales,

comerciales y de beneficencia, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

La reorientación de los servicios sanitarios

La responsabilidad de la promoción de la salud deben compartirla los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud, de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos. Asimismo, deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos. La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria así como a los cambios en la educación y la formación profesionales. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios, de tal manera que giren en torno de las necesidades del individuo concebido como un todo.

La irrupción en el futuro

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo y los planteamientos holístico y ecológico de la vida son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

El compromiso a favor de la promoción de la salud

Los participantes en esta conferencia se comprometen: *a)* a intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores; *b)* a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales; asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública, tales como contaminación, riesgos profesionales, vivienda y población de regiones no habitadas; *c)* a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades en salud que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades; *d)* a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud, a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos, sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud, y, del mismo modo, se

comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general; e) 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; f) a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen el mayor desafío y la mejor inversión social y a tratar el asunto ecológico global de nuestras formas de vida. La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

Llamada a la acción internacional

La Conferencia insta a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud. La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno de la promoción de la salud, de conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo “Salud para todos en el año 2000” se hará realidad.

Anexo No. 2

DECLARACIÓN DE YAKARTA SOBRE LA ADAPTACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI*

Antecedentes

La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Nuevos actores para una nueva era: guiando la promoción de la salud hacia el siglo XXI) se celebra en un momento crítico para la formulación de estrategias internacionales de salud. Han transcurrido casi veinte años desde que los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud contrajeron el ambicioso compromiso de adoptar una estrategia mundial de salud para todos y observar los principios de atención primaria en salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata. Han pasado diez años desde que se celebró la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá. Como resultado de esta conferencia se publicó la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, que ha sido fuente de orientación e inspiración en ese campo desde entonces. En conferencias y reuniones internacionales subsiguientes se han aclarado la importancia y el significado de las estrategias clave de promoción de la salud, incluso de las referentes a una política pública saludable (Adelaida, 1988) y a un ambiente favorable para la salud (Sundsvall, 1991).

La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, Indonesia, es la primera que se celebra en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Ofrece la oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarios para resolver las dificultades de la promoción de la salud en el siglo XXI.

La promoción de la salud es una valiosa inversión

La salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social.

Cada vez más, la promoción de la salud está siendo reconocida como un elemento esencial para el desarrollo de la salud. La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud, mediante inversiones y acciones, actúa sobre los determinantes de la salud para acrecentar ésta entre la gente hasta donde sea posible, contribuir significativamente a la reducción de las desigualdades en salud, asegurar los derechos humanos y construir un capital social. La meta final es incrementar la expectativa de salud y reducir las diferencias en la expectativa de salud entre países y grupos.

La Declaración de Yakarta ofrece una visión y un enfoque para la promoción de la salud en el próximo siglo. Refleja el compromiso firme de los participantes en la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud para aprovechar

* Documento emitido durante la realización de la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1997), celebrada en Yakarta, Indonesia.

la amplísima gama de recursos a fin de abordar los determinantes de la salud en el siglo XXI.

Los determinantes de la salud: nuevos desafíos

Los requisitos para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, los ingresos, el empoderamiento de las mujeres, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Por encima de todo, la pobreza es la mayor amenaza a la salud.

Las tendencias demográficas —tales como la urbanización, el incremento del número de personas mayores— y el predominio de las enfermedades crónicas —incrementadas por el comportamiento sedentario, la resistencia a los antibióticos y a otros fármacos usualmente disponibles, el abuso de las drogas y la violencia civil y doméstica— amenazan la salud y el bienestar de centenares de millones de personas.

El resurgimiento de ciertas enfermedades infecciosas o la aparición de otras nuevas y el mayor reconocimiento de los problemas de salud mental requieren una respuesta urgente. Es vital que la promoción de la salud evolucione para responder a estos cambios en los determinantes de la salud.

Los factores transnacionales también tienen un impacto importante sobre la salud. Éstos incluyen la integración de la economía global, el comercio y los mercados financieros, el acceso a los medios y tecnologías de la comunicación, así como la degradación ambiental debida al uso irresponsable de los recursos.

Estos cambios modifican los valores individuales y colectivos, los estilos de vida a cualquier edad y las condiciones de vida en todo el mundo. Algunos cambios tienen un gran potencial para la salud —como el desarrollo de tecnologías de la comunicación—; otros tienen un importante impacto negativo —como el comercio internacional del tabaco.

La promoción de la salud crea una situación diferente

La investigación y el estudio de casos realizados alrededor del mundo proveen evidencia convincente sobre la eficacia conseguida por la promoción de la salud. Las estrategias de promoción de la salud pueden crear y cambiar estilos de vida e incidir en las condiciones sociales, económicas y ambientales que determinan la salud. La promoción de la salud es un enfoque práctico para lograr mayor equidad en salud.

Las cinco estrategias de la Carta de Ottawa son esenciales para el éxito:

- Construir políticas públicas saludables.
- Crear entornos que favorezcan la salud.
- Fortalecer la acción comunitaria.
- Desarrollar habilidades personales.
- Reorientar los servicios de salud.

Ahora hay evidencias de que:

- Los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más efectivos. Los que usan combinaciones de las cinco estrategias son más efectivos que los enfoques de vía única.
- Ciertos lugares (escenarios) ofrecen oportunidades prácticas para la instrumentación de estrategias extensas. Éstos incluyen megaciudades, islas,

ciudades, municipios y comunidades locales, sus mercados, escuelas, sitios de trabajo e instalaciones para el cuidado de la salud.

- La participación de la comunidad es esencial para mantener los esfuerzos. La gente debe estar en el centro de las acciones de promoción de la salud y los procesos de toma de decisiones para hacerlas efectivas.

- Aprender acerca de la salud fomenta la participación. El acceso a la información y la educación es esencial para lograr la participación efectiva y el empoderamiento de las personas y la comunidad.

Estas estrategias son elementos nucleares de la promoción de la salud y son relevantes para todos los países.

Se requieren nuevas respuestas

Nuevas formas de acción son necesarias para hacer frente a las amenazas emergentes en contra de la salud. El desafío para los años venideros consistirá en movilizar el potencial para la promoción de la salud, inherente a muchos sectores de la sociedad, las comunidades locales y las familias.

Hay una necesidad clara de romper las concepciones tradicionales en el seno de las entidades del gobierno, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y los sectores público y privado. La cooperación es esencial. Específicamente, esto requiere la creación de nuevas formas de colaboración para la salud en un contexto igualitario, entre los diferentes sectores y a todos los niveles de la gestión de los asuntos públicos.

Prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI

1. Promover la responsabilidad social para la salud. Los responsables de la toma de decisiones deben estar firmemente comprometidos con la responsabilidad social. Los sectores público y privado deberán promover la salud siguiendo políticas y prácticas que:

- Eviten dañar la salud de otros individuos.
- Protejan el ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos.
- Restrinjan la producción y el comercio de sustancias y alimentos inherentemente nocivos, tales como el tabaco y las armas, así como las prácticas comerciales insanas.
- Protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo.
- Incluyan el enfoque de equidad en las evaluaciones del impacto en la salud como parte integral de la política de desarrollo.

2. Incrementar la inversión en el desarrollo de la salud. En muchos países la inversión en salud es inadecuada y a menudo poco efectiva. Aumentar la inversión destinada al desarrollo de la salud requiere un enfoque verdaderamente multisectorial, que incluya recursos adicionales para educación, vivienda y el sector salud. La mayor inversión en salud y la reorientación de las inversiones existentes —dentro de cada país y entre los diversos países— tienen un potencial enorme para mejorar significativamente el progreso del desarrollo humano, la salud y la calidad de vida.

Las inversiones en salud deberán reflejar las necesidades de ciertos grupos como las mujeres, los niños, las personas mayores, las poblaciones indígenas, los pobres y los marginados.

3. Consolidar y expandir la colaboración para la salud. La promoción de la salud requiere la colaboración para la salud y el desarrollo social de los

diferentes sectores y de todos los niveles de gestión de los asuntos públicos y la sociedad.

La colaboración existente necesita fortalecimiento y por ello debe explorarse el potencial para crear nuevas colaboraciones.

La colaboración ofrece mutuos beneficios para la salud porque permite compartir experiencias, herramientas y recursos. Cada colaboración debe ser transparente, responsable, basarse en principios éticos aceptados, la comprensión y el respeto mutuos. Las directrices de la OMS deben ser respetadas.

4. Aumentar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo. La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin imposición alguna. Ella mejora la capacidad de los individuos para actuar y la aptitud de los grupos, organizaciones y comunidades para influir en los determinantes de la salud.

Mejorar la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, ejercicio del liderazgo y acceso a los recursos.

Empoderar a los individuos exige un acceso real y constante al proceso de decisión y a las herramientas y conocimientos esenciales para efectuar el cambio.

La comunicación tradicional y las nuevas tecnologías apoyan este proceso. Los recursos sociales, culturales y espirituales necesitan ser aprovechados de manera innovadora en favor de la salud.

5. Consolidar la infraestructura para la promoción de la salud. Con el fin de asegurar la infraestructura para la promoción de la salud, deben encontrarse nuevos mecanismos de financiamiento, local, nacional y globalmente. También deberán desarrollarse incentivos para influir en las acciones de los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y el sector privado, para asegurar que el aprovechamiento de recursos destinados a la promoción de la salud sea óptimo.

Los “escenarios para la salud” representan la organización básica de las infraestructuras requeridas para la promoción de la salud. Los nuevos desafíos para la salud implican la necesidad de crear nuevas y diversas redes para conseguir la colaboración intersectorial. Tales redes deberán proveer asistencia mutua dentro de cada país y entre los diferentes países y facilitar el intercambio de información acerca de qué estrategias son efectivas y en qué lugares.

Deberán fomentarse la formación y la práctica de las habilidades de liderazgo en el ámbito local para mantener las actividades de promoción de la salud.

Deberá intensificarse la documentación de experiencias en promoción de la salud mediante la investigación y la rendición de informes de proyectos a fin de mejorar la planificación, la implementación y la evaluación de los mismos.

Todos los países deberán desarrollar el ambiente político, legal, educativo, social y económico apropiado para apoyar la promoción de la salud.

Un llamado a la acción

Los participantes en la Conferencia se comprometen a compartir los mensajes clave de la Declaración con sus gobiernos, instituciones y comunidades para poner en práctica las acciones propuestas e informar de los resultados en la Quinta Conferencia de Promoción de la Salud.

A fin de acelerar el progreso hacia la promoción de la salud global, los participantes aprueban la formación de una alianza global de promoción de la

salud. El objetivo de ésta es impulsar las acciones prioritarias para la promoción de la salud expresadas en esta Declaración.

Las prioridades de esta alianza son:

- Tomar conciencia de los cambios experimentados por los determinantes de la salud.
- Apoyar el desarrollo, la colaboración y el mantenimiento de las redes para la promoción de la salud.
- Movilizar recursos para la promoción de la salud.
- Acumular conocimientos sobre las mejores prácticas.
- Crear la posibilidad de compartir el aprendizaje.
- Promover la solidaridad en las acciones.
- Fomentar la transparencia y la responsabilidad pública en las actividades de promoción de la salud.

Los gobiernos nacionales son llamados a tomar la iniciativa en el fomento y patrocinio de las redes para la salud, tanto en el interior de sus propios países como entre éstos.

Los participantes de Yakarta 97 piden a la OMS tomar el liderazgo para construir una alianza global de promoción de la salud y facilitar a sus Estados miembros la puesta en práctica de los resultados de la Conferencia.

El papel clave de la OMS consiste en comprometer a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, bancos para el desarrollo, agencias de Naciones Unidas, cuerpos interregionales, agencias bilaterales, movimientos sindicales y de cooperativas, así como al sector privado en el fomento de las acciones prioritarias a favor de la promoción de la salud.

Anexo No. 3

DECLARACIÓN MINISTERIAL DE MÉXICO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

DE LAS IDEAS A LA ACCIÓN

Reunidos en la Ciudad de México en ocasión de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, los ministros de Salud firmantes de la presente Declaración:

1. Reconocemos que el logro del grado máximo de salud que se pueda alcanzar es un valioso recurso para el disfrute de la vida y es necesario para el desarrollo social y económico y la equidad.
2. Consideramos que la promoción del desarrollo sanitario y social es un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos, que comparten todos los demás sectores de la sociedad.
3. Somos conscientes de que, en los últimos años, gracias a los esfuerzos persistentes y conjuntos de los gobiernos y las sociedades, se han registrado importantes mejoras sanitarias y progresos en la prestación de servicios de salud en muchos países del mundo.
4. Observamos que, a pesar de esos progresos, aún persisten muchos problemas de salud que entorpecen el desarrollo social y económico y que, por tanto, deben abordarse urgentemente para fomentar la equidad en el logro de la salud y el bienestar.
5. Somos conscientes de que, al propio tiempo, las enfermedades nuevas y reemergentes amenazan los progresos realizados en la salud.
6. Reconocemos que es urgente abordar los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud y que esto requiere mecanismos reforzados de colaboración para la promoción de la salud en todos los sectores y en todos los niveles de la sociedad.
7. Concluimos que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos.
8. Comprobamos que existen abundantes pruebas de que las buenas estrategias de promoción de la salud son eficaces. Habida cuenta de lo que antecede, suscribimos lo siguiente:

Acciones

- A. Situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales.
- B. Ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de promoción de la salud que refuercen y amplíen los vínculos de asociación en pro de la salud.
- C. Apoyar la preparación de planes nacionales de acción para la promoción de la salud, recurriendo, si es necesario, a los conocimientos de la OMS y de sus asociados en esta esfera. Esos planes variarán en función del contexto nacional, pero se ajustarán a un marco básico que se acuerde en la Quinta Conferencia

Mundial de Promoción de la Salud y que podrá incluir, entre otros aspectos, los siguientes:

- La identificación de las prioridades de salud y el establecimiento de programas y políticas públicas sanos para atender dichas prioridades.
- El apoyo a la investigación que promueva los conocimientos sobre prioridades determinadas.
- La movilización de recursos financieros y operacionales a fin de crear capacidad humana e institucional para la elaboración, la aplicación, la vigilancia y la evaluación de planes de acción de ámbito nacional.

D. Establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.

E. Propugnar que los organismos de las Naciones Unidas se responsabilicen de los efectos en la salud de sus programas de desarrollo.

F. Informar a la directora general de la Organización Mundial de la Salud, para los fines del informe que ésta presentará al Consejo Ejecutivo en su 107^a reunión, de los progresos realizados en la ejecución de las acciones arriba mencionadas.

Firmado en la Ciudad de México, el 5 de junio de 2000, en árabe, chino, español, francés, inglés, ruso y portugués, versiones todas ellas igualmente auténticas.

Anexo No. 4

RED NACIONAL DE MUNICIPIOS POR LA SALUD Compromiso de Monterrey

En la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, del 15 al 17 de noviembre de 1993, nos reunimos los presidentes municipales que suscribimos el presente compromiso, con el fin de analizar nuestros programas de salud, bienestar y desarrollo, para fortalecernos en el futuro inmediato.

La reunión permitió establecer un primer nivel de comunicación y colaboración entre los alcaldes asistentes, con apoyo de las direcciones generales de Fomento de Salud y Medicina Preventiva, de la SSA, y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Los participantes confirmamos la importancia de la relación entre la salud y el bienestar de la población de nuestros municipios, concluyendo que no podrá haber desarrollo pleno si no se han alcanzado previamente buenos niveles de salud, ni se podrán alcanzar éstos mientras persista la inequitativa distribución de los beneficios del desarrollo.

El reto que nos plantea la interdependencia entre salud y desarrollo es el de conciliar los intereses del crecimiento económico con el anhelo social de bienestar para todos, en el marco de respeto pleno a las tradiciones, la cultura y la soberanía de nuestros pueblos.

Consideramos inaceptable cualquier tipo de desigualdad, sea por razones étnicas, políticas, religiosas, socioeconómicas o de sexo, por lo cual nuestro compromiso incluirá eliminar las diferencias innecesarias e injustas, que limitan las oportunidades de acceso a la salud y al bienestar.

A partir de un concepto de salud entendido como estado de completo bienestar físico, mental y social —y no solamente como ausencia de enfermedad—, consideramos que los requisitos de la salud establecidos en la Carta de Ottawa no han sido todavía alcanzados por importantes sectores de nuestra población. Entre estos requisitos son fundamentales: la alimentación, los servicios básicos, la educación, la vivienda, el ingreso, un ecosistema estable, la justicia social, la paz y la equidad.

En la realidad cotidiana de nuestros municipios, a las enfermedades asociadas a la pobreza se han agregado, en las últimas décadas, aquellas derivadas del crecimiento de las ciudades, la industrialización y la adopción indiscriminada de hábitos y costumbres impuestos por la cultura del consumo.

Al lado de dolencias seculares, como la desnutrición, avanzan las enfermedades del corazón y el cáncer. A estos problemas se suman los derivados de la violencia, frecuentemente asociados al consumo de alcohol y drogas, así como otros originados por la degradación ambiental y afecciones de nueva aparición, como el SIDA.

Somos conscientes de nuestro papel como responsables de los servicios básicos, la seguridad pública, las actividades culturales y la convivencia armónica de nuestras colectividades y por ello estamos dispuestos a impulsar, cada vez con mayor énfasis, políticas y bandos municipales centrados en el bienestar humano,

el desarrollo integral de nuestros municipios y el mejoramiento del ambiente que compartimos.

Sin olvidar la importancia de los servicios médicos, indispensables en cantidad y calidad suficientes, para atender las necesidades de la población en la curación de enfermedades, enfatizamos la prioridad de una infraestructura de saneamiento y servicios cuya procuración dará a nuestras acciones un sustento preventivo y de promoción de la salud dirigida a todos, con preferencia a los sectores más pobres y los grupos más vulnerables de nuestras demarcaciones.

La salud incumbe a toda la población, por lo cual orientaremos las acciones a fortalecer una cultura de la salud en la sociedad, promoviendo su participación plena en las decisiones. Por encima de las barreras que limitan el ejercicio democrático, potenciaremos su capacidad para intervenir en la producción individual y social de las condiciones de bienestar y en la solución colectiva de los problemas de salud pública.

El desarrollo sostenible que proponemos tomará en cuenta no solamente el bienestar de las generaciones presentes, sino también el de las futuras, cuyas condiciones materiales y ambientales procuraremos defender y mejorar, en estrecha relación con las condiciones del medio ambiente, así como la protección y conservación de éste.

En síntesis, nuestro enfoque es positivo, ya que, al identificarla con el bienestar, percibimos la salud como fuente de riqueza en la vida cotidiana y como asunto que concierne a todos los sectores —y no solamente al de salud—, por lo cual propiciaremos en todo momento la responsabilidad compartida y la acción intersectorial.

Después de analizar las múltiples acciones posibles, concordamos en que, de acuerdo con las prioridades que democráticamente se decidan en cada municipio, éstos son los principales campos de trabajo:

- Alimentación accesible, variada, adecuada, compleja, higiénica y regular.
- Saneamiento básico: dotación de agua potable, drenaje, alcantarillado y tratamiento de aguas servidas; disposición de basura; control de animales nocivos y transmisores.
- Fuentes de trabajo seguro, remunerativo y propiciador de la satisfacción y el desarrollo personal y profesional.
- Construcción y mejoramiento de la vivienda; regulación y reordenamiento urbano.
- Fomento de un estilo de vida saludable: higiene del cuerpo, los alimentos y la vivienda; estímulo al ejercicio físico; combate al tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones; uso adecuado del tiempo libre.
- Seguridad y protección civil con participación ciudadana organizada; educación para la prevención de accidentes y la prestación de primeros auxilios; preparación para situaciones de desastre.
- Promoción y apoyo a la educación, la alfabetización y la educación de adultos; incremento y difusión de la cultura y las costumbres locales.
- Cuidado, protección y mejoramiento del medio; conservación de flora y fauna; combate a la contaminación de toda índole.

- Atención a grupos especiales: población materno-infantil, ancianos, niños y jóvenes de la calle, población indígena, jornaleros migrantes.
- Rescate y aprovechamiento de la medicina tradicional y su vinculación con la institucional.

Finalmente, con el propósito de que nuestras experiencias positivas y negativas sean conocidas y aprovechadas por otros ayuntamientos con las mismas preocupaciones, decidimos unánimemente iniciar la conformación de una Red Nacional de Municipios por la Salud, que aborde y difunda los temas y proyectos relacionados con la salud de la población.

Para asegurar el éxito de esta propuesta, nos comprometemos, junto con las instituciones que nos apoyan, a cumplir las siguientes tareas.

Por parte de los presidentes municipales:

Refrendar públicamente nuestra voluntad de desarrollar políticas saludables que identifiquen al nuestro como un municipio por la salud.

Concertar la participación de la sociedad civil e identificar y promover iniciativas individuales, de grupo y sociales favorables a la salud, con la incorporación de sectores que coadyuven al bienestar y al desarrollo integral del municipio.

Promover y ejecutar acciones y proyectos democráticamente definidos, basados en diagnósticos sólidos, en ejecuciones viables y con resultados perceptibles por la comunidad.

Difundir los contenidos y propósitos de las acciones y proyectos con el fin de mejorar el nivel de educación sanitaria de la población, para crear una cultura de la salud positiva y participativa.

Estimular la incorporación de otros municipios a la red mediante la comunicación de experiencias y la realización de visitas a los proyectos en desarrollo.

Participar dinámicamente en las actividades de la Red Nacional de Municipios por la Salud, beneficiándose de los derechos y cumpliendo con las obligaciones de miembro asociado.

Por parte de las instituciones de apoyo:

Conformar una oficina de apoyo a la red nacional con funciones de coordinación, acreditación, difusión, capacitación, asesoría, seguimiento y evaluación.

Conformar un banco de información sobre la red y sus proyectos para apoyar su desarrollo y expansión.

Promover reuniones periódicas entre los municipios de la red y otros interesados, para consolidar su estructura y facilitar el intercambio de experiencias.

Promover y facilitar una relación activa con municipios y redes de otros países.

Monterrey, Nuevo León,
noviembre de 1993.