

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública
Licenciatura en Promoción de la Salud

**Propuesta de lineamientos estratégicos para la incorporación de la
Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad
de Cartago**

Trabajo final de graduación sometido a la consideración del Tribunal
Examinador de la Escuela de Salud Pública para optar por el grado de
Licenciatura en Promoción de la Salud

Modalidad proyecto de graduación

Sustentantes:

Bach. Gaitán García Jefer, B22631
Bach. López Vargas Wendy, B33863

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

ESP Escuela de Salud
Pública

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 3-2021

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día lunes 19 de julio 2021, a las 2:00 pm vía Zoom, con el objetivo de recibir el informe oral correspondiente a la defensa pública de:

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO
Jefer Josué Gaitán García	B22631	2018
Wendy López Vargas	B33863	2018

Quienes se acogen al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad Proyecto de Graduación, para optar al grado de **Licenciatura en Promoción de la Salud**.

El Tribunal Examinador está integrado por:

Máster Gabriela Murillo Sancho	Presidente
Licda. Maritere Alvarado Achío	Profesora Invitada
Licda. Karol Rojas Araya	Directora T.F.G.
Licda. Ivannia Fallas Valencia	Integrante del Comité Asesor
Lic. Cristliam Barquero Gamboa	Integrante del Comité Asesor

ARTÍCULO I

La persona que preside el acto informa que el expediente de las personas postulantes contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumplen con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y por lo tanto, se solicita que procedan a hacer la exposición.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

ESP

Escuela de Salud
Pública

ARTÍCULO II

Las personas postulantes realizan la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado:

“Propuesta de lineamientos estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/ OMS en la Municipalidad de Cartago”.

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador realiza las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y una vez concluido el proceso, el Tribunal procede a deliberar en privado.

ARTICULO IV

De acuerdo con el Artículo 27 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO (AP) (X) NO APROBADO (NAP) ()

Se otorga mención honorífica por el producto final logrado.

Observaciones:

Atender recomendaciones del lector y la lectora del TFG.

Consultar a PROINNOVA sobre los derechos de autor de este trabajo y cómo dejarlo plasmado en el mismo.

Ampliar en conclusiones sobre la importancia de la voluntad política en relación con la continuidad de la EMS en la Municipalidad de Cartago, así mismo, añadir en recomendaciones la inclusión de la EMS en la planificación estratégica de dicha Municipalidad.

Realizar una revisión filológica al documento final.

Mejorar resolución del material gráfico.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

ESP

Escuela de Salud
Pública

ARTICULO V

La persona que preside el Tribunal Examinador les comunica a las postulantes el resultado de la deliberación, siendo esta aprobatoria por lo que las declara acreedoras al grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.

Se les indica que tienen 30 días naturales para la presentación de los ejemplares en su versión final, conforme lo estipula el Artículo 29 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. Adicionalmente se les informa de la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que serán oportunamente convocadas.

Se da lectura al acta que firman las personas integrantes del Tribunal Examinador y las Postulantes. A las quince horas y cincuenta y cinco minutos, se levanta el acto en la Escuela de Salud Pública.

Nombre:

Firma:

Máster Gabriela Murillo Sancho

Licda. Maritza Alvarado Achio

Licda. Karol Rojas Araya

Licda. Ivannia Fallas Valencia

Lic. Cristiam Barquero Gamboa

Estudiantes

Jefer Josué Gaitán García

Wendy López Vargas

c Oficina de Registro
Expediente
Postulante

SELLO

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Este texto cuenta con derechos reservados, por lo que no se permiten usos como la reproducción, grabación en distintos formatos y el uso comercial sin autorización de los autores. Solo están permitidos usos autorizados tal como el de la cita, amparados por la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos (Ley No. 6683).

RESUMEN

En los años noventa surge la Estrategia de Municipios Saludables (EMS) de la OMS/OPS como una aliada para hacer Promoción de la Salud desde lo local. En este trabajo de investigación se planteó el objetivo de diseñar lineamientos estratégicos para incorporar la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago, pues dicha institución desea certificarse como un Municipio Saludable. Para alcanzar este objetivo se analizaron las capacidades institucionales de la Municipalidad, se realizó un análisis sobre la incorporación de la EMS en gobiernos locales de Argentina, Brasil, Chile México y Perú, finalizando con la vinculación de ambos resultados. El trabajo se realizó mediante un enfoque cualitativo, aplicando entrevistas semiestructuradas a personas funcionarias municipales y la revisión documental. Una de las principales conclusiones fue que la salud es un producto social y para gestionarla desde lo local requiere de elementos como autonomía municipal, bases político-legales, voluntad política, gestión participativa y planificación estratégica, elementos considerados para la elaboración de los lineamientos estratégicos.

Palabras clave: Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS, Gobierno local, Promoción de la Salud, Capacidades Institucionales Locales, Política Pública Local, Autonomía Municipal, Multisectorialidad, Voluntad política, Lineamientos Estratégicos.

ABSTRACT

In the nineties Healthy Municipalities Strategy (HMS) merge as one of the tools of WHO/OPS to do Health Promotion at the local level. The objective in this research work is to design strategic guidelines to incorporate the HMS proposed by the WHO/OPS in the municipality of Cartago, since this institution wishes to be certified as a healthy municipality. To reach this goal the institutional capacities of the municipality were analyzed, an analysis was carried out about the incorporation of the HMS in local governments of Argentina, Brazil, Chile, Mexico and Peru, ending with the linking of both results. This work was made with a qualitative approach, in which semi structure interviews were applied to municipalities workers, and documental research was made. One of the main conclusions was that health is a social product and to manage it from local states are necessary certain elements such as municipal autonomy, politic and legal bases, political will, participatory management and strategical planning, these elements were considered to elaborated the strategic guidelines.

Key words: Healthy Municipalities Strategy Of WHO/OPS, Local Government, Health Promotion, Local Institutional Capacities, Local Public Policy, Municipal autonomy, Multisectoral, Political Will, Strategic Guidelines.

RÉSUMÉ

Dans les années 90, la Stratégie Municipalités Saines (SMS) de l'OMS/OPS est apparue comme un outil de Promotion de la Santé au niveau local. Dans ce travail de recherche, l'objectif a été d'élaborer des orientations stratégiques pour incorporer la SMS de l'OPS/OMS dans la Municipalité de Cartago, puisque cette institution souhaite être certifiée en tant que Municipalité Saine. Pour atteindre cet objectif, les capacités institutionnelles de la Municipalité ont été analysées, une analyse a été menée sur l'incorporation de la SMS dans des gouvernements locaux d'Argentine, du Brésil, du Chili, du Mexique et du Pérou, en terminant avec une liaison entre les deux résultats. La recherche a été menée selon une approche qualitative, en appliquant des entretiens individuels semi-structurés à travailleurs de la municipalité et l'analyse documentaire. L'une des principales conclusions a été que la santé est un produit social et que sa gestion au niveau local nécessite des éléments tels que l'autonomie municipale, les bases politico-juridiques, la volonté politique, la gestion participative et la planification stratégique, éléments considérés dans l'élaboration des orientations stratégiques.

Mots-clés : Stratégie pour des Municipalités Saines de l'OMS/OPS, Gouvernement local, Promotion de la Santé, Capacités Institutionnelles Locales, Politique Publique Locale, Autonomie Municipale, Multisectorialité, Volonté Politique, Orientations Stratégiques.

RESUMO

Na década dos 1990, a Estratégia da OPAS/OMS para Municípios Saudáveis (EMS) surgiu como uma ferramenta para promover a Saúde em nível local. Neste trabalho de pesquisa, foi proposto o objetivo de traçar diretrizes estratégicas para incorporar a EMS da OPAS/OMS no Município de Cartago, uma vez que esta instituição deseja ser certificada como Município Saudável. Para alcançar este objetivo, foram analisadas as capacidades institucionais do Município, foi realizada uma análise sobre a incorporação da EMS nos governos locais da Argentina, Brasil, Chile, México e Peru, terminando com a vinculação entre os dois resultados. O trabalho foi realizado por meio de uma abordagem qualitativa, com aplicação de entrevistas semiestruturadas a funcionários municipais e revisão documental. Uma das principais conclusões foi que a saúde é um produto social e gerenciá no nível local requer elementos como autonomia municipal, bases político-jurídicas, vontade política, gestão participativa e planejamento estratégico, elementos considerados para o desenvolvimento das diretrizes estratégicas.

Palavras-chave: Estratégia de Municípios Saudáveis da OPAS/OMS, Governo Local, Promoção da Saúde, Capacidades Institucionais Locais, Políticas Públicas Locais, Autonomia Municipal, Multissetorialidade, Vontade Política, Diretrizes Estratégicas.

FICHA BIBLIOGRÁFICA

Ficha bibliográfica

Título: Propuesta de lineamientos estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago

Autores: Gaitán García Jefer y López Vargas Wendy

Unidad Académica: Escuela de Salud Pública

Directora del trabajo final de graduación: Licda. Karol Rojas Araya

San José, Costa Rica, 2021

Descriptor:

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2. GOBIERNO LOCAL, 3. CAPACIDADES INSTITUCIONALES LOCALES, 4. ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES DE LA OPS/OMS, 5. POLÍTICA PÚBLICA LOCAL, 6. AUTONOMÍA MUNICIPAL, 7. MULTISECTORIALIDAD, 8. VOLUNTAD POLÍTICA, 9. LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS

DEDICATORIAS

A lo largo de nuestras vidas nos cruzamos con personas que nos marcan y nos dan grandes lecciones, que nos enseñan a levantarnos después de cada golpe, a no dejar de luchar por lo que queremos. Estas personas nos enseñan a soñar en grande y nos convencen de que los límites están en la mente. En mi caso estas personas han sido mujeres grandiosas que con su lucha y perseverancia me han dado el ejemplo más grande.

En primer lugar mi mamá, quien ha sido una amiga y un gran apoyo durante toda mi vida. Me han enseñado el valor del trabajo duro, del esfuerzo y el optimismo, ha sido compañera y jueza a lo largo de mi vida, me ha extendido sus brazos cálidos y me ha tranquilizado en momentos de angustia.

A mi abuelita, que siempre me ha dado sabios consejos, me ha enseñado a creer y confiar en mi misma y nunca darme por vencida. Ella es una guerrera que me ha enseñado que las tormentas no duran para siempre.

A Lorena, quien fue mi profesora de Español y ahora es como mi otra madre, quien con su lucha diaria me ha dado un gran ejemplo de autenticidad, me ha demostrado lo valioso que es ser diferente, la importancia de reírse de uno mismo y tomarse la vida de una manera más sencilla. Con sus consejos y conversaciones he sido feliz y le agradezco su paso por mi vida.

A Karina, mi mejor amiga, que ha vivido esta experiencia conmigo y me ha dado palabras de aliento cuando me siento decaída.

A mi tío Joel, quien ha sido un padre para mí, un ejemplo de trabajo, dedicación y amor por lo que hace.

A Jefer, mi compañero de tesis y amigo, sin él esto no hubiese sido posible. Gracias por la paciencia, el compromiso, los desvelos, por compartir las frustraciones, definitivamente sin él, el proceso no hubiese sido tan agradable.

Wendy López Vargas

DEDICATORIAS

Cela paraît toujours impossible jusqu'à ce que ce soit fait

Nelson Mandela

Cuando inicié este viaje por la educación superior pública me parecía imposible llegar al final del recorrido. Hoy no me queda más que agradecer por cada ser que fue parte de esta extraordinaria aventura...

A Dios. Gracias por prestarme la vida y por permitirme soñar, creer y cumplir mis ideales. Gracias por siempre estar a mi lado y ser mi refugio y fortaleza.

A mi pequeña gran familia: ma, pa y hermano. Gracias por apoyarme, por aguantar cada momento de tensión y frustración, por celebrar cada logro juntos; gracias por ser mí cimiento para alcanzar, poco a poco, mis metas y anhelos.

A mis amigos, a esos seres que llamamos “la familia que uno escoge”. Gracias por acompañarme a lo largo de este recorrido, sin duda alguna de las mejores cosas que me ha permitido cosechar la vida fue el conocerles.

A mis mascotas, quienes en muchos momentos fueron terapia rehabilitadora para respirar y seguir adelante. Gracias por llegar a mi vida para llenarme de felicidad y amor.

A mi ángel, mi abu. Gracias por siempre haber creído en mí, gracias por enseñarme el verdadero significado del esfuerzo y la perseverancia, gracias por ser mi mayor motor e inspiración para hoy día poder culminar este proceso. En mi mente, corazón y alma siempre estarás y en cada logro que alcance en esta vida, tu legado siempre brillará.

A Wendy, mi compañera, colega y amiga. Gracias por cada momento compartido, por apoyarme en muchas de mis locuras, gracias por culminar juntos este proceso.

Jefer Gaitán García

AGRADECIMIENTOS

Acudimos a la universidad con la idea de convertirnos en grandes profesionales, de aprender sobre temas que son de nuestro interés y con la idea de tener un trabajo que nos guste. Sin embargo, en el proceso conocemos gente extraordinaria, aprendemos más allá de lo que está en los libros y, las palabras amistad, compañerismo y solidaridad cobran sentido.

Durante este proceso, conocemos personas que marcan nuestra vida profundamente, desde profesores que con sus palabras nos alientan a no darnos por vencidos y creer en nuestras capacidades, hasta el personal administrativo, que con una sonrisa y un agradable trato nos hacen sentir como en casa, porque al final en eso se convierte la Universidad, en una familia más. Es por ello que al concluir esta etapa queremos agradecer a las personas que han dejado huella en nuestro proceso.

A la Universidad de Costa Rica, por acogernos y ser el medio para comprender el valor del esfuerzo y la disciplina.

A nuestro Comité Asesor, Licda. Karol Rojas en su calidad de directora, por acompañarnos en esta aventura y nunca dudar de nuestras capacidades e impulsarnos a culminar esta etapa. A la Licda. Ivannia Fallas y el Lic. Cristiam Barquero, en su calidad de lectores, por sus valiosos aportes.

A la Municipalidad de Cartago, por abrirnos sus puertas y permitirnos desarrollar nuestro trabajo; en especial al Dr. Marco Peraza, quien siempre estuvo anuente a colaborar con nuestra investigación. Gracias por permitirnos aportar desde nuestro conocimiento en Promoción de la Salud.

A la Escuela de Salud Pública, a su personal administrativo, en especial a Yulia Zúñiga, antigua encargada de asuntos estudiantiles, quien en muchas ocasiones fue una voz de aliento y una mano amiga.

CONTENIDO

SECCIÓN I. PRESENTACIÓN	1
A. INTRODUCCIÓN	1
B. ANTECEDENTES	3
a. Internacionales	3
b. Regionales	11
c. Locales.....	12
C. CONTEXTUALIZACIÓN	12
a. Contexto de la propuesta: <i>Municipalidad de Cartago</i>	12
b. Contextualización de los países objeto de estudio	13
D. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
E. JUSTIFICACIÓN	20
F. OBJETIVOS	25
a. <i>Objetivo general</i>	25
b. <i>Objetivos específicos</i>	25
SECCIÓN II. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	26
A. PROMOCIÓN DE LA SALUD	26
a. <i>Salud</i>	26
b. <i>Determinantes Sociales de la Salud</i>	27
c. <i>Promoción de la Salud</i>	29
B. MUNICIPALIDAD	31
a. <i>Administración local</i>	34
b. <i>La municipalidad como ente facilitador de procesos multisectoriales</i>	38
C. EL ROL DE LA MUNICIPALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD COSTARRICENSE.....	41
a. <i>El papel de la municipalidad en la salud de las poblaciones</i>	43
D. ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES DE LA OPS/OMS	45
a. <i>Características de un municipio saludable</i>	47
b. <i>Líneas de acción para proyectarse como gobierno local saludable</i>	48
c. <i>Fases para la implementación de la Estrategia de Municipios Saludable de la OPS/OMS</i>	51
d. <i>Mecanismos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS</i>	52
e. <i>Elementos para el abordaje de una estrategia de Municipios Saludables</i>	55
E. CAPACIDADES INSTITUCIONALES LOCALES	56
SECCIÓN III. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	61
A. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	61
B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	62
C. EMPLAZAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	64
D. UNIDAD DE ANÁLISIS	65
a. <i>Tipo de muestro</i>	65
b. <i>Sujeto y objeto de estudio</i>	65
c. <i>Selección de los sujetos y fuentes de información: criterios de inclusión y de exclusión</i>	66
E. BENEFICIARIOS DEL PROYECTO	66
F. CUADROS DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	67
G. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	70

H.	TIEMPO PARA LA PRODUCCIÓN DE DATOS	71
I.	PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA.....	71
J.	PLAN DE TRABAJO.....	72
K.	SECUENCIA LÓGICA DEL PROYECTO	73
L.	RECURSOS Y PRESUPUESTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO.....	73
a.	<i>Recursos</i>	73
b.	<i>Presupuesto</i>	75
	PLAN DE GARANTÍA ÉTICA	76
	SECCIÓN IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	80
A.	CAPACIDADES INSTITUCIONALES DE LA MUNICIPALIDAD DE CARTAGO RELACIONADAS CON LA GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES DE LA OPS/OMS.....	81
a.	<i>La capacidad humana de la Municipalidad de Cartago</i>	85
b.	<i>La capacidad organizacional de la Municipalidad de Cartago</i>	97
c.	<i>La capacidad institucional de la Municipalidad de Cartago</i>	120
d.	<i>La capacidad política de la Municipalidad de Cartago</i>	129
e.	<i>La capacidad financiera de la Municipalidad de Cartago</i>	145
B.	MECANISMOS DE INCORPORACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES DE LA OPS/OMS EN GOBIERNOS LOCALES DE ARGENTINA, BRASIL, CHILE, MÉXICO Y PERÚ 153	
a.	<i>El caso de Argentina</i>	156
1.	<i>El Régimen Municipal Argentino</i>	156
2.	<i>El Sistema de Salud Argentino</i>	159
3.	<i>La EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales argentinos</i>	163
b.	<i>El caso de Brasil</i>	168
1.	<i>El Régimen Municipal Brasileño</i>	169
2.	<i>El Sistema de Salud Brasileño</i>	172
3.	<i>La EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales brasileños</i>	176
c.	<i>El caso de Chile</i>	179
1.	<i>El Régimen Municipal Chileno</i>	180
2.	<i>El Sistema de Salud Chileno</i>	184
3.	<i>La EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales chilenos</i>	188
d.	<i>El caso de México</i>	192
1.	<i>El Régimen Municipal Mexicano</i>	192
2.	<i>El Sistema de Salud Mexicano</i>	195
3.	<i>La EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales mexicanos</i>	198
e.	<i>El caso de Perú</i>	202
1.	<i>El Régimen Municipal Peruano</i>	203
2.	<i>El Sistema de Salud Peruano</i>	206
3.	<i>La EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales peruanos</i>	209
C.	MECANISMOS DE INCORPORACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES DE LA OPS/OMS VINCULADOS A LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES DE LA MUNICIPALIDAD DE CARTAGO.....	213
	SECCIÓN V. PROPUESTA DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES DE LA OPS/OMS EN LA MUNICIPALIDAD DE CARTAGO.....	242
	SECCIÓN VI. EVALUACIÓN DEL PROCESO INVESTIGATIVO.....	261

SECCIÓN VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	265
A. CONCLUSIONES.....	265
B. RECOMENDACIONES.....	271
ALCANCES Y LIMITACIONES FINALES	273
REFERENCIAS	276
ANEXOS	298
A. ANEXO N ^o 1. GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL I	298
B. ANEXO N ^o 2. GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL II.....	300
C. ANEXO N ^o 3. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA I	302
D. ANEXO N ^o 4. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA II.....	305
E. ANEXO N ^o 5. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO I.....	308
F. ANEXO N ^o 6. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO II	311
G. ANEXO N ^o 7. ÁREAS DE LA MUNICIPALIDAD DE CARTAGO	314
H. ANEXO N ^o 8. ANÁLISIS FODA DEL CANTÓN DE CARTAGO REALIZADO POR LA MUNICIPALIDAD DE CARTAGO EN EL AÑO 2011	315
I. ANEXO N ^o 9. ORGANIGRAMA DE LA MUNICIPALIDAD DE CARTAGO.....	317
J. ANEXO N ^o 10. LEYES Y NORMAS APLICABLES A LOS GOBIERNOS LOCALES EN COSTA RICA	318
K. ANEXO N ^o 11. POLÍTICAS INTERNAS DE LA MUNICIPALIDAD DE CARTAGO	320
L. ANEXO N ^o 12. LISTA DE COTEJO DE ACTIVIDADES REALIZADAS SEGÚN PLAN DE TRABAJO.....	322
M. ANEXO N ^o 13. CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA MUNICIPALIDAD DE CARTAGO PARA REALIZAR TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN	323
N. ANEXO N ^o 14. DOCUMENTO “LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES DE LA OPS/OMS EN LA MUNICIPALIDAD DE CARTAGO”	324

LISTADO DE CUADROS

Cuadro No1. Resultados y lecciones aprendidas sobre la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS	6
Cuadro No2. Características de un municipio saludable según Rosales, Julián y Quiroz (2013).....	10
Cuadro No3. Determinantes de la Salud según el Ministerio de Salud de Canadá	28
Cuadro No4. Criterios de inclusión y de exclusión para la selección de los sujetos y fuentes de información.....	66
Cuadro No5. Cuadro de categorías de análisis I.....	67
Cuadro No6. Cuadro de categorías de análisis II.....	68
Cuadro No7. Cuadro de categorías de análisis III	68
Cuadro No8. Presupuesto del TFG	75
Cuadro No9. Número de años de laborar en la Municipalidad de Cartago de las personas funcionarias entrevistadas	87

Cuadro No10. Comentarios sobre la preparación académica de las personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago	89
Cuadro No11. Funciones de las personas funcionarias consultadas de la Municipalidad de Cartago según puesto	92
Cuadro No12. Talleres y capacitaciones sobre Gestión y Organización Municipal dirigidos a personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago	94
Cuadro No13. Pilares de la Municipalidad de Cartago para los periodos de gobierno 2012-2016 y 2016-2020	100
Cuadro No14. Porcentajes de la Municipalidad de Cartago obtenidos en el IGM según año.....	106
Cuadro No15. Alineamiento de los ODS III, IV y V en la planificación estratégica de la Municipalidad de Cartago.....	108
Cuadro No16. Cuadro comparativo de información presupuestaria de la Municipalidad de Cartago, periodo 2014-2019	148
Cuadro No17. IDS, Coeficiente de Gini e Ingreso per cápita de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú.....	155
Cuadro No18. Proyectos de Municipios Saludables en gobiernos locales de Argentina	166
Cuadro No19. Régimen municipal chileno antes y después de la dictadura	181
Cuadro No20. Sectores del Sistema de Salud Chileno	184
Cuadro No21. Entornos para el desarrollo de la Promoción de la Salud en Chile	191
Cuadro No22. Tipos de autonomía, leyes modificadas y servicios prestados en los municipios de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú	220
Cuadro No23. Sectores involucrados en la incorporación de la EMS en los países estudiados.....	230
Cuadro No24. Planes y proyectos utilizados para la incorporación de la EMS, en los países de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú	232
Cuadro No 25. Lineamientos Estratégicos y líneas de acción para incorporar la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago	258
Cuadro No 26. Lista de cotejo sobre las actividades ejecutadas para la realización del TFG.....	262
_Toc79095830	

LISTADO DE FIGURAS

Figura No1. Líneas de acción para el desarrollo de un municipio saludable.....	49
Figura No2. Fases para la implementación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS	51
Figura No3. Etapas de la Metodología de Indagación Appreciativa (MIA)	63
Figura No4. Significado de capacidades institucionales según personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago.....	82
Figura No5. Estructura administrativa básica de un gobierno local en Costa Rica	98
Figura No6. Modelo de Gestión Gerencial de la Municipalidad de Cartago.....	102
Figura No7. Aspectos que evalúa el Índice de Gestión Municipal	106

Figura No8. Cantón central de Cartago, Provincia de Cartago.....	115
Figura No9. Autonomía reconocida a los gobiernos locales en Costa Rica	121
Figura No10. Argentina y su régimen municipal.....	159
Figura No11. Sistema de Salud Argentino.....	163
Figura No12. Transversalización legal de la Salud en Argentina.....	168
Figura No13. Descripción de los tipos de autonomía presente en los municipios brasileños	170
Figura No14. División de servicios y actividades según la esfera de gobierno en Brasil	172
Figura No15. El sistema de Salud de Brasil.....	176
Figura No16. Normas fundamentales que rigen el Régimen Municipal Mexicano.....	194
Figura No17. Sustento legal de la EMS en Perú.....	210
Figura No18. Dimensiones para el fortalecimiento de escenarios comunitarios en Perú	211
Figura No19. Comparación del IDH en los países de Argentina, Brasil, Chile, México, Perú y Costa Rica.....	215
Figura No20. Comparación del Coeficiente de Gini en los países de Argentina, Brasil, Chile, México, Perú y Costa Rica.....	215
Figura No21. Factores de éxito para la incorporación de la EMS en los países de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú.....	236
Figura No 22. Ruta para la certificación de la Municipalidad de Cartago como Municipio Saludable por parte de la OPS/OMS.....	260

LISTADO DE TABLAS

Tabla No1. Total de puestos laborales fijos de la municipalidad de Cartago según nivel, periodo2014-2019.....	87
Tabla No2. Ingresos por servicios, patentes e impuestos de la municipalidad de Cartago, año 2019.....	150

LISTA DE ABREVIATURAS

CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CECUDI	Centro de Cuido y Desarrollo Infantil
DSS	Determinantes sociales de la Salud
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
EMS	Estrategia de Municipios Saludables
FM	Funcionario Municipal
IDH	Índice de Desarrollo humano
IRC	Instrumento de recolección de datos
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
INS	Instituto Nacional de Seguros
LE	Lineamiento Estratégico
MIA	Metodología de indagación Apreciativa
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MS	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PS	Promoción de la Salud
TFG	Trabajo Final de Graduación

SECCIÓN I. PRESENTACIÓN

A. Introducción

“Saber lo que uno quiere, saber a dónde va, parece lo más fácil, y sin embargo, pocos lo saben de verdad” (Ramírez, 1964).

A partir de los años setenta, específicamente desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978), una cantidad importante de países alrededor del mundo priorizó a la salud como eje fundamental y transversal en las acciones realizadas desde la esfera política, con el objetivo de promover y proteger la salud de los seres humanos. Para lograr lo anterior, se tornó necesario identificar y abordar las desigualdades sociales que rodean los contextos de cada nación, mediante acciones (políticas, propuestas, estrategias, planes de acción, entre otros) enfocadas en la atención primaria y desde sistemas de salud coordinados que fomenten el trabajo multisectorial y local.

Por ello, diferentes organismos internacionales como la OPS/OMS, unieron esfuerzos para fomentar e incrementar la atención primaria en las poblaciones, desde la creación de estrategias dirigidas a un nivel local, que permitieran la formulación de propuestas de acción comunitaria, priorizando a su vez la importancia del trabajo en red y la consideración de la persona (a lo individual y a lo colectivo) como actor principal en la lucha y la defensa de su propia salud.

Para el contexto de Latinoamérica, en los años noventa la OPS/OMS propone la Estrategia de Municipios Saludables (EMS), la cual coincidió con dos hechos importantes que acontecían en la región, por una parte el interés de mantener una equidad en materia de salud y, por otra parte, los procesos para fortalecer a los municipios como protagonistas del cambio social (Rosales, Julián y Quiroz, 2013). Es así que la EMS inició en Colombia bajo el nombre de Municipios Saludables por la Paz, principalmente como una forma de contrarrestar las olas de violencia que vivía este país (Rivera, Málaga y Agudelo, 2000). En Costa Rica, la EMS se empleó en el año 1993 en el Cantón de San Carlos, bajo el nombre de Cantón Ecológico y Saludable, como una iniciativa para abordar las problemáticas en salud desde una visión de movilización comunitaria (OPS, 2000); siendo la única experiencia registrada sobre esfuerzos realizados en el país con relación a la EMS.

Ahora bien, la EMS es considerada como una aliada para promover salud en las poblaciones, la cual parte desde un enfoque de equidad en salud (OPS, 2011), motivo por el cual se constituye como una vía oportuna para llevar salud a las poblaciones, ya que integra

la concertación de recursos, voluntades políticas, la comunidad y todas, o la gran mayoría, de instituciones relacionadas con la salud de las poblaciones (Rivera, Málaga y Agudelo, 2000). Propiamente, la EMS se basa en una serie de fases o pasos que debe seguir cada gobierno local, los cuales pueden ser seleccionados y adecuados según los intereses y motivaciones de cada municipalidad; no sin olvidar el marco de la institucionalidad y gobernanza existente en cada país. No obstante, dicha Estrategia deja un vacío en cuanto a los requerimientos mínimos necesarios que debe tener y/o desarrollar una municipalidad para poder proyectarse como saludable, ya que no se clarifican cuáles son las posibles destrezas, recursos, normas, entre otros aspectos, que deben ser considerados a la hora de promoverse como un municipio comprometido con la salud integral de sus poblaciones.

Es a raíz de la anterior situación que nació la presente propuesta de investigación, bajo la modalidad de proyecto, desde la que se buscó diseñar lineamientos estratégicos para que un gobierno local pueda optar por ser un municipio saludable, siendo la población de estudio principal la Municipalidad de Cartago, debido al interés de este gobierno local en certificarse como municipio saludable por parte de la OPS/OMS.

El estudio se planteó desde un enfoque cualitativo, bajo dos líneas de trabajo: la primera orientada a caracterizar las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago relacionadas con la gestión de la EMS de la OPS/OMS y, la segunda sobre el análisis de cómo la EMS ha sido incorporada en gobiernos locales de los siguientes países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Chile, México y Perú, naciones seleccionadas por ser pioneras en la implementación y gestión de esta Estrategia. Finalmente, se realizó una vinculación entre los principales hallazgos, con el fin de obtener los insumos necesarios para la propuesta de los lineamientos estratégicos.

En consideración con lo anterior, en este documento se procede con la descripción de antecedentes que fundamentan la propuesta, así como la contextualización del lugar principal de estudio y los países analizados. Por su parte, se brinda una descripción del problema de investigación, el cual se respalda mediante una justificación que valida la importancia de la investigación, exponiendo a su vez el objetivo general y los específicos perseguidos. Asimismo, se muestra el marco teórico-conceptual que engloba términos relevantes y el marco metodológico que contiene elementos como los cuadros de categorías de análisis. Finalmente, se presentan los principales hallazgos obtenidos, aunado a recomendaciones y conclusiones del estudio realizado.

B. Antecedentes

En este apartado se muestran diferentes estudios que se han realizado sobre la Estrategia de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS, con el fin de conocer las perspectivas que han tenido diversos autores sobre el tema de estudio. Se presentan los documentos desde tres niveles: internacional (en países de América y de Europa), regional (Centroamérica) y local (referente a Costa Rica).

a. Internacionales

La revisión realizada sobre la EMS de la OPS/OMS arrojó que esta tuvo sus orígenes en Canadá, bajo el nombre de Ciudades Saludables, término con el que también se le conoce a dicha Estrategia en países europeos. Según Rivera, Málaga y Agudelo (2000), a nivel latinoamericano este movimiento inició en Colombia, bajo el nombre de Municipios Saludables por la Paz, principalmente como una forma de contrarrestar las olas de violencia que vivía el país en los años noventa. Además, estos autores explican que la EMS en las Américas se fundamentó bajo una gran trayectoria de participación y acciones comunitarias en salud, sustentada en procesos democráticos y en una marcada tendencia a la descentralización (Rivera, Málaga y Agudelo, 2000).

En América Latina, se acuñó el término de municipios saludables en lugar de ciudades saludables, debido a que el poder jurídico administrativo en el nivel local lo ejerce el gobierno local, entidad que tiene a su cargo no solo las zonas urbanas cabeceras de gobierno, sino que también las zonas rurales circundantes bajo su jurisdicción.

Continuando con Rivera, Málaga y Agudelo (2000), en su artículo “La Responsabilidad Social en la Estrategia de Municipios Saludables por la Paz”, se presenta un estudio de caso múltiple en cuatro municipios considerados como prototipos en el desarrollo de la EMS de la OPS/OMS, en los cuales se desplegaron estrategias que tienen como objetivo la integración de los miembros de la comunidad, por lo cual los programas realizados fueron vitales en el desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Como resultado de este estudio, se conformó el Comité de Participación Comunitaria en el municipio de Versailles, Colombia, que generó prácticas innovadoras y exitosas que se ubican en el terreno de la responsabilidad social.

Por su parte, para el año 2000 se realizó una tesis titulada “Ciudades Saludables en Brasil y los procesos participativos: casos de Jundiá y Maceió”, la cual tuvo como objetivo analizar los procesos participativos de dos ciudades brasileñas que desarrollaran proyectos

con base en la EMS de la OPS/OMS. El estudio fue de orden cualitativo, tomando como base la búsqueda de fuentes secundarias, la entrevista y los grupos focales para la recolección de datos, con el fin de obtener la información necesaria para estudiar la situación de la EMS en Brasil, así como reconocer los avances en la aplicación de la misma (Mendes, 2000).

Se concluyó que los proyectos que se han realizado para promover una visión de Ciudades Saludables son frágiles en cuanto a su operatividad y los impactos en las comunidades, por la dificultad que enfrentan los gobiernos locales para implementar en sus planes de trabajo nuevas formas de administrar, que fomenten la participación de sus municipios y que a su vez logren un impacto significativo en esferas políticas, sociales y económicas. Además, se evidenció la importancia de contar con una estructura institucional que propicie la participación ciudadana en las decisiones políticas que afecten a toda la sociedad civil, pues si bien existían dichos espacios, los actores sociales desempeñaban un rol pasivo, que no influía en la toma de decisiones de los altos jerarcas institucionales (Mendes, 2000).

Por otro lado, Vargas y Castro (2002), en su investigación “Municipio Saludable. Estudio de Caso”, realizaron un estudio en el municipio de La Vega, en Cundinamarca, Colombia, para evaluar componentes de la EMS de la OPS/OMS tales como el compromiso político, las políticas públicas saludables, la articulación intersectorial y la estructura organizativa. Según la investigación, la Municipalidad de La Vega inició su proceso como municipio saludable en 1990, bajo el enfoque de una estrategia de atención primaria; para el año 1992, mediante el compromiso del alcalde, se puso en práctica el plan de desarrollo participativo dirigido a mejorar la calidad de vida de su población.

Aunado a lo anterior, se dice que la EMS de la OPS/OMS en este gobierno local se inspiró en uno de los principios originales de Alma Ata, el cual es construir una nueva cultura de la salud. Dicho estudio se llevó a cabo en cuatro ejes aplicados a corto, mediano y largo plazo: 1) Inserción y reconocimiento, 2) Plan de Trabajo, 3) Conformación de un equipo comunitario y 4) Sostenimiento, evaluación y ajustes (Vargas y Castro, 2002).

Continuando con esto, para el año 1992 el Ministerio de Salud de La Vega, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, declaró este lugar como Municipio Saludable y, en 1997 obtuvo el premio nacional de Municipio Saludable. Es necesario rescatar que con este estudio se reconoció la importancia del gobierno local como ente estimulador de la participación ciudadana y de la búsqueda del compromiso político con la

salud y el bienestar de la población, lo que para efectos de este proyecto de investigación representó un punto positivo para vislumbrar la importancia de introducir estrategias de Promoción de la Salud en los gobiernos locales.

Ahora bien, en el estudio “Evaluación del movimiento de Municipios por la Salud, Playa, 2001”, se realizó un diagnóstico evaluativo del nivel de desarrollo local alcanzado en las cuatro áreas básicas de la EMS de la OPS/OMS: políticas públicas, participación social, intersectorialidad y sostenibilidad, en el territorio de la Playa, Cuba. Se analizaron las percepciones de los ciudadanos sobre la Estrategia, para lo cual se tomaron en cuenta nueve Áreas de Salud y seis Concejos Populares del municipio. Todo lo anterior, permitió el diseño de un instrumento evaluativo para la EMS de la OPS/OMS, el cual fue aprobado y aplicado en la población participante (Sanabria y Benavides, 2003).

El resultado de dicho estudio fue la elaboración de un instrumento evaluativo efectivo y flexible para ser replicado por otros gobiernos locales. Además, se obtuvo una percepción positiva de los participantes hacia la Estrategia, haciendo salvedad de una percepción regular en aspectos que fomenten la participación social (Sanabria y Benavides, 2003).

Por otra parte, en el artículo “Municipios saludables: lecciones aprendidas y desafíos”, Restrepo (2004) concibe que un municipio saludable es una idea-fuerza, que tiene como propósito lograr un cambio social dentro de un contexto sociopolítico como lo es el gobierno local. Adicional a ello, este autor indica que con la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS, se esperarían resultados de cambios en las políticas, los programas y las organizaciones, lo que involucra a gobiernos locales y sus comunidades, tratándose a su vez de una transformación versus continuidad, ya que esta Estrategia busca conseguir avances en equidad y desarrollo humano. Por lo tanto, Restrepo (2004) enumera una serie de resultados que se deben perseguir como municipio saludable, así como lecciones aprendidas que ha dejado la aplicación de dicha Estrategia, como se puede ver en el cuadro número 1:

Cuadro No1.

Resultados y lecciones aprendidas sobre la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS

Resultados perseguidos	Lecciones aprendidas
1. Que los planes de desarrollo local se negocien y se ejecuten. 2. Que mejore la situación socioeconómica a través de un trabajo conjunto de sectores sociales y productivos, así la intersectorialidad se puede hacer realidad. 3. Que se acumulen ganancias en capital social y capital humano. 4. Que se fortalezca la democracia y se logre la gobernabilidad democrática.	1. La Estrategia es válida para trabajar por un desarrollo local armónico. 2. Constituye una propuesta atractiva para los políticos, especialmente para los alcaldes, lo cual debería ser mejor aprovechada por el sector salud. 3. La implementación ha sido más fácil en municipios pequeños y medianos. Las ciudades grandes son muy complejas y es más difícil lograr compromisos de actores. 4. El tiempo que se requiere para poner en marcha una experiencia de municipio saludable es siempre largo y requiere paciencia y mucho trabajo de sensibilización de las diferentes partes a comprometer. 5. Cada municipio es único por lo tanto no hay experiencias iguales; la diversidad es una riqueza y hay que fomentarla, pero lo importante es tener método y cumplir las fases requeridas.

Fuente: elaboración propia con base en Restrepo (2004).

En el trabajo final de graduación “Viabilidad de la estrategia de municipios saludables, el caso de Zipaquirá-Cundinamarca”, se tuvo como objetivo principal conocer en el contexto nacional e internacional las políticas y experiencias que han permitido la implementación de la EMS de la OPS/OMS, aterrizando el estudio en una comunidad de Colombia. Asimismo, este estudio estableció los factores trascendentales para hacer posible la implementación de la EMS, haciendo un análisis desde lo local hacia la política pública, a nivel nacional e internacional, considerando la viabilidad de esta en el quehacer de las municipalidades (Rodríguez, 2006). En dicha investigación, se diseñó un instrumento de recolección de datos, por medio del cual se examinó el grado de participación ciudadana en programas y proyectos municipales, el nivel de conocimiento de la EMS de la OPS/OMS y los mecanismos de información empleados (Rodríguez, 2006).

Otra investigación que brindó soporte al presente documento es la titulada “La estrategia de municipios saludables como política pública”, en la que se evaluó el proceso de formulación e implementación de la EMS de la OPS/OMS como política pública en Antioquia, Colombia (Chávez y Arbalaéz, 2007). En este estudio, se tomaron en cuenta las personas claves que participaron directamente en la política pública, en los niveles departamental, subregional y local, concluyendo que

“La decisión política manifestada por las autoridades departamentales y locales acerca de la política de municipios saludables no fue suficiente para el desarrollo de la misma, la intención gubernamental no tuvo viabilidad en sus diferentes dimensiones y los planes de desarrollo municipal tampoco consideraron la viabilidad y sostenibilidad de la estrategia de municipios saludables como política pública.” (p. 43)

Otro documento que se consideró fue “La Encuesta Regional sobre Municipios y Comunidades Saludables”, realizado por la OPS (2008), en la que participaron Cuba, Uruguay, Brasil, Colombia, Argentina, Chile, Paraguay, Costa Rica, Perú, Honduras y México, teniendo como objetivo el generar insumos para posicionar con mayor fuerza la iniciativa de Municipios y Comunidades Saludables, la cual debe atender a las prioridades y oportunidades de cada país y sus diferentes agendas locales. Dentro de los principales resultados obtenidos en esta encuesta, se rescatan los siguientes:

- La EMS de la OPS/OMS ha sido adaptada a la realidad de cada país y comunidad, debido a la diversidad de las poblaciones y las diferentes necesidades en salud que atañen a cada comunidad en específico.
- Es imperioso el rediseño en los conceptos y herramientas de la Estrategia, para que respondan de una mejor manera a los desafíos del desarrollo humano de la actualidad y que puedan ser adaptables a las diversas realidades poblacionales.
- Es necesario contar con políticas públicas que visualicen la importancia de contar con municipios saludables que contribuyan en las acciones de salud para la reducción de inequidades, para lo cual se identificó como factores claves el fortalecimiento del trabajo interinstitucional.
- Se rescata la percepción positiva de la Estrategia para la salud y bienestar de las poblaciones, así como la importancia de crear herramientas evaluativas y normativas que den mayor respaldo legal a la iniciativa, lo anterior desde el accionar de la OPS y la OMS como entidades líderes de la Estrategia.

Prosiguiendo con antecedentes internacionales, en el año 2014 la administración federal de México tomó como primicia la incorporación de los municipios como aliados estratégicos para el desarrollo de salud en las comunidades, con el fin de contribuir en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de los ciudadanos. Es así que se creó un programa llamado “Entornos y Comunidades Saludables 2013-2018, Programa Sectorial de Salud”, en el cual se estableció la importancia de las municipalidades en la salud y la

calidad de vida de las comunidades, ya que son estas instancias las que tienen un contacto más directo con las poblaciones.

Dicho programa contó con objetivos específicos como el fomentar que las comunidades y los municipios aborden, de manera integral, los determinantes que influyen en el estado de la salud de la población. Este documento se rescata porque sirvió como base legal para las iniciativas enmarcadas en la creación de municipios saludables en México, ya que el mismo formó parte de la estrategia “México Incluyente” del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Para el año 2015, el autor mexicano Latapí elaboró un libro que compila las publicaciones de organismos internacionales en las que se ha mencionado la EMS de la OPS/OMS, iniciando con la Declaración de Alma-Ata en 1978. También, en este escrito se aborda el contexto internacional y se presentan las premisas para la generación de ciudades y comunidades saludables, destacando la importancia de la acción comunitaria para la puesta en práctica de la Estrategia. A lo largo del libro, se muestran las experiencias de otros países que se encuentran adelantados en el proceso de transformación de sus ciudades para ser consideradas saludables y, de ser factible, aprovecharlas en el desarrollo nacional de los espacios físicos de las comunidades (Latapí, 2015).

Por su parte, en Chile se crea la Estrategia de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, con el objetivo de contribuir en el fortalecimiento del rol del Municipio como actor relevante para la creación de entornos favorables a la salud de las poblaciones. Dicha Estrategia buscó crear alianzas con los gobiernos locales del país, para trabajar intervenciones de Promoción de Salud en conjunto. Asimismo, en este documento se rescatan las facultades y atribuciones de los gobiernos locales para generar políticas públicas que propicien la reducción de inequidades en salud (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

Tal y como se mencionó en párrafos anteriores, el movimiento de municipios saludables tuvo sus inicios en América Latina en los años noventa, coincidiendo con dos hechos importantes: por una parte, el interés de mantener una equidad en materia de salud y por la otra, los procesos que han fortalecido a los municipios como protagonistas del cambio social (Rosales, Julián y Quiroz, 2013). Al ser América Latina tan culturalmente diversa, la OPS/OMS dio a cada país la libertad de acoplar la Estrategia de acuerdo con las políticas y a las definiciones de sus Ministerios o Secretarías de Salud, así como a las iniciativas de algunos presidentes municipales o alcaldes, dando como resultado que en cada Estado que

adoptó la Estrategia se le denominara de manera diferente, tal como se observa a continuación:

- Argentina: Municipios saludables
- Brasil: Municipios saludables
- Caribe Inglés: Healthy communities
- Chile: Comunas saludables
- Colombia: Municipios saludables por la paz
- Costa Rica: Cantones Ecológicos y saludables
- Cuba: Municipios por la salud
- El Salvador: Espacios saludables
- México: Municipios para la salud
- Panamá: Municipios siglo XXI
- Perú: Comunidades saludables
- Venezuela: Municipios hacia la salud

Ahora bien, a nivel europeo, países como España han incorporado la EMS de la OPS/OMS en la formulación de política pública, tal como se muestra en la investigación “Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública”. Según este artículo, la EMS de la OPS/OMS facilita una nueva forma de trabajar la salud, basada en alianzas, en el compromiso y en la responsabilidad conjunta. También, dicha Estrategia posibilita trabajar en redes, como forma de colaboración voluntaria para compartir conocimientos y experiencia, además de permitir dar un nuevo enfoque a la gestión pública, más allá de los Departamentos o Áreas de salud (Llorca, Amor, Begoña, Márquez, Gómez y Ramírez, 2010).

En este escrito también se menciona que España ha creado e implementado planes de salud municipal, cuyos pilares básicos son la cooperación intersectorial y la participación ciudadana, lo que permite evaluar el impacto de estos en la salud y así contribuir en que los dirigentes políticos puedan tomar decisiones fundamentadas en las necesidades de la población, ya que este estudio concluye que

“El reto que tienen las ciudades saludables es ir avanzando hacia la incorporación de la salud y la equidad en la agenda política, desarrollando formas de gobierno cada vez menos jerarquizadas y dando a la ciudadanía y a los agentes sociales la posibilidad de

participar en el gobierno de su salud.” (Llorca, Amor, Begoña, Márquez, Gómez y Ramírez, 2010, p. 436)

Es importante rescatar lo que mencionan Rosales, Julián y Quiroz (2013), quienes renuncen que la EMS de la OPS/OMS es un proceso complejo, que no obliga a los gobiernos locales con el cumplimiento de estándares específicos en salud, ya que por el contrario se apunta a la incorporación de la salud como un tema urbano y un compromiso político y social. Aunado a esto, el concepto de municipio saludable no debe ser estático, sino que debe adaptarse a las diferentes épocas y poblaciones. En el cuadro número 2 se presentan algunas características que debe tener un municipio para ser catalogado como saludable:

Cuadro No2.

Características de un municipio saludable según Rosales, Julián y Quiroz (2013)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Entorno limpio, seguro y de buena calidad.2. Ecosistema estable ahora y sostenible a largo plazo.3. Comunidad fuerte, mutuamente solidaria y no explotadora.4. Alto grado de participación pública y control sobre las decisiones que afectan la vida, la salud y el bienestar.5. Satisfacción de las necesidades básicas: comida, agua, protección, ingreso, seguridad y trabajo para todos.6. Acceso a una amplia gama de experiencias y recursos, con la posibilidad de múltiples contactos, interacción y comunicación.7. Economía diversa, vital e innovadora.8. Diseño de ciudad que sea compatible con los precedentes, parámetros y formas de conducta, y los resalte.9. Óptimo nivel de salud pública y servicios de atención, al enfermo y para todos.10. Alto status sanitario, buena salud y bajo nivel de enfermedades. |
|--|

Fuente: elaboración propia con base en Rosales, Julián y Quiroz (2013).

Según Salas, López, Gómez, Franco y Martínez (2016), la EMS de la OPS/OMS requiere de una participación activa y continua tanto del sector salud como de los diferentes sectores que hacen parte de las ciudades, haciendo referencia al término de gobernanza como fundamental para las comunidades, ya que este concepto representa también un reto complejo, pues en cada sector se manejan intereses variados. Del mismo modo, estos autores indican que el reto mundial de hacer ciudades saludables está muy enfocado al concepto de desarrollo sostenible, definido como un desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras. Finalmente, rescatan que para la evaluación de municipios y comunidades saludables es necesaria

“[...]la participación, las políticas públicas, la acción intersectorial, el proceso e impacto del movimiento de municipios y ciudades saludables y la sostenibilidad de las mismas, son áreas claves en términos del fortalecimiento de las capacidades tanto a nivel local, desde la participación de la población en la planificación y la formulación de las políticas, como en los cambios de las instituciones y organizaciones que propiciaron decisiones democráticas y una buena gobernabilidad en la salud.” (p. 108)

A modo de síntesis, es posible afirmar que gran parte de las investigaciones consultadas se enfocaron en describir la EMS de la OPS/OMS como un proceso político, además de recalcar la importancia de la intersectorialidad, la participación ciudadana y la voluntad política. De igual forma, fue fundamental analizar el contexto social en el que se desarrolló la Estrategia, ya que se debe respetar la cultura y las diferentes formas de organización de cada país. Por lo tanto, para la elaboración de este trabajo final de graduación se tomaron en cuenta estos elementos, puesto que a nivel nacional la información con respecto a este tema es escasa.

b. Regionales

A nivel Centroamericano, se encontraron pocos estudios que abordaran el tema de municipios o ciudades saludables. Si bien hubo textos que mencionaban la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en países de América Central, no fue posible encontrar documentos que mostraran el avance de este tema en las diferentes comunidades de la región.

El Ministerio de Salud de Panamá en el año 2017 presentó el “Plan Nacional de Promoción de la Salud 2016-2025”, documento en el que se habla sobre la historia de municipios saludables en esta nación, aludiendo que estos surgieron en Panamá bajo el nombre de “Municipios Siglo XXI en 1995”. En este escrito se menciona que en el 2007 se impulsó el programa “Salud en tu Barrio”, como estrategia para atacar los altos índices de infestación y casos de dengue. Además, se tomó dicho programa como una estrategia permanente de participación social, debido a la escasa participación comunitaria, buscando como fin último extender la cobertura de servicios de salud a la población (Ministerio de Salud de Panamá, 2017).

A modo de conclusión, a nivel Centroamericano los procesos para la creación de municipios saludables son escasos. Costa Rica, específicamente desde la Municipalidad de Cartago con su interés por formar parte de los municipios saludables de Latinoamérica, se

incorporaría en la lista de países con gobiernos locales saludables, razón que dio mayor relevancia e importancia al desarrollo de este trabajo de investigación.

c. Locales

A nivel país, la temática de municipios saludables ha sido poco empleada, pues a la fecha solo se cuenta con una experiencia de aplicación de la misma. Fue en el año 1993 que se inició un proyecto denominado “Cantón Ecológico y Saludable”, el cual se planificó y ejecutó en el cantón de San Carlos, como una iniciativa para abordar las problemáticas en salud desde una visión de movilización comunitaria (OPS, 2000).

Mediante el desarrollo de un diagnóstico sobre las necesidades prioritarias en salud en dicho cantón, se concluyó que la protección del medio ambiente y la promoción de estilos de vida saludables eran las dos dimensiones importantes para abordar. Contando con apoyo económico de impuestos (10% del impuesto forestal), se realizó un proyecto llamado “Unidos por una ciudad limpia”, el cual fomentó la participación activa de los ciudadanos en la promoción de proyectos para el mejoramiento y preservación del ambiente. Asimismo, se promovieron acciones, a nivel institucional, para propiciar el reciclaje, lo cual se apoyó de procesos de educación en salud ambiental. Todo lo anterior, contribuyó en una participación más activa y responsable de la comunidad en acciones que fomentaran la calidad de vida y el bienestar de los individuos (OPS, 2000).

C. Contextualización

Como ya se ha mencionado, este proyecto de investigación se compuso, principalmente, de dos líneas de trabajo; es por ello que este apartado se presenta desde dos aristas: por un lado se describen las características de la Municipalidad de Cartago como principal área de estudio y, por otra parte, se esbozan aspectos relevantes, de cada país seleccionado.

a. Contexto de la propuesta: Municipalidad de Cartago

El proyecto se desarrolló en la Municipalidad de Cartago, institución fundada en el año 1848, mediante la ley No. 36, Artículo 6. Su objetivo principal es el de contribuir con el desarrollo de la población cartaginense, así como rescatar y ampliar la cultura propia de la comunidad (Municipalidad de Cartago, 2017). A su vez, Cartago es el cantón número uno y central de la Provincia de Cartago, cuyos distritos son: Oriental, Occidental, El Carmen, San

Nicolás, San Francisco, Guadalupe, Corralillo, Tierra Blanca, Dulce Nombre, Llano Grande y Quebradilla.

Ahora bien, los procesos realizados como parte de esta propuesta de TFG tuvieron lugar específicamente en la Casa Municipal de la Salud (en adelante Casa de la Salud), centro que se dedica específicamente a promover salud, prevenir la enfermedad y al fomento de estilos de vida saludables para los habitantes del cantón (Municipalidad de Cartago, 2018).

Según informantes clave, la Casa de la Salud se creó como respuesta a las necesidades de 10 asociaciones de salud del cantón adscritas al Hospital Max Peralta, esto porque el hospital no podía desarrollar actividades educativas, principalmente por un tema de espacio. Este lugar pertenece a la Municipalidad de Cartago; sin embargo, se facilita la infraestructura para que otras organizaciones (Ministerio de Salud, IAFA, centros educativos, entre otros) desarrollen acciones exclusivamente de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Es de rescatar que las acciones que desarrolla la Municipalidad de Cartago responden al plan actual de gobierno municipal, mismo que promueve el fortalecimiento de la salud de los habitantes del cantón mediante acciones que fomenten la equidad, el respeto y el desarrollo de las personas (Municipalidad de Cartago, 2017).

b. Contextualización de los países objeto de estudio

A nivel latinoamericano, países como Argentina, Brasil, Chile, México y Perú, han incorporado la EMS de la OPS/OMS como un esfuerzo para garantizar el más alto grado de bienestar a sus pobladores, considerando aspectos sociales y culturales de cada gobierno local (Prettel, 2017), motivos por los que estos países se tomaron como referente para analizar el proceso de incorporación de la Estrategia en sus municipios. Este apartado contempla un acercamiento a los países de estudio; sin embargo, es en la sección de discusión de resultados donde se amplían las particularidades de cada uno.

En primer lugar, se encuentra la República de Argentina, cuya división administrativa está conformada por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; estas provincias se subdividen en departamentos y estos a su vez se componen de municipios. Este país tiene una población total de 45,38 millones de habitantes y su renta per cápita fue de 12,735 dólares para el año 2019. Asimismo, reportó un coeficiente de Gini de 0,449 en el 2018 y un Índice de Desarrollo Humano de 0,830 (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2018).

Actualmente, en este país más de 1.000 municipios están adheridos al Programa Nacional de Municipios y Ciudades Saludables (Jefatura de Gabinete de Ministros, 2016). Para llevar a cabo la adhesión y lograr mejoras sustantivas en la salud de la población, se realiza un proceso de acreditación donde los gobiernos locales primero deben ser catalogados como “Municipio Adherente” y a partir de ahí convertirse “Municipio Saludable”, “[...]lo que implica avances en la calidad de los procesos de gestión, el desarrollo de capacidad institucional y la sustentabilidad de políticas públicas que aborden participativa, intersectorial e integralmente los determinantes y condicionantes de la salud a nivel local” (Jefatura de Gabinete de Ministros, 2016, p. 27).

En segundo lugar, se tomó en cuenta el caso de Brasil, que tiene un sistema político federal constituido por tres esferas de gobierno (Unión, estados y municipios). Además, cuenta con una población de 210.147,268 millones de habitantes, reportando en el 2018 un PIB per cápita de 10,493 dólares. En cuanto al IDH, el 2018 reportaba 0,761, mientras que su coeficiente de Gini fue de 0,449 en el 2018 (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2018).

Desde un marco legal y político, en la década de los 80, la Constitución Federal de Brasil estableció la salud como un derecho y deber del Estado (artículo 196). Por otra parte, corresponde a la municipalidad prestar los servicios de salud a su población, con cooperación técnica y financiera de la Unión Federal y de las provincias (Ministerio de Salud de Brasil, 2002).

Otro de los países que se analizó en este proyecto es Chile, un Estado unitario dividido en regiones y una República democrática, cuya división administrativa está conformada por 15 regiones que a su vez se seccionan en provincias y éstas en comunas. Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, la población chilena para el año 2018 llegaba a los 18.751,405 millones de habitantes, mientras que su renta per cápita fue de 10,493 dólares. En cuanto a indicadores de desarrollo, el coeficiente de Gini es de 0,505 mientras que su Índice de Desarrollo Humano para el 2016 se reportó en 0,842 (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2018).

En lo que al régimen municipal corresponde, en Chile han ocurrido eventos que han agregado competencias a las municipalidades y posteriormente estas han sido modificadas o cercenadas de manera definitiva. Por ejemplo, en las décadas de los setenta y de los ochenta, las leyes No. 1.238 y No. 18.695 amplían la competencias y capacidades municipales (Vial,

2014,). En la actualidad las municipalidades chilenas cuentan con pocas funciones exclusivas (elaborar los planes de Desarrollo Comunal y Regulador Comunal, responsable del aseo y ornato de la comuna, por ejemplo); no obstante, tienen amplias funciones compartidas, como la salud, educación, protección del medio ambiente, cultura, deportes, promoción del empleo, fomento productivo, urbanización, vialidad y seguridad ciudadana, entre otros (Vial, 2014).

Otra nación objeto de estudio fue México, una República Federal con 125.200,00 habitantes, con la particularidad que un 6,5% de la población de 3 o más años de edad (7,4 millones de personas) habla alguna lengua indígena. En cuanto al PIB per cápita, para el 2018 se reportó la cifra de 9,715 dólares, mientras que su IDH se encontraba en 0,726 en el 2016. Por su parte, la distribución de la riqueza para el 2015, según el coeficiente de Gini se encontraba en 0,483. (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2018).

En cuanto a su régimen municipal, México cuenta con un cuerpo colegiado que se denomina Ayuntamiento. En este se agrupan los dirigentes de los diferentes municipios, como cuerpos colegiados, “[...]tienen autoridad para interferir en asuntos señalados por las constituciones estatales y las leyes orgánicas municipales [...]” (Instituto Nacional para el federalismo y el desarrollo Municipal, 2004, p. 2). Otra característica del régimen municipal mexicano es que por cada municipio existe una Ley Orgánica de Alcaldías.

El último país de estudio en este proyecto fue Perú, cuya población asciende a 32.495,500 millones de habitantes, esto para el año 2018, y con una renta per cápita de 7.202 dólares para el año 2017; se debe mencionar que su IDH es de 0,753, mientras que el coeficiente de Gini se reportó en 0,350 para el 2015 (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2018).

En cuanto al papel del municipio en la vida administrativa, según Manyari (2007) se pueden agrupar las competencias municipales **en tradicionales**, que se refieren a servicios que aunque sea de forma mínima todo municipio debe ofrecer (por ejemplo agua potable y desagüe, los mercados de abasto, entre otros); **para contribuir a brindar bienestar a la población y capacidad de intervención económica de los gobiernos locales** (que se enfoca en la creación de cajas municipales de ahorro y crédito, la ejecución de proyectos de inversión de beneficio comunitario).

En general, estos países han sido pioneros en la implementación de la EMS de la OPS/OMS, motivo por el cual fueron seleccionados como parte de este estudio para poder

generar conocimientos y aprendizajes oportunos en miras de diseñar lineamientos estratégicos que permitan incorporar la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

D. Planteamiento del problema

Para entender el contexto del presente trabajo, fue necesario analizar de manera breve la construcción histórica de la salud en Costa Rica, así como la conformación del Sistema de Salud que existe en el país y la relación que este tiene con los gobiernos locales.

Los pilares políticos y sociales mediante los que se forja un sistema de salud, dan la oportunidad de analizar la incorporación de programas sanitarios desde los primeros niveles de prestación de servicios. Según (Salas, 2003), a nivel nacional se pueden mencionar tres momentos históricos que han marcado la sociedad costarricense, con respecto al acceso a los servicios de salud:

“Medicina asistencial: inició en 1852 con el Hospital San Juan de Dios y la Junta de Caridad. Sirvió de ejemplo para que otros hospitales y juntas similares se fundaran posteriormente en otros lugares, además sus servicios de caridad tomaron luego el carácter de asistencia pública, estableciéndose la obligación para el Estado de velar por el que necesita ayuda.

Medicina Preventiva: se empezó a organizar a partir de las medicaturas de pueblo en 1894; la campaña contra la anquilostomiasis en 1907; el Departamento Sanitario Escolar en 1914; el Departamento de Anquilostomiasis en 1915, el cual contó con el apoyo de la Fundación Rockefeller; las acciones antituberculosas en 1915; las antivenéreas en 1920, y las clínicas prenatales e infantiles en 1920, conjunto de programas que dio origen a la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública en 1922, y que más tarde sería el actual Ministerio de Salud.

Los seguros sociales: se introdujeron en el país mediante su Ley Constitutiva de 1941, la cual creó la Caja Costarricense de Seguro Social, que de inmediato inició sus servicios con el Seguro de Enfermedad y Maternidad. En 1943, al incorporarse a la Constitución Política el Capítulo de Garantías Sociales, su establecimiento se elevó a rango constitucional.” (p. 191)

Posteriormente, en los setenta se lanzó el Programa de Salud Rural (PSR) seguido del Programa de Salud Comunitaria (PSC) en 1976, ambos enfocados a la atención primaria de la

salud. En estas épocas, poca gente de áreas rurales tenía acceso al mínimo cuidado de salud. Mediante el PSR, fueron identificadas las comunidades con mayores necesidades y fueron capacitados trabajadores comunitarios de la salud, para mejorar las prácticas básicas en salud (incluyendo higiene y saneamiento) mediante la educación y las visitas a hogares (Gaffikin, 2013).

Años más tarde, cuando el Ministerio de Salud cambia a su rol de rectoría, traspasa los hospitales públicos a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS); consecuentemente “[...]el gobierno incrementó su presupuesto para cuidado preventivo y asistencia nutricional a poblaciones de áreas rurales y urbanas marginales; se debe rescatar que en los años 80`s la naturaleza de los servicios de atención primaria fue principalmente curativa” (Gaffikin, 2013, p. 19). Además, las clínicas no fueron ubicadas geográficamente para corresponder a la distribución de la gente que necesitaba usarlas, generando inequidades en salud que se trataron de solventar con las reformas del sector salud en los años noventa.

La idea de las reformas sanitarias de los noventa era modificar marcos conceptuales que tuviesen un impacto en el futuro, planteando un modelo caracterizado por un enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, así como por un atención integral y continua de la salud de las personas y del ambiente, con énfasis en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fundamentada en una estrategia de Atención Primaria (Villalobos y Piedra, 1998). Con las nuevas perspectivas de salud a las que apuntaba el Estado, el papel de lo local cobró relevancia en la atención primaria y la participación de la comunidad en los procesos de salud.

Ahora bien, los gobiernos locales a nivel país forman parte del Sistema Nacional de Salud y, en específico, del Sector Salud, constituido por el conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar el estado de salud de la población, tales como la CCSS, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Ministerio de Salud (MS), además de la Universidades Públicas (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2004). Asimismo, como respuesta a las directrices nacionales, las municipalidades deben acogerse a los diferentes planes que promuevan mejoras en la salud de las personas, tal es el caso del Plan nacional de Salud 2010-2021 que busca dar respuesta a las necesidades de la población en general y a los grupos más vulnerables y excluidos en particular en materia de salud.

En un contexto internacional, con la declaración de la Carta de Ottawa, se puso en el escenario la necesidad de generar espacios saludables a nivel local, es por ello que inició el movimiento de ciudades saludables, que para el caso de Europa y en el contexto latinoamericano se habla sobre municipios saludables. Por ello, la OPS/OMS propuso una estrategia para que los países miembros se acojan e incluyan mecanismos que permitan la incorporación de la salud desde un ámbito comunitario, fomentado a su vez la participación ciudadana en dichos procesos.

Es en este momento donde las municipalidades, como organización a cargo de la administración de los cantones, recobran importancia en la implementación de políticas y programas que contribuyan al bienestar social, pues constituyen el nivel de gobierno más cercano a los pueblos y cuentan con recursos para lograr importantes mejorías en la salud sin recurrir a otros niveles. Además, los gobiernos locales también tienen posibilidades de influir sobre las condiciones de vida a través de sus acciones en economía, empleo, cultura, recreación, educación, seguridad, ambiente, planeamiento urbano y organización comunitaria (Villalobos y Piedra, 1998).

Prosiguiendo con la idea de municipios saludables, la OPS/OMS elaboró una guía básica para poner en práctica acciones que generen espacios saludables, conocida como Estrategia de Municipios Saludables (EMS), de la cual países como Argentina y Perú fueron pioneros en su implantación. No obstante, dicha Estrategia describe de manera somera los requerimientos básicos para que un gobierno local deba ser catalogado como un municipio saludable.

Asimismo, a partir de la revisión bibliográfica realizada en el apartado de antecedentes, se evidenció que la información que existe con respecto al tema de estudio se enfoca en la sistematización de resultados, misma que ha sido elaborada por países que cuentan con gobiernos locales que han incorporado la EMS de la OPS/OMS en su quehacer institucional, demostrando que cada gobierno local ha decidido adaptarla para su implementación, esto con la intención de dar respuesta a las particularidades de cada municipalidad. Sin embargo, si bien existe información sobre las diferentes adaptaciones de la Estrategia, no se encontró referente extenso que explique el proceso de incorporación de dichas acciones.

Además, a nivel internacional la falta de una actualización de la EMS (la actual data del año 2000) produce que dicha propuesta sea tomada y acoplada con base en los intereses

y/o motivaciones propias de cada nación y más específicamente de cada gobierno local, haciendo que la misma no sea clara en cuanto a qué aspectos mínimos deben estar presentes para ser considerados como municipios saludables. Se debe acotar que la OPS/OMS realiza un proceso de acompañamiento y el gobierno local es el que debe encargarse de incorporar los mecanismos necesarios para ser un municipio saludable.

A nivel país, la situación es similar, ya que la no existencia de una adecuación de dicha Estrategia y, la no delimitación de los requerimientos mínimos que deben tener o potenciar una municipalidad para convertirse en una institución saludable, contribuye a que cada gobierno local pueda establecer lo que considere oportuno para ser saludable, lo que a su vez produce cierto grado de incertidumbre sobre el hecho de cómo y bajo qué criterios se puede considerar como tal. Como ya se ha mencionado, la municipalidad de Cartago tiene la iniciativa de incorporar la EMS de la OPS/OMS, contando con voluntad política por parte de los jefes de la institución para implementarla en su gestión. No obstante, dicho proceso de certificación se encuentra en pausa, ya que la Guía de Municipios Saludables de la OPS/OMS se encuentra en reestructuración.

Dentro de las razones por las que consideran importante incorporar esta Estrategia en el accionar de este gobierno local, se encuentra la relevancia que otorga esta municipalidad a fomentar salud desde un ámbito comunitario, haciendo frente a necesidades de salud pública como el envejecimiento poblacional del cantón, así como los altos índices de obesidad, sedentarismo y problemas ambientales que enfrentan (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2014).

A modo de conclusión, es posible afirmar que debido a la generalidad del documento que brinda la OPS/OMS para la incorporación de la EMS, aunado a la escasa experiencia que existe en Costa Rica sobre esta, se debe elaborar una línea base que contemple las características particulares del sistema de salud costarricense, específicamente desde las capacidades institucionales de una municipalidad, con el fin de facilitar al gobierno local de Cartago incorporar la Estrategia de Municipios Saludables en su quehacer institucional. Por lo tanto, a partir de la información presentada se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo incorporar la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago?

E. Justificación

La salud es un producto social que se encuentra en constante modificación por los diferentes determinantes sociales que la rodean, lo que a su vez es inherente al ciclo de vida de las personas, quienes poseen una identidad propia en cuanto a la concepción de salud, mediada por el entorno que les rodea en el que deben correlacionar sus percepciones de salud con el colectivo (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2014). Lo anterior, es a considerar en el desarrollo de estrategias integrales que incluyan dimensiones tanto individuales como colectivas, así como aspectos culturales y sociales que giren en torno a la concepción de salud de cada comunidad.

Ahora bien, el determinante biológico establece ciertas condiciones en la salud de los individuos, pero se debe reconocer que factores de orden social, económico, ambiental y de acceso a los servicios de salud contribuyen en el bienestar integral, o no, de las poblaciones (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2014). Cuando se presentan brechas sociales en la interacción de los diferentes determinantes, se generan escenarios de inequidad en salud, lo que aumenta las dificultades en este tema y en el bienestar de las personas.

Por lo tanto, la identificación de inequidades en salud es necesaria para la redirección de los servicios de salud, para que estos puedan enfocarse en el desarrollo de planes, programas y proyectos que busquen incrementar la equidad en salud, apoyándose a su vez de políticas públicas que garanticen el accionar de aquellas instituciones que tienen por razón de ser la salud de las poblaciones, generando así valor público para los habitantes de una nación. Es importante aclarar que para efectos de este trabajo la equidad en salud se definió con base en lo establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), donde este constructo es “[...]un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas[...].” (p.1).

Un ejemplo de una institución que puede realizar lo anterior es el gobierno local, ya que este, por su carácter de descentralización y autonomía, tiene la oportunidad de abordar servicios de atención directa a las personas (OPS, 1992) desde diferentes dimensiones, tal como el poder establecer la salud como un eje transversal en las acciones que como municipio se planteen realizar.

Para abordar de una manera integral las necesidades en salud de las poblaciones, la OMS en el año 1984 lanzó la iniciativa de Ciudades Sanas, la cual fue adaptada por la OPS

en el año 1992 bajo el nombre de Municipios Saludables (OPS, 1992). Como ya se ha mencionado, la Estrategia de Municipios Saludables es una aliada para hacer Promoción de la Salud en las comunidades, en la cual se reconoce que las personas y los grupos sociales son productores de salud, vislumbrando la importancia de abordar dicha Estrategia desde el fortalecimiento de la multisectorialidad y el fomento de la acción comunitaria (OPS, 1996).

En línea con lo anterior, en el año 1997 se crea la Red de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables, en la cual participan 18 países de Latinoamérica. La Municipalidad de Cartago, según comentarios del encargado de la Casa de Salud, tiene deseos de incorporarse a dicha red para contribuir en la creación de estrategias que promuevan la salud en las poblaciones, sumado a su interés por certificarse por parte de la OPS/OMS como el primer municipio saludable en el país.

Ahora bien, como ya ha sido mencionado en apartados anteriores, la EMS de la OPS/OMS además de ser escueta (ya que las fases que indica debe seguir un gobierno local para convertirse en un municipio saludable son muy puntuales), no brinda bases y/o lineamientos que indiquen a una municipalidad cuáles son los requerimientos mínimos necesarios con los que debe contar para optar por ser saludable, situación que ha llevado a que gobiernos locales alrededor del mundo hagan adaptaciones de dicha estrategia para poder sustentar sus acciones en pos de ser un municipio saludable.

Tomando como referente la importancia de la EMS para fortalecer la salud de las poblaciones, el interés del gobierno local de Cartago por proyectarse como un Municipio Saludable y la falta de una base que establezca los requerimientos y/o pasos a seguir para optar por ser un gobierno local saludable en Costa Rica, es que nació la importancia de establecer lineamientos estratégicos para incorporar la Estrategia en la Municipalidad de Cartago, contribuyendo así a que este gobierno local logre priorizar acciones en pro de fortalecer la salud integral de sus pobladores.

Con base en lo anteriormente descrito, la presente propuesta de Trabajo Final de Graduación (TFG) fue conveniente, puesto que permitió establecer lineamientos estratégicos para que una municipalidad pueda incrementar el bienestar de sus habitantes mediante procesos que se aborden desde una visión de municipio saludable, la cual se encuentra estrechamente relacionada con la promoción de la salud, ya que esta Estrategia considera a todos y cada una de las partes que tienen algún tipo de relación y/o influencia sobre la salud del conglomerado, valorando la importancia y el nivel de alcance del gobierno local desde la

autonomía de la que dispone para la creación de valor público en materia de salud (Ley N°7794, 1998).

Asimismo, con la elaboración de lineamientos estratégicos para incorporar la EMS en un gobierno local a nivel de país, se pudo reconocer el valor agregado de una persona profesional en Promoción de la Salud en una municipalidad, vislumbrando las habilidades y aptitudes de dichos profesionales para colaborar en el desarrollo de acciones que busquen la mejora continua en la salud de las poblaciones; lo anterior desde procesos de reorientación de servicios de atención directa a las personas a una visión de salud, así como las destrezas empleadas para el fortalecimiento de la acción comunitaria y el incremento del trabajo multisectorial, esenciales para el logro de estrategias orientadas a contribuir en la salud de las comunidades (OPS, 1996).

Por su parte, dicha propuesta de TFG encontró su pertinencia desde los resultados obtenidos (lineamientos estratégicos), pues los mismos fueron pensados en función en la resolución de una problemática real sentida, tal como lo es la necesidad de la Municipalidad de Cartago de encontrar la manera en cómo incorporar la EMS de la OPS/OMS en su quehacer institucional.

En lo que respecta a la trascendencia del tema, la generación de lineamientos estratégicos para que una municipalidad pueda optar por ser saludable podría beneficiar al país en cuanto al fortalecimiento del accionar de los gobiernos locales en materia de salud. Según el Código Municipal de Costa Rica, en el artículo 3, las municipalidades deben emplear “[...]competencias municipales e invertir fondos públicos con otras municipalidades e instituciones de la Administración Pública para el cumplimiento de fines locales, regionales o nacionales, o para la construcción de obras públicas de beneficio común, de conformidad con los convenios que al efecto suscriba” (Ley N°7794, 1998), con lo cual se muestra la importancia del abordaje de estrategias que involucren tanto a la comunidad como a cada uno de los sectores afines a la salud.

En cuanto al valor teórico, es primordial mencionar que la temática de municipios saludables es un tema poco abordado a nivel país, pues de 82 municipios, sólo dos se han mostrado anuentes con la Estrategia: el gobierno local del cantón de San Carlos (OPS, 2000) y la Municipalidad de Cartago, esta última en proceso de certificarse por parte de la OPS/OMS. Aunado a lo anterior, el país no cuenta con una adaptación de la guía, tal y como se ha realizado en países como Brasil y Perú, por ejemplo (OPS, 2000). Finalmente y, el

aspecto principal que dio pie a esta investigación, es el hecho de no contar con lineamientos bases que indiquen cuáles son los requerimientos mínimos que debe tener un gobierno local para poder incorporar la estrategia en sus gestiones locales.

Como se puede notar, el interés de la presente propuesta de TFG radicó en el establecimiento de lineamientos estratégicos que permitan a la Municipalidad de Cartago incorporar la EMS en su gestión local, teniendo como base la Guía Estratégica de Municipios Saludables de la OPS/OMS, las diferentes adaptaciones que se han hecho de la misma en gobiernos locales de países 5 países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, México y Perú; seleccionados por ser pioneros en la implementación y gestión de la EMS de la OPS/OMS) y las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago para gestionar una estrategia como la de municipios saludables.

Otro aspecto importante a rescatar es que se contó con apoyo por parte de la Municipalidad de Cartago para el desarrollo de la propuesta de TFG, ya que el problema que se intentó resolver formaba parte de los intereses y las motivaciones de este gobierno local en la búsqueda de certificarse como municipio saludable. Específicamente, se obtuvo la colaboración directa de la Casa Municipal de la Salud, oficina perteneciente al Área de Desarrollo Social y Equidad de Género, la cual se encuentra a cargo de las acciones en Promoción de la Salud que planifica y ejecuta la municipalidad, así como del proceso de certificación como municipio saludable.

Por su parte, el problema a investigar buscó generar un impacto en las sociedades actuales, pues cada vez se hace más notorio la importancia de contar con espacios que permitan la reducción de inequidades en salud (OPS, 2000). El contar con estrategias para promover salud en las comunidades es de vital importancia, ya que permite tener estándares que propicien el incremento del bienestar de los miembros de una comunidad y de las sociedades en general, mismas que se adecuen a los contextos políticos, sociales y culturales de las diferentes poblaciones. Por ejemplo, con el establecimiento de lineamientos estratégicos que permitan incorporar la EMS en un gobierno local, a nivel económico se podría contribuir en mejoras administrativas de los recursos públicos direccionados a fomentar salud en las poblaciones, ya que se contaría con una base que permita delimitar para qué y con qué el gasto público en materia de Promoción de la Salud.

Es importante rescatar que dentro de la presente propuesta de TFG se tomaron en cuenta los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia

(Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, 1979), así como el principio ético de la confidencialidad (Gómez, 2009). El principio de beneficencia se empleó para procurar el bien de todos los sujetos involucrados en el desarrollo del TFG, con el fin de favorecer y no perjudicar su integralidad como persona. Aunado a ello, el principio de no maleficencia se utilizó con el fin de no infringir algún tipo de daño intencional en los sujetos que participen del estudio.

Por su parte, el principio de autonomía permitió visualizar a los participantes como sujetos activos en el proceso, los cuales tuvieron libertad para aportar lo que gustaron (percepciones, conocimientos, prácticas, entre otros), así como de desistir de formar parte del estudio en cualquier momento, teniendo siempre por derecho el acceso a la información recolectada y de saber cómo la misma sería tratada. Asociado a ello, con el principio de justicia se buscó la equidad para ser parte del estudio, sin discriminar por ningún tipo de condición (edad, género, etnia, entre otros) y/o posición que se tenga como persona. Por último, el principio de confidencialidad se abordó mediante el manejo del anonimato de todas aquellas personas que participaron en el estudio, lo cual se hizo mediante la codificación de los diferentes instrumentos de recolección de datos aplicados.

F. Objetivos

Con base en el planteamiento del problema y la pregunta de investigación, así como la justificación anteriormente expuesta, se precedió con la formulación del objetivo general y los objetivos específicos de la propuesta, los cuales se muestran a continuación:

a. Objetivo general

- Diseñar una propuesta de lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

b. Objetivos específicos

1. Determinar las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago relacionadas con la gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS.
2. Analizar los mecanismos de incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en gobiernos locales de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú.
3. Vincular los mecanismos de incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS con las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago.

SECCIÓN II. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

En el siguiente apartado se presenta el referente teórico-conceptual que sirvió de sustento a la propuesta de investigación, mismo que se estableció mediante la definición de cinco ejes temáticos centrales: Promoción de la Salud, Gobierno local, el rol de la municipalidad en el Sistema de Salud Costarricense, Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS y Capacidades institucionales locales, los cuales se desglosan a su vez en diversos elementos conceptuales que permiten una mejor comprensión de los componentes a considerar en la propuesta de TFG.

A. Promoción de la Salud

Para definir el concepto de Promoción de la Salud, fue importante conceptualizar qué se entiende por salud, tal como se procede a continuación:

a. Salud

A lo largo de la historia de la humanidad, la palabra salud ha cambiado en función de la cultura y las creencias de las poblaciones, pasando por concepciones mágicas-religiosas y/o nociones estrictamente relacionadas con factores biológicos, a visualizarse desde diferentes aristas (culturales, ambientales, sociales, entre otras) que han fomentado el desarrollo de una noción más integral de la misma.

Los cambios de mayor significancia del concepto salud se han visualizado a partir de la segunda mitad del siglo XX, en donde la OMS ha jugado un papel preponderante en el esclarecimiento de la misma, definiéndola como “[...]un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de la enfermedad” (1948, p. 1). Dicho concepto ha sido muy criticado por la sociedad del siglo XXI, ya que el mismo aún se percibe bajo la dicotomía salud-enfermedad, propia del modelo biomédico de salud predominante (Guerrero y León, 2008).

Hoy día, se sabe que la salud es un proceso complejo y dinámico, puesto que para que se dé la misma, deben de coexistir una serie de condiciones que van desde ideales personales hasta construcciones sociales, que beneficien tanto al individuo como a todos aquellos miembros de una sociedad. Por lo tanto, la salud es un proceso constante de adaptación, en la que participan cada uno de los individuos que conforman una sociedad, en la búsqueda de mejores condiciones de vida que potencien su desarrollo integral, contribuyendo a su vez con la reducción de inequidades (Vélez, 2007).

De mano con lo anterior, la salud debe ser concebida desde un enfoque de equidad, en el que se propicien oportunidades según las necesidades de cada individuo, distribuyendo recursos de la mejor manera posible. Asimismo, la salud “[...]en su enfoque individual como comunitario se deben compartir las cargas que representa mantener a las personas como participantes para que en lo posible funcionen en la vida política, social y económica de la sociedad” (Vélez, 2007, p. 67), incrementando así la concepción de la salud como un producto social, la cual se debe comprender como un “[...]proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de éstos con su entorno, genera como resultado la salud que caracteriza a una población” (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011, p. 6).

En consideración con lo anteriormente descrito, la salud fue entendida, para efectos de este documento, como un proceso complejo y dinámico, alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad, producto de mecanismos de adaptación y de la relación de diferentes factores de orden biológico, social, ambiental, político, económico e histórico (los determinantes sociales de la salud), y en el cual aspectos como el acceso a servicios básicos (agua, electricidad, alimento, entre otros) son esenciales para el bienestar de las poblaciones.

Como se puede apreciar, para que las personas puedan alcanzar u optar por un mayor grado de salud, necesitan tener un mayor poder para asumir el control sobre todo lo que determina su bienestar, es decir, sobre los determinantes sociales de la salud, concepto que se aborda a continuación.

b. Determinantes Sociales de la Salud

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) se encuentran inmersos en todas aquellas situaciones o circunstancias en las que se desenvuelven los seres humanos, por lo que juegan un papel preponderante en la definición de salud y en el acceso al bienestar de las poblaciones. Según Barragán (2007), los DSS comprenden “[...]los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos” (p. 171). Por lo tanto, la combinación de estos determinantes crea distintas condiciones de vida, lo que ejerce un claro impacto sobre la salud de las personas y, en el cual los cambios en estos estilos de vida son considerados como resultados intermedios de salud.

Gobiernos como el Canadiense, han trabajado sobre el análisis de los diferentes determinantes que confluyen en la salud de sus poblaciones, volviéndolo un país pionero en el diseño de estrategias de salud integrales desde el enfoque de Promoción de la Salud (PS),

ya que la PS tiene su campo de acción desde el abordaje de los DSS. Lo anterior, ha permitido la priorización del concepto salud como eje transversal en las políticas públicas y las estrategias para el abordaje de las necesidades sociales, así como una visualización de este concepto que va de lo individual a lo colectivo y viceversa (Alessandro, 2002).

Para el año 2002, la OPS indicaba que los DSS eran nueve, a saber: 1) Ingreso y posición social; 2) Redes de apoyo social; 3) Educación; 4) Empleo y condiciones de trabajo; 5) Entorno físico; 6) Características biológicas y dotación genética; 7) Hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación; 8) Desarrollo del niño sano y 9) Servicios de salud (Alessandro, 2002). No obstante, para el año 2007 el Ministerio de Salud Canadiense incrementó la clasificación de los DSS de nueve a doce, tomando como base el Informe Lalonde. La más reciente categorización incluye los DSS mencionados en el cuadro número 3:

Cuadro No3.

Determinantes de la Salud según el Ministerio de Salud de Canadá

- 1. El ingreso y el estatus social**
- 2. Las redes de apoyo social**
- 3. La educación**
- 4. El empleo/las condiciones de trabajo**
- 5. Los ambientes sociales**
- 6. Los ambientes físicos**
- 7. La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse**
- 8. El desarrollo infantil saludable**
- 9. La biología y la dotación genética**
- 10. Los servicios de salud**
- 11. El género**
- 12. La cultura**

Fuente: elaboración propia con base en Barragán (2007).

Ahora bien, el considerar los DSS como factores predominantes en el acceso a bienestar es importante en el desarrollo de acciones de PS, ya que permite fortalecer el concepto de salud como un aspecto que involucra a todas y cada una de las personas que conforman una colectividad, quienes poco a poco se apoderan de su salud en miras de contribuir en el desarrollo de estrategias de acción para mejorar y promover un mayor acceso a salud, desde un enfoque de bienestar y reducción de inequidades. La PS al ser una profesión que trabaja sobre los DSS, debe tener presente el desarrollo de procesos continuos de reflexión, análisis e involucramiento poblacional, con el fin de generar acciones para contribuir en el bienestar de la población.

Una vez definido lo que se entiende por salud y DSS, en el siguiente apartado se procede con la caracterización del concepto de Promoción de Salud, concepto esencial para la propuesta de TFG.

c. Promoción de la Salud

El concepto de Promoción de Salud (PS), abordado en los últimos 30 años, ha contribuido en la expansión de los términos de salud y de bienestar, pues se alude que para lograr tener salud y bienestar es menester trabajar sobre los DSS, aspectos que le otorgan su razón de ser. Según la OMS en la Carta de Ottawa para la Promoción de Salud, la PS consiste en “[...]proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (1986, p. 2). Dicha concepción, como se puede apreciar, contiene en su génesis una interpretación asistencialista, pues al indicar que “*se debe proporcionar a los pueblos*” se resta la importancia del abordaje en conjunto de los aspectos que verdaderamente necesita y prioriza una comunidad, así como la identificación conjunta de los recursos de los que ya dispone la colectividad para actuar sobre su propia salud.

Por lo tanto, la PS debe partir desde la participación comunitaria para la identificación de las necesidades reales en salud de los conglomerados, siendo a su vez un ente facilitador de comunicación horizontal entre instituciones (involucradas directa e indirectamente con la salud) y las comunidades. Con el incremento de la participación comunitaria se facilitará el desarrollo de ciudades cada vez más saludables, puesto que al potenciar el control y el poder de los individuos sobre su propia salud se podrá contribuir en una visión de la salud como eje transversal en la vida de las personas, valorando la importancia de trabajar en conjuntos sobre aquellos aspectos que los perjudican y/o favorecen (Alessandro, 2002).

Ahora bien, diferentes autores han realizado aproximaciones teóricas sobre cómo se puede entender la PS, tales como Sapag y Kawachi, quienes explican que la PS es un “Proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual” (2007, p. 141). Además, estos escritores agregan que la dimensión holística de la PS involucra el tema de desarrollo comunitario y, que se debe favorecer la acción cooperativa de la comunidad para asegurar el acceso equitativo a educación, seguridad económica y apoyo social en el contexto de políticas públicas de acuerdo con los objetivos de salud (Sapag y Kawachi, 2007).

Por su parte, Eslava-Castañeda aporta que la “Promoción de la Salud adquiere una consistencia propia ligada a las nociones de bienestar y calidad de vida” (2006, p. 111), concordando a su vez con Sapag y Kawachi (2007) en que la PS debe ser asumida como un proceso social y político que posibilita la construcción colectiva de la capacidad para proteger y mantener la salud de las poblaciones. Asimismo, Eslava-Castañeda (2006) afirma que existen tres formas de entender la PS:

1. Como una orientación de política sanitaria a nivel internacional que busca intervenir sobre el entorno y modificar los estilos de vida, posibilitando con ello que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir.
2. Como un conjunto de acciones y procesos encaminados a que las comunidades y los individuos estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los DSS, manteniendo y/o mejorando su condición de salud.
3. Como una dimensión del trabajo en salud, que toma como eje la salud en sentido positivo -y no la enfermedad-, tiene por objeto mantener las condiciones de salud y garantizar condiciones de bienestar de los individuos y las poblaciones.

Finalmente, Quesada y Picado (2010) concuerdan con los autores anteriores, pues consideran que las acciones de PS se constituyen en procesos políticos y sociales que buscan incidir en las condiciones ambientales, sociales, económicas, entre otras. Asimismo, indican que la PS debe plantearse las siguientes responsabilidades:

- Promover la responsabilidad social de la salud.
- Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud.
- Consolidar y expandir nuevas alianzas para la salud.
- Aumentar la capacidad de la comunidad y crear poder de los individuos (empoderamiento social).

En consideración con todo lo anterior, la PS debe abordar la salud tanto individual (lo biológico) como colectiva (lo social), así como el nivel organizacional de los servicios de salud, priorizando acciones que involucren a las poblaciones y actores sociales para la identificación y actuación conjunta sobre los DSS, ejerciendo a su vez influencia real ante los gobiernos y organismos locales e internacionales afines a la salud de la colectividad.

En síntesis, para lograr una construcción y validación social de la salud, es necesario fomentar el compromiso por actuar en conjunto sobre la misma, para lo cual el abordaje desde un enfoque de DSS es primordial para la identificación de las reales necesidades en

salud de los conglomerados. Por ello, se debe trabajar desde la PS, campo de acción que parte del fomento de la participación tanto de individuos de la sociedad como de las organizaciones comunitarias e instituciones de todos los sectores. Si a esto se le agrega el fomento por el desarrollo de acciones en salud desde el liderazgo político local, regional, nacional e internacional, se podría contribuir en el fomento de mayores opciones y/o oportunidades para promover que las comunidades se conviertan en espacios cada vez más saludables, en donde las personas se sientan parte del mismo y con el mayor grado de satisfacción posible en cuanto al acceso a bienestar individual y colectivo.

Para llevar la PS a las comunidades, la OMS (1986) enfatiza en el rol importante que juegan los gobiernos locales en los sistemas de salud, ya que estas instituciones son las que tienen el poder y el real acercamiento con los intereses, las problemáticas y las necesidades de los colectivos. Aunado a ello, en la Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se visualiza a la PS como un medio facilitador del desarrollo sostenible (OMS, 2016), lo que implica el ejercicio de la gobernanza local como una herramienta que permite a las comunidades y gobiernos generar acciones que busquen políticas en pro de la salud y la justicia social.

Para lograr lo anterior, la OPS/OMS proponen la Estrategia de Municipios Saludables, la cual es considerada como una aliada para hacer PS, pues esta Estrategia compromete y vincula esfuerzos de organizaciones locales, autoridades y ciudadanía en general, para mejorar de manera constante las condiciones sociales que repercuten en la salud y bienestar de los habitantes, por lo cual debe haber una voluntad política y participación comunitaria para realizar estas labores. Es así que en apartados posteriores se aborda el concepto de Municipio Saludable, no sin antes esclarecer lo que se entiende por Municipalidad y su rol en el Sistema de Salud Costarricense.

B. Municipalidad

Un concepto que fue fundamental en esta propuesta de TFG es el de municipalidad, el cual es sinónimo de gobierno local, término que según la Ley No 7794, Código Municipal de Costa Rica, en su artículo 2, debe ser entendido como “[...]una persona jurídica estatal, con patrimonio propio y personalidad, y capacidad jurídica plenas para ejecutar todo tipo de actos y contratos necesarios para cumplir sus fines”. Por lo tanto, la jurisdicción de una municipalidad es el cantón al que pertenezca y su misión principal es la de administrar los servicios públicos de interés local, siendo así instituciones públicas y descentralizadas.

Una municipalidad se encuentra conformada por un Alcalde (órgano unipersonal), un Concejo Municipal (órgano deliberativo) y diferentes Dependencias encargadas de la prestación de servicios y el apoyo administrativo de un cantón. En Costa Rica actualmente hay 82 municipalidades, con densidades poblacionales muy diversas. Según Francisco (2011), el marco legal de una municipalidad en Costa Rica se sustenta en la Constitución Política y en el Código Municipal, siendo este último el que estipula las funciones y características de un gobierno local, lo que a su vez faculta a estas instituciones para que lleven a cabo las labores de administración de conformidad a la estructura detallada dentro de sus mismas provisiones.

Según Marín (1989), existen cinco rasgos esenciales de carácter gubernamental que identifican a una municipalidad, a saber:

- 1- Ser dirigida por un Concejo elegido popularmente.
- 2- Gozar de autonomía administrativa y política (delimitada territorialmente).
- 3- Ser una forma de gobierno con jurisdicción a nivel cantonal.
- 4- Ser una institución de representación popular.
- 5- Ser un medio de participación comunitaria.

Ahora bien, una municipalidad es una persona jurídica estatal a la que se le permite ejecutar todo tipo de actos y contratos para cumplir con sus objetivos (Unión Nacional de Gobiernos Locales, 2013), tal como lo es el brindar a sus munícipes los mínimos requerimientos para su supervivencia. Por ello, los gobiernos locales tienen bajo su potestad la administración y el suministro de servicios básicos como agua apta para el consumo humano, luz, recolección de basura, mejoramiento del hábitat humano, entre otros (Municipalidad de Cartago, 2017), servicios que se encuentran estrechamente ligados a la salud tanto individual como colectiva de las poblaciones, puesto que el grado en cómo sean ofertados, determinará en gran medida el acceso a condiciones que favorezcan el bienestar de las personas.

Para que una municipalidad pueda cumplir con sus funciones, el Código Municipal de Costa Rica (1998) establece que puede realizar las siguientes acciones:

- Dictar los reglamentos autónomos de organización y de servicio, así como cualquier otra disposición que autorice el ordenamiento jurídico.
- Acordar sus presupuestos y ejecutarlos.
- Administrar y prestar los servicios públicos municipales.

- Aprobar las tasas, los precios y las contribuciones municipales y proponer los proyectos de tarifas e impuestos municipales.
- Percibir y administrar, en su carácter de administración tributaria, los tributos y demás ingresos municipales.
- Concertar con personas o entidades nacionales o extranjeras, pactos, convenios o contratos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
- Convocar al municipio a consultas populares, para los fines establecidos en la Ley No 7794.
- Promover un desarrollo local participativo e inclusivo, que contemple la diversidad de las necesidades y los intereses de la población.
- Impulsar políticas públicas locales para la promoción de los derechos y la ciudadanía de las mujeres, en favor de la igualdad y la equidad de género.

Comúnmente, el término de municipio se tiende a emplear como sinónimo de municipalidad, lo cual no es correcto para el contexto costarricense, ya que según el artículo 1 del Código Municipal de Costa Rica, el municipio “[...]está constituido por el conjunto de vecinos residentes en un mismo cantón, que promueven y administran sus propios intereses por medio del gobierno municipal”. Aunado a esto, Farfán (2016) indica que el municipio es

“[...]un grupo social humano interrelacionado por razones de vecindad al estar asentado permanentemente en un territorio dado, con un gobierno autónomo propio y sometido a un orden jurídico específico, con el fin de mantener el orden público, prestar servicios públicos indispensables para satisfacer las necesidades elementales de carácter general de sus vecinos y realizar las obras públicas requeridas por la comunidad.” (p. 199)

Por lo tanto, la palabra municipio debe ser diferenciada de la palabra municipalidad, ya que la primera refiere a la delimitación territorial y administrativa que constituye el cantón y el vínculo que con éste tiene todos los munícipes (los vecinos de un determinado cantón), mientras que la segunda remite a una persona jurídica que cuenta con autonomía.

En consideración con todo lo anterior, el concepto de municipalidad se entiende como aquel espacio territorial, social y político del cual se obtiene una comunicación más directa con las poblaciones, por lo que debe trabajar en función de contribuir con el bienestar de sus munícipes, mediante el desarrollo de acciones democráticas y equitativas que beneficien a sus habitantes según las necesidades de prioridad para estos. Es así que el gobierno local debe

trabajar desde acciones que contrarresten la línea de pobreza, incrementando las posibilidades y el acceso a los servicios básicos de salud para sus pobladores, lo cual es posible mediante un ejercicio de gobierno democrático, equitativo y solidario de los diferentes factores que confluyen en la cotidianidad del cantón (Alessandro, 2002).

Para una mejor comprensión del accionar municipal, en el siguiente apartado se habla sobre lo que involucra la administración local, esclareciendo lo que significa autonomía municipal y descentralización.

a. Administración local

Tal y como se ha descrito, una municipalidad es una institución que tiene su campo de acción a nivel local, situación que la dota de libertad para administrar y ofertar los servicios que considere pertinentes, en función de los intereses de una comunidad determinada territorialmente, es decir un cantón. Por ello, los gobiernos locales son las instituciones territoriales de menor nivel, seguidas del Estado que es el ente territorial mayor, según la Constitución Política de Costa Rica.

Con base en lo anterior y según Schwerert (1969), la administración local tiene por esencia la prestación de servicios públicos y la satisfacción de las necesidades de interés comunal, por lo que en la medida que una municipalidad logre cumplir y/o satisfacer las necesidades principales de sus munícipes, logrará incrementar el interés y la motivación de estos para con el gobierno local, obteniendo así mayores índices de cooperación y toma de decisiones en conjunto.

Ahora bien, para contribuir en el funcionamiento de la administración local, los gobiernos locales se conciben como entes descentralizados del aparato estatal, lo que les otorga autoridad y capacidad para la toma de decisiones en función de los recursos que le sean destinados, ya que la descentralización es una competencia que se le da a un organismo, la cual le separa de la administración central, dándole una personalidad jurídica propia, lo que incluye la capacidad de dictar normas con valor reglamentario en la administración de los intereses y servicios locales (Sala Constitucional, 1999, citado por Marín, 1989).

Como se puede apreciar, la descentralización tiene lugar cuando “[...]el ordenamiento jurídico confiere atribuciones administrativas o competencias públicas en forma regular y permanente a entidades dotadas de personalidad jurídica, que actúan en nombre y por cuenta propia” (Del Giorgio, 2016, p. 2), tal y como lo es en el caso de las municipalidades, puesto que son instituciones con personalidad jurídica propia, lo que permite que el Estado les dé

“[...]la transferencia de responsabilidad para el planeamiento, gestión, recolección de fondos y asignación de recursos desde el gobierno central (Mardones, 2008, p. 46).

Por su parte, la descentralización tiene como finalidad el desarrollo integral de las poblaciones que conforman una nación, lo que implica una redistribución de competencias, funciones y recursos, motivo por el cual persigue los siguientes objetivos:

1. Transferencia de competencias del Estado a los gobiernos locales.
2. Redistribución de recursos del Estado, con el objetivo de promover el desarrollo eficiente y equitativo del territorio nacional.
3. Desarrollo autosostenible de las municipalidades.
4. Participación y fiscalización por parte de los munícipes (Proyecto Pro Descentralización de USAID, 2011).

Otro aspecto a mencionar de la administración local es la autonomía de la que disponen las municipalidades, aspecto que se encuentra estrechamente relacionado con la descentralización, ya que la autonomía favorece en un gobierno local la libertad para tomar decisiones, la ciudadanía activa y la democratización local (Cáceres, 2015).

Desde un punto de vista jurídico, la autonomía municipal se entiende como el grado de poder que tienen estas entidades para decidir libremente y bajo su propia responsabilidad todo lo relacionado con la organización local (Velasco, 2007), lo que implica la libre elección de autoridades, la libre gestión de competencias, así como la libertad en la recaudación, generación e inversión de sus ingresos. Por ello, según Marín (1989), la Sala Constitucional en el voto No. 54445-99 expone que la autonomía municipal se divide en cuatro grandes áreas, a saber:

- Autonomía administrativa: lo que permite la autoadministración y la autonormación frente al Estado, para la toma de decisiones en función de los intereses y necesidades locales.
- Autonomía tributaria: potestad para la modificación, creación, extinción o exención de los atributos municipales, lo que se encuentra sujeto, cuando así corresponda, a lo indicado en el inciso 13 del artículo 121 de la Constitución Política de Costa Rica.
- Autonomía política: lo que permite la elección de representantes y autoridades mediante procesos democráticos, desde una visión de autogobierno, tal y como se indica en el artículo 169 de la Constitución Política de Costa Rica.

- Autonomía normativa: lo que permite al gobierno local dictar sus propias competencias, lo que atañe a la potestad para regular la organización de los servicios que presta y los vínculos que esta desee entablar con otras instituciones presentes en lo local.

Para respaldar la autonomía y la descentralización de un gobierno local en Costa Rica, así como lo que implica dichas atribuciones, las municipalidades cuentan con el respaldo de la Constitución Política, en el Título XII referente al Régimen Municipal, en donde se establece cómo (proceso), quiénes (cargos), y por cuánto tiempo son elegidos los representantes y administrativos locales, además de delimitar la división territorial y las atribuciones municipales, reiterando la autonomía de la que gozan las municipalidades. En síntesis, el Régimen Municipal se compone de las leyes, normas y prácticas atribuibles a los gobiernos locales, lo que viene a ser el sistema municipal para que estas puedan ejercer poder político y administrativo en el territorio que le corresponde, cumpliendo a su vez con sus objetivos y funciones locales.

De mano con lo anterior, el principal cuerpo legal que establece y delimita las atribuciones municipales en Costa Rica es el Código Municipal, promulgado el 4 de mayo de 1970, en la administración Trejos Fernández y reformado en la administración Figueres Olsen con la Ley No. 7794 de 30 de abril de 1998, documento en el que “[...]se plasma un desarrollo normativo minucioso de la Municipalidad, considerando sus temas estructurales: jurisdicción territorial, autonomía, atribuciones y marco competencial, organización, relaciones con otras entidades públicas y privadas, hacienda, tutela administrativa, entre otros” (Unión Nacional de Gobiernos Locales, 2013, p. 5).

Los documentos anteriormente mencionados, deben adaptarse a las dinámicas propias de cada gobierno local, considerando la cultura, los intereses y las motivaciones que sus munícipes tengan como prioridad, con el fin de brindar servicios que sean de beneficio para las poblaciones. Por ello, las municipalidades disponen de la libertad necesaria para elaborar su planificación estratégica, en las cuales se tengan como cimientos el Código Municipal y la Constitución Política. Para efectos de este documento, la planificación estratégica municipal se entendió como

“[...]un proceso que incorpora las voces de todos los sectores de comunidad. A la vez, potencia el sentido de la responsabilidad compartida en la construcción del futuro,

tarea que no sólo depende del gobierno local sino de los roles y compromisos que asuman las instituciones” (Böhm, 2007, p. 43).

Como se puede apreciar, la planificación estratégica municipal se debe hacer con y para los munícipes que forman parte de un cantón determinado, estableciendo en conjunto los lineamientos y procesos a seguir para la mejora en el bienestar comunal. Para el contexto de Costa Rica, los gobiernos locales establecen su planificación estratégica mediante un Plan de Desarrollo Local (PDL) y un Plan Anual Operativo (PAO).

En lo que respecta al PDL, este es un instrumento de planificación de mediano plazo, en el cual se contemplan aspectos urbanos, económicos, ambientales y sociales de un cantón, realizado en cumplimiento con el artículo 13, incisos A y 1 del Código Municipal (Municipalidad de San José, 2017). Además, el PDL es un “[...]documento participativo cuyo objetivo es conocer las potencialidades y limitaciones de un territorio para establecer así líneas de acción que pretendan movilizar recursos dinamizadores el tejido económico y social” (Diputación de Almería, 2011, p. 1).

Por lo tanto, para la realización del PDL se debe trabajar de mano con actores sociales comunales e institucionales, para poder obtener una mejor comprensión de las principales inquietudes e intereses de la población, así como el reconocimiento de los recursos y facilidades de las que dispone una determinada población, es decir, un diagnóstico de la comunidad. Con ello, se pueden elaborar acciones en función de lo que realmente urge en un cantón, aunado al posible incremento de la participación comunitaria interesada por el bienestar de su cantón.

Por su parte, el PDL es el marco de referencia para la formulación del PAO de una municipalidad (Municipalidad de San José, 2017), documento en el que

“[...]se concreta la política de la Municipalidad, a través de la definición de objetivos, proyectos, metas e indicadores. Se precisan los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para obtener los resultados esperados y se identifican los funcionarios y las unidades ejecutoras responsables de las metas del plan. Rige durante el ejercicio económico del 1 de enero al 31 de diciembre.” (Municipalidad de San José, 2015, p. 1)

Con base en ello, el PAO es un instrumento esencial para la administración municipal, pues permite concretizar los objetivos y las líneas de acción que se establezcan en el PDL, puesto que tiene una directa relación con el presupuesto municipal que se establece cada año

(FEDOMU, 2009). El presupuesto del PAO es establecido mediante un proceso participativo, en el cual el Alcalde junto a las gerencias y sus respectivas dependencias cuantifican, valoran y determinan las metas y los proyectos a seguir, considerando los ingresos de los que dispone el gobierno local (Municipalidad de San José, 2015).

Para que la administración local se dé de la mejor manera posible, las municipalidades deben hacer ejercicio de la autonomía y descentralización que poseen del aparato estatal, desde procesos multisectoriales que fomenten la creación de planes estratégicos integrales, que contemplen las necesidades de prioridad para un cantón. A continuación, se habla sobre el rol de la municipalidad como ente facilitador de procesos multisectoriales.

b. La municipalidad como ente facilitador de procesos multisectoriales

Los gobiernos locales, al ser las instituciones que tienen una relación más directa con las comunidades, por su razón de ser y, al buscar incrementar constantemente el bienestar de sus munícipes (desde estrategias como lo es la de Municipios Saludables de la OPS/OMS, por ejemplo), requieren de la vinculación de las distintas partes que conforman una comuna, haciendo importante el abordaje de acciones desde la colectividad, donde se puedan identificar, canalizar y relacionar diferentes recursos en pro de la formulación de estrategias de abordaje más integrales; lo anterior siendo posible lograrlo desde un enfoque de multisectorialidad.

Según Alessandro (2002), la multisectorialidad es una estrategia de participación para la concertación, planificación e implementación conjunta de acciones por parte de diferentes organizaciones de los distintos sectores que conforman una comunidad, las cuales buscan confluir para lograr alcanzar objetivos en común. Por su parte, Moreno, Acastro y Cabezudo (2009), dicen que la multisectorialidad implica “[...]la integración de distintos sectores del municipio y los diferentes actores de la comunidad en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones” (p. 11), validando la importancia de trabajar desde este enfoque, puesto que facilita un abordaje más integral de las necesidades de determinada población.

Por su parte, el Ministerio de Salud de Perú (2006), indica que el enfoque de la multisectorialidad permite comprender desde una dimensión horizontal a los “[...]diferentes involucrados del sector de la salud, del sector educativo y del sector social[...]” y, desde una dimensión vertical que vincula “[...]diversos niveles en el seno de cada sector (colaboradores de administraciones locales, provinciales y nacionales en el sector salud)” (p. 31).

Para lograr un mejor proceso de integración multisectorial, Moreno, Acastro y Cabezado (2009), indican que diversas investigaciones canadienses han identificado algunas condiciones que fomentan el éxito en la implementación de este enfoque, tales como:

- El establecimiento de intereses, objetivos y valores en común entre los diversos actores sociales participantes y la comunidad en general.
- El conseguir apoyo político, mediante la identificación y o desarrollo de políticas públicas saludables.
- El asegurarse de establecer lazos de trabajo horizontales apropiados entre los diferentes sectores que conforman una sociedad, así como verticales en el seno de cada sector.
- El invertir en el establecimiento de alianzas estratégicas, en miras de lograr un mayor consenso y participación en la etapa de planificación de la estrategia.
- El asegurarse que las responsabilidades y el rol de liderazgo se comparta entre todos los sectores que colaboran.
- El formar equipos con personas que trabajen juntos con eficacia y que tengan apoyo conveniente.

Los gobiernos locales de hoy día, ya no solo deben dar respuesta a necesidades administrativas y de ordenamiento de las comunidades, sino que deben conducir a las poblaciones en el desarrollo de estrategias que propicien un mayor acceso a condiciones de salud favorables para el conglomerado, aspectos que se favorecen a partir de la implementación del enfoque de trabajo multisectorial, el cual permite el incremento de la democracia participativa, construyendo a su vez un mayor grado de identidad y de significación para con el municipio del que forma parte un individuo. Por lo tanto, el accionar desde la multisectorialidad permite unir esfuerzos y conocimientos para una mejor identificación y comprensión de las principales necesidades en salud presentes en las poblaciones.

Como ya se ha mencionado, la Promoción de la Salud trabaja sobre los Determinantes Sociales de la Salud, identificando aquellos factores que afectan positiva o negativamente el bienestar individual como colectivo de las personas. Por lo tanto, abordar procesos desde la Promoción de Salud implica reconocer la influencia e interdependencia de estos factores, considerando el diseño de estrategias integrales que validen los diferentes aportes y beneficios que pueden otorgar las diferentes partes que conforman una sociedad, por esto, el abordaje de procesos desde el enfoque de la multisectorialidad es fundamental para el

establecimiento de metas en común en pro de la mejora continua de la salud de las poblaciones.

Por lo tanto, la multisectorialidad debe ser concebida como un enfoque que facilita las acciones de Promoción de Salud, ya que propicia el establecimiento de espacios para articular la gestión, la planificación, la negociación y la puesta en práctica de propuestas integrales para atender las necesidades prioritarias en salud de las poblaciones, teniendo como objetivo fundamental el incorporar la salud en la agenda de los gobiernos locales, impulsando la formulación e implementación a nivel local de políticas públicas saludables y la creación de una estructura mínima que garantice la continuidad y facilite el gerenciamiento de proyectos y la participación comunitaria (Ministerio de Salud de Perú, 2006).

Aunado a lo anterior, el abordaje de la Promoción de Salud desde un enfoque de multisectorialidad permite el desarrollo de procesos más flexibles y dinámicos, ya que propicia la puesta en común de conocimientos y recursos, así como el compromiso de todos los sectores involucrados, lo que permitirá una mayor eficacia en la identificación de los principales factores que afectan a la salud de las poblaciones, así como en la determinación de soluciones más efectivas y que cuenten con mayor disponibilidad de recursos para su ejecución.

En términos generales, los gobiernos locales son entidades que deben abordar las necesidades de las poblaciones, desde acciones que fomenten el desarrollo de las mismas, en áreas como educación, movilidad, salud pública, gestión de residuos sólidos, alumbrado público, acceso a agua apta para el consumo humano, espacios públicos de recreación, zonas verdes, entre otros; todo esto siendo a su vez bienes y servicios públicos necesarios para el bienestar en la salud integral de las poblaciones (Red Mundial de Ciudades y Gobiernos locales y Regionales, 2016).

A pesar de la anterior realidad, existen municipalidades y munícipes que no conciben la estrecha relación entre salud y las funciones de los gobiernos locales, ya que el modelo médico-centrista, que predomina en la mayoría de escenarios comunitarios, hace que se relacione en primera instancia a la salud con servicios de salud tradicionales (EBAIS y Hospitales) y no se vislumbra más que la punta del iceberg que representa la salud desde su concepción holística e integral, en la cual el gobierno local juega un papel preponderante. Por ello, en el siguiente apartado se ahonda sobre el rol del gobierno local en el Sistema de Salud

Costarricense, para tener una mejor comprensión de la importancia de esta institución para la salud pública del país.

C. El rol de la municipalidad en el Sistema Nacional de Salud Costarricense

Según el Ministerio de Salud de Costa Rica, el Sistema Nacional de Salud es

“El conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales, interrelacionados entre sí, que tienen, como parte de sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento de la salud de la población” (2011, p. 19).

Por lo tanto, las entidades que componen el Sistema Nacional de Salud son organizaciones que dirigen una parte importante de su quehacer institucional hacia la atención directa de las personas, así como a la oferta de servicios que velen por el mejoramiento del hábitat humano; acciones que atañen a las responsabilidades de los gobiernos locales, pues estos son el principal motor para la promoción del desarrollo local (Rojas, 2006). Además, las municipalidades tienen un mayor contacto con las poblaciones, lo que les permite promover acciones estratégicas que busquen incrementar el bienestar integral de las comunidades.

Como bien se sabe, las municipalidades son entidades descentralizadas, lo que significa que el Estado les traslada obligaciones y servicios, que pueden realizar con la destinación de recursos estatales a cada gobierno local. Por lo tanto, las municipalidades disponen de descentralización administrativa, lo cual le otorga o refuerza su personalidad jurídica, dotada de autonomía, para realizar cometidos legales sin intrusión de terceros, es decir, la autonomía administrativa les permite a los gobiernos locales administrar de manera individual todas las actividades propias de su función (Programa Estado de la Nación, 2008).

Para fortalecer la autonomía y descentralización de los gobiernos locales, así como su rol en el Sistema Nacional de Salud, en los años dos mil se realizaron avances y/o modificaciones para reforzar el valor de estas entidades en el desarrollo de las poblaciones, tales como:

- Reformas para ayudar a las autoridades municipales a tener una mejor administración del gobierno local, mediante la rendición de cuentas para mejorar paulatinamente los procesos.

- Fomentar procesos de participación comunitaria que permitan a los munícipes ser parte activa en la toma de decisiones locales, mediante mecanismos de democracia directa, es decir, desde el establecimiento de oportunidades claras para participar y ser parte activa en la toma de decisiones que afecten a la colectividad, desde acciones como: referendos, plebiscitos, cabildos, sesiones municipales abiertas, entre otras (Programa Estado de la Nación, 2008).

Ahora bien, una de las labores principales de una municipalidad radica en propiciar procesos intersectoriales y multisectoriales que permitan la construcción en conjunto (de todos los actores y personas que se verán afectadas de una u otra manera) de la política local, la cual debe ir en línea con los intereses y motivaciones que el Sistema Nacional de Salud tenga como prioridad. Lo anterior debido a que los gobiernos locales son las entidades que gozan de mayor alcance a nivel de comunidad para convocar personas y organizaciones clave, fomentando la construcción de acciones consensuadas entre todas las partes, o la mayoría, que conforman cada espacio territorial del país (OPS, 2011). Por lo tanto, las municipalidades deben visualizar la salud como una prioridad en las políticas locales, tomando como base el contexto social y la cultura que permea en sus munícipes.

Otro aspecto importante a resaltar es que los gobiernos locales tienen competencias exclusivas (debido a la autonomía y descentralización de la que disfrutan) que ninguna otra institución que forma parte del Sistema Nacional de Salud puede ejercer, como lo es el cobro de impuestos a los bienes e inmuebles de sus munícipes, así como la planificación urbana del territorio que se encuentra bajo su cobertura (Romero, 2000), capacidades que resaltan su importancia como ente que forma parte del Sistema Nacional de Salud.

Como se puede apreciar, es en las municipalidades donde las personas pueden recurrir para resolver de manera conjunta las situaciones que afecten la salud integral de la comunidad, ya que es en estas entidades donde los sujetos se encuentra cara a cara con el Sistema Nacional de Salud, lo que les permite a su vez crear alianzas y/o asociaciones que admitan el trabajo en conjunto para diseñar estrategias de abordaje ante las condiciones de salud particulares de cada municipio (Red Mundial de Ciudades y Gobiernos locales y Regionales, 2016). Por lo tanto, fue necesario conocer sobre el papel que juegan los gobiernos locales en la salud de las poblaciones, aspecto que se abarca en el siguiente apartado.

a. El papel de la municipalidad en la salud de las poblaciones

Tradicionalmente, se tiene la noción que las municipalidades son organismos encargados de cobrar impuestos, de la recolección de basura y de la mejora de infraestructuras, limitando el vasto campo de acción que tienen estas instituciones. Como ya ha sido descrito, las municipalidades tienen como una de sus principales funciones el promover el desarrollo de la localidad, desde acciones que propicien el fortalecimiento de las capacidades locales y los derechos humanos. En este sentido, el desarrollo local se debe entender como

“Un proceso concertado de construcción de capacidades y derechos ciudadanos en ámbitos territoriales político-administrativos del nivel local, que deben constituirse en unidades de planificación, de diseño de estrategias y proyectos de desarrollo en base a los recursos, necesidades e iniciativas locales.” (Rojas, 2006, p. 14)

Lo anterior es importante de recalcar, ya que al promover acciones desde la esfera del desarrollo local se incide de manera directa en la salud integral de las comunidades, ya que para optar por la mejora en índices de salud y, con ello una mejora en la calidad de vida y bienestar integral de las poblaciones, es necesario que las personas cuenten con los mínimos requeridos para potenciar sus capacidades tanto individuales como colectivas, así como contar con espacios que permitan el acceso a condiciones básicas sanitarias y para su supervivencia, tales como un ambiente saludable y agradable, disponibilidad de servicios públicos para el mejoramiento del hábitat humano, el control de vectores y/o plagas, entre otros.

Aunado a lo anterior, el desarrollo local debe concebirse desde la integralidad, tomando en consideración todos los determinantes sociales (ambientales, económicos, políticos, biológicos, de servicios de salud, entre otros) que inciden en la salud de las poblaciones, logrando así estrategias de acción que favorezcan realmente el progreso de las comunidades, de modo que se alcance poco a poco un desarrollo humano sostenible (Rojas, 2006).

En todo asentamiento humano existen necesidades básicas en salud a las cuales debe responder el gobierno local, tales como el manejo de residuos sólidos, la mejora en la infraestructura vial, servicio de agua apta para el consumo humano, espacios comunes recreativos, entre otros. No obstante, estas realidades se presentan de manera distinta en cada comunidad, lo que agregado al hecho de que no todas las municipalidades cuentan con los recursos básicos para responder a dichas necesidades, hace necesario que el gobierno local

sea capaz de discernir los aspectos en lo que debe centrar su énfasis, haciendo una adaptabilidad en las competencias y responsabilidades locales, para responder a las necesidades prioritarias de sus munícipes (Mejías, s.f.).

Como ya se ha mencionado, los gobiernos locales deben coordinar esfuerzos para generar un Plan Cantonal de Desarrollo, tal y como se establece en el Código Municipal. Es en este documento donde se establecen las necesidades e intereses locales, las cuales se buscan resolver de tal manera que se genere un impacto positivo en el bienestar de las personas. A su vez, este documento exige que los gobiernos locales conozcan a sus munícipes, desde procesos participativos y democráticos que involucren a la comunidad en la identificación y priorización de las necesidades en salud que se tengan desde la colectividad.

En consideración con todo lo anterior, se puede concretar que la municipalidad juega un papel esencial en la salud de las poblaciones, ya que esta es la entidad protagonista en la gestión, ejecución y regulación del desarrollo local, mediante el establecimiento de procesos organizativos sociales y democráticos que velen por la mejora continua de la salud integral de las poblaciones. Es así que, el gobierno local puede incidir en la salud de las personas desde acciones como:

- El ordenamiento, conocimiento y priorización territorial, mediante planes reguladores y diagnósticos comunitarios que permitan identificar zonas prioritarias para abordar, así como las principales problemáticas a resolver para mejorar la salud de los munícipes.
- El fomento de la acción y participación comunitaria, mediante programas o espacios de discusión abiertos al público en general, donde se incorpore la salud como eje transversal en todas las acciones que se planifiquen.
- La planificación estratégica de la salud sustentada en programas, proyectos, normas, procedimientos y controles administrativos (Romero, 2000).

Como se puede apreciar, el gobierno local es esencial para la salud integral de las poblaciones, ya que es la entidad que tiene un contacto más directo con estas y las necesidades particulares de cada una de ellas. Además, se debe resaltar que una municipalidad es un escenario idóneo para llevar la Promoción de la Salud a las comunidades, ya que esta entidad tiene dentro de sus funciones el dotar a sus munícipes de servicios y condiciones básicas para la supervivencia, desde acciones pensadas en la equidad, para responder a las inquietudes y problemáticas según lo que realmente se necesita.

También, el gobierno local es la instancia más idónea para fomentar esfuerzos desde la multisectorialidad, ya que cuenta con autonomía que le permite a su máximo jerarca, el alcalde, lograr una comunicación y vinculación entre los munícipes y los actores sociales clave presente en el territorio (Sotelo y Rocabado, 1994).

Para incrementar y esclarecer la incidencia del gobierno local en la salud integral de sus munícipes, la OPS/OMS propone la Estrategia de Municipios Saludables, la cual busca ser una base para planificar, formular y ejecutar acciones pensadas en crear una verdadera cultura de salud en toda la población que forma parte de una determinada municipalidad, Estrategia que se aborda a continuación.

D. Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS

Tal y como se expuso en apartados precedentes, el gobierno local debe ser un ente que fomente la soberanía de sus ciudadanos, facilitando procesos de participación activa en la toma de decisiones territoriales, promoviendo así en los pobladores una noción de gestores en su propio entorno para la identificación en conjunto de las principales necesidades que se tienen como comunidad.

Por lo tanto, la municipalidad debe brindar espacio de participación y escucha activa, creando políticas públicas favorables al trabajo multisectorial que permitan una mayor articulación entre todos los entes involucrados en el desarrollo local y el bienestar de las poblaciones (Alessandro, 2002). Para esto, los gobiernos locales cuentan con la Estrategia de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS, la cual contribuye en la reafirmación del rol de la municipalidad como ente promotor del desarrollo local saludable y de cohesión social, factores fundamentales para el bienestar y la reducción de aquellas inequidades que afectan la salud de las personas.

El movimiento de municipios saludables le ha dado al tradicional reclamo de participación comunitaria un entorno, donde se conjugan los problemas locales con las políticas públicas, donde la participación de la población, un derecho reconocido, constituye la fuerza creadora para mejorar la salud individual y colectiva. La historia en torno a los municipios saludables data de pueblos antiguos, antes de la conquista española, en las cuales las ciudades ancestrales convivían en plena armonía con el entorno que les rodeaba, desde una visión de respeto e integralidad con el ambiente (OPS, 2000). Por su parte, la referencia más antigua que se tiene sobre un municipio saludable es del Ayuntamiento de Exeter de

1844, en Inglaterra, el cual fomentó la creación de una asociación por la salud de las ciudades (OPS, 2000).

Desde Alma-Ata, los países del mundo se marcaron como propósito compartido fundamental el desarrollo de acciones que permitieran el disfrute del mayor grado de salud en sus poblaciones, partiendo de la premisa de creación de estrategias globales aplicables a las diferentes naciones y considerando los distintos factores que permean la salud de sus conglomerados. Es así que surge la EMS de la OPS/OMS, como una propuesta innovadora que busca, mediante la descentralización y procesos de democracia, contribuir en la identificación de las necesidades en salud de prioridad para las poblaciones, desde acciones consensuadas entre todas las partes que conforman una sociedad (Alessandro, 2002).

Como estrategia propiamente, como ya se ha mencionado, nació en la década de los setenta en Canadá, bajo el nombre de Ciudades Saludables. En el año 1987, la oficina Europea de la OMS creó el proyecto Ciudades Saludables, teniendo como marco referencial la Carta de Ottawa de 1986. En lo que respecta a América Latina, en el año 1991 se desarrolló el movimiento de Municipios Saludables liderado por la OPS, bajo el nombre de Estrategia de Municipios Saludables.

Ahora bien, se debe saber que la EMS de la OPS/OMS se encuentra en estrecha relación con el desarrollo de la Promoción de la Salud, ya que la misma es considerada como una aliada (OPS, 2011), puesto que fomenta equidad, así como la descentralización de los servicios de salud, para fortalecer el desarrollo local.

Cada país que se ha interesado en ejecutar la Estrategia, la ha adaptado en función de las definiciones de cada ente rector en salud, con el fin de fomentar la participación ciudadana y la calidad de vida en las poblaciones. Por lo tanto, se puede decir que Municipios Saludables es una aliada en la búsqueda de salud para todos, es decir, la búsqueda de equidad en salud, puesto que pone en marcha acciones de atención primaria para fortalecer los servicios de salud e incorporar en las comunidades la lucha y defensa por la salud, la cual es concebida como un constructo dinámico y complejo (Alessandro, 2002).

Aunado a lo anterior, un municipio saludable debe ser comprendido como un espacio territorial local, social y político, en el que se puedan consolidar y enriquecer transformaciones justas y democráticas para todos o la mayoría de los habitantes de una región, mediante el desarrollo de propuesta que fomenten la reducción de inequidades en salud y el incremento de la participación y el accionar de las comunidades. A su vez, un

municipio saludable debe buscar el bienestar de las personas, así como la consolidación de sociedades democráticas, equitativas y solidarias (Alessandro, 2002).

También, un municipio saludable debe ejecutar acciones que involucren a los gobiernos en la importancia de fortalecer la participación social y la responsabilidad colectiva en cuanto el acceso a salud. Por lo tanto, un gobierno local saludable debe incorporar la salud en su agenda de gobierno, trabajando desde una mirada multisectorial, impulsando el desarrollo de políticas públicas saludables y la creación de una estructura política que garantice la continuidad de las acciones planificadas y un mayor estado de bienestar de sus munícipes (Alessandro, 2002).

Una vez delimitado lo que se entiende por EMS de la OPS/OMS, en los siguientes apartados se ahondó en la misma, detallando aspectos como las características de un municipio saludable, así como líneas de acción, fases de implementación, mecanismos para incorporación y elementos para el abordaje de la EMS de la OPS/OMS.

a. Características de un municipio saludable

Un municipio saludable es aquel gobierno local que trabaja desde la Promoción de la Salud para el incremento del bienestar de sus munícipes, propiciando acciones abordadas desde procesos multisectoriales que faciliten la identificación de aspectos esenciales a trabajar para la reducción de inequidades en salud. No obstante, un gobierno local para proyectarse como saludable no requiere de dirigir todas, o la mayoría de sus acciones, hacia el abordaje de condiciones sanitarias (prestación de servicios de salud de primer nivel por ejemplo), sino que debe involucrar a la salud como un eje transversal en sus acciones, desde un trabajo multisectorial que propicie el trabajo articulado para el desarrollo de propuestas que involucren la salud como un asunto de la colectividad, realizando acciones conjuntas para mejorarla y reforzarla.

Por lo tanto, las características que se presentan en este documento sobre un municipio saludable no deben ser concebidas como absolutas y/o de cumplimiento a cabalidad, puesto que las mismas se establecieron como una base para el desarrollo paulatino de gobiernos locales comprometidos con la salud integral de sus pobladores.

De acuerdo con la OPS (1992), para proyectarse como un municipio saludable, los gobiernos locales deben promover los siguientes aspectos:

1. Un entorno físico limpio y seguro: que permita a las personas sentirse parte y comprometida con el mismo, respetando el orden y el aseo como factor protector a la salud de las personas, así como un sentido de pertenencia que busque el bien común.
2. Un ecosistema estable y sostenible a largo plazo: que fomente el uso de energías limpias y renovables, así como el respeto por la conservación y preservación del medio ambiente.
3. Una comunidad consolidada, con apoyo recíproco: que permita un sentido de pertenencia generalizado entre los miembros de la comunidad.
4. Un alto grado de participación y control de los pobladores sobre las decisiones que afectan la salud tanto individual como colectiva: en miras de concretar acciones que promuevan el bienestar del conglomerado.
5. Satisfacer las necesidades básicas para los habitantes: tales como alimento, agua, techo, estabilidad laboral, seguridad y educación.
6. Acceso a una amplia gama de recursos: tecnológicos, profesionales, mediadores, físicos, entre otros.
7. Una economía vital, innovadora y diversa: que permita el desarrollo social de la comunidad.
8. Valoración de la herencia cultural de la población: mediante el respeto por la cultura y/o culturas que forman parte de la extensión territorial a cargo de determinado gobierno local.
9. Acceso a una atención de calidad a la salud: que contribuya con el bienestar de las personas y la salud pública en general.

Como se mencionó anteriormente, un gobierno local no debe necesariamente cumplir con todas y cada una de las anteriores características a cabalidad, ya que el proyectarse como municipio saludable es un proceso paulatino y continuo que se debe ir abordando poco a poco desde la inclusión en sus líneas de acción (como gobierno local) del enfoque de la promoción de salud y el trabajo multisectorial. Sin embargo, según la OPS, para optar por convertirse en un gobierno local saludable se deben realizar una serie de acciones, mismas que se explican en el siguiente apartado.

b. Líneas de acción para proyectarse como gobierno local saludable

Antes de describir las líneas de acción para proyectarse como una municipalidad saludable, en primer lugar se debe saber que un lineamiento es una dirección, una directriz o un rasgo característico de algo (Harrison y John, 2009). Asimismo, un lineamiento describe

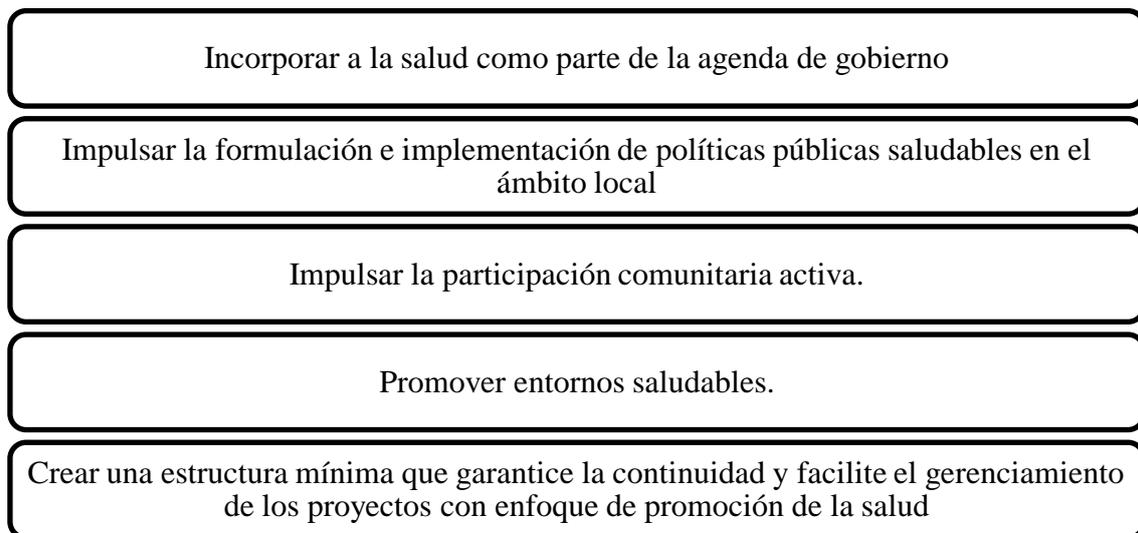
las fases y/o etapas necesarias para desarrollar una actividad y se desprenden, por lo general, de altos mandos jerárquicos (Villarreal, 2010). Por su parte, una línea de acción puede ser concebida a su vez como un lineamiento estratégico, siempre y cuando éste nazca (o se reconozca) en la alta gerencia organizacional, el cual se debe alinear con la misión, la visión, los principios y los valores organizacionales, siendo así la espina medular que marca el horizonte de la organización, es decir, establece hacia dónde se dirige la institución en función de los servicios y/o bienes que oferte.

Por lo tanto, una organización debe tener presente que contar con líneas de acción y/o lineamientos estratégicos claros y definidos, tanto para su equipo de trabajo como para sus clientes, es vital para la supervivencia de la misma, ya que estos elementos son la inspiración y la motivación para que sus personas colaboradoras se alineen con los objetivos estratégicos de la institución, en función de los requerimientos y necesidades de su público meta.

Según Alessandro (2002), existen cinco líneas de acción a seguir para el desarrollo de municipios saludables, las cuales asientan las bases conceptuales y eventuales procesos operativos para la ejecución de cada una. A continuación, en la figura número 1 se presentan las cinco líneas de acción para desarrollar un municipio saludable:

Figura No1.

Líneas de acción para el desarrollo de un municipio saludable



Fuente: elaboración propia con base en Alessandro (2002).

En lo que respecta a la incorporación de la salud como parte de la agenda de gobierno, se refiere en primera instancia al reconocimiento de una voluntad política y/o compromiso del municipio para incorporar a la salud como eje transversal en las diferentes acciones que

se realicen. A su vez, se esclarece la importancia del trabajo multisectorial para la identificación de aquellos factores que afecten positiva y negativamente la salud de los ciudadanos, desde un enfoque de determinantes de salud que permita identificar las desigualdades e inequidades en salud presentes en aquellas comunidades vulnerables o vulnerabilizadas.

Por su parte, el impulsar la formulación e implementación de políticas públicas saludables en el ámbito local busca contribuir en el bienestar de las poblaciones, considerando todos aquellos factores preponderantes para optar por mejores condiciones de vida (educación, servicios de salud, vivienda, trabajo, entre otros). También, se busca el poder brindar a las poblaciones mecanismos que contemplen y se estructuren desde sus realidades, permitiéndoles así poder ejercer un mayor control sobre su salud y un conocimiento más amplio y basado sobre sus verdaderas necesidades en salud.

En cuanto a impulsar la participación comunitaria activa, lo que se busca es el poder involucrar a todos o la mayoría de actores involucrados directa o indirectamente con la salud de las poblaciones, promoviendo así el empoderamiento de las personas sobre su propia salud y la del colectivo, así como la identificación y creación de líderes comunales comprometidos con el bienestar de las comunidades.

Concerniente a promover entornos saludables, lo que se busca es promover un ambiente agradable con las personas, mediante el desarrollo de acciones que propicien una reflexión constante sobre la importancia de realizar acciones que permitan preservar el ambiente, así como la construcción de propuestas educativas y de comunicación social sobre la importancia de mantener un entorno saludable para la salud integral de las poblaciones.

Finalmente, el crear una estructura mínima que garantice la continuidad y facilite el gerenciamiento de los proyectos con enfoque de Promoción de la Salud es primordial para la creación de municipios saludables, ya que se debe contar con un organismo gerente y garante que se encargue de liderar, coordinar y/o desarrollar las diferentes acciones que como municipio saludable se busquen facilitar. Lo anterior, se debe abordar desde un enfoque de trabajo multisectorial, que permita la articulación entre todas aquellas partes involucradas en la salud y el bienestar de las poblaciones.

Una vez delimitadas las posibles características que debe poseer un gobierno local para optar por ser un municipio saludable, así como las acciones sobre las que debe trabajar,

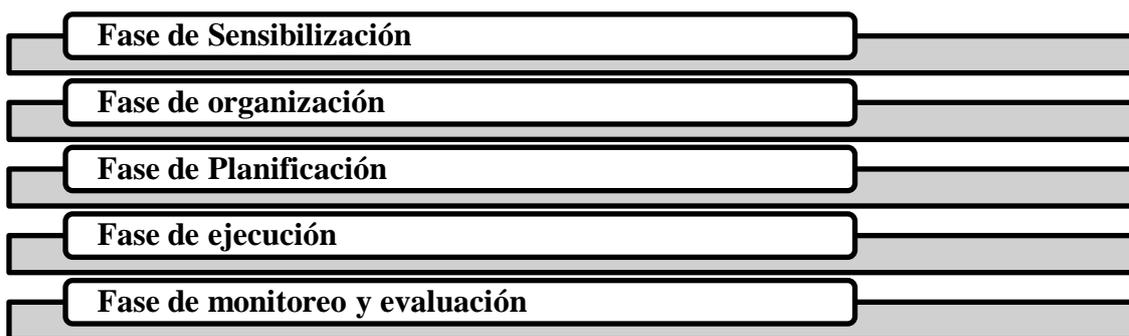
se procede con la delimitación de las fases a seguir una vez que la municipalidad se encuentre decidida a proyectarse como un gobierno local comprometido con la salud de su población.

c. Fases para la implementación de la Estrategia de Municipios Saludable de la OPS/OMS

Según la OPS (2011), las fases para la implementación de la Estrategia de Municipios Saludables son cinco, las cuales se presentan en la figura número 2:

Figura No2.

Fases para la implementación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS



Fuente: elaboración propia con base en OPS (2011).

- **Fase 1. Sensibilización:** es la fase inicial para implementar la Estrategia, por lo cual es importante realizar una declaración pública sobre el compromiso del gobierno local a realizar y ejecutar las acciones necesarias para proyectarse como un municipio saludable. Por lo tanto, en esta fase se debe promover un fuerte proceso de sensibilización comunitaria, identificando líderes, profesionales e instituciones comprometidas con la salud de las poblaciones. Como resultado verídico de esta fase, se debe elaborar un documento donde quede constatado el compromiso del gobierno local por continuar con las demás fases de la EMS, así como su interés y compromiso con la salud integral de sus munícipes. Lo anterior liderado por el Concejo Local de Salud.
- **Fase 2. Organización:** en esta fase se debe trabajar sobre el fortalecimiento del Concejo Local de Salud, quien será el encargado de liderar el proceso de diagnóstico de las condiciones en salud de la comunidad, así como de la planificación y eventual evaluación de alternativas de abordaje y/o de solución a las principales necesidades en salud identificadas. Se recomienda la inclusión en el Concejo Local de Salud de líderes comunales que representen diferentes sectores y/o instituciones.

- **Fase 3. Planificación participativa:** se tiene como premisa el desarrollo del plan de Salud local, el cual debe partir de un diagnóstico de las condiciones de salud de la comunidad y debe ir de la mano con los indicadores de desarrollo humano que persigue el gobierno local. Este proceso diagnóstico se debe abordar desde el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, para lograr una mayor comprensión de los diferentes factores que permean la salud de las personas.
- **Fase 4. Ejecución:** corresponde la puesta en marcha del plan consensuado de salud, mismo que debe establecer prioridades en salud y los recursos de los que se dispone para el abordaje de las mismas. Por su parte, en esta fase se debe promover la generación de políticas públicas saludables, que brinden respaldo a las diferentes acciones planteadas para abordar la salud de las comunidades.
- **Fase 5. Monitoreo y evaluación:** esta fase corresponde al establecimiento del plan de monitoreo y de evaluación para las diferentes acciones a realizar a lo largo de la implementación de la Estrategia. Esta fase es de suma importancia no solo para la valoración del cumplimiento o no con los requerimientos mínimos para optar por ser un municipio saludable, sino que también para poder contar con sistematización de experiencias que permitan la reproducibilidad de aquellos aspectos novedosos y/o de impacto que permitan conseguir mejores resultados al buscar proyectarse como un gobierno local saludable. Además, esta fase propicia el interés y la motivación de la población por conocer y contribuir en la identificación de acciones que favorezcan la salud del conglomerado, ya que le permite conocer qué se ha hecho y con qué interés.

Al cumplir con las 5 anteriores fases, un gobierno local pasa a convertirse en una municipalidad saludable, misma que debe dar secuencia a estas fases, en un ciclo continuo de mejora en la búsqueda de contribuir en el bienestar de las comunidades. Para lograr esto, un gobierno local necesita de mecanismos que permitan incorporar en su quehacer institucional dicha Estrategia, concepto se describe en el siguiente punto.

d. Mecanismos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS

Un gobierno local para proyectarse como saludable debe tener presente el incorporar en su quehacer institucional mecanismos pertinentes para promover salud y bienestar en sus pobladores, los cuales permitan que las estrategias, planes, programas y/o proyectos que se planifiquen tengan sostenibilidad y un impacto positivo en el bienestar de sus munícipes.

Según la Real Academia Española (RAE), un mecanismo es una estructura (de un cuerpo natural o artificial) compuesta por la combinación de sus partes constitutivas, así como un proceso constituido de una sucesión de fases. También, la palabra incorporar es definida como una acción para unir una cosa a otra de manera que formen un todo homogéneo. A partir de las definiciones anteriores, los mecanismos de incorporación se entenderán como aquellos procesos necesarios para unir un proyecto, un plan, un programa y/o una estrategia a una institución, en función de sus intereses y motivaciones organizacionales.

Ahora bien, los mecanismos de incorporación de una EMS de la OPS/OMS son necesarios para potenciar, vincular, gestionar e implementar acuerdos, normas y/o reglas en función de los objetivos estratégicos de un municipio que busque ser saludable, mediante el establecimiento de acciones que profundicen en la razón de ser de la institución (misión, visión, objetivos, entre otros), identificando así las posibles ampliaciones (necesarias) de los bienes (nuevos o mejorados) que debe promover la organización para responder a las necesidades imperantes de su población meta (Cornejo, 2018). En lo que concierne a los mecanismos para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS, estos se pueden dividir en dos grandes áreas: procesos de vinculación y procesos de implementación.

Según la RAE, la palabra vincular significa relacionar fuertemente dos o más cosas o hacer que una dependa de otra, mientras que la palabra proceso atañe al conjunto de fases sucesivas de un fenómeno o hecho complejo; por lo que los procesos de vinculación se pueden entender como aquellas acciones que se realizan con el objetivo de unir elementos para fortalecer procesos. Por ello, los procesos de vinculación de una EMS de la OPS/OMS deben ir de la mano con la misión y la visión de determinado gobierno local, persiguiendo como meta la obtención de recursos y aliados comunitarios clave y crear mejores vías de comunicación entre municipalidad y comunidad, contribuyendo así en resultados positivos en la salud de los munícipes, a medida que las acciones adoptadas se transforman en procesos sostenibles, viables y de interés comunal (Silberberg, 2011).

Los procesos de vinculación de una EMS de la OPS/OMS incluyen acuerdos, los cuales son decisiones tomadas por los altos jerarcas de un gobierno local, tomando como base los intereses y las motivaciones comunales, siendo estos enfocados hacia acciones que fortalezcan la salud de los munícipes (OPS, 2011). Dentro de dichos acuerdos se encuentran las políticas, tanto locales como nacionales, que tengan en como eje transversal la salud integral de las poblaciones; las cartas de compromiso que se generen en función de recalcar el

interés de una municipalidad por certificarse como saludable por parte de la OPS/OMS y, la voluntad política que demarca el interés de un gobierno local para contribuir en la salud integral de sus munícipes (OPS, 2011).

Asimismo, las normas y reglas son necesarias para los procesos de vinculación de una EMS de la OPS/OMS, ya que estas son el conjunto de pautas que regulan las acciones que se deben seguir en miras de ser un municipio saludable. Dentro de las normas y reglas que se deben contemplar para proyectarse como un municipio saludable se encuentran leyes (según la RAE es una regla o norma establecida por una autoridad para regular algún aspecto de las relaciones sociales) con énfasis en salud; planes de gobierno (que indican lineamientos, objetivos y/o acciones que conjuntamente constituyen la estrategia municipal a desarrollar); así como el abordaje de la salud que se promueve desde el gobierno local (Alessandro, 2002).

Por su parte, los procesos de implementación para la incorporación de una estrategia, son un conjunto de acciones que se planifican para su puesta en práctica, indicando qué es lo que una organización debe realizar desde metas y políticas municipales. Además, los procesos de implementación deben contemplar la demanda de los usuarios y la oferta disponible de la organización, con el fin de establecer un balance que permita efectuar acciones viables que generen valor público. Por lo tanto, los mecanismos de implementación de una estrategia se deben pensar de tal manera que estimulen a la organización para realizar las mejoras oportunas que permitan alcanzar los objetivos planteados (Berráez, 2014).

Por ello, los procesos para la implementación de la EMS de la OMS/OPS deben basarse en la planificación estratégica municipal, lo que permite identificar los recursos económicos y el talento humano requerido para poner en práctica la Estrategia, así como las líneas de acción requeridas para su ejecución, las cuales deben estar estrechamente ligadas con la razón de ser del gobierno local. Además, desde la planificación estratégica de un municipio saludable se debe considerar los resultados obtenidos de la incorporación de dicha visión, con el fin de realizar las mejoras pertinentes que permitan a la misma vincularse como eje transversal del accionar local (Alessandro, 2002). Lo anterior, se puede fortalecer mediante la creación y/o adaptación de la EMS de la OPS/OMS en las redes de gobiernos locales, lo que permitiría una articulación de aprendizajes y saberes en pos de lograr adaptaciones de esta Estrategia en función de las realidades de cada país y región.

Finalmente, los procesos de implementación de la EMS de la OPS/OMS deben estar estrechamente relacionados con la administración local, identificando cómo se desarrolla un

gobierno local en función de la estructura sistémica y política a la que pertenezca, reconociendo así los procesos multisectoriales que determinada municipalidad promueva desde la autonomía y descentralización de la que disponen.

e. Elementos para el abordaje de una estrategia de Municipios Saludables

Para finalizar el apartado de la EMS de la OMS/OPS, es importante esclarecer los elementos necesarios para el abordaje de esta Estrategia en un gobierno local. Una estrategia al ser considerada como una visión a futuro de lo que pretende alcanzar una organización, es el documento en la cual se delimitan los medios y recursos necesarios para conseguir los objetivos planteados. Por ello, los elementos para el abordaje de la EMS de la OMS/OPS son aquellas consideraciones mínimas que se necesitan para la puesta en práctica de esta, vislumbrando el alcance y los recursos de los que se disponen, o los que se necesitan, para proyectarse como un gobierno local saludable, aspectos que deben estar alineados con la misión, la visión, los principios y los valores de determinada municipalidad (Harrison y John, 2009).

Por lo tanto, los elementos para la incorporación de la EMS de la OMS/OMS se basan en los principios estratégicos municipales, en los cuales se consideren los objetivos y sus respectivas metas (lo que se busca lograr) de la mano con la misión (lo que se debe hacer) y visión (a lo que se aspira llegar) municipal, lo cual debe alinearse desde la voluntad política que da pie a la incorporación de la Estrategia en determinado gobierno local. Además, dentro de los elementos para la incorporación de una estrategia se debe valorar la capacidad de incidencia que tiene una municipalidad, puesto que comprende los esfuerzos y las actividades que permiten influir en los ciudadanos e instituciones de determinada comunidad, permitiendo así la formulación e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y/o estrategias que promuevan el bienestar colectivo (Ávila, 2012).

Es así que al abordar la capacidad de incidencia municipal se debe profundizar en los recursos (económicos y talento humano), los procesos multisectoriales que promueve el gobierno local, así como la participación ciudadana que estas instituciones generan, entendida como un proceso “[...]realizado por diversos actores sociales que intervienen en el espacio público con un propósito democratizador para la gestión de los asuntos públicos” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018, p. 3).

Desde los factores anteriormente descritos, un gobierno local puede identificar qué es lo que tiene y qué es lo que necesita para abordar, desde su quehacer institucional la EMS de

la OPS/OMS, lo que a la larga influirá en el bienestar integral de sus munícipes. Para ello, las municipalidades, haciendo ejercicio de la autonomía y descentralización que tienen en relación con el aparato estatal, cuentan con una serie de capacidades institucionales, las cuales en la medida en como sean puestas en práctica, permitirán el desarrollo de las acciones que como gobierno local se persigan, aspectos que se abordan en el siguiente apartado.

E. Capacidades institucionales locales

El concepto de capacidad institucional ha ido cambiando a lo largo del tiempo, siendo así un concepto “blando” de las ciencias sociales, ya que se ha adaptado según el periodo de tiempo, las corrientes teórico-normativas y los intereses estatales (Freigedo, 2013), permitiendo así una variedad en su abordaje desde categorizaciones según los intereses y motivaciones de investigadores y/o evaluadores. Además, es importante mencionar que el estudio de una capacidad implica analizar una potencialidad, es decir, la capacidad de determinada instancia para hacer algo en un contexto y periodo específico (Banco Interamericano de Desarrollo, 2017).

En Latinoamérica, el interés por el análisis de las capacidades institucionales se relaciona con el interés del Estado por volver a tener mayor incidencia, en lo que se le conoce como reformas de segunda generación del Estado, ya que este se encontraba en una faceta de reduccionismo (reformas de primera generación del Estado), desde un pensamiento que el mercado generaría por sí mismo lo necesario para el crecimiento social (Repetto, 2003, citado por Completa, 2017).

Es así que a mediados de 1980 el análisis organizacional de las instituciones se realizaba desde el concepto de fortalecimiento institucional, lo que tenía por objetivo el mejoramiento de habilidades para cumplir con las funciones que el Estado demandara, centrandose su atención en la estructura interna de las instituciones (Freigero, 2013). Por lo tanto, durante esta época las capacidades institucionales se limitaban a aspectos técnico-administrativos, pues el análisis se hacía únicamente desde la organización, sin considerar el entorno y la sociedad (Rosas, 2008).

En 1990, el énfasis en el análisis de las organizaciones estatales cambia hacia el término de capacidades institucionales, prestando mayor atención a las políticas de intervención como una necesidad de fortalecer el accionar de las instituciones públicas para avanzar en la agenda del desarrollo sostenible (Valenzuela, 2016). En estas épocas se reconoce que el buen funcionamiento de los gobiernos radica en la capacidad de estos para

diseñar y poner en práctica políticas públicas que respondan a las necesidades de las poblaciones, desde una administración de recursos equitativa y transparente, aspirando así a un buen gobierno (Rosas, 2008). Por esto, el término de capacidades institucionales pasa a ser “[...]una visión más compleja y un enfoque de sistemas que ubica los problemas organizacionales dentro de un entorno con varios niveles, actores e influencias, y con importantes interdependencias entre éstos” (Rosas, 2008, p. 122).

Como se puede apreciar, el concepto de capacidades institucionales ha evolucionado con el tiempo, pasando de una concepción donde lo que importaba era la institución y su funcionamiento a lo interno (una visión más burocrática), a una noción en la que se considera a las demás instituciones y las interacciones que se den entre sí (una visión más sistémica).

En la actualidad, la capacidad institucional se encuentra estrechamente relacionada con la gobernanza, puesto que tiene que ver con la “[...]habilidad de las organizaciones para absorber responsabilidades, operar más eficientemente y fortalecer la rendición de cuentas” (Rosas, 2008, p. 123). Por ello, para efectos de la presente propuesta de TFG, la capacidad institucional se entendió como “[...]la aptitud de adaptarse a los cambios de acción administrativa y político con el fin de que, dadas ciertas restricciones contextuales del marco institucional en donde se está inserto, se logre una habilidad tal que se alcance la eficacia y eficiencia a niveles satisfactorios” (Freigero, 2013, p. 20).

A su vez, se debe tener presente que las capacidades institucionales son dinámicas, complejas y multidimensionales, pues deben considerar tanto los aspectos internos de la organización, como de lo que les rodea. Aunado a ello, estas son el resultado de procesos de construcción y reconstrucción de habilidades, con el fin de cumplir con las metas y objetivos que como organización se tengan planteados. Por lo tanto, las capacidades institucionales deben abordarse desde procesos multisectoriales, en los que se involucren a todas las partes (ciudadanos e instituciones) que conforman una respectiva comunidad (Rosas, 2009).

Refiriéndose específicamente a gobiernos locales, Duque (2012) indica que las capacidades tienen que ver en primera instancia con el modelo que impera en el gobierno local, bajo el cual se deben considerar todos los recursos con los que dispone, o debería disponer, una municipalidad, así como su campo o delimitación de acción: población y límites territoriales. A su vez, estas capacidades deben reflejar el cumplimiento de las funciones municipales tanto en disposiciones legales que le atribuyen facultades, así como en los resultados que benefician a su población.

Considerando lo anterior, las capacidades institucionales locales se analizan a la luz de la clasificación que propone Rosas (2009), quien a su vez se basó en las tipificaciones de Grindle (1997) y Cabrero (2004), pues esta clasificación se adecua al marco de análisis de capacidades institucionales de un gobierno local. Dicha clasificación propone las siguientes dimensiones para el análisis de capacidades institucionales en una municipalidad:

1. Capacidad humana:

Remite a las potencialidades de las que dispone un gobierno local en materia de talento humano, las cuales le permitan, según el perfil y área de formación específico de cada persona profesional, cumplir con metas y objetivos organizacionales de manera eficaz, eficiente y sostenible (Rosas, 2009). En esta dimensión se consideran aspectos como la preparación académica de las personas funcionarias (grado académico, nivel y área de especialización), la experiencia laboral con la que cuentan (funciones que desempeñó antes de ingresar a la institución versus las que realiza dentro de la organización), las capacitaciones y/o formación continua de personas funcionarias (educación continua que oferta el gobierno local a sus personas colaboradoras), los procesos o modo de contratación (etapas y procedimientos para el reclutamiento de colaboradores en función de los requerimientos municipales) y la estabilidad de personas funcionarias y de equipos de trabajo (permanencia de trabajadores y de equipos de trabajo en Departamentos de la institución).

El análisis de las capacidades humanas es importante ya que las personas funcionarias públicas que laboran en un gobierno local son actores clave para la formulación e implementación de políticas públicas, pues según su rango y/o cargo pueden proponer, efectuar, retrasar o frenar acciones pensadas para el desarrollo social, además de contar con legislación necesaria para respaldar su nivel de influencia, lo que hace menester contar con una cartera variada de profesionales en función de los intereses y motivaciones de determinada municipalidad (Banco Interamericano de Desarrollo, 2017).

2. Capacidad organizacional:

Relacionada con la capacidad del gobierno local para lograr cumplir con sus metas y objetivos, es decir, el conjunto de elementos que dan forma a la estructura organizacional de una municipalidad (Rosas, 2009). En esta dimensión de capacidad institucional se debe valorar el tipo de estructura organizativa (que permite ver la importancia y/o grado que se le otorga a la institución dentro del aparato estatal, en función de su modelo organizativo), las vías de comunicación empleadas (flujo de información para generar y usar conocimiento

necesario para crear e implementar acciones), el liderazgo municipal (influencia que tiene el gobierno local con sus municipios y demás instituciones que le rodean), espacio geográfico que tiene a su cargo (territorio político-administrativo delimitado) y las características poblacionales (perfil socio-demográfico de sus habitantes). Finalmente, se debe considerar el tipo de coordinación (clave para la implementación de política pública y de estrategias de intervención comunitaria), el cual se subdivide a su vez en cuatro:

- Coordinación territorial: división de las acciones municipales según público meta.
- Coordinación funcional: cómo se organiza a lo interno de la institución (organigrama institucional).
- Coordinación logística: procesos para llevar a cabo acciones de manera conjunta (inter y extra muros).
- Coordinación programática: aspectos vinculados con los procesos organizacionales, tales como la planificación estratégica, planes anuales operativos, programas, proyectos, entre otros (Banco Interamericano de Desarrollo, 2017).

3. Capacidad institucional:

Potencialidades del gobierno local para establecer y poner en práctica las reglas y normas que definen sus interacciones políticas y económicas (Rosas, 2009). En otras palabras, son las reglas formales de juego que delimitan el accionar municipal. Dentro de los elementos que se deben considerar en esta dimensión se encuentran la existencia, conocimiento y puesta en práctica de reglamentos municipales (políticas municipales, normas y acuerdos nacionales que remiten a gobiernos locales, régimen municipal, entre otros), sistema de transparencia mediante rendición de cuentas (informes de labores, planes operativos anuales, plan de desarrollo local), eficiencia en el aprovechamiento de recursos (optimización de recursos) y la eficacia en el alcance de metas establecidas (capacidad para lograr lo planteado).

4. Capacidad política:

Es la habilidad de las organizaciones gubernamentales para tomar en cuenta las demandas (necesidades) de la sociedad, analizando así opciones de política pública que favorezcan el desarrollo social. Por ello, se debe profundizar en el poder que tienen los gobiernos locales dentro del aparato estatal para formular, implementar y evaluar política pública, lo que viene a ser la habilidad para desarrollar políticas locales. Para que dichas

políticas puedan ser viables, las instancias públicas requieren de apoyo de otras instituciones, por lo que es necesario examinar en esta dimensión la habilidad del gobierno local para crear alianzas externas con actores clave, así como instituciones privadas y públicas (Banco Interamericano de Desarrollo, 2017).

Además, en el análisis de capacidad política, se hace necesario ahondar en la manera en cómo un gobierno local formula e implementa proyectos que busquen el desarrollo social. Para el caso específico de esta propuesta de TFG, el análisis se realizó en función de aquellos proyectos con enfoque de salud, ya sea desde una visión de prevención de enfermedades o de promoción de la salud.

5. Capacidad financiera:

Se refiere a cómo el gobierno local organiza el presupuesto del que dispone, el cual es menester para la puesta en práctica de todas y cada una de las acciones que plantee ejecutar, puesto que sin recursos financieros es muy difícil que un gobierno local logre implementar política pública (Rosas, 2009). Desde esta dimensión, se deben considerar los procesos que la municipalidad desarrolla para generar ingresos propios (mediante impuestos, por ejemplo), así como la administración que se le da a los recursos que ingresan desde el Estado, siendo estos aspectos considerados como parte de la autonomía financiera de la que disfruta un gobierno local.

En términos generales, el concepto de capacidad institucional se puede delimitar desde elementos como las competencias, las relaciones, las reglas, los recursos, el campo de acción y las funciones propias de las que disfrutan las instituciones gubernamentales para fomentar el desarrollo social (Valenzuela, 2016), por lo que el analizar y fortalecer las capacidades institucionales locales es de suma importancia para la viabilidad del accionar público, puesto que en el grado en cómo sean puestas estas potencialidades, así será la influencia y el grado de acción comunitaria que los gobiernos locales propicien en las poblaciones que tienen bajo su cobertura.

Es conclusión, las capacidades institucionales deben enfocarse y/o abordarse desde procesos adaptativos fomentados y fortalecidos desde organizaciones públicas, para responder ante la complejidad y el dinamismo que representan las necesidades e intereses de los usuarios, desde mecanismos que permitan formular, ejecutar, monitorear y evaluar procesos afines a sistemas basados en la nueva gestión pública, desde principios y valores como eficiencia, eficacia y transparencia (Duque, 2012). Por lo tanto, las capacidades

institucionales deben permitir a las organizaciones resolver problemas y responder a las necesidades, desde el establecimiento de objetivos y metas que permitan la mejora de sus procesos en función de responder ante las demandas de sus munícipes.

SECCIÓN III. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

En este apartado se describe el procedimiento metodológico desarrollado para la ejecución del proyecto investigativo. Dentro de este se encuentra el enfoque y diseño de investigación, el tiempo de producción de los datos, los participantes del proceso, así como los criterios de exclusión e inclusión de los informantes clave. Es preciso aclarar que este segmento del documento se realizó según lo planteado por Barrantes Echavarría (2013). A su vez, se utilizó información de Hernández, Collado y Baptista (2014) para complementar la metodología del TFG.

A. Enfoque de investigación

Para efectos de este trabajo de investigación se empleó un enfoque cualitativo, puesto que utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar la pregunta de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación. Además, este enfoque “[...] examina la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados” (Hernández, Collado y Baptista, 2014, p. 358).

Aunado a lo anterior, Barrantes Echavarría (2013) explica que en el enfoque cualitativo el trabajo de campo consiste en una participación intensa, en largos periodos con los sujetos en estudio, por lo que requiere de un registro detallado de los acontecimientos, con un análisis minucioso. Además, la recolección de datos puede realizarse de diferentes formas, como la entrevista semiestructurada, grabaciones de audio, registro fotográfico, análisis documental, entre otras.

La intención de utilizar este enfoque de investigación respondió a la importancia que tiene cada individuo en la construcción del conocimiento, puesto que para elaborar los lineamientos estratégicos para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago (producto final del TFG), fue necesario realizar consultas con actores clave (personas funcionarias municipales), atendiendo a los aportes que estos pudieran hacer en una propuesta para proyectar a la Municipalidad de Cartago como

saludable. Asimismo, este enfoque propició la revisión documental necesaria para comprender la realidad de los países latinoamericanos escogidos, permitiendo profundizar en los procesos que fueron clave para la ejecución y puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS.

B. Diseño de investigación

Barrantes Echavarría (2013), plantea que una investigación puede ser diseñada según los diversos criterios que persiga, en este caso particular y, por las características del objeto de estudio, en un principio se utilizó un diseño exploratorio, puesto que a nivel nacional no existe mayor información sobre la aplicación o puesta en práctica de lineamientos que expliquen cómo incorporar la EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales. Posteriormente, se utilizó un diseño descriptivo, con la finalidad de exponer los hallazgos del proyecto, para finalmente, con base en la información recolectada, elaborar los lineamientos estratégicos para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la municipalidad de Cartago.

Ahora bien, para el desarrollo del TFG, así como la recolección de información necesaria para responder al diseño planteado, se hizo uso de la Metodología de Indagación Apreciativa (MIA), la cual es un método de intervención para el cambio organizacional, que enfatiza en la identificación de fortalezas y capacidades de las organizaciones (Muga, 2014). Por ello, la MIA se centra en cómo implantar procesos a partir de las fortalezas presentes, teniendo una visión positiva del futuro organizacional (Whitney y Gibbs, 2007).

De mano con lo anterior, la MIA impulsa el cambio, incrementa fortalezas, promueve el crecimiento constante y la motivación de las instituciones, por lo que se puede aplicar en todos los ámbitos en los que se desenvuelven las personas (social, político, cultural, educativo, religioso, entre otros) (Subirana y Cooperrider, 2013).

Considerando que la propuesta de investigación buscó generar lineamientos para la incorporación de la EMS de la OMS/OPS en la Municipalidad de Cartago, la MIA fue idónea, puesto que esta metodología permite crear teoría y/o conocimientos para el cambio sistémico, en el cual se involucre a la organización. Además “[...]es una perspectiva que puede aplicarse a cualquier proceso de cambio de una organización o modelo como planificación estratégica[...]” (Subirana y Cooperrider, 2013, p. 2), tal como lo es el buscar incorporar una estrategia para promover salud en el quehacer de un gobierno local, identificando capacidades desde “[...]lo mejor de lo "que es" para ayudar a despertar la imaginación colectiva de “lo que podría ser”[...]” (Subirana y Cooperrider, 2013, p. 3).

Ahora bien, la MIA se divide en cuatro etapas, como se muestra en la figura número 3:

Figura No3.

Etapas de la Metodología de Indagación Apreciativa (MIA)



Fuente: elaboración propia con base en Whitney y Gibbs (2007).

A continuación, se procede a describir cada etapa de la MIA:

- **Descubrir:** se enfatiza en el ahondamiento de lo que una organización hace y para qué lo hace, desde una visión positiva y enfocada en potenciar capacidades. En esta etapa se recomienda realizar entrevistas a personas funcionarias clave que conozcan y/o aporten a la visión que apunta la organización (Whitney y Gibbs, 2007).

Esta fase fue empleada para determinar las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago relacionadas con la gestión de la EMS de la OPS/OMS, desde la revisión documental de escritos municipales (planes estratégicos, código municipal, planes de gobierno, proyectos, entre otros), así como la realización de entrevistas semiestructuradas a personas funcionarias municipales con conocimientos sobre dicha Estrategia o sobre acciones de Promoción de la Salud.

Además, en esta etapa se realizó un análisis documental sobre los mecanismos de incorporación de la EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú, con el fin de identificar aspectos que han hecho efectiva la asociación de esta Estrategia en los marcos institucionales de municipalidades que ya se encuentran certificadas como saludables por parte de la OPS/OMS.

- **Soñar:** remite a la creación de resultados claros con una visión definida sobre lo que persigue una organización, a partir de lo que se logre descubrir desde los planteamientos extraídos de la realidad (Whitney y Gibbs, 2007). En otras palabras, esta fase arranca a partir de lo identificado en la primera etapa, lo que permite visualizar el futuro positivo hacia el que debe apuntar la organización.

Por lo tanto, esta etapa se realizó con la vinculación de los mecanismos de incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS (de los gobiernos locales internacionales analizados) con las capacidades institucionales de la

Municipalidad de Cartago, con el fin de delimitar los aspectos a considerar para incorporar la Estrategia al gobierno local en cuestión.

Para ello, se analizó la información recopilada a la luz de una entrevista semiestructurada aplicada a un actor clave con vasto conocimiento sobre la EMS de la OPS/OMS y del funcionamiento de una municipalidad, con el fin de delimitar los aspectos necesarios a considerar en la formulación de los lineamientos estratégicos que permitan incorporar la EMS de la OPS/OMS en la municipalidad de Cartago.

- **Diseñar:** aquí se debe crear de manera conjunta escenarios ideales posibles que permitan a la organización alcanzar el objetivo perseguido, es decir, darle forma al sueño creado en la anterior etapa, desde la definición de los elementos que harán posible la ejecución y puesta en práctica de la visión organizacional (Muga, 2014).

En esta etapa se buscó validar los elementos identificados para el abordaje de la EMS en la Municipalidad de Cartago, con el fin de comprobar que el sueño creado radica en acciones tangibles que permitan alcanzar los ideales organizacionales. Esto se abarcó en la entrevista semiestructurada aplicada a un actor clave con conocimiento sobre la EMS de la OPS/OMS y del funcionamiento de una municipalidad (persona funcionaria de la Municipalidad de Cartago), con el fin de perfilar los aspectos mínimos a incluir en el diseño de lineamientos estratégicos para incorporar la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

- **Destinar:** corresponde a la implementación del diseño elaborado para lograr poner en práctica la nueva visión organizativa, en el cual se establecen responsables y compromisos concretos para lograr los objetivos planteados (Muga, 2014). Esta fase se completó con la entrega de los resultados finales de la propuesta de TFG, con el fin de que la contraparte brinde observaciones finales de mejora que perfilen a futuro los resultados obtenidos.

C. Emplazamiento de la investigación

El presente Trabajo Final de Graduación se desarrolló en la Municipalidad de Cartago, específicamente en la Casa de la Salud, Oficina encargada de realizar actividades de Promoción de la Salud, prevención de la enfermedad y fomento de estilos de vida saludables. Se debe agregar que este lugar está a cargo de la certificación de municipio saludable por la que está optando dicho gobierno local.

D. Unidad de análisis

Hernández, Collado, y Baptista (2014), explican que la unidad de análisis en el proceso cualitativo se refiere a ese “[...]grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, entre otros... sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia” (p. 384). Para efectos de este trabajo, se tomaron en cuenta documentos con experiencias de la EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales de los países seleccionados (Argentina, Brasil, Chile, México y Perú). De igual forma, se contempló en este apartado la normativa costarricense relacionada con capacidades institucionales municipales.

a. Tipo de muestro

Para la selección de los participantes del proyecto, se utilizaron dos tipos de selección de la muestra, a saber:

La muestra de expertos: Consiste en consultar a expertos en el tema de estudio con la finalidad de obtener información más exacta sobre el fenómeno que se desea analizar. Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos (Hernández, Collado, y Baptista, 2014). En este caso, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a personas con conocimiento sobre la EMS de la OPS/OMS o acciones de promoción de la salud y a sujetos que conocieran sobre el funcionamiento municipal, con la intención de describir a profundidad las capacidades institucionales con las que debe contar un gobierno local para perfilarse como saludable.

Muestras en cadena o por redes (“bola de nieve”): En este caso se identifican participantes clave y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar más datos o ampliar la información y, una vez contactados, se incluyen en el proceso (Hernández, Collado, y Baptista, 2014). Este tipo de muestra se aplicó principalmente en la Municipalidad de Cartago, para contactar personas con conocimientos sobre temas de Promoción de la Salud y sobre el tema de municipios saludables.

b. Sujeto y objeto de estudio

Conforme lo que se ha venido describiendo a lo largo del documento, en este trabajo se analizó la gestión de la EMS de la OPS/OMS en diferentes países, así como los procesos requeridos para incorporar las premisas de la Estrategia en la Municipalidad de Cartago. En este caso, el objeto de estudio fue representado por esta Estrategia e incluyó los procesos

desarrollados en gobiernos locales saludables de cada país seleccionado (Argentina, Brasil, Chile, México y Perú) para incorporar en su quehacer institucional dicha Estrategia.

En cuanto a los sujetos de estudio, fueron personas con conocimientos sobre dicha temática (Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS) o sobre acciones de Promoción de la Salud. En este caso, se consideraron personas profesionales de la Municipalidad de Cartago vinculadas en el proceso de certificación como municipio saludable, así como las que trabajan en la realización, ejecución y evaluación de propuestas de Promoción de la Salud lideradas por este gobierno local.

c. Selección de los sujetos y fuentes de información: criterios de inclusión y de exclusión

Con base en lo anterior, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión, los cuales se dividen en criterios para sujetos y criterios para las fuentes de información:

Cuadro No4.

Criterios de inclusión y de exclusión para la selección de los sujetos y fuentes de información

Criterios de inclusión		Criterios de exclusión	
Sujetos	Fuentes de información	Sujetos	Fuentes de información
Contar con al menos un año de trabajar en acciones de Promoción de la Salud. Tener conocimientos sobre municipios saludables o de acciones que un gobierno local pueda/debe realizar para promover la salud en las comunidades. Preferiblemente que cuente con sede o recinto en el cantón de Cartago.	Documentos sobre acciones de Promoción de la Salud, planificados y/o ejecutados por la Municipalidad de Cartago en los últimos 10 años. Documentos sobre municipios saludables elaborados con base en la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS.	No haber colaborado en algún tipo de acción vinculada a la Promoción de la Salud.	Trabajos investigativos realizados antes del año 1990. Documentos que no cuenten con al menos editorial, fecha o autor. Documentos que no respondan con los instrumentos de recolección de datos Guía de análisis Documental, tanto para la Municipalidad de Cartago, como para los gobiernos locales internacionales.

Fuente: elaboración propia.

E. Beneficiarios del proyecto

La Municipalidad de Cartago fue la principal institución beneficiaria de este proyecto. A su vez, los beneficiarios indirectos fueron los munícipes de este gobierno local, ya que se

buscó facilitar una herramienta que permita incorporar en su gobierno local una visión de Promoción de la Salud, con el fin de incrementar el desarrollo social y el bienestar comunal.

F. Cuadros de categorías de análisis

De acuerdo con los objetivos específicos planteados en esta propuesta de trabajo final de graduación, las categorías de análisis fueron las siguientes:

Cuadro No5.

Cuadro de categorías de análisis I

Objetivo específico 1: Determinar las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago relacionadas con la gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS.					
Dimensión	Definición	Categoría	Sub categoría	Unidad	Técnica
Capacidades institucionales locales para la gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS	Aptitud de adaptarse a cambios administrativos y políticos que según el contexto institucional logre el alcance, la eficacia y eficiencia para plasmar a través de políticas públicas los máximos niveles posibles de valor social (Freigedo, 2013).	Capacidades institucionales locales	Capacidad humana	Preparación académica de personas funcionarias	Entrevista semiestructurada / Análisis documental
				Experiencia laboral de personas funcionarias	
				Formación continua	
				Procesos de contratación	
				Estabilidad de personas funcionarias	
			Capacidad organizacional	Tipo de estructura organizativa	
				Vías de comunicación	
				Liderazgo municipal	
				Espacio geográfico	
				Características poblacionales	
				Tipo de coordinación	
			Capacidad institucional	Reglamentos municipales	
				Rendición de cuentas	
		Eficiencia en el aprovechamiento de recursos			
		Capacidad política	Eficacia en el alcance de metas establecidas		
			Desarrollo de políticas locales		
			Alianzas externas		
		Capacidad financiera	Formulación e implementación de proyectos de desarrollo social con enfoque de salud		
		Gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS	Planificación estratégica municipal	Autonomía financiera	
				Plan de Desarrollo Local	
			Fases de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS	Plan Operativo Anual	
				Sensibilización con la Estrategia	
				Organización de acciones en salud	
Planificación de acciones en salud					
Ejecución de acciones en salud					
Monitoreo y evaluación de acciones en salud					

Fuente: elaboración propia.

Cuadro No6. Cuadro de categorías de análisis II

Objetivo específico 1: Analizar los mecanismos de incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en gobiernos locales de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú.					
Dimensión	Definición	Categorías	Sub Categoría	Unidades	Técnica
Mecanismos de incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en gobiernos locales internacionales	Procesos necesarios para vincular e implementar acuerdos, normas y/o reglas en función de objetivos estratégicos de Municipios Saludables (Cornejo, 2018).	Procesos de vinculación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS según gobierno local	Acuerdos para ser un Municipio Saludable	Políticas	Análisis documental
				Decretos	
				Cartas de compromiso Municipal	
			Voluntad Política Municipal		
			Leyes		
			Planes de gobierno		
		Procesos de implementación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS según gobierno local	Normas y reglas para adaptar la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en gobiernos locales	Salud desde la Municipalidad	
				Recurso económico	
				Talento Humano	
			Planes estratégicos de Municipios Saludables	Líneas de acción	
				Resultados de la aplicación	
				Redes de Municipios Saludables	
		Administración local	Descentralización		
			Autonomía		
Trabajo multisectorial					

Fuente: elaboración propia.

Cuadro No7. Cuadro de categorías de análisis III

Objetivo específico 3: vincular los mecanismos de incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS con las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago.					
Dimensión	Definición	Categorías	Sub Categoría	Unidades	Técnica
Mecanismos de incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en gobiernos locales internacionales	Procesos necesarios para vincular e implementar acuerdos, normas y/o reglas en función de objetivos estratégicos de Municipios Saludables (Cornejo, 2018).	Procesos de vinculación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS según gobierno local	Acuerdos para ser un Municipio Saludable	Políticas	Entrevista a semiestructurada
				Decretos	
				Cartas de compromiso Municipal	
			Voluntad Política Municipal		
			Leyes		
			Planes de gobierno		
		Procesos de implementación de la Estrategia de Municipios Saludables de la	Normas y reglas para adaptar la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en gobiernos locales	Salud desde la Municipalidad	
				Recurso económico	
				Talento Humano	
		Planes estratégicos de Municipios Saludables	Administración local	Líneas de acción	
				Resultados de la aplicación	

		OPS/OMS según gobierno local		Redes de Municipios Saludables
			Administración local	Descentralización
				Autonomía
				Trabajo multisectorial
Capacidades institucionales locales para la gestión de una Estrategia de Municipios Saludables de la OMS/OPS	Aptitud de adaptarse a cambios administrativos y políticos que según el contexto institucional logre el alcance, la eficacia y eficiencia para plasmar a través de políticas públicas los máximos niveles posibles de valor social (Freigedo, 2013)	Capacidades institucionales locales	Capacidad humana	Preparación académica de personas funcionarias
				Experiencia laboral de personas funcionarias
				Formación continua
				Procesos de contratación
				Estabilidad de personas funcionarias
			Capacidad organizacional	Tipo de estructura organizativa
				Vías de comunicación
				Liderazgo municipal
				Espacio geográfico
				Características poblacionales
		Capacidad institucional	Tipo de coordinación	
			Reglamentos municipales	
			Rendición de cuentas	
			Eficiencia en el aprovechamiento de recursos	
		Capacidad política	Eficacia en el alcance de metas establecidas	
			Desarrollo de políticas locales	
			Alianzas externas	
		Capacidad financiera	Formulación e implementación de proyectos de desarrollo social con enfoque de salud	
			Autonomía financiera	
		Gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OMS/OPS	Planificación estratégica municipal	Plan de Desarrollo Local
Plan Operativo Anual				
Fases de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS	Sensibilización con la Estrategia			
	Organización de acciones en salud			
	Planificación de acciones en salud			
	Ejecución de acciones en salud			
Monitoreo y evaluación de acciones en salud				

Fuente: elaboración propia.

G. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Como parte del proceso investigativo, fue necesario elaborar instrumentos que facilitaran al investigador(a) la recolección de la información pertinente. Los datos recopilados dieron sustento a la resolución del problema planteado al inicio del trabajo. Ahora bien, los instrumentos que se utilizaron para dicho fin se describen a continuación:

Análisis documental: Para este proyecto el componente bibliográfico tuvo un peso considerable, pues el tema de estudio ha sido poco explorado en Costa Rica, por lo tanto se utilizó el análisis documental, entendido como “[...]el punto de entrada al dominio o ámbito de investigación que se busca abordar, los documentos fuente pueden ser de naturaleza diversa: personales, institucionales o grupales, formales o informales” (Sandoval, 2002, p. 137).

Para la recopilación de información bibliográfica que atañe a esta investigación, se elaboraron dos instrumentos (para mayor detalle ver Anexo N°1. Guía de análisis documental I y Anexo N°2. Guía de análisis documental II) con los cuales se organizó la información sobre la EMS de la OPS/OMS a nivel internacional y las capacidades institucionales de un gobierno local en Costa Rica, específicamente la municipalidad de Cartago.

Entrevista semiestructurada: esta técnica cualitativa es definida por Guardián (2007), como una mezcla entre la conversación cotidiana y una entrevista formal, donde se tratará de conocer, de una manera más cercana, elementos relevantes para la obtención de información. La aplicación de esta herramienta permite que el entrevistador(a) tenga la libertad de modificar las preguntas originales, formular algunas adicionales o alterar el orden. Asimismo, entre las ventajas de aplicar este tipo de herramienta, Acción Social (2003) señala que se encuentra la riqueza informativa, flexibilidad y el acceso a información diferente de la observada. Esta técnica es adecuada emplearla ya sea como fuente básica de datos o como medio de profundización en el análisis (Sandoval, 2002).

En esta investigación, se realizó una guía de entrevista semiestructurada la cual fue aplicada a personal de la municipalidad de Cartago, con el fin de ahondar en el conocimiento y la percepción sobre las capacidades institucionales que tiene dicha institución para la puesta en práctica de la EMS de la OMS/OPS (para mayor detalle ver Anexo N°3. Guía de entrevista semiestructurada I).

A partir de la información recopilada, mediante la búsqueda bibliográfica y la aplicación de las entrevistas semiestructuradas a personas funcionarias municipales, se

planteó aplicar una entrevista semiestructurada a un actor clave con conocimiento sobre la EMS de la OPS/OMS y del funcionamiento de una municipalidad (de preferencia la Municipalidad de Cartago), con el fin de delimitar los aspectos que deben considerarse para formular lineamientos estratégicos que permitan incorporar la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago (Para mayor detalle ver Anexo N°4. Guía de entrevista semiestructurada II.).

H. Tiempo para la producción de datos

El periodo de tiempo para la producción de datos abarcó al menos tres ciclos lectivos consecutivos, considerando la recolección tanto de fuentes primarias como de fuentes secundarias, así como el análisis de dicha información. Se inició al mes siguiente después de la aprobación de las últimas modificaciones del TFG (anteproyecto) aprobadas por la CTFG de la Escuela de Salud Pública.

I. Plan de análisis de la información recopilada

A partir de la recolección de los datos útiles para la investigación, se examinaron y contrastaron los nuevos hallazgos con lo establecido previamente tanto en los objetivos del TFG como en el marco teórico de la misma. Se debe tener en cuenta que en este trabajo, al ser de corte cualitativo, el tratamiento de los datos respondió a dicho enfoque. Schettini y Cortazzo (1990) proponen “[...]iniciar el análisis con una descripción fidedigna y pormenorizada del contexto, además de describir situaciones e interpretaciones que podrán ir variando a medida que va avanzando el análisis” (p. 73).

La descripción del contexto “[...]puede implicar una descripción de la zona de estudio, del entorno social, económico o político, de una institución u organización; de toda una serie de circunstancias que facilitaran el entendimiento del análisis y su interpretación final” (Schettini y Cortazzo, 1990, p. 74). En este caso, se contextualizó tanto la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS como las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago, principalmente para conocer la compatibilidad de la Estrategia con las condiciones que existen en la institución.

A partir de la contextualización, Sandoval (2002) explica que se puede hacer un archivo y reducción de los datos de las entrevistas y las notas de campo, con el fin de organizar la información recolectada; esto se puede hacer en tres etapas:

- **Primera**, proceso meramente descriptivo, donde se hace acopio de toda la información obtenida, de una manera bastante textual.
- **Segunda**, en la que se segmenta ese conjunto inicial de datos, a partir de unas categorías descriptivas que han emergido de los mismos y que permiten una reagrupación y una lectura distinta de esos datos.
- **Tercera**, en la cual, a partir de la interrelación de las categorías descriptivas identificadas y la construcción de categorías de segundo orden o axiales, se estructura la presentación sintética y conceptualizada de los datos.

Con base en esta división, se planteó primeramente describir los resultados obtenidos de la revisión documental sobre la EMS de la OPS/OMS y la información concerniente a la municipalidad de Cartago. En una etapa previa, se transcribieron las entrevistas semiestructuradas utilizando Microsoft Office Word 2013 para Windows. Una vez realizadas estas tareas, se procedió a separar la información según categorías pertinentes para analizar información y generar resultados.

Al finalizar este proceso, ambos investigadores realizaron la triangulación entre los datos obtenidos en el trabajo de campo, la información documental recopilada y el criterio profesional como personas profesionales en Promoción de la Salud, para generar lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la municipalidad de Cartago.

J. Plan de trabajo

En este apartado se expone la manera en cómo se abordaron las actividades necesarias para recabar información sobre el objeto de estudio, lo cual se dividió en dos cortes temporales: Fase logística y Fase de campo.

➤ **Fase Logística**

Esta incluyó los primeros acercamientos que realizaron los investigadores al centro escuela, en este caso la Municipalidad de Cartago. Para esto fue necesario concretar reuniones con el encargado de la Casa de la Salud. Mediante reuniones, se explicó la propuesta de investigación, además se dio un proceso de negociación sobre recursos para el TFG y participación de la Municipalidad en el trabajo.

A partir de este acercamiento, se concretó abordar el tema de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS como objeto de estudio. Asimismo, en esta fase se deben incluir los procesos de elaboración del protocolo para presentar a la

Comisión de Trabajos Finales de Graduación, así como la búsqueda del comité asesor, ambos componentes requisitos para que el ante proyecto del TFG fuese aprobado y así iniciar el trabajo de campo.

➤ **Fase de Campo**

Esta fase correspondió a las visitas realizadas a la municipalidad de Cartago, específicamente a la Casa de la Salud, con la finalidad de recopilar información a partir de la aplicación de los instrumentos descritos en otro apartado de este documento. Este momento de la investigación fue realizado hasta que se dio una saturación de información, es decir, esta etapa culminó cuando los datos obtenidos no arrojaron información nueva. A partir del levantamiento de datos se procedió con la sistematización y análisis de los hallazgos resultantes de la investigación.

K. Secuencia lógica del proyecto

La secuencia lógica del proyecto se realizó con base en las cuatro etapas de la metodología de indagación apreciativas (descubrir, soñar, diseñar y destinar), las cuales se han descrito en la sección de Diseño de Investigación. Además, la realización de este proyecto se ejecutó con base en el plan de trabajo descrito en el apartado anterior.

L. Recursos y presupuesto para la elaboración del proyecto

A continuación, se describen los recursos que fueron necesarios para la ejecución de dicho proyecto en la municipalidad de Cartago, aunado al presupuesto requerido para la realización de la propuesta de TFG.

a. Recursos

En este apartado se presentan los diferentes recursos necesarios para la elaboración y ejecución de este proyecto, los cuales se clasifican en talento humano, recursos materiales, recursos financieros y recursos espaciales.

➤ **Talento humano**

Se contempla la necesidad de talento humano aprovechando la formación, la experiencia, el conocimiento y las competencias de cada involucrado en esta propuesta de TFG. Para esto se buscó la inclusión de personas pertenecientes a la población meta, así como la participación de personas profesionales afines al tema; tales como:

- Encargado de la Casa de la Salud de la Municipalidad de Cartago, quien fue la principal contraparte, acompañando y validando los diferentes procesos que se realizaron a lo

largo del proyecto, siendo también el principal mediador entre la población meta y los investigadores.

- Dos egresados de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la UCR, quienes fueron los investigadores principales de esta propuesta de TFG. Se requiere de dos investigadores por la complejidad que representa la temática en cuestión, ya que fue necesaria la realización de una revisión exhaustiva de gobiernos locales saludables en los países seleccionados, además de los procesos propios realizados en la Municipalidad de Cartago.
- Personas funcionarias y actores clave con conocimientos sobre la EMS de la OPS/OMS o de acciones de Promoción de la Salud: los cuales fueron de suma importancia para delimitar los aspectos a considerar en la formulación de los lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.
- Tres profesionales que conformen el comité asesor de esta propuesta de investigación: quienes guiaron y fortalecieron el proyecto desde sus respectivos campos de formación.

➤ **Recursos materiales**

Se refiere a las herramientas, equipos o componentes primarios de apoyo que se utilizan para llevar a cabo una determinada función específica. Entre algunos de los recursos materiales que fueron necesarios (se especifican, junto a su valor monetario, en el apartado sobre presupuesto), se destacan los siguientes: Hojas blancas, Fotocopias, Marcadores, Materiales Electrónicos (grabadora, proyector, parlantes, celulares), entre otros.

➤ **Recursos espaciales**

Contempla aspectos de infraestructura utilizable para la realización de las diferentes actividades. Para la realización de esta propuesta de TFG se contó con las instalaciones de la Casa de la Salud, específicamente de una sala de sesiones para un mínimo de tres personas.

➤ **Recursos financieros**

En todo proyecto es necesario elaborar un presupuesto que contemple el gasto general para la aplicación del mismo, esto con el fin de anticipar lo que se torna necesario para su ejecución. Por lo tanto, los recursos financieros consisten en una estimación de los fondos a utilizarse, indicando entradas y salidas según el tipo de insumos, dedicados a la ejecución del proyecto, derivados en montos y cantidad. Dichos recursos financieros se describen en el siguiente apartado referente al presupuesto que fue estimado para esta propuesta de TFG.

b. Presupuesto

A continuación, se procede a desglosar las unidades, precios y cantidades totales que fueron requeridas para el desarrollo del proyecto:

Cuadro No8.

Presupuesto del TFG

Insumo	Detalle	Cantidad	Costo unitario en colones	Costo total	Tipo de financiamiento
Recurso Humano	Bachiller universitario en Promoción de la Salud	4 horas por día (5 días por semana) (2 personas durante 18 meses)	3.357	9.668.160	Personal
Recurso Tecnológico	Grabadora de voz: Marca Sony ICDUX533BLK Digital Voice Recorder –Black	1	53.695	53.695	Personal
	Proyector	1	361.500	361.500	Personal
	Memoria USB: marca Kingston 16 GB	2	5.630	11.260	Personal
	Licencia del paquete Microsoft Office Profesional	2	72.471	144.942	Personal
	Servicio de internet	1 servicio por 18 meses	30.000	540.000	Personal
Físico	Sala de reuniones	3 horas	-----		Personal
	Sala para entrevistas	2 horas	-----		Personal
Recurso Material	Resma de papel bond	2	1.990	3.980	Personal
	Reproducción de los consentimientos informados	30	15	450	Personal
	Engrapadora metálica	1	2.190	2.190	Personal
	<i>Post its</i>	2	5.990	11.980	Personal
	Servicio de impresiones (listas de asistencia, materiales de apoyo)	100	15	1.500	Personal
	Empastes	3	3.000	9.000	Personal
Viáticos	Transporte público: ruta San José- Cartago	Un viaje ida y vuelta, por día durante 72 días para 2 personas	2.600	187.200	Personal
	Alimentación	3 veces por semana, durante 6 meses, para dos personas	4.000	288.000	Personal
	Seguro	2 pólizas estudiantiles de la UCR, durante 12 meses	8.000	16.000	Personal

	Alimentación para presentación final	25	1.500	37.500	Personal
Otros gastos	Gastos no incluidos en el presupuesto (imprevistos)	-----	50.000	50.000	Personal
TOTAL			605.953	11.387.357	

Fuente: elaboración propia.

PLAN DE GARANTÍA ÉTICA

En lo que respecta al plan de garantía ética de la presente investigación, este se acogió a lo establecido por el Comité Ético Científico (CEC) de la Universidad de Costa Rica, en el cual se manifiesta la importancia de informar y proteger, en todo momento, a los sujetos que sean parte de un estudio a realizar. Asimismo, es importante rescatar que la ética, para efectos de esta investigación, fue entendida como aquellos saberes que se abordan desde la óptica de la moral, para concebir la naturaleza de las acciones que realiza el ser humano en su cotidianidad. A su vez, desde una esfera científica, la ética es una rama de las ciencias sociales que se encarga de estudiar, validar y promover el mantenimiento y la reforma de las normas morales (Torres, 2014).

Con base en lo anterior, en esta propuesta de investigación se tomaron en consideración principios básicos que garanticen el respeto y la protección de todos y cada uno de los sujetos que participaron de la misma, tomando como base los principios bioéticos establecidos en el informe de Belmont (1979), a saber: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, así como el principio ético de confidencialidad (Gómez, 2009).

En lo que respecta a la autonomía, entendida como un principio, se dice que se “[...]fundamenta en el reconocimiento del valor de la libertad que tienen las personas, y como consecuencia de este reconocimiento, de la capacidad que tiene cada ser humano para auto determinarse (p. 118). Es así que, desde el principio de autonomía se respetaron los valores, las opiniones y los intereses personales de cada individuo que colaboró en algún momento de la investigación, considerando a éste como un sujeto con derechos que le permiten aportar lo que ellos consideren oportuno, así como retirarse del estudio en el momento que lo deseen.

Por su parte, el principio de justicia “[...]exige la distribución equitativa tanto de los costos como de los beneficios por la participación en el estudio de investigación. Las

diferencias en esta distribución sólo se justifican cuando se basan en distinciones desde lo moral, como lo es la vulnerabilidad” (Osorio, 2000, p. 257). Por lo tanto, bajo este principio fue menester que los beneficios generados en esta investigación fueran equitativos para todos los sujetos que participaron de la misma, dando la oportunidad de ser parte del estudio sin ejercer ningún tipo de discriminación ya sea por género, edad, nivel educativo, orientación sexual, etnia, religión, entre otros.

Concerniente al principio de beneficencia, se debe saber que es “[...]el deber ético de buscar el bien para las personas participantes en una investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones” (Osorio, 2000, p. 256). Para efectos de esta investigación, la beneficencia fue concebida como un derecho de los sujetos que fueron parte del estudio, en el cual la protección del mismo fue fundamental, buscando en todo momento generar beneficios para los mismos y el entorno en el que se desenvuelven, tal como lo es el diseñar lineamientos estratégicos que permitan a un gobierno local en Costa Rica (la Municipalidad de Cartago) incorporar en su quehacer institucional la Estrategia de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS, objetivo principal que persiguió la propuesta de investigación desarrollada a lo largo de este documento.

Sumado a lo anterior se encuentra el principio de no maleficiencia, el cual se basa en no causar algún tipo de daño, a lo largo del proceso de recolección de datos y/o análisis de la información recuperada, a los sujetos que sean parte del estudio (Osorio, 2000). Por lo tanto, esta investigación procuró reducir al máximo los daños que la investigación pudiera ocasionar a las personas que participaron en alguna de las actividades propuestas para recolectar información. La persona pudo sentir en algún momento de la investigación fatiga, molestia y/o cansancio, por lo cual se reiteró que los mismos podían retirarse en el momento que lo deseaban o informar sobre la situación que se presentara para que las personas investigadoras tomaran las medidas pertinentes.

Finalmente, el principio de confidencialidad se refiere a respetar la autonomía de las personas participante de un estudio, mediante el acceso restringido de datos personales (nombre, edad, cargo, entre otros) a terceros, es decir, personas que no sean los investigadores principales del estudio (Gómez, 2009). Para hacer valer el respeto ante la información que facilitaron las personas que colaboraron con el estudio, se especificó que la información personal no sería revelada en los datos analizados y presentados en el documento

final de la investigación y, se solicitó permiso para hacer uso de grabaciones de audio para poder sistematizar, de una mejor manera, la información recolectada.

Los principios éticos anteriormente descritos, fueron considerados como los fundamentales a lo largo de la investigación, con el objetivo de respetar y hacer valer los derechos de todas las personas que fueron parte del estudio. Tomando en consideración esto, se desarrollaron dos formularios de consentimiento informado, dirigidos a los participantes del estudio (ver Anexo N°5. Formulario de consentimiento informado I y Anexo N°6. Formulario de consentimiento informado II).

El consentimiento informado se trata de un escrito en el que se indican los aspectos principales de la investigación, haciendo especial énfasis en el qué y el cómo de la participación de las personas, así como puntualizar los derechos que las mismas tendrán a lo largo del estudio. Por lo tanto, en este documento se describieron aspectos como el propósito de la investigación, el qué se hará, los posibles riesgos y los beneficios de los participantes y la confidencialidad en el manejo de los datos, además de recalcar la voluntariedad como principio para ser parte del estudio y de brindar contactos para que las personas participantes pudiesen ahondar y/o hacer preguntas referentes a la investigación. Finalmente, este manuscrito fue entregado de manera física a cada uno de los sujetos participantes, el cual fue leído y aclarado antes de proceder con la firma del mismo.

Respecto al apartado sobre el propósito de la investigación, se hizo una breve descripción de la investigación a realizar, mencionando a los investigadores principales y el grado académico que buscaban obtener realizando dicho estudio. Además, se dejó claro lo que persiguió el estudio como objetivo principal, con el fin de esclarecer, desde una primera entrada, de qué trataba en sí la investigación.

Por su parte, en el apartado sobre qué se hará, se especificó que la participación de la persona consistía en la presencia a una entrevista semiestructurada, en la cual se hablaría sobre aspectos concernientes a la EMS de la OPS/OMS, así como las capacidades con las que debe contar una municipalidad para incorporar dicha estrategia a su quehacer institucional.

Asimismo, en este apartado se clarificó que la participación en la entrevista semiestructurada tendría una duración máxima de 1 hora con 30 minutos; dicha actividad se llevó a cabo entre los meses de agosto a diciembre del año 2019. Se mencionó que la participación es voluntaria y que la información suministrada sería tratada de manera confidencial, agregando que se podría tomar registro en formato de audio, de ser necesario,

para lo cual se solicitó corroborar si la persona participante estaba de acuerdo con ello. Finalmente, se habló sobre el manejo de la información, la cual será resguardada en dos dispositivos electrónicos (memorias USB) por un periodo de 5 años, para posteriormente ser destruida.

En relación con el apartado sobre los posibles riesgos para el participante, se mencionó que al participar de la investigación se podría vivenciar algún tipo de riesgo mínimo, ya que el individuo podría presentar incomodidad, fatiga y/o ansiedad con las preguntas y/o actividades realizadas. Por su parte, en el apartado de beneficios para el participante, se dejó claro que el participar del estudio no implicaría algún tipo de retribución económica o material, haciendo la salvedad que con el valioso aporte de cada sujeto se podría determinar lineamientos estratégicos que permitan incorporar la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

En el punto de voluntariedad, se recalcó que la participación de cada persona sería totalmente voluntaria y que podrían retirarse en el momento que lo desearan. Aunado a esto, se tiene el punto de confidencialidad, donde se estableció que los datos recolectados, mediante la información facilitada por los participantes, serían tratados de manera confidencial, respetando en todo momento el anonimato de las personas, siendo el documento físico del consentimiento informado el único escrito que tendría el nombre de la persona, mismo que se mantendría aparte de los resultados de la investigación.

Por su parte, se abordó el aspecto de información, en el cual se dieron una serie de contactos para que la persona participante pudiese realizar consultas referentes a la investigación. Por su parte, se recalcó que no se perdería ningún derecho legal al firmar el documento, para finalmente, en el apartado de consentimiento firmar dicho escrito, no sin antes haber aclarado cada una de las interrogantes que las personas pudieran tener respecto al estudio.

SECCIÓN IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En esta sección se detallan los resultados de investigación obtenidos con base en la información recopilada mediante entrevistas semiestructurada aplicadas a personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago, el análisis de documentos a la luz de la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS en gobiernos locales de 5 países latinoamericanos así como documentos propios de la Municipalidad de Cartago.

En primer lugar (objetivo 1), se buscó identificar las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago relacionadas con la gestión de la EMS de la OPS/OMS, para lo cual se entrevistaron a 8 personas funcionarias de dicha institución que cumplieran con los criterios de inclusión de la propuesta. Asimismo, se analizaron Planes de Gobierno, Planes Anuales Operativos (PAO), Informes de Labores Anuales, Políticas Municipales, entre otros, correspondientes a los periodos de gobierno 2012-2016 y 2016-2020. Para complementar, se examinaron documentos como el Código Municipal Costarricense e índices de Gestión Municipal en Costa Rica.

Seguidamente (objetivo 2), se analizaron los mecanismos de incorporación de la EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú, para lo cual se estudiaron 72 documentos; entre ellos se incluyeron artículos científicos sobre el régimen municipal, el sistema de salud y la incorporación de la EMS en cada nación, además de documentos relacionados con los índices de desarrollo humano de cada país.

Posteriormente (objetivo 3), se abordó la vinculación de los mecanismos de incorporación de la EMS de la OPS/OMS con las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago, para lo cual se tomaron en cuenta los principales hallazgos del primer y segundo objetivo, además de la aplicación de una entrevista semiestructurada a una persona funcionaria municipal con amplio conocimiento de la EMS.

En consideración con lo anterior, los resultados obtenidos se detallan en orden con los objetivos específicos planteados, con la premisa de mantener un hilo conductor entre los contenidos abordados y su respectivo análisis, lo que al final proporcionó la información pilar para el desarrollo de lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de la EMS en la Municipalidad de Cartago.

A. Capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago relacionadas con la gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS

Dada la naturaleza del estudio, en primer lugar fue importante identificar la concepción que las personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago entrevistadas poseen respecto al término de capacidades institucionales. Se rescata que se entrevistaron a 8 personas colaboradoras que laboran o tienen relación directa con el Área Social de este gobierno local, ya que esta Área es la que tiene a su cargo las acciones de promoción de la salud y bienestar integral de la comunidad (Municipalidad de Cartago, 2016). Para resguardar la identidad de los participantes, los argumentos brindados por estos se presentan de la siguiente manera: FM (Funcionario Municipal)Número, como por ejemplo FM5.

Según la información recopilada, las personas entrevistadas concibieron capacidades institucionales como “**Las habilidades** que tiene la institución para, este, poder incursionar y desarrollar algún tema en específico, verdad.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019), o bien como “[...]todos aquellos **beneficios**, digamos, o cosas que tenemos para ofrecerle a la población[...]

 (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019). Lo anterior, refleja que dicho término es entendido como algo con lo que se cuenta o con lo que se debe contar para alcanzar un propósito, lo cual va de la mano con lo expuesto por el Banco Interamericano de Desarrollo (2017), quien sostiene que las capacidades institucionales son las habilidades que permiten a una institución poder hacer algo según los intereses y motivaciones que se persigan, para con ello ofertar un servicio de beneficio para la población que se tenga como meta.

Aunado a lo anterior, las personas entrevistadas indicaron que las capacidades institucionales son “[...]**los recursos** que tiene la municipalidad para hacer frente a cualquier tipo de tema que se proponga tratar” (FM5, comunicación personal, septiembre de 2019), así como “[...]infraestructura, personal capacitado, **herramientas** para el resto de colaboradores[...]

 (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019). Estas descripciones refuerzan la idea sobre que las capacidades institucionales son imprescindibles para que una entidad pueda fungir en función de su razón de ser, tornándose así en herramientas y recursos ineludibles en el quehacer de determinada institución (Alessandro, 2002).

Por su parte, las personas entrevistadas señalaron que una capacidad institucional es “[...]como **la capacidad** que tiene, en este caso la municipalidad, de poder llevar a cabo un programa o ejecutarlo.” (FM3, comunicación personal, septiembre de 2019), así como “**La**

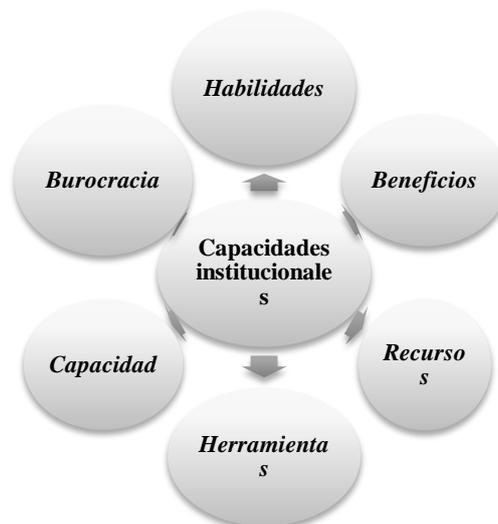
capacidad que tiene la institución para realizar ciertas actividades, o ciertos proyectos.” (FM4, comunicación personal, septiembre de 2019). En estas descripciones, es interesante apreciar que la palabra capacidad se retoma para describir el mismo término, pero terminando bajo una misma concepción: ese algo de lo que se dispone para llevar a cabo las labores que como organismo se ejecuten.

Finalmente, una de las personas entrevistadas indicó que “Una capacidad institucional es **la burocracia** para responder a la ejecución de una política pública.” (FM7, comunicación personal, septiembre de 2019), vislumbrando al término como ese proceso administrativo que lleva a cabo una institución para ponerla en práctica, lo que es parte de las labores de un gobierno local. Esto concuerda con lo expresado por Valenzuela (2016), quien sostiene que las capacidades institucionales deben enfocarse en los procesos que permitan el desarrollo y la ejecución de políticas públicas que respondan con las necesidades de la población que se tenga como meta.

A modo de síntesis, la figura número 4 muestra que las capacidades institucionales para las personas funcionarias entrevistadas de la Municipalidad de Cartago remitieron a lo siguiente:

Figura No4.

Significado de capacidades institucionales según personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago



Fuente: elaboración propia con base en entrevista semiestructurada aplicada a personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago, 2019.

Ahora bien, para aterrizar las capacidades institucionales hacia las funcionalidades de una municipalidad, se preguntó a las personas entrevistadas sobre cuáles son, según su criterio como funcionaria municipal, las capacidades institucionales que debe tener un gobierno local. Para ello, se tomó en cuenta el marco de referencia sobre capacidades institucionales locales utilizado en esta investigación, el cual se basó en la clasificación de Rosas (2009), compuesta por **capacidad humana, capacidad institucional, capacidad organizacional, capacidad política y capacidad financiera.**

En primera instancia, las personas entrevistadas indicaron que las capacidades institucionales de una municipalidad tienen que ver con “[...]tener una adecuada **articulación.**” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019), pues argumentaron que

“[...]es como **una conexión de un planeamiento de trabajo,** porque pues todas las áreas son importantes. Creo que **es una interconexión** en varios de los puntos de los cuales todo se gestiona no solo por medio de la operación sino por medio de presupuesto que hay habilitado para que el gobierno local funcione en todos esos factores.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Aunado a lo anterior, las personas funcionarias entrevistadas enfatizaron que capacidades institucionales locales es “[...]tener una clara **visión** de hacia dónde se quiere llegar para poder utilizar de una mejor forma, de una forma más eficiente y eficaz, los recursos con los que se cuentan.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019), lo cual llevará a una municipalidad a “[...]hacer bien los proyectos, establecer los proyectos, procedimientos, llevarlos a la práctica, ejecutarlos.” (FM4, comunicación personal, septiembre de 2019).

Todo lo anterior tiene relación con **la capacidad organizacional,** ya que una municipalidad debe contar con la capacidad para cumplir con los objetivos que se plantee (Rosas, 2009), lo cual potencie que los planes, programas y/o proyectos se ejecuten según lo planificado desde la visión que como gobierno local se tenga.

Por su parte, las personas entrevistadas rescataron que las capacidades institucionales municipales son **“Infraestructura, personal, recursos económicos.”** (FM5, comunicación personal, septiembre de 2019), además de “[...]espacios **eh, físicos, presupuestos** y diría bueno líderes en cada unidad.” (FM3, comunicación personal, septiembre de 2019), asociado a “[...]la capacidad que tiene el gobierno local para con el recurso que tiene poder desarrollar

todas aquellas, este, eh, programas o proyectos que tenga a futuro.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

Estos argumentos van de la mano con **la capacidad humana** y **la capacidad financiera**, pues contar con talento humano es menester para que el gobierno local logre cumplir con sus metas, además es necesario contar con recurso económico, pues las acciones municipales requieren de capital monetario para ejecutar las Estrategias de gobierno que permitan responder a las necesidades y los intereses de los munícipes (Rosas, 2009).

Ahora bien, las personas entrevistadas también indicaron que una capacidad institucional local es “[...]posibilidades de **gestión** en áreas específicas, verdad, que son las áreas que por decirlo así también competen al gobierno central, pero que nosotros podríamos aplicar en la localidad.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019), además de “[...]mucha promoción digamos de lo que es salud, deporte, cultura.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019). Las anteriores explicaciones tienen relación con **la capacidad institucional**, mediante la cual una municipalidad establece sus normas y reglas para definir su campo de acción (Rosas, 2009) y con ello su razón de ser como institución que vela por el bienestar de la comunidad.

Finalmente, las personas funcionarias entrevistadas externaron que las capacidades institucionales locales deben ser “Las suficientes para atender sus políticas públicas.” (FM7, comunicación personal, septiembre de 2019). Dicho comentario tiene correspondencia con **la capacidad política**, la cual remite a la habilidad que debe tener una municipalidad para responder a las demandas de su población meta, desde las opciones que como ente local se tengan para fomentar el desarrollo social (Rosas, 2009).

Una vez expuesto cómo fue comprendido el término de capacidades institucionales locales, en el siguiente apartado se procede a ahondar en cómo cada capacidad institucional es manejada en la Municipalidad de Cartago, con el propósito de identificar aspectos que propicien a este gobierno local el perfilarse como saludable. Por ello, el análisis de las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago se realizó con énfasis en aspectos vinculados a la Promoción de la Salud y el bienestar social, ya que la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS es en esencia una táctica para la mejora continua de la calidad de vida y del bienestar de las poblaciones (Alessandro, 2002).

a. La capacidad humana de la Municipalidad de Cartago

Tal como lo expone Rosas (2009), la capacidad humana de un gobierno local se basa en el talento humano del cual se disponga. Lo ideal es contar con personas profesionales que, según perfil y formación, permitan a una Municipalidad definir y cumplir metas y objetivos organizacionales. Considerando esto, en este apartado se analizó el talento humano de la Municipalidad de Cartago, con especial énfasis en la identificación de aspectos con los que se contara, desde esta capacidad, para la incorporación de la EMS de la OMS/OPS en dicho gobierno local, abordando los siguientes aspectos:

- **Estabilidad laboral.**
- **Preparación académica.**
- **Experiencia laboral.**
- **Funciones según cargo.**
- **Oportunidades de formación continua y/o crecimiento profesional.**
- **Procesos de contratación internos de este gobierno local.**

Antes de adentrarse en el talento humano de la Municipalidad de Cartago, fue importante conocer sobre el recurso humano del que debe disponer, por ley, un gobierno local en Costa Rica. Según el Código Municipal Costarricense (1998), las Municipalidades son el gobierno local de cada cantón, las cuales, según el Artículo 12, se componen de un cuerpo deliberativo denominado Concejo, el cual debe estar conformado por regidores, así como de un alcalde y su respectivo suplente, todos escogidos por elección popular (Unión Nacional de Gobiernos Locales, 2013); aunado al talento humano que labore en cada Área municipal y sus respectivas Dependencias.

Propiamente, el Concejo Municipal de Cartago cuenta con 10 Concejos de Distrito, los cuales tienen a su cargo Comisiones de Concejo como Seguridad, Asuntos Ambientales, Asuntos Sociales, Asuntos Culturales, de la Mujer y Accesibilidad (Municipalidad de Cartago, 2019), las cuales son permanentes y se vinculan directamente con el fortalecimiento de la calidad de vida de los munícipes cartaginenses. Dichas Comisiones se pueden considerar al perfilar al gobierno local de Cartago como saludable, pues tienen como fin principal el buscar que esta municipalidad desarrolle acciones que promuevan la salud de los pobladores, además de contribuir en la identificación de necesidades prioritarias en la salud integral de los mismos (Municipalidad de Cartago, 2019).

En cuanto a la figura de Alcalde, la Municipalidad de Cartago contó con la particularidad de mantener al mismo jerarca en los últimos tres periodos de gobierno (2008-2012 / 2012-2016 / 2016-2020), lo cual contribuyó en la definición y ordenamiento de la visión organizacional (aspecto que será abordado en el apartado de capacidad organizacional).

Por su parte, la mayoría de la fuerza de trabajo de la Municipalidad de Cartago se concentra en las Áreas y sus respectivas Dependencias. En total, esta municipalidad dispone de 11 Áreas (ver Anexo No7. Áreas de la Municipalidad de Cartago), las cuales para el año 2019 se comprendieron por un poco más de 600 personas funcionarias (Municipalidad de Cartago, 2019), considerando personal de oficina, personal de trabajo en campo y personal de atención directa al consumidor.

Ahora bien, para introducirse en el análisis de la capacidad humana del gobierno local de Cartago, en primer lugar se abordó lo atinente a la *estabilidad laboral*.

Según las personas funcionarias entrevistadas, “La Municipalidad mantiene una muy buena estabilidad laboral.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019), así como que “[...]es muy estable. Es más, ahorita no recuerdo así como que un caso, o sea que conozco que se haya ido.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019), calificándola a su vez como “Muy buena.” (FM5, comunicación personal, septiembre de 2019) o “Excelente.” (FM4, comunicación personal, septiembre de 2019). Lo anterior, según lo observado en los Planes Anuales Operativos (PAO) de los años 2014 a 2019, se pudo comprobar, pues los cargos fijos se han mantenido, a lo largo de los años, en no menos de 530 puestos, como se muestra en la tabla número 1:

Tabla No1.

Total de puestos laborales fijos de la municipalidad de Cartago según nivel, periodo 2014-2019

Nivel	Número de puestos fijos por año					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Superior ejecutivo	11	11	11	11	11	11
Profesional	55	55	66	67	70	78
Técnico	16	16	16	16	17	17
Administrativo	96	96	94	103	106	111
De servicio	353	353	363	376	399	402
Total	531	531	550	573	603	619

Fuente: elaboración propia con base en los PAO de los años 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019.

Con base en la anterior información, la Municipalidad de Cartago se puede considerar como una institución que fomenta el trabajo estable, incrementado su oferta laboral a lo largo de los años. A su vez, esto se pudo inferir con lo expuesto por las 8 personas funcionarias entrevistadas, quienes tienen de 3 a 14 años de trabajar en la Municipalidad de Cartago:

Cuadro No9.

Número de años de laborar en la Municipalidad de Cartago de las personas funcionarias entrevistadas

Persona funcionaria municipal	Años de laborar en la municipalidad de Cartago
FM1	10
FM2	14
FM3	5.5
FM4	7
FM5	7
FM6	5
FM7	4
FM8	3

Fuente: elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas aplicadas a personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago.

El contar con estabilidad laboral podría contribuir a que una institución cuente con personas funcionarias que conozcan y formen parte de la estrategia organizacional que se persiga, potenciando a su vez que los procesos y las actividades para cumplir con metas y objetivos se desarrollen y puedan ser sostenibles con el tiempo, lo cual desde una visión de

Municipio Saludable puede ser favorable, pues es una Estrategia que requiere planificar, ejecutar y evaluar en un ciclo amplio y continuo que requiere talento humano estable (Alessandro, 2002).

Un aspecto interesante a resaltar, sobre la estabilidad laboral en un gobierno local, es lo que rescató una de las personas funcionarias consultadas: “Sí, bueno, la estabilidad yo siento que como institución pública es de las que por lo menos uno siente que sea más estable verdad.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019). Desde este comentario, se apreció como al tratarse de una institución perteneciente al Estado, la estabilidad laboral es concebida como un hecho, pues se tiene la percepción que al trabajar para el sector público el puesto al que se accede será permanente.

No obstante, al tratarse de una institución estatal, la contratación de personas colaboradoras se puede dar generalmente desde dos vías: personas funcionarias interinas (quieren renovar contratos cada cierto periodo de tiempo) y personas funcionarias permanentes (quienes ya no requieren renovar contrato), por lo que la estabilidad laboral se asegura siempre y cuando se cuente con un nombramiento con propiedad (Mardones, 2008), tal y como lo rescató una de las personas consultadas:

“[...]cuando la gente tiene ya la propiedad, es difícil como que vayan a quitar una persona sin razón alguna, de que por ejemplo puede llegar alguien y decir “-diay es que ya voy a quitar, o sea que ya no quiero ese departamento digamos”, diay puede pasar, es una posibilidad, no voy a decir que no; en la práctica lo veo difícil porque ya está dado por ley.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por ello, tal como lo indicó otra de las personas entrevistadas, la estabilidad laboral no se asegura sólo con pertenecer al sector público (máxime si la contratación es por plaza de interino), sino con el desempeño que como profesional se brinde según las funciones que le sean delegadas:

“¿Existe estabilidad laboral? Sí. Sin embargo, la gente tiene un mal concepto de que trabajar para el gobierno siempre va a ser estable; eso depende de la forma en la que usted trabaje, porque independientemente el proceso puede ser largo, pero no te asegura que te van a dejar en el puesto, ya sea por un error, eh involuntario u voluntario, el proceso por más largo o corto que sea no te va a asegurar que te quedés en el puesto. Es nada más que creo que un poquito más que el sector privado, pero

esto relativamente depende de su desempeño.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por lo tanto, si bien existe estabilidad laboral en la Municipalidad de Cartago, esta no solo se debe por ser una institución estatal, sino que depende en igual medida de las aptitudes, las destrezas y el desempeño que cada persona colaboradora ejecute en su quehacer como funcionaria municipal. De aquí que fue importante, en el análisis de la capacidad humana, el profundizar en **la preparación académica, las funciones a cargo y la experiencia laboral de las personas funcionarias**, para con ello identificar el valor agregado que aportan al gobierno local.

En lo que respecta a la *preparación académica*, una de las personas consultadas rescató que la Municipalidad de Cartago cuenta con talento humano formado en diversas ramas del saber, tales como: “[...]aquí tenemos sociólogo, trabajador social, este abogados, este ingenieros, administradores[...].” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019). Asimismo, las 8 personas funcionarias consultadas mencionaron que el talento humano de la Municipalidad es adecuado según el puesto que se desempeñe, ya que este cuenta, por lo general, con formación académica acorde al puesto que se tenga, tal como se observa en los comentarios del cuadro número 10:

Cuadro No10.

Comentarios sobre la preparación académica de las personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago

“[...]cuento con la capacidad profesional que requerimos, personas muy entregadas a su trabajo y con muy buenos conocimientos; profesionales todos que podemos llevar el barco.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

“Está bien calificado, siento que el personal tiene suficiente escolaridad a lo que corresponde[...].” (FM7, comunicación personal, septiembre de 2019).

“Pues sí, me parece bastante bien, bien preparado, bueno los puestos que exigen preparación.” (FM5, comunicación personal, septiembre de 2019).

Fuente: elaboración propia con base en entrevista semiestructurada aplicada a personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago.

Ahora bien, las personas colaboradoras municipales consultadas, indicaron que la preparación académica es un aspecto que se ha ido perfilando a lo largo de los últimos años, ya que en el pasado algunas personas funcionarias no poseían una formación académica

acorde con sus funciones; fueron factores como el tiempo, la experiencia y los derechos laborales, los que facilitaron que estos conservaran estabilidad en el cargo desempeñado:

“Bueno, se ha visto un gran cambio, porque por ejemplo cuando yo entré, [...]había personal, o existe aunque muy poco personal, que con el tema de la escolaridad o con los grados académicos correspondientes para desarrollar ciertas áreas verdad, en su momento pues conocía a varios compañeros que no cumplían con estos requisitos, pero ya por una cuestión de derecho y de plaza desarrollaron estos puestos durante muchísimo tiempo[...].” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

En la actualidad, la formación académica ha tomado mayor relevancia como requisito para formar parte del talento humano de la Municipalidad de Cartago, pues una de las personas consultadas resaltó que

“Sí, en general esto es algo que yo he visto y que me parece que sí, la Municipalidad por lo menos desde que yo estoy, en realidad todo los puestos, por lo menos de la gente que está encargada de ciertos programas, de ciertos Departamentos, eh si tienen requisitos muy específicos que están relacionados con ese puesto.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Aunado a la anterior, el contar con recurso humano preparado es un aspecto percibido como positivo para mejoras en el quehacer organizacional, lo que para el caso de un gobierno local se basa en la oferta de servicios públicos que respondan a las necesidades de sus municipios (Silberberg, 2011), tal como se aprecia con los siguientes comentarios:

“Creo que desde, vamos a ver, tal vez unos diez años para acá, esa parte se ha mejorado mucho. Como te digo, yo tengo 14 y entonces como que sí veo digamos los cambios y últimamente tener o estar contratando profesionales, en cada una de las Áreas, me parece que ha potenciado mucho toda la labor que se está realizando.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

“Sí, sí, sí, exactamente. O sea, no sé si es lo que ocupa, pero por lo menos digamos con los objetivos, hasta donde conozco, si están digamos como muy bien enfocados. Por ejemplo, bueno la Casa de la Salud con el doctor, lo que es la parte de SEMECA que tiene su veterinario... Entonces cada Área ya sea ido profesionalizando y eso es importante verdad...” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

Como se puede observar, disponer de personal con formación académica acorde con las labores a desarrollar fue percibido, por las personas funcionarias municipales consultadas,

como un valor agregado para el gobierno local, pues contribuye al poder profesionalizar y definir las labores especificadas de cada Área y Unidad, para con ello potenciar el alcance de los objetivos organizacionales y con ello crear valor como institución al servicio de la comunidad. Lo anterior, desde una visión de Municipio Saludable puede ser favorable, pues según la OPS (2011) disponer de personas profesionales formadas en diferentes áreas y acordes con determinado puesto o función, contribuye a que la Estrategia se pueda ejecutar desde una visión integradora que permita la identificación de necesidades de salud desde los diversos determinantes que confluyen en el diario vivir de los munícipes.

Ahora bien, según lo indicado por una de las personas colaboradoras entrevistadas, el personal del Área Social, si bien es oportuno, es escaso, pues las Unidades o Departamentos son Unipersonales: “O sea, tenemos profesionales eh con, con muchísimas capacidades y en el Área Social, específicamente, que es donde laboro yo, eh son Unidades y Departamentos unipersonales.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

Esta misma persona funcionaria argumentó que el Área Social y, en general las Áreas y Unidades de la Municipalidad, requieren de más personal, pues normalmente se cuenta con una persona funcionaria a cargo, lo cual lleva a un recargo de funciones: “Si bien es cierto nos apoyamos entre todos, este día nos faltan siempre manos y cabezas verdad. Hemos venido saliendo, como te digo, pero si pudiéramos tener más sería fantástico” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019). A su vez, agregó que se requiere personal profesional “En la parte de Promoción de la Salud.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019), la cual por el momento se encuentra a cargo de una persona profesional en medicina, pero de igual manera con recargo de funciones.

El anterior comentario es importante de rescatar desde una perspectiva de Municipio Saludable, ya que esta Estrategia emplea a la Promoción de la Salud como principal mecanismo para su puesta en práctica (OMS, 2016), valorando así la importancia de contar con personas profesionales que tengan formación en esta área de conocimiento, mismas que cuenten con habilidades y competencias para gerenciar los procesos que permitan a una Municipalidad el perfilarse como saludable, tales como el fortalecimiento del empoderamiento comunitario y con la salud tanto individual como colectiva, así como la identificación de problemáticas de salud y la priorización de estas, con el fin de generar política pública y acciones concretas que impacten, positivamente, los determinantes sociales de la salud, en busca de equidad y justicia social que potencien la generación de valor público para el bienestar poblacional (Barragán, 2007).

Por su parte, en lo que concierne a la *experiencia laboral*, esta es considerada como un aspecto importante para el gobierno local de Cartago, pero no como un determinante para poder optar por determinado cargo, tal como lo refleja el siguiente ejemplo brindado por una de las personas funcionarias consultadas:

“[...]por lo menos en mi caso, de forma personal, es una mezcla algo vacilona por así decirlo, porque me encuentro dentro del Área Social y se pensaría que alguien del Área Social debe ser alguien de ciencias sociales: psicología, sociología, verdad. Sin embargo, yo soy administradora de empresas, el puesto, los requisitos los montaron para un técnico en administración, un técnico asistente, porque básicamente es administrar el programa social y los recursos para que los servicios se den.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

No obstante, esta misma persona funcionaria rescató que si bien la experiencia laboral no es un requisito, es necesario contar con talento profesional que permita equilibrar los procesos y con ello brindar un mejor servicio: “Siento que por otra parte es necesario un poco más de apoyo en la parte de..., tal cual en la parte de atención directa de la población[...] Es muy diferente administrar recursos financieros que administrar recursos sociales[...]” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Finalmente, en lo que atañe a las *funciones según cargo*, las personas funcionarias entrevistadas indicaron que los puestos en los que se desenvuelven tienen congruencia con las funciones que desempeñan. A modo de ejemplo, en el cuadro número 11 se esquematizan los puestos de las personas entrevistadas y las funciones principales que desarrollan:

Cuadro No11.

Funciones de las personas funcionarias consultadas de la Municipalidad de Cartago según puesto

Puesto	Funciones
Dirección del Área Social	Coordinar, dirigir, organizar y determinar los caminos que se van a seguir en el Área Social.
Administración del Centro Cívico por la Paz de Cartago	Administrar el Centro Cívico por la Paz, desde la coordinación con instituciones y actores sociales vinculados al propicio de calidad de vida para las comunidades.
Encargado de la Unidad de la Persona Mayor	Promoción, divulgación y defensa de los derechos de las personas adultas mayores. Adecuación de espacios para que las personas mayores puedan realizar diversas actividades. Organización y ejecución del plan municipal de desarrollo integral de la

	persona adulta mayor.
Encargado de la Unidad de Deporte y Recreación	Realizar actividades tanto recreativas como deportivas para toda la población del cantón central de Cartago.”(FM-4)
Encargado de Salud Ocupacional	Diagnóstico, análisis y prevención de riesgos del trabajo.
Encargado de los Centros de Cuido y Desarrollo Infantil (CECUDI)	Realizar especificaciones técnicas para que los ofertantes presenten propuestas de trabajo; evaluar esa propuesta, evaluar el personal, la experiencia que tengan, los atestados que tenga. La mejor oferta es a la que se le adjudican la administración de los servicios de los CECUDIS. Fiscalizar que los operadores cumplan con lo contratado (lo contratado se estipula mediante licitaciones públicas por demanda y se establece según los lineamientos que pide la normativa regente: Código de Niñez, Ministerio de Salud, la ley de Red Nacional de Cuido y la ley de Centros de Atención Integral).
Encargado de equidad de género y desarrollo social	Supervisar los programas a cargo de la unidad de niñez y adolescencia, de la unidad de centro de cuidado infantil, de los centros de adulto mayor y de la unidad de la mujer. Implementar Políticas con enfoque transversal de género
Encargado del Centro Municipal de Educación para el Cuido Animal	Desarrollo de programas de Salud Pública desde el punto de vista veterinario. Control de sobrepoblación de perros callejeros: captura, castración, desparasitación, vacunación y reubicación. Educación para prevenir que haya abandono y tenencia irresponsable de perros.

Fuente: elaboración propia con base en entrevistas semiestructuradas aplicadas a personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago.

Como se puede apreciar, los puestos tienen congruencia con las labores realizadas, lo cual es importante en el análisis de la capacidad humana de un gobierno local, pues esto propicia que cada persona funcionaria se desenvuelva según el Área a la que pertenezca, para con ello planificar en función de los objetivos y metas que se tengan para contribuir con la visión organizacional (Böhm, 2007).

Ahora bien, otro de los aspectos a valorar desde la capacidad humana de un gobierno local es lo que respecta a **las oportunidades de formación continua para las personas colaboradoras**, en lo cual las personas entrevistadas concordaron en que la Municipalidad de Cartago sí ofrece este tipo de beneficio, pues sostienen que “La Municipalidad por sí sola nos pasa capacitando todo el año en diferentes temas y cosas así.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019), añadiendo que la formación continua es variada y constante a lo largo de los años,

“Sí, de hecho todos los años nos dan capacitaciones, en diferentes temas que se relacionan verdad, entonces eh, por ejemplo a veces hay capacitaciones de lo que es

liderazgo, eh o poder coordinar los equipos de trabajo, eh ahí después si hay unas capacitaciones que son más específicas de cada Departamento, pero sí, cada año hay.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Al revisar los informes de gobierno de los años 2013 a 2019, se logró confirmar los anteriores argumentos, pues a lo largo de estos años la Municipalidad de Cartago unió esfuerzos para propiciar diversas actividades, tales como charlas, capacitaciones, talleres, programas, entre otros, enfocadas al desarrollo y fortalecimiento de capacidades individuales y para el trabajo en equipo, para con ello mejorar la gestión municipal desde personas funcionarias incentivadas y capacitadas para desarrollar y brindar un servicio que sea de beneficio para las comunidades (Municipalidad de Cartago, 2017).

Al tratarse de una organización, uno de los ejes principales en los que se debe capacitar al personal es en las gestiones que se desarrollen a lo interno, es decir, los procesos que se planifiquen en el quehacer institucional. Esto potenciará que las personas funcionarias se desenvuelvan según los lineamientos establecidos por el organismo para el que colaboran y con ello comprender mejor cómo se organiza dicha institución (FEDOMU, 2009). Según lo comentado por las personas colaboradoras entrevistados, la parte de gestión y organización municipal es un área en la cual reciben capacitación, pues indicaron que “Digamos en la parte administrativa, de gestión, de la gestión pública, financiera, de esa parte sí tenemos capacitación verdad.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

Para fundamentar lo anterior, en el cuadro número 12 se muestran, a modo de ejemplo, algunos talleres y/o capacitaciones sobre gestión y organización, de la Municipalidad de Cartago, brindados en los últimos años:

Cuadro No12.

Talleres y capacitaciones sobre Gestión y Organización Municipal dirigidos a personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago

Año	Taller / capacitación
2013	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres dirigidos al Equipo Ejecutivo para planeamiento, seguimiento, autoevaluación y control del Modelo de Gestión Gerencial Municipal con enfoque de GpRD. - Talleres para la elaboración del PAO-Presupuesto 2014, por Área. - Taller sobre Análisis de Datos.
2014	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres y Capacitaciones para Equipos ejecutivos, de mando y línea de la Municipalidad. - Capacitaciones y talleres sobre la norma ISO 9001-2008 para todo el personal municipal. - Taller sobre Formulación y Estrategia dirigido por el área de Planificación Estratégica.

2015	- Taller sobre Preferencial a la Persona Adulta mayor, dirigido a personas funcionarias municipales que tienen algún grado de relación con personas adultas mayores en la ejecución de sus labores diarias.
2017	- Taller de Supervisión y Orientación a Resultados.

Fuente: elaboración propia con base en los informes de gobierno de la Municipalidad de Cartago de los años 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019.

Según la Municipalidad de Cartago (2014), brindar este tipo de capacitaciones permite, en primera instancia, sensibilizar a las personas funcionarias sobre la filosofía institucional, así como comprender cómo los diferentes planes, programas y/o proyectos se deben planificar y ejecutar en función de la estrategia municipal. Siguiendo con la línea de formación continua y/o oportunidades de mejora que el gobierno local de Cartago propone a su talento humano, esta Municipalidad también oferta actividades que son dirigidas tanto a la comunidad en general como a las personas funcionarias municipales, pues

“Existen las capacitaciones tanto abiertas a comunidad como directamente al cliente interno, porque el Área Social sí desarrolla muchas capacitaciones para concientizar o sensibilizar a la población, en las que estamos incluidos como comunidad y/o como colaboradores.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Como un ejemplo de lo anterior, se tiene un taller realizado en el año 2015, el cual tuvo como objetivo fundamental el sensibilizar a la comunidad tanto funcionaria como usuaria, sobre el trato a la población adulta mayor y su legislación (Municipalidad de Cartago, 2015). En dicha actividad participaron tanto funcionarios (40 personas) como munícipes (60 personas mayores), permitiendo así una interacción con población beneficiaria directa de las labores municipales. De igual manera, se cuenta con las diferentes charlas o talleres que se ofrecen en espacios abiertos al público, como las ferias de la salud lideradas por la Municipalidad, en las que se brindan charlas sobre diversos aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Municipalidad de Cartago, 2018).

En general, la Municipalidad de Cartago es una institución que fomenta la formación continua de sus colaboradores, ya que toma esto como un aspecto positivo para el fortalecimiento de capacidades, aptitudes y competencias de sus personas funcionarias, con el objetivo de brindar a sus munícipes un personal capacitado para atender, de la mejor manera, las demandas de los servicios que como gobierno local se oferten (Municipalidad de Cartago, 2017).

En pos de una certificación como Municipio Saludable, el potenciar la formación continua de las personas colaboradoras es un aspecto a considerar, pues en primera instancia fomentaría la generación y el fortalecimiento de capacidades y habilidades de las personas funcionarias para desarrollar sus labores conforme a los requerimientos de la institución para generar valor público. Asimismo, se propiciaría el desarrollo de un ambiente laboral ameno, en el cual la persona colaboradora se pueda sentir parte de la organización, promoviendo así una estructura organizacional con personas funcionarias alineadas al cumplimiento de objetivos y metas institucionales (Cornejo, 2018).

Ahora bien, para finalizar con el análisis de la capacidad humana de la Municipalidad de Cartago, se indagó sobre *los procesos de contratación de este gobierno local*. Según lo argumentado, este gobierno local tiene definido los procesos para reclutar personal, desde funciones establecidas para determinada labor, hasta los requerimientos para poder optar por un puesto:

“Yo considero que la forma de evaluar está muy bien definida, no conozco del todo el manual de puestos pero sí sé que se hace una terna para cada una de las plazas o por cada uno de los concursos, se hace por lo menos una terna y si piden bastantes requisitos, los concursos o las vacantes este definen explícitamente los requisitos que deben tener, dentro de esos requisitos la evaluación del manual de puestos exige que en su mayoría todos cumplan con un grado académico correspondiente al puesto, ya sea para operarios ya sea para jefes, ya sea para auxiliares[...]” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

A modo de ejemplo, se tiene el siguiente comentario, en el cual se indicó que para optar por determinado puesto, es necesario tener formación profesional afín al Área, Departamento o Unidad al cual pertenezca el puesto para el que se aplique:

“[...]diay para ser el encargado de acá tenía que ser un[...], tener conocimiento en áreas que estaban relacionadas con el trabajo que se iba a realizar acá, y lo mismo los otros. Si vos ves, diay pues los encargados de cada Área, Departamento, etc., todos pues suelen tener una profesión que es afín a lo que van a desarrollar y dentro de cada cargo pues ellos tienen sus requisitos.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Lo anterior sirvió como un reflejo de que los procesos de contratación de la Municipalidad de Cartago están definidos para reclutar personal que tenga formación y

conocimientos para determinado puesto que se asigne. Para la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS en este gobierno local, lo anterior contribuiría a la estructuración del perfil profesional óptimo para la coordinación y ejecución de dicha Estrategia, para favorecer la visión que, como gobierno local comprometido con la salud de las poblaciones, se persiga.

A modo de síntesis, la capacidad humana del gobierno local de Cartago reflejó que se fomenta la *estabilidad laboral* y que cuenta con una cartera de profesionales estable, lo que puede favorecer la planificación y ejecución de procesos integrales y alineados con la misión y la visión institucional que se persiga en pos de perfilar al gobierno local como saludable. Asimismo, dispone de personas funcionarias con *preparación académica, experiencia laboral y funciones acordes con el puesto desempeñado*, lo que podría potenciar que la institución se desenvuelva para definir o asignar funciones en pos de cumplir con metas organizacionales, tales como las necesarias para certificar a la municipalidad como saludable.

También, brinda *oportunidades de formación continua y/o crecimiento profesional*, fomentando así el incremento de aptitudes, competencias y conocimientos de sus colaboradores con base en lo que como gobierno local se persiga. Finalmente, dispone de *procesos de contratación definidos*, lo que posibilita el establecer con mayor claridad los requisitos para determinado puesto. No obstante, se rescata que el talento humano es considerado como escaso y que se consideró necesario el incorporar personas profesionales con formación en Promoción de la Salud, las cuales contribuyan en la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local.

b. La capacidad organizacional de la Municipalidad de Cartago

La capacidad organizacional de un gobierno local es aquella que tiene relación directa con la estructura organizacional para el logro de objetivos y metas institucionales (Rosas, 2009). Por ello, en esta capacidad fue importante ahondar en los siguientes aspectos:

- **Estructura organizativa.**
- **Vías de comunicación.**
- **Tipo de liderazgo ejercido.**
- **Espacio geográfico y las características de la población meta.**
- **Tipo de coordinación empleado.**

Para comenzar con el primer aspecto a valorar en esta capacidad local, es decir **la estructura organizativa**, inicialmente fue importante tener una noción de cómo se organiza, administrativamente, un gobierno local en Costa Rica.

A partir del año 1867, se comenzaron a unir esfuerzos para delimitar las funciones de un gobierno local en Costa Rica, las cuales, a lo largo del siglo XX, fueron objeto de diversas modificaciones. Fue en el año 1998 que se crea el Código Municipal (vigente actualmente), documento en el cual se define la estructura base de una Municipalidad (Municipalidad de Cartago, 2019). Según el Código Municipal de Costa Rica, las Municipalidades son el gobierno local de cada cantón, las cuales cuentan con una organización administrativa mínima comprendida por un Concejo Municipal, una figura suprema de mando (Alcalde) y Áreas que colaboren en las diferentes tareas que como gobierno local se deben ejecutar (Código Municipal costarricense, 1998), tal como se ilustra en la figura número 5:

Figura No5.

Estructura administrativa básica de un gobierno local en Costa Rica



Fuente: elaboración propia con base en organigrama de la Municipalidad de Cartago.

En relación con esto y, como se pudo notar en apartados anteriores, la Municipalidad de Cartago es un gobierno local que cuenta con los requerimientos mínimos establecidos por ley, al tener una figura de alcalde, un Concejo Municipal (comprendido por 9 regidores propietarios y 9 suplentes; 11 síndicos propietarios y 11 suplentes) y 11 Áreas que colaboran en la administración local.

Ahora bien, las municipalidades en Costa Rica se distinguen por ser instituciones públicas y descentralizadas que tienen como jurisdicción territorial el cantón al que pertenecen. A su vez, por mandato establecido en la Constitución Política Costarricense

(1949), cuentan con personalidad, patrimonio propio y capacidad jurídica para gerenciar sus procesos, desde una total autonomía administrativa, política y financiera. Por ello, una Municipalidad es concebida como una persona jurídica estatal que tienen a cargo la gobernanza y la administración de los servicios básicos cantonales, tales como alcantarillado, acceso a agua apta para el consumo humano, tratamiento de residuos, ordenamiento de la vía pública, administración y desarrollo del ordenamiento urbano, seguridad cantonal, entre otros (Municipalidad de Cartago, 2019).

Por lo tanto, los gobiernos locales en Costa Rica son instituciones públicas de gran valor dentro del aparato estatal, pues tienen a su cargo el desarrollo de las poblaciones, ya que su quehacer se debe dirigir principalmente a la planificación y ejecución de acciones que promuevan calidad de vida, desde una oferta de servicios pensada en función de responder a las demandas y las necesidades de su población meta (Francisco, 2011). Esto, desde una visión de Municipio Saludable es relevante, pues es una Estrategia que tiene como fin la mejora continua de la salud integral de las poblaciones, desde la promoción de estilos de vida saludables (Alessandro, 2002).

Por su parte, para delimitar el camino organizacional que desea seguir una Municipalidad, la figura de Alcalde junto con su respectivo equipo de apoyo deben presentar un plan de gobierno en el que se establezcan la estrategia y los pilares a seguir. Asimismo, para sustentar cada actividad, proyecto, programa o proceso a seguir (que respondan a lo establecido en el plan de gobierno), el gobierno local debe presentar, anualmente, el Plan Anual Operativo (PAO), documento en el que se indican y justifican los recursos necesarios para alcanzar cada meta y/o objetivo definido en el plan estratégico organizacional. Finalmente, para demostrar, evaluar y definir áreas de mejora, se debe presentar, por año, un informe de labores, en el cual se detalle cada actividad y/o proceso ejecutado en función del PAO y lo definido en el plan de gobierno (FEDOMU, 2009).

En lo que respecta al plan de gobierno, este se planifica para un periodo de 4 años (periodo de gobierno definido por ley para la figura de alcalde), mientras que el PAO y el informe de labores se deben presentar cada año (Municipalidad de Cartago, 2013). El fin de estos documentos es poder delimitar hacia dónde apunta el gobierno local desde su organización interna, tomando como base las necesidades y las demandas prioritarias de los munícipes, además de mostrar a la comunidad las acciones que se planifican y se ejecutan en función de propiciar calidad de vida (Böhm, 2007).

Una vez descrito lo anterior, se procedió con el primer aspecto a considerar en el análisis de la capacidad organizacional de la Municipalidad de Cartago, es decir, *la estructura organizacional*.

Propiamente, en esta propuesta de investigación se analizaron los planes de gobiernos de la Municipalidad de Cartago de los periodos 2012-2016 y 2016-2020, así como los PAO y los informes de gobiernos presentados desde el año 2012 hasta el año 2019. Se escogió este lapso por las diferentes acciones que el gobierno local planificó y ejecutó en función de mejorar tanto su estructura organizacional como su visión hacia un municipio comprometido con el desarrollo integral y sostenible de sus pobladores (Municipalidad de Cartago, 2012).

En lo que concierne a los planes de gobierno 2012-2016 y 2016-2020, estos fueron realizados desde una visión integral, con la que se buscó vincular el Plan Nacional de Desarrollo Humano, los planes y los programas ya establecidos en la Municipalidad, los Objetivos del Milenio y Políticas tanto nacionales como locales, con el fin de promover calidad de vida en el cantón (Municipalidad de Cartago, 2016). En dichos planes de gobierno se puede notar que los pilares establecidos siguen una línea de similitud, lo cual permitió poder darle continuidad a proyectos y programas que impactaron positivamente al cantón:

Cuadro No13.

Pilares de la Municipalidad de Cartago para los periodos de gobierno 2012-2016 y 2016-2020

Periodo	2012-2016	2016-2020
Pilar	Ciudadano o habitante como individuo y Núcleo Familiar	Desarrollo socio-económico inclusivo impacta ciudadanía como individuo y Núcleo Familiar.
	Cantón Central de Cartago como Ciudad.	Cartago Ciudad Histórica y Digital con visión de futuro como Ciudad Inteligente Sostenible con rostro humano.
	Municipalidad como institución.	Desarrollo Institucional para un efectivo Gobierno Local Digital promotor del desarrollo integral y sostenible.

Fuente: elaboración propia con base en planes de gobiernos de la Municipalidad de Cartago de los periodos 2012-2016 y 2016-2020.

Desde estos pilares, la municipalidad buscó impactar e incidir en aspectos fundamentales para el desarrollo del cantón, tales como salud, bienestar, seguridad, equidad de género, educación, participación ciudadana, ambiente, ordenamiento territorial, entre otros, con un énfasis en ofertar una prestación de servicios de calidad para los ciudadanos,

considerando grupos etarios prioritarios (niños, jóvenes, adulto mayor, mujeres, entre otros) y las necesidades sentidas por el conglomerado (Municipalidad de Cartago, 2016). Para alcanzar esto, este gobierno local unió esfuerzos para fortalecer la estructura organizacional interna, desde la puesta en práctica de procesos que permitiesen la mejora continua de la Municipalidad y con ello generar valor público.

Prosiguiendo con lo anterior, desde el pilar “Municipalidad como institución” (del plan de gobierno 2012-2016), se planteó el reorientar la administración interna hacia prácticas y procesos novedosos basados en la planificación estratégica, así como la gestión y el control de la calidad en la prestación de servicios (Municipalidad de Cartago, 2012), obteniendo así una estructura organizacional basada en una estrategia institucional de Gestión para Resultados en el desarrollo (GpRD), tal como se menciona a continuación: “En el caso específico de la municipalidad de Cartago, hay un fenómeno muy particular y es que nosotros trabajamos con un modelo de planificación centralizada que se basa en una metodología de GpRD; [...] además, tenemos una norma de calidad ISO.” (FM7, comunicación personal, septiembre de 2019).

Es así que a partir del año 2013, la Municipalidad de Cartago comenzó a capacitarse para poner en práctica una estrategia institucional de GpRD, con el fin de fortalecer

“[...] la Gestión Gerencial Pública Municipal, caracterizada por la implementación de la estrategia de GpRD, generadora de una cultura de trabajo en equipo, planificado y evaluado, mediante una gestión de calidad, que garanticen la innovación, creatividad, modernidad, estándares de calidad, efectividad en la generación de valor público y mejores condiciones de vida de la ciudadanía que estimule e impacte el desarrollo sostenible del Cantón.” (Municipalidad de Cartago, 2013, p. 199)

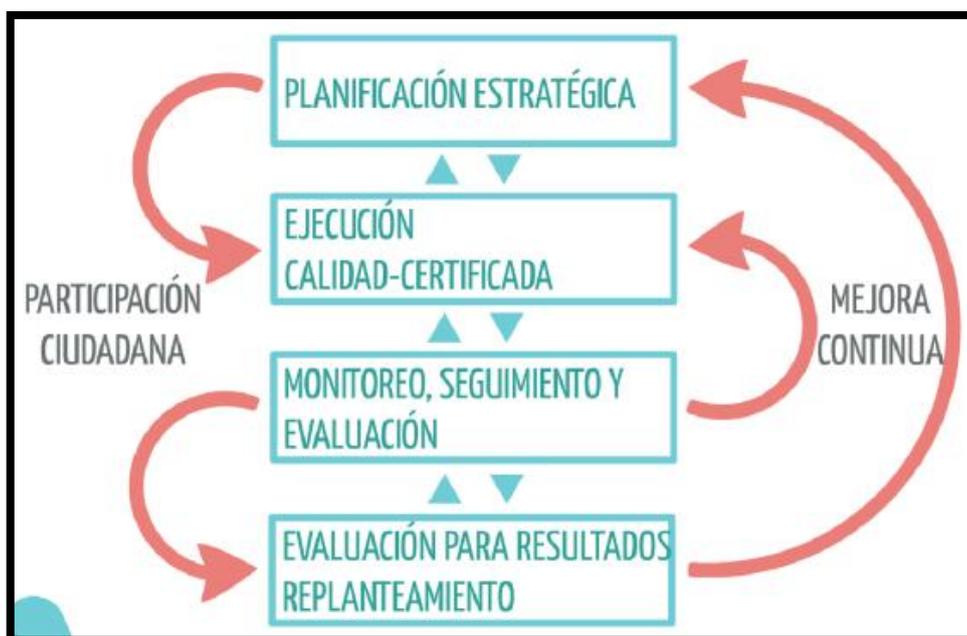
Según MIDEPLAN (2016), la GpRD es una estrategia que se enfoca en el alcance de resultados mediante la planificación conjunta de objetivos e indicadores organizacionales, con el fin de evaluar alcances e impactos que propicien generar valor público. Además, se busca una mejora en la administración de los recursos materiales y monetarios, así como del talento humano del que dispone el gobierno local, para con ello impactar los procesos organizacionales. Finalmente, desde una visión de GpRD, se fomenta una mejora en la toma de decisiones, ya que esta estrategia se enfoca en una toma de decisiones consensuada, donde la gestión del conocimiento (capacitaciones, talleres, charlas, entre otras) es de gran valor para el desarrollo de competencias del talento humano y, donde la participación ciudadana es

clave para ofertar una gestión transparente, por lo que la rendición de cuentas y el involucramiento de la comunidad es vital para el logro de objetivos y metas organizacionales.

Mediante el desarrollo de talleres sobre Gerencia Municipal con enfoque de GpRD y Normas ISO, en los que se involucraron a todas las Áreas de la Municipalidad de Cartago, así como capacitaciones para mejorar prácticas de liderazgo institucional con enfoque de servicio de calidad al usuario (Municipalidad de Cartago, 2013), este gobierno local logró reorientar su organización hacia una gestión por procesos y basada en resultados, dando lugar al siguiente modelo de gestión municipal:

Figura No6.

Modelo de Gestión Gerencial de la Municipalidad de Cartago



Fuente: Municipalidad de Cartago. (2017). *Informe de Labores, 2016*. [Archivo PDF].

Un aspecto fundamental de la GpRD, es que esta estrategia se debe gerenciar desde una planificación que surja de altos mandos, pues “[...]al ser una planificación centralizada, es el plan de trabajo de la alcaldía el que se refleja en la planificación y nosotros en realidad respondemos a la planificación según los informes físicos financieros de nuestro modelo de gestión.” (FM7, comunicación personal, septiembre de 2019).

Como se ha expuesto anteriormente, la visión de GpRD es una propuesta para la reorientación de los procesos organizacionales de la Municipalidad de Cartago liderada desde

la Alcaldía Municipal, ya que fue incluida como uno de los tres pilares del plan de gobierno del periodo 2012-2016. Esto permitió que, desde altos mandos, la información fluyera hacia las diferentes Áreas y dependencias del gobierno local, logrando así una visión conjunta sobre lo que como organización se buscaba alcanzar y lo necesario para lograrlo, puesto que “La GpRD establece que los jefes de las instituciones asuman responsabilidades por el logro de resultados y no solo por el simple hecho del cumplimiento de funciones (MIDEPLAN, 2016, p. 35).

Desde la GpRD, la Municipalidad de Cartago buscó alinear, de una mejor manera, los programas, planes y/o proyectos liderados por las diferentes Áreas municipales, con el fin de obtener resultados que respondan a los objetivos y metas organizacionales, ya que la GpRD busca facilitar una orientación “[...]efectiva e integrada de su proceso de creación de valor público (resultados) con el fin de optimizarlo, asegurando la máxima eficacia y eficiencia de su desempeño, la consecución de los objetivos de gobierno y la mejora continua de sus instituciones (MIDEPLAN, 2016, p. 15). Como ejemplo de lo anterior, se contó con el siguiente testimonio:

“Sí, digamos, dentro de pues ya el plan estratégico municipal, hay lineamientos verdad muy generales, entonces nosotros, obviamente para desarrollar los objetivos, nos tuvimos que basar ahí, entonces eh por ejemplo, este centro en específico tiene objetivos que nosotros sabemos que tenemos que cumplir, eh a partir de eso pues nosotros desarrollamos ya, pues la forma en la que se van a llevar a cabo. Entonces por ejemplo nosotros tenemos un objetivo general que es diay que está dado desde todos esos lineamientos estratégicos[...]” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por lo tanto, el trabajar desde una estrategia basada en GpRD ha fortalecido la estructura interna del gobierno local de Cartago, ya que “El municipio digamos ha ido creciendo con base a la consecución de todos los objetivos.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019), propiciando así una estructura organizativa alineada con los objetivos de trabajo planteado, pues se rescató que “En general me parece que la organización va acorde a los objetivos que hay que cumplir.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Para la incorporación de la EMS de la OMS/OPS en la municipalidad de Cartago, la reestructuración organizacional potenciada (hacia una GpRD) podría ser favorable, pues

desde este tipo de gestión se lograría incluir, con mayor facilidad, a la Promoción de la Salud como un eje transversal en las acciones que como municipio se lideren, ya que es un tipo de gestión que permite incorporar determinada visión en todas las partes que componen a una organización (Municipalidad de Cartago, 2017), desde una mirada multisectorial que impulse el desarrollo de planes, programas y proyectos que tengan como énfasis el bienestar de las poblaciones (Alessandro, 2002). Además,

“La GpRD constituye en sí misma una orientación del accionar de las instituciones públicas hacia los ciudadanos, implicando un cambio cultural y un fortalecimiento institucional que establece como centro de atención el fin último de la administración pública: generar resultados que se traduzcan en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.” (MIDEPLAN, 2016, p. 3)

Continuando con las mejoras gestionadas en la estructura organizacional de la Municipalidad de Cartago, se rescata que también se incluyó la Norma ISO 9001, INTE-ISO-IWA o Norma 18091 para Gobiernos Locales, la cual es una norma internacional que se centra en identificar y analizar todos los componentes de calidad con los que una institución debe contar en su administración, para con ello tener una organización efectiva que propicie gestionar y mejorar, continuamente, la calidad en los servicios que se oferten (Municipalidad de Cartago, 2014). Por lo tanto, un Sistema ISO 9001 es, básicamente, una guía para todos los procesos que intervienen en la calidad de los servicios prestados (Municipalidad de Cartago, 2018). Con lo anterior, este gobierno local logró arraigar en su estructura organizativa un modelo de gestión municipal con enfoque de GpRD, articulado mediante un sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001 (Municipalidad de Cartago, 2019).

Fue así que para el año 2015 la Municipalidad de Cartago se perfiló como el único gobierno local, a nivel país, en ser certificado en todos sus servicios, lo que aparte de contribuir en la sostenibilidad y viabilidad de la GpRD en dicho gobierno local, podría fomentar de igual manera una prestación de servicios consistente y eficaz que permita la generación de valor público que impacte la calidad de vida de los ciudadanos, ya que el fin de la GpRD es “[...]propiciar cambios sustanciales en la gestión pública y lograr consecutivamente mejoras en las condiciones de vida de los costarricenses” (MIDEPLAN, 2016, p. 3).

Desde una visión de Municipios Saludable (MS), el contar con una estructura organizativa como la ejecutada por la Municipalidad de Cartago podría favorecer que las diferentes etapas de dicha Estrategia se alineen con la planificación municipal, desde actividades y/o proyectos que ya el gobierno local desarrolle (con enfoque de Promoción de la Salud) o desde una planificación alineada con los objetivos instituciones que permita planear, ejecutar y evaluar en pos de mejoras continuas y el arraigo institucional, tal como se mencionó en el siguiente comentario:

“Para la implementación de una estrategia, como la que ustedes están viendo, es sumamente positivo verdad, porque por ejemplo lo que hace uno es transformar los objetivos de un programa, como el de cantones amigables con las personas adulta mayor. Digamos, se toman las variables de lo que implicaría la certificación de Municipio Saludable[...], se mete en la planificación de alguien que los ejecute, que probablemente aquí sería el departamento de[...] y se convierte eso en un plan institucional contra la planificación. Ves, así es como funciona.” (FM7, comunicación personal, septiembre de 2019).

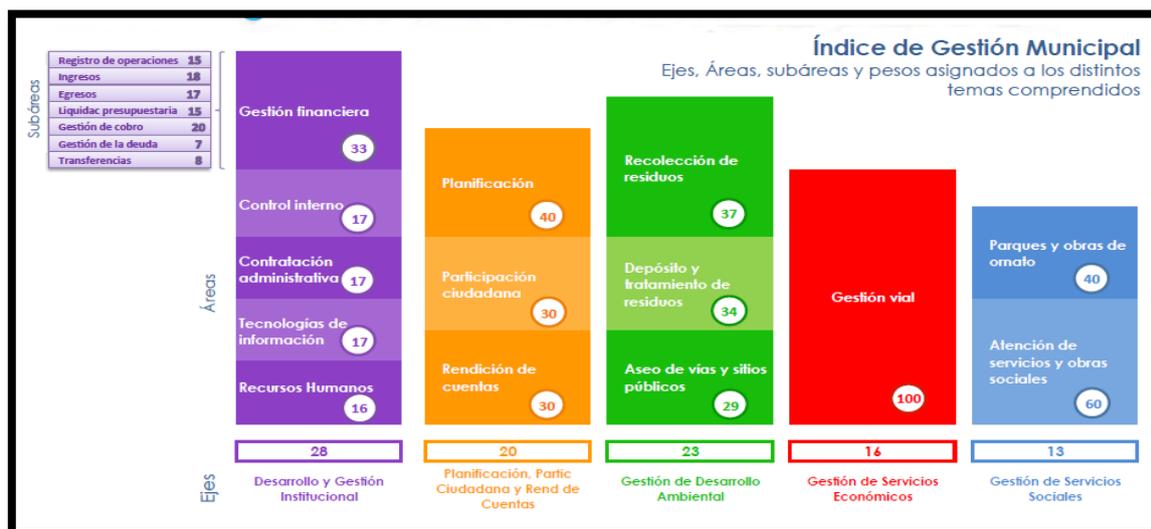
Ahora bien, el trabajar desde una visión de GpRD articulada desde la Norma ISO 9001 permitió un crecimiento positivo en las capacidades del gobierno local de Cartago, dando como resultado mejoras en el Índice de Gestión Municipal (IGM) que, año con año¹ evalúa la Contraloría General de la República en todas las Municipalidades del país.

Según la Contraloría General de la República (2002), el IGM, en un inicio, se creó para evaluar la gestión realizada por los gobiernos locales en materia de planificación, participación ciudadana, gestión de recursos monetarios, planificación urbana y procesos de elección popular de alcaldes. No obstante, en el año 2010 el IGM se replanteó con el objetivo de ampliar las áreas evaluadas, lo que dio lugar a un sistema de evaluación llamado “Sistema de Medición Integral Municipal” (SIMIM), compuesto por los siguientes cinco ejes: 1- Desarrollo y Gestión Institucional, 2-Planificación, Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas, 3-Gestión en Protección del Medio Ambiente, 4-Gestión de Servicios Económicos y 5-Gestión de Servicios Sociales (Contraloría General de la República, 2011). Cabe mencionar que el IGM está conformado por 61 indicadores, los cuales se desagregan en los 5 ejes, mismos que a su vez se dividen en áreas, como se muestra en la figura número 7:

¹Específicamente a partir del año 2008, pues antes se presentó en los años 2002, 2005 y 2006; el último informe fue presentado en el año 2019.

Figura No7.

Aspectos que evalúa el Índice de Gestión Municipal



Fuente: Contraloría General de la República. (2012). *Resultados del Índice de Gestión Municipal del periodo 2011. Séptimo informe.* [Archivo PDF].

Como se puede apreciar, los aspectos evaluados en el IGM responden a labores que las municipales deben gerenciar conforme a sus obligaciones establecidas por ley. La Municipalidad de Cartago, como ya se ha aludido, obtuvo mejoras en el IGM, las cuales se deben, en gran medida, a la aplicación de la estrategia institucional basada en GpRD articulada desde la Norma ISO 9001. Como ejemplo de lo anterior, se muestra el cuadro número 14:

Cuadro No14.

Porcentajes de la Municipalidad de Cartago obtenidos en el IGM según año

Año	Eje 1- Desarrollo y Gestión Institucional	Eje 2- Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas	Eje 3- Gestión en Protección del Medio Ambiente	Eje 4- Gestión de Servicios Económicos	Eje 5- Gestión de Servicios Sociales	Ponderado Total (calificación final IGM)
2010	69,07	30,25	33,43	43,19	54,23	47,04
2011	84,29	66,31	43,37	70,50	54,75	65,24
2012	88,0	77,3	66,4	67,9	55	73,40
2013	92,8	85,2	71,3	70,6	73,1	80,23
2014	95	84,0	72,6	65,8	62,4	78,75
2015	92,94	84,86	56,94	71,80	87,60	78,97
2016	94,21	86,14	74,40	67,17	77,55	81,04
2017	94	85	70	83	77	82,54
2018	92,60	86,08	59,79	74,80	68,50	77,78

Fuente: elaboración propia con base en los IGM de los años 2010 al 2018.

La estrategia de GpRD fue incluida en la Municipalidad de Cartago a partir del año 2013, mientras que la norma ISO 9000 a partir del año 2015. Como se puede vislumbrar, desde el año 2013 este gobierno local comenzó a aumentar el IGM, pasando de un 47,04 en el año 2010, a un 80,23 en el año 2013. Asimismo, el eje 1, sobre desarrollo y gestión municipal, fue el de mayor crecimiento, pasando de un 69,07 en el año 2010 a un 92,8 en el año 2013.

Estos resultados pueden estar asociados con las mejoras en la estructura organizativa, implementadas en la Municipalidad de Cartago, lo que podría repercutir en una prestación de servicios de calidad, traducidos en el disfrute de mayor bienestar para los munícipes y en el acceso a nuevos y mejores servicios (Municipalidad de Cartago, 2017), lo cual contribuiría a su vez en la visión hacia municipio saludable, pues, como lo indica la Red Mundial de Ciudades y Gobiernos locales y Regionales (2016), un gobierno local saludable debe ser aquel que tenga como principal objetivo la mejora continua de la calidad de vida de las poblaciones, desde una oferta de servicios que genere valor público para el desarrollo sostenible de las poblaciones.

Ahora bien, otro aspecto en el que este gobierno local se ha visto beneficiado, desde los cambios efectuados en su estructuración organizativa, es en el Índice de Competitividad Cantonal (ICC), el cual tiene como objetivo el medir la capacidad de los diferentes cantones del país (81 cantones) para generar productividad y competitividad (Municipalidad de Cartago, 2017). El ICC valora a los cantones desde siete pilares, a saber: 1-Económico, 2-Infraestructura, 3-Clima Laboral, 4-Gobierno, 5-Clima Empresarial, 6-Capacidad de Innovación y 7-Calidad de Vida.

Según los resultados del ICC, el cantón de Cartago pasó de la posición número 13 (en el año 2006), a la posición número 8 (en el año 2011), escalando 5 posiciones en términos de competitividad laboral (Universidad de Costa Rica, 2017), reflejo de las mejoras obtenidas a raíz de la reestructuración organizacional gerenciada por la Municipalidad de Cartago.

Por su parte, en el año 2018, el gobierno local de Cartago, en miras de madurar su modelo de gestión municipal con enfoque de GpRD articulado mediante un sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001, tomó la decisión de alinear los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), de la agenda 2030 de la ONU a su estructura organizacional. Con esto, este gobierno local buscó fortalecer el cumplimiento de los derechos humanos así como promover el desarrollo sostenible del cantón. Como ejemplo de lo anterior, en el cuadro

número 15 se muestra como los ODS I Fin a la pobreza, II Hambre cero y III Salud y Bienestar, fueron incluidos en la planificación municipal:

Cuadro No15.

Alineamiento de los ODS III, IV y V en la planificación estratégica de la Municipalidad de Cartago

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	Objetivo estratégico mundial (alcance)	Estrategias municipales	Área Municipal Responsable
III-Salud y Bienestar	Ayudar a las personas a vivir más tiempo y en mejores condiciones, garantizando una vida sana y promoviendo el bienestar para todos en todas las edades.	1-Promover diversos programas de salud dirigidos a los sectores cantonales más desfavorecidos, permitiendo a las personas vivir más tiempo y en mejores condiciones.	Social
		2-Propiciar el acceso a los servicios básicos a todos los habitantes del cantón, promoviendo el bienestar de todos los estratos sociales de la población.	Alcaldía Municipal
IV-Educación de calidad	Proporcionar a todas las personas el acceso a la educación, a la formación y al pleno desarrollo de su potencial, garantizando una educación inclusiva, equitativa y de calidad, promoviendo oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.	1-Identificar y abordar las barreras que impiden la asistencia a las escuelas en las comunidades, enfatizando en las más vulnerables para asegurar que tengan acceso a la educación y a una formación para su desarrollo.	Social
		2-Integrar programas de formación técnica y profesionales en las estrategias de desarrollo económico-local, con proyección y oportunidades de inserción en el mercado laboral.	Social
		3-Promover diversos programas y oportunidades de aprendizaje dirigidos a todos los estratos sociales del cantón.	Informática
V-Igual de género	Acabar con la violencia y la discriminación contra las mujeres y asegurar que tengas las mismas oportunidades en todos los ámbitos de la vida, logrando la igualdad entre los géneros y empoderando a todas las mujeres y niñas.	1-Propiciar políticas públicas de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres a través de la prestación de servicios no discriminatorios y de prácticas de empleo justas.	Social
		2-Identificar y abordar la violencia y las prácticas perjudiciales contra las mujeres.	Social
		3-Atraer más mujeres a diversos cargos electos a nivel local para lograr un mayor empoderamiento de las mujeres.	Social
		4-democratizar la igualdad de género en todos los ámbitos laborales a fin de abordar las múltiples barreras para la capacitación y la autonomía de las mujeres.	Social

Fuente: elaboración propia con base en informe de labores de la Municipalidad de Cartago, 2018.

En general, los cambios que ha gerenciado la Municipalidad de Cartago en su estructura organizativa, en los últimos años, han permitido que este gobierno cuente con una oferta de servicios variada (de deporte, empleo, educación, promoción de salud y prevención de enfermedades, seguridad vial, medio ambiente, entre otros) y pensada en las necesidades e intereses de las comunidades, todo ello repercutiendo en los determinantes sociales que confluyen en el cantón de Cartago, que como bien lo sostiene Barragán (2007) dan como resultado la generación de valor público.

Con base en lo anterior, al preguntar a las personas funcionarias municipales entrevistadas sobre su percepción de hacia dónde está apuntando el gobierno local de Cartago, con las mejoras implementadas en la estructura organizativa, todas coincidieron en que se apunta hacia el factor salud, aludiendo a que la visión del jerarca municipal se enfoca mucho hacia temas vinculados con la salud:

“Nosotros, actualmente, si estamos muy focalizados en la parte de salud; el plan de gobierno del señor alcalde para esta vez iba muy direccionado y muy enfocado en todos los temas de salud: estamos construyendo EBAIS en terrenos municipales con plata municipal para fomentar esto, y nosotros no estamos pensando en la salud como este Atención Primaria verdad, sino que vamos más allá, a la Prevención y Promoción, no esperar estar enfermos, sino más bien prevenir que las personas se enfermen.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

Además, señalan que

“Antes digamos estaba muy relacionado el tema de deporte y todo lo demás, lo que pasa que ahora, como que todos nos vamos enfocando como di tenemos que mejorar la salud, entonces di habemos muchos digamos que estamos alrededor de, que estamos trabajando hacia eso verdad.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

Lo anterior muestra que si bien la Municipalidad ya venía abordando temas afines a la salud, fue desde la reestructuración municipal que se promovió, con mayor acento, que las diferentes Áreas Municipales se enfoquen hacia temas de salud, promoviendo la planificación de acciones que busquen impactar la salud integral de los ciudadanos, como se ejemplifica con el siguiente argumento:

“Al final de todo lo que hacemos, si juntás el Área deportiva, es salud; eh, un enfoque importantísimo y que de verdad que muy poca gente quizá lo sabe, inclusive para uno

como funcionario, el tema de SEMECA verdad[...]. El parque ambiental, que también está es promoviendo salud. Desde acá de Centro Cívico, programas preventivos, diay todo digamos se está repercutiendo hacia factor salud.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

La visión que ha venido liderando el gobierno local de Cartago hacia una atención integral de la salud de los pobladores podría ser un factor favorable para la incorporación de la Estrategia de MS de la OPS/OMS, pues Municipios Saludables es una Estrategia para la búsqueda de salud para todas las personas, la cual se ejecuta desde el desarrollo de propuestas que potencien la reducción de inequidades en salud desde la identificación y priorización de problemas que afecten directamente los determinantes sociales de la salud (Alessandro, 2002).

Una vez comprendida la estructura organizacional de la Municipalidad de Cartago, se prosiguió con el siguiente aspecto a valorar en el análisis de la capacidad organizacional, el cual remite a *las vías de comunicación empleadas*, con el fin de conocer cómo se da el flujo de información entre las diferentes Dependencias que conforman la institución.

Con respecto a este punto, las personas funcionarias municipales consultadas concordaron en que las vías de comunicación internas son factibles, ya que permiten que la información fluya y con ello el trabajo para el logro de objetivos organizacionales se haga más llevadero, tal como se muestra a continuación:

“[...]ha sido una comunicación muy buena y todos hemos trabajado digamos para alcanzar los objetivos, cada uno digamos de nuestra Área, pero al final de cuentas estamos trabajando para los objetivos municipales, entonces eh eso hace que digamos nos fortalecemos en la relación laboral y también el servicio que estamos dando a los ciudadanos, entonces también diay se incrementa verdad y es mejor.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

De igual manera, se sostuvo que la comunicación entre altos mandos y las diferentes Áreas que conforman el gobierno local de Cartago es fluida, indicando que la comunicación “[...]siempre se ha manejado y ha sido desde la cabeza verdad, siempre fluye la información hacia abajo; dependiendo de temas se quedan en los mandos altos o sino va fluyendo.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019), además de señalar lo siguiente: “Generalmente, digamos ya si uno requiere algo de él [Alcalde], uno lo hace a través de la oficina de él, digamos de su secretaria o de sus asistentes.” (FM3, comunicación personal, septiembre de

2019). Lo anterior podría dar a entender que la comunicación a lo interno de la Municipalidad es fluida entre la cabeza y el resto de la institución, lo que al final potencia que las personas funcionarias logren entender y funcionar con base en las mejoras que se han aplicado a la estructura organizacional del gobierno local.

Aunado a lo anterior, las personas funcionarias consultadas rescataron que las vías de comunicación son lineales y que siempre existe una apertura a la escucha, ya sea entre altos mandos y Áreas de la Municipalidad o entre Áreas y/o Departamentos:

“Sí, siempre existe la comunicación lineal y ascendente, casi nunca descendente. Normalmente se le solicita, ya sea si es a una coordinación a otro Departamento que no tenga que ver con el Área Social, se le comunica directamente al jefe para que él haga la delegación de la coordinación con sus subalternos, pero la comunicación casi siempre va a ser lineal de Unidad a Unidad o ascendente, de Unidad a jefe de otra Área o algo así.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Un aspecto interesante a resaltar es que la comunicación entre Áreas y/o Departamentos que se encuentran a un mismo nivel fue percibida como positiva, ya que señalaron que “Mi experiencia si he tenido digamos muy buena comunicación con los rangos digamos que estamos este en el mismo nivel.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019), catalogando a la comunicación como fácil, “[...]porque digamos los compañeros siempre han tenido como mucha apertura en ese sentido. (FM3, comunicación personal, septiembre de 2019). Esto de igual manera podría repercutir en la estructura organizacional, pues el contar con una comunicación de fácil acceso y concebida como buena contribuye al logro de metas y objetivos organizacionales (Estaba, 2008).

Con respecto a los medios empleados para comunicar a lo interno, la Municipalidad de Cartago dispone de un correo institucional (con el dominio @muni-carta.go.cr), además de reuniones entre jefaturas o entre Áreas:

“Entonces lo que se utiliza generalmente, bueno existen las reuniones de todo el personal; existen las reuniones de jefaturas y encargados de Unidad con jefaturas diarias, que ya serían directamente con la alcaldía, pero si se trata de que fluya. Todo lo que se pasa a arriba se pule y se permea. Igualmente mantenemos este los correos institucionales donde siempre se pasa mandando información.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por su parte, en lo que refiere a una comunicación externa, es decir hacia la comunidad, la Municipalidad de Cartago ha establecido una estrategia de comunicación integral, desde la cual se ha tenido como prioridad el informar a los munícipes sobre los procesos que desarrolla, lidera y potencia el gobierno local, así como brindar una adecuada rendición de cuentas (Municipalidad de Cartago, 2019).

Para ello, desde el Área de Cultura y Comunicación, esta Municipalidad ha gerenciado “una estrategia robusta de divulgación que permite mantener flujos de información hacia la ciudadanía, aprovechando herramientas de comunicación e información municipal, medios de comunicación masiva nacionales y locales, y redes sociales.” (Municipalidad de Cartago, p. 627, 2018). Es así que para transmitir información a las comunidades, la Municipalidad de Cartago dispone de los siguientes medios: página de Facebook, Twitter, mensajería de texto y correo electrónico, perifoneo y página web (Municipalidad de Cartago, 2019).

El facilitar y potenciar diversas vías de comunicación, tanto a lo interno como a lo externo, favoreció que el gobierno local de Cartago se certificará como una Municipalidad abierta, transparente y participativa (Municipalidad de Cartago, 2019), lo que ha fomentado una mayor participación ciudadana en los procesos que lidera el gobierno local, ya que se dispone de diversos medios de comunicación para comprender y saber sobre la oferta de servicios y el fin con el que estos son brindados. Además, las vías de comunicación facilitadas han dinamizado las relaciones entre Áreas y Departamentos municipales, así como entre la institución y la ciudadanía, convirtiendo así a la comunicación como una herramienta o un mecanismo efectivo para cumplir con las metas y objetivos organizacionales (Municipalidad de Cartago, 2019).

Lo anterior, desde una visión de Municipio Saludable, puede valorarse como una fortaleza, pues contar con diversos mecanismos de comunicación favorece la identificación de las necesidades prioritarias en salud a bordar, así como para promover el interés y el involucramiento comunitario en las acciones que en el gobierno local se promuevan (Alessandro, 2002).

Ahora bien, otro punto valorado en la capacidad institucional del gobierno local de Cartago fue *el liderazgo municipal*. Es importante indicar que dicho liderazgo se apreció desde el ejercido por la Alcaldía Municipal, específicamente desde la figura del Alcalde.

Según el Código Municipal Costarricense (1998), en su artículo 14 se establece que se denomina como Alcalde municipal a la persona funcionaria ejecutiva que se señala en el artículo 169 de la Constitución Política: “el funcionario ejecutivo será designado por ley”. De igual manera, el alcalde es un funcionario electo de forma popular, mediante el voto ejercido por los vecinos pertenecientes al cantón, el cual permanecerá en su cargo por cuatro años (con derecho a reelección). Dentro de sus funciones se encuentran el establecer la estrategia a seguir para de planificación y ejecución de políticas públicas, planes, programas y proyectos que promuevan el desarrollo del cantón, que él mismo impulse en su plan de gobierno y la que determine el Concejo Municipal, así como la rendición de cuentas (Municipalidad de Cartago, 2016).

Por lo anterior, el Alcalde es el más alto y el principal funcionario ejecutivo de la Municipalidad, siendo el representante legal del gobierno local, por lo cual debe liderar teniendo siempre en cuenta el bienestar de los munícipes (Código Municipal comentado, 2013), de ahí la importancia de valorar el tipo de liderazgo que ejerce esta figura de autoridad en la Municipalidad de Cartago.

Según las personas funcionarias municipales entrevistadas, el liderazgo ejercido, por el actual alcalde, ha sido percibido como un liderazgo positivo, lo que ha permitido que la Municipalidad avance en mejoras a nivel organizativo, como se aprecia en el siguiente argumento:

“El liderazgo... ok, importante la parte de la alcaldía[...], el alcalde, él ejerce un liderazgo positivo, muy bueno, que de hecho por eso es la transformación que ha tenido digamos la municipalidad. Es muy distinto digamos antes de a después de él, o sea él poco a poco ha ido mejorando y, o sea su liderazgo se nota. Si lo ves en la parte de infraestructura, de cómo se le está llegando digamos a los distritos, la apertura que se ha tenido, pero sí es un liderazgo positivo y muy bueno verdad.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

De lo anterior se pudo deducir que el contar con una figura de alcalde que ejerce un liderazgo percibido como positivo contribuye en la estructuración organizacional municipal, pues se lideran los procesos con una disposición a la escucha para la resolución y consecución de las actividades necesarias para el funcionamiento de la planificación municipal, ya que se rescata que el alcalde “[...]él sí está muy pendiente de lo que está pasando, de que si hay algún problema solucionarlo cuanto antes, pues yo creo que eso ha

ayudado mucho a que se puedan desarrollar este montón de proyectos.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Asimismo, el liderazgo ejercido ha favorecido un empoderamiento de personas funcionarias para con los proyectos que se planifiquen en función de responder a la estrategia municipal, fomentando así el interés y compromiso para dar seguimiento a las propuestas y con ello disponer de planes, programas y proyectos viables y sostenibles:

“[...]diay primero que todo él propone una idea o algo, pero por ejemplo uno es el que termina de darle forma, entonces creo que, como que uno se mete mucho en el proyecto y en lo que está haciendo entonces uno se siente empoderado; creo que eso ha ayudado mucho a que cada uno quiera seguir viendo cómo sale adelante su proyecto, porque no es algo que te dijeron, que te impusieron, no es algo que te dijeron:-ok hicimos esto y usted va a trabajar así y así; entonces está esa oportunidad que usted obviamente con el conocimiento técnico y como dicen las leyes y como mejor va a funcionar y lo otro que también él tiene pues comunicación directa con cada uno de nosotros.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

El tipo de liderazgo con el que cuente un gobierno local es vital para el ciclo de vida de la Estrategia de Municipios Saludables, ya que dependiendo de cómo se presente este, así impactará en la organización institucional (Alessandro, 2012). La Municipalidad de Cartago, como se pudo apreciar por lo indicado por las personas consultadas, dispone de una figura de Alcalde que desempeña un liderazgo concebido como positivo, factor que apoya la consecución de metas que contribuyan a su vez con el logro de objetivos organizacionales, que para el caso de un gobierno local, según Cornejo (2008), remiten a la generación de valor público y bienestar poblacional.

Ahora bien, dentro del análisis de la capacidad institucional de un gobierno local también se debe considerar *el espacio geográfico que tiene a cargo una Municipalidad*, con la finalidad de reflejar si realmente el gobierno local conoce y tiene delimitado el territorio político-administrativo que le atañe.

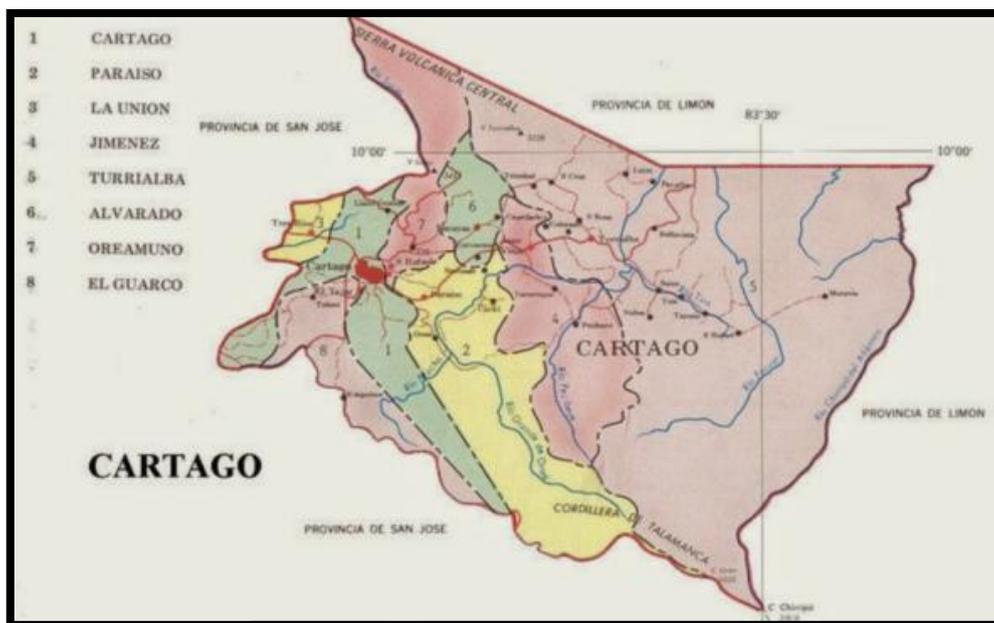
Según el plan de gobierno 2012-2016 de la Municipalidad de Cartago (2011), este gobierno local tiene a su cargo el Cantón de Cartago, territorio que fue establecido como cantón en 1949 mediante el artículo 6 de la Ley N°36. Cartago es el cantón número uno de la Provincia de Cartago y está compuesto por los siguientes distritos: Oriental, Occidental, El

Carmen, San Nicolás, San Francisco, Guadalupe, Corralillo, Tierra Blanca, Dulce Nombre, Llano Grande y Quebradilla (Municipalidad de Cartago, 2016).

Asimismo, el cantón de Cartago pertenece al Gran Área Metropolitana, exceptuando al distrito de Corralillo y parcialmente San Francisco y Dulce Nombre. A su vez, cuenta con una extensión de 287 kilómetros cuadrados y está ubicado entre las coordenadas 09° 47' 15" latitud norte y 83° 55' 41" longitud oeste (Municipalidad de Cartago, 2011). A modo de ilustración, con la figura número 8 se muestra la ubicación del cantón de Cartago en la provincia de Cartago

Figura No8.

Cantón central de Cartago, Provincia de Cartago



Fuente: Mapas de Costa Rica. (2019). *Cartago. Provincia No 3 de Costa Rica* [imagen]. Blog de Mapas de Costa Rica.

Como se puede apreciar, el gobierno local de Cartago cuenta con un espacio territorial definido, lo cual se debe a la organización que a nivel país se establece para una Municipalidad, en la cual “[...]existe una relación directa entre cantón y municipio, puesto que, para cada cantón existe, necesaria y automáticamente, una Municipalidad.” (Jinesta, 2014, p. 127).

Ahora bien, desde una perspectiva legal y jurídica, las Municipalidades del país, idealmente, deben disponer de un Plan Regulador, elaborado teniendo en consideración aspectos a nivel de país y de cantón. La Municipalidad de Cartago, desde diversas dinámicas

realizadas para ahondar en la realidad del cantón (como un análisis FODA realizado en el año 2011 (ver Anexo No8. Análisis FODA del cantón de Cartago realizado por la Municipalidad de Cartago en el año 2011), así como la comprensión de la realidad a nivel de país, ha creado un Plan Regulador que nace desde un proceso de planificación urbana con participación de la ciudadanía, el cual fue desarrollado en conjunto con el proyecto Plan Regional Urbano de la Gran Área Metropolitana (PRUGAM), la Comisión de Enlaces Técnicos Intermunicipales y el Centro de Investigación en Vivienda y Construcción (CIVCO) y el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo del Instituto Tecnológico de Costa Rica (Municipalidad de Cartago, 2019).

Por su parte, otro aspecto valorado en la capacidad organizacional de la Municipalidad de Cartago, fue sobre *las características principales de la población*, para con ello tener un panorama sobre el tipo de ciudadanía a la que se le debe ofertar servicios que fomenten bienestar y calidad de vida (Rosas, 2009).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el último censo nacional, del año 2011, la población total del cantón de Cartago rondaba los 148,000 habitantes (147,898), con una densidad poblacional de 514 personas por kilómetro cuadrado y un porcentaje de población urbana de 88,7%. Asimismo, la relación de hombres-mujeres fue de 96,1%, concentrando el grueso de la población en edades entre los 20 y 24 años.

Por su parte, la fuerza de trabajo del cantón de Cartago fue de 72,2% para hombres y de 35,3% para mujeres; la población fuera de la fuerza de trabajo se compuso en su mayoría por personas que estudian (36,1%) o personas dedicadas a labores domésticas (40,2%); el porcentaje de población no asegurada fue de 13,7%. Las principales actividades laborales en el cantón de Cartago se relacionaron con actividades agrícolas y ganaderas.

En cuanto al porcentaje de alfabetismo, el INEC (2011) indicó que para el cantón de Cartago fue de 98,4, con un porcentaje de 83,8 de personas que contaban al menos con primaria completa. Por otro lado, el cantón de Cartago disponía de un 91% de la población con acceso a celular, 99,9% con acceso a electricidad y 39,8% con acceso a internet. Por su parte, un 98,3% de la población disponía de servicio sanitario y un 98,6% con acceso a agua para consumo humano.

Todo lo anterior, ha repercutido en el bienestar de los pobladores del cantón de Cartago, lo cual se ha reflejado en indicadores que miden el desarrollo cantonal a nivel país, tales como los siguientes brindados por el Tribunal Supremo de Elecciones (2016):

- ✚ **Índice de desarrollo cantonal:** posición número 26, con una calificación de 0,812.
- ✚ **Índice pobreza humana cantonal:** posición número 19.
- ✚ **Índice de Desarrollo Relativo al Género:** posición número 24.
- ✚ **Índice de Desarrollo Social:** resultado de 68,2 sobre 100.
- ✚ **Índice de Gini:** 46,61
- ✚ **Índice de Progreso Social:** nota de 78 sobre 100, lo que le ubica en el puesto número 18 a nivel país, destacando su alto rendimiento en variables como Salud y bienestar (80,37) y Agua y Saneamiento (98,30).

Los anteriores resultados posicionaron al cantón de Cartago en un nivel de desarrollo social medio-alto; desde el año 2007 al 2016, el cantón mejoró en casi veinte puntos su posición en dicho Índice (Municipalidad de Cartago, 2019). Esto se ha debido, en gran parte, a las mejoras concretas que ha liderado el gobierno local, lo que al final deriva en valor público, contribuyendo así a la visión de perfilar a este gobierno local como saludable, pues se distingue una Municipalidad que conoce a su población meta, contando con un espacio territorial, social y político delimitado, lo cual le ha permitido desarrollar, ejecutar y consolidar acciones pensadas en pos de potenciar el desarrollo poblacional equitativo e integral (Alessandro, 2002).

Para finalizar el análisis de la capacidad organizacional de la Municipalidad de Cartago, se ahondó en *el tipo de coordinación empleado* para la generación de valor público (Rosas, 2009).

El tipo de coordinación, según el Banco Interamericano de Desarrollo (2017), se subdivide en cuatro tipos: **la coordinación territorial** (división de las acciones municipales según público meta), **la coordinación funcional** (organigrama institucional), **la coordinación logística** (procesos para llevar a cabo acciones de manera conjunta, inter y extramuros) y **la coordinación programática** (planificación estratégica, planes operativos, programas, proyectos, entre otros).

En lo que respecta a la **coordinación territorial**, el gobierno local de Cartago, como se ha acotado en apartados anteriores, cuenta con once Áreas que tienen delimitado sus funciones y el público meta al que se deben dirigir y, a su vez, “Dentro de esas Áreas están adscritas Oficinas y dentro de las Oficinas están Adscritas Unidades y dentro de las Unidades a veces hay Departamentos o a veces los Departamentos están Adscritos directamente a una

Oficina o un Área.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019), los cuales tienen una relación directa con determinada Área Municipal.

Como un ejemplo de coordinación territorial, en el Área Social de la Municipalidad de Cartago se cuenta con el Departamento de Equidad de Género, el cual tiene a su cargo el desarrollo de acciones dirigidas principalmente a mujeres en condición de vulnerabilidad social (Municipalidad de Cartago, 2012). A su vez, el Área social tiene a su cargo a la Oficina de Juventud (con población meta a preadolescentes, adolescente y adultos jóvenes), la Oficina de Intermediación Laboral (con población meta a las personas en condición de desempleo) y la Oficina de Adulto Mayor (dirigida a las personas mayores del cantón). Cada una de estas Dependencias, como se puede apreciar, tienen definido el público meta al cual se deben dirigir, lo cual ha promovido que cada una defina mejor sus objetivos de trabajo, lo cual a su vez ha permitido que las acciones no se dupliquen, como se rescata en el siguiente comentario:

“Ok, creo que digamos en la parte de los cambios y de la labor que han hecho de profesionalizarlos, entonces cada Área tenemos nuestros objetivos muy bien establecidos, entonces eso hace que ninguno estemos duplicando actividades o tratemos de no duplicar actividades y eso hace que estemos muy enfocados en cada una de nuestras Áreas.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por su parte y, muy de la mano con la coordinación territorial, el gobierno local de Cartago cuenta con una **coordinación funcional** basada en un organigrama institucional compuesto por el Consejo Municipal, la Alcaldía Municipal y once Áreas (ver Anexo No9. Organigrama de la Municipalidad de Cartago).

Ahora bien, en lo que respecta a **la coordinación logística**, la Municipalidad de Cartago se sirve, esencialmente, del correo institucional (para la coordinación de reuniones, acuerdos o acciones a seguir, tanto a lo interno como a la externo), así como de reuniones presenciales, pues “Lo que se utiliza generalmente, bueno existen las reuniones de todo el personal; existen las reuniones de jefaturas y encargados de unidad con jefaturas diarias, que ya serían directamente con la alcaldía.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por último, **la coordinación pragmática**, que refiere a la planificación estratégica, los planes operativos, programas, proyectos, entre otros, básicamente la Municipalidad de Cartago la ha desarrollado desde una estructura organizacional basada en GpRD, lo que ha permitido una mayor congruencia entre los objetivos institucionales y las acciones propias a

desarrollar por cada Área Municipal (Municipalidad de Cartago, 2019). Para alcanzar lo anterior, “es muy importante tener una adecuada articulación, este, tener una clara visión de hacia dónde quiere llegar para poder utilizar de una mejor forma, de una forma más eficiente y eficaz los recursos con los que se cuentan.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019), lo cual se ha potenciado, desde la reestructuración organizacional promovida por el gobierno local de Cartago.

A modo de síntesis, la capacidad organizacional de la Municipalidad de Cartago podría contribuir a la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el quehacer institucional, pues se cuenta con una estructura organizativa definida, la cual se nutre de procesos y acuerdos para una planificación estratégica que permita generar, ejecutar, evaluar y mejorar objetivos y metas institucionales, repercutiendo en la generación de valor público mediante una oferta de servicios variada y pensada en función de responder con las necesidades de sus munícipes. Propiamente, los aspectos favorables de la capacidad organizacional del ayuntamiento de Cartago para la incorporación de la EMS fueron los siguientes:

- **Una sólida estructura organizativa:** desde un modelo de gestión municipal que busca potenciar una oferta de servicios variada (de deporte, promoción de salud y prevención de enfermedades, medio ambiente, entre otros), de mejor calidad y orientada hacia mejorar, constantemente, el bienestar de las poblaciones.
- **Vías de comunicación variadas:** lo que podría contribuir a una mejor comprensión, por parte de personas funcionarias municipales y de munícipes en general, de la Estrategia que como gobierno local se persiga.
- **Liderazgo organizacional percibido como positivo:** lo que podría contribuir a que la estrategia municipal pueda ser abordada desde un compromiso de las personas colaboradoras.
- **Conocimiento del espacio geográfico municipal y de las características de su población meta:** lo que podría favorecer el desarrollo de acciones pensadas en el abordaje de los determinantes que interactúan en la salud de los munícipes, con el fin de mejorar la calidad de vida y el desarrollo social del conglomerado.
- **Una coordinación alineada con la visión y misión organizacional:** lo que podría potenciar que los procesos y las actividades planificadas respondan con metas y objetivos organizacionales.

c. La capacidad institucional de la Municipalidad de Cartago

Según Rosas (2009), la capacidad institucional de un gobierno local es aquella que permite la puesta en práctica de normas, reglas y políticas para el accionar, con el fin de valorar las funciones municipales para la generación de valor público. Por ello, en esta capacidad se contemplaron los siguientes aspectos:

- **Reglamentos municipales.**
- **Sistema de rendición de cuentas.**
- **Eficiencia en el aprovechamiento de recursos.**
- **Eficacia en el alcance de metas establecidas.**

Para iniciar con el análisis de la capacidad institucional de la Municipalidad de Cartago, en primer lugar se tomaron en cuenta los ***reglamentos municipales***, es decir las normas, leyes, políticas y demás documentos que contribuyen en la definición del actuar municipal.

Para esto, es importante rescatar que a nivel de país (Costa Rica), los gobiernos locales cuentan con un bosquejo básico de funciones establecido en la Constitución Política, específicamente en el título XII, como ya se ha expuesto en anteriores apartados. A su vez, para delimitar con mayor precisión la estructura básica y las funciones de los gobiernos locales costarricenses, en el año 1970 se presentó un Código Municipal, el cual fue bastante comentado, dando paso así al Código Municipal vigente, el cual se estableció el 30 de abril de 1998 bajo la Ley No. 7794 (Unión Nacional de Gobiernos Locales, 2013).

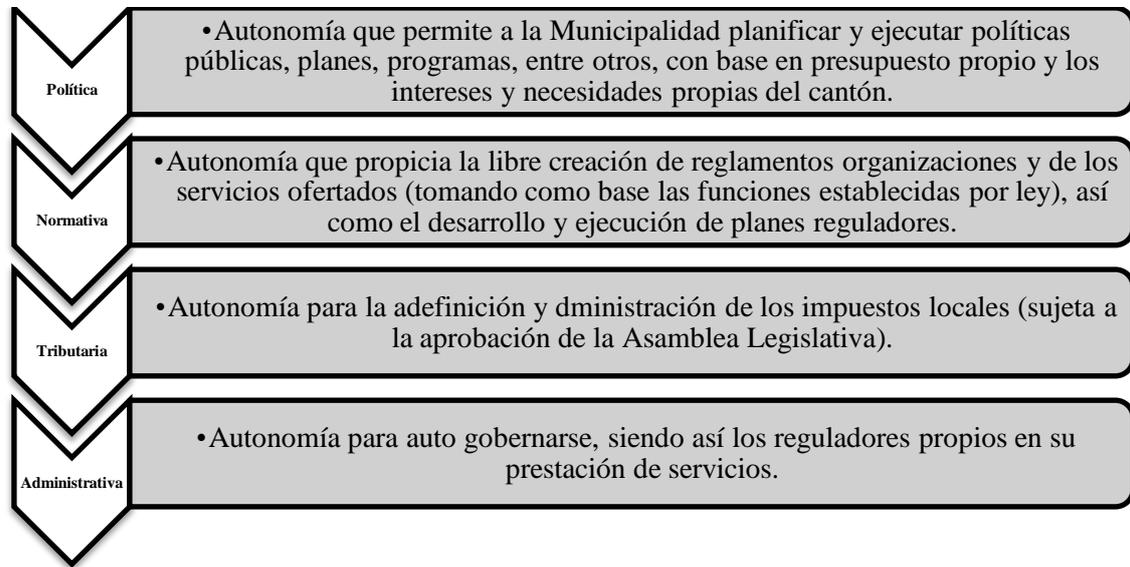
Dicho lo anterior, el Código Municipal es el documento normativo base para el actuar de todas las Municipalidades en Costa Rica, escrito que según Francisco (2011) sirve como marco para delimitar las competencias que le atañen a un gobierno local, así como para reafirmar la autonomía local de la que dispone; todo ello en pos de potenciar la descentralización territorial (única forma de descentralización administrativa territorial en Costa Rica) para la toma de decisiones y con ello contribuir en la generación de valor público que impacte en el bienestar del cantón que se tenga a cargo.

Ahora bien, un factor importante a destacar de los gobiernos locales en Costa Rica es que estos, como se ha ya mencionado, disponen de autonomía, la cual se entiende como “la capacidad que tienen las municipalidades para decidir libremente todo lo referente a la organización de una determinada comunidad, definida geográficamente por medio de un territorio preciso y una población” (Unión Nacional de Gobiernos Locales, 2013, p. 9).

Aunado a lo anterior, a las Municipales se les reconocen cuatro tipos de autonomía, como se puede notar en la figura número 9:

Figura No9.

Autonomía reconocida a los gobiernos locales en Costa Rica



Fuente: elaboración propia con base en Unión Nacional de Gobiernos Locales, 2013.

Desde la anterior autonomía municipal, los gobiernos locales disponen de libre potestad para planificar y ejecutar con base en las reales necesidades e intereses de los municipios, valorando la inclusión de todos los sectores y la diversidad que estos pueden representar, siendo así las instituciones públicas de mayor cercanía a las poblaciones, atañéndoles directamente la promoción de bienestar y el fomento de un desarrollo social estable (Francisco, 2011).

Continuando con normas, reglamentos y demás documentos legales que debe contemplar un gobierno local, existe un marco normativo regulatorio (Municipalidad de Cartago, 2019) que establece leyes que son de acatamiento total o parcial, como por ejemplo la Ley No 6227, Ley General de Administración Pública y sus reformas, y la Ley No 8131, Ley General de Administración Financiera y Presupuestos Públicos (para más detalles ver Anexo No10. Leyes y normas aplicables a los gobiernos locales en Costa Rica).

Si bien se cuenta con un vasto marco legal que respalden y orienten las funciones de una Municipalidad, estas a su vez, por su carácter de autonomía y descentralización, disponen de libre potestad para crear leyes, normas y políticas que contribuyan a un mejor accionar desde lo local. A modo de ejemplo, la Municipalidad de Cartago ha creado leyes propias

como la Ley N°7248, Ley de Tarifa de Impuestos de la Municipalidad del Cantón Central de Cartago; la Ley N°7027, Ley que regula la fijación cada cinco años del precio del arrendamiento en el Mercado Municipal de Cartago, así como las políticas de Equidad de Género, de Accesibilidad y de Persona Joven de Cartago (políticas que fueron escudriñadas en el apartado sobre la capacidad política).

Un aspecto importante a rescatar del gobierno local de Cartago es que, desde el pilar de gobierno “Ciudadano o habitante como individuo y Núcleo Familiar (en plan de gobierno 2012-2016), que luego pasó a ser el pilar de “Desarrollo socio-económico inclusivo impacta ciudadanía como individuo y Núcleo Familiar” (en el plan de gobierno 2016-2020), se comenzó a orientar el accionar municipal más hacia un enfoque de bienestar e inclusión social, apoyado desde normativas como la Política de Equidad de Género, por ejemplo, lo que le permitió a esta Municipalidad tomar la batuta en aspectos que atañen a la salud integral de sus munícipes (Municipalidad de Cartago, 2018).

Por ejemplo, en lo que incumbe a acciones dirigidas a niños, la Municipalidad de Cartago, en coordinación con entidades como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y el Ministerio de Salud (MINSA), ha gestionado la creación de al menos un CECUDI por distrito, como se puede notar en el siguiente comentario:

“Yo creo que municipalidad de Cartago es innovadora. Si lo ves hay mucho programa que tiene Cartago que no tiene a nivel nacional. Hay mucho programa que a nivel Cartago ha sido un éxito y a nivel nacional no tanto, a lo que he escuchado; por ejemplo los centros de, de cuidado, di Cartago tiene un por distrito ahorita, y he escuchado en otros cantones que inclusive han cerrado más bien, entonces también le da una estabilidad importante a los programas que hay.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

Asimismo, desde su Política de Accesibilidad, este gobierno local se ha posicionado como pionero en la atención e inclusión de la persona mayor, creando toda una red de coordinación entre Centros Diurnos del Cantón, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) y el gobierno local, para una mayor atención a las necesidades de este grupo etario. Esto le permitió, de igual manera, certificarse como un municipio amigable con la persona mayor (Municipalidad de Cartago, 2018), mostrando así su liderazgo y posicionamiento para enlazar normas que vienen de gobierno central con la planificación que como municipalidad se persiga.

A modo de ejemplo, se expone el siguiente comentario, en el que se explica un poco el proceso que lidera la Municipalidad de Cartago, desde acciones que vienen de gobierno central, para el abordaje de población mayor en condición de vulnerabilidad:

“CONAPAM tiene su reglamento también verdad, eh, CONAPAM atiende población adulta mayor, de 65 años y más, que este en pobreza, extrema pobreza, riesgo social o abandono, entonces nosotros nos tenemos que ajustar a eso. Eh, ¿Cómo lo aplicamos? La persona mayor tiene que cumplir con los requisitos, se le hace un expediente, dependiendo del Centro Diurno al que vaya, ya cuando esta el expediente yo voy y aplico la guía para el estudio socioeconómico, le hago todo el cuestionario, se lo aplico y se lo traigo a la trabajadora social verdad, que ella es la que al final da por aceptado o no quien ingrese al programa. Si ingresa al programa, entonces ya este yo ya lo incluyo en el sistema de CONAPAM y le aviso a la Asociación encargada del Centro Diurno que ya la persona es beneficiaria. CONAPAM nos deposita a nosotros mensualmente el monto correspondiente a lo del convenio y de ahí nosotros hacemos las contrataciones...” (FM3, comunicación personal, septiembre de 2019).

Las anteriores acciones, como se puede notar, han tenido una injerencia directa en el bienestar y a la salud de los pobladores, pues son gestiones que se han desarrollado en pos de promover un desarrollo social equitativo y sostenible. Esto, puede ser favorecedor a la visión de Municipio saludable que persigue la municipalidad de Cartago, pues se vislumbra el interés del ayuntamiento por promover un desarrollo comunitario saludable, desde una planificación de acciones integrales que aborden los distintos determinantes que confluyen en la salud de las poblaciones (Alessandro, 2002).

Por su parte, se pudo notar que la municipalidad de Cartago realiza esfuerzos para lograr incluir, en su estructura organizativa, normativas que vienen desde nivel nacional, con el fin de brindar una prestación de servicios variada y pensada en los diferentes grupos etarios y las necesidades propias de cada sector de la población. Ello, no ha representado un reto inalcanzable para este gobierno local, pero “Digamos por ejemplo en cuanto a reglas, reglamentos, normas, políticas, lo que sea, siempre eh todo eso tiene que pasar por el Concejo Municipal primero, entonces, pero no, no, o sea no hay problema en ese sentido” (FM3, comunicación personal, septiembre de 2019), dejando claro que todo lo que se desee incluir en la organización municipal debe pasar en primer lugar por una valoración de altos mandos,

con la finalidad de garantizar prácticas que generen valor público (Municipalidad de Cartago, 2019).

Si bien la Municipalidad de Cartago se muestra como un gobierno local flexible para la incorporación y creación de normas y reglamentos, esto, en algunos escenarios, se torna complejo, pues en algunas ocasiones lo que viene de gobierno central es muy abierto o no se brinda el recurso necesario para su ejecución, tal como lo expresaron en los siguientes argumentos:

“[...]la Normativa es lo que uno se basa, para pues agarrarse de ahí y empezar a desarrollar los diferentes programas y acciones. [...]Hay alguna legislación que es muy, o sea no sé qué tal vez no estuvo bien hecha y queda muy abierta, [...] entonces la municipalidad lo que trata es de dentro de sus capacidades verdad, con lo que le da la Ley, desarrollar las actividades, pero creo que a veces las normativa es más un freno que una ayuda.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

“Con la parte de las leyes, diay no solo como pasa en las Municipalidades, sino que como pasa en el país en general, pues a veces por ejemplo se habla de funciones o de cosas que puedan desarrollar, pero pues no les da una forma de financiar directamente esas actividades, que es lo que a veces pasa.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

De mano con lo anterior, otro factor importante en creación de normativa municipal es el tiempo, ya que los diferentes momentos, como la planificación, aprobación, ajustes, ejecución y evaluación, juegan un papel preponderante, pues

“Por ejemplo, yo no puedo, qué se yo, eh querer implementar un reglamento, hacerlo hoy, implementarlo mañana, porque no, o sea es un proceso, no le podemos pasar por encima al procedimiento para poder llevarlo a cabo. Eso tiene que ir al Concejo, tiene que aprobarse por el Concejo, tiene que publicarse y un montón de cosas, entonces es tiempo, o sea uno tiene que tener bien planificado lo que va a hacer.” (FM3, comunicación personal, septiembre de 2019).

En consideración con lo anterior y, con el fin de definir y delimitar hacia dónde debe apuntar el gobierno local de Cartago, este cuenta con un Plan de Desarrollo Humano Local, el cual es “[...]una propuesta de planificación participativa, integral y de largo plazo – con un horizonte de 10 años - animada por los principios del Desarrollo Humano (Municipalidad de Cartago, 2009, p.10). Dicho documento normativo se realizó entre el gobierno local y

representantes clave de los once distritos del cantón, quienes fueron fundamentales para la identificación de los principales problemas socioeconómicos que aquejan al cantón, con el fin de definir las principales áreas de acción que el gobierno local debe trabajar para la resolución de dichos problemas. Estas áreas se agruparon en las siguientes categorías estratégicas: Desarrollo social, Educación, Participación ciudadana, Salud, Seguridad Humana, Cultura, Desarrollo Económico. Infraestructura, Servicios Públicos y Gestión Ambiental y Ordenamiento Territorial (Municipalidad de Cartago, 2015).

Con todo lo anterior, la Municipalidad de Cartago se expone como un gobierno local que lidera esfuerzos para la ejecución y cumplimiento de normativa nacional, así como para la creación y desarrollo de normativa local, lo cual ha posicionado a este gobierno local entre los primeros lugares, a nivel nacional, en los Índices de Gestión Municipal que atañen a el cumplimiento de normas y leyes, tal como se mencionó en el siguiente comentario:

“[...]normalmente la gente lo único que ve es la ejecución de presupuesto y cuánto se fue a superávit y qué no hicieron, no esa clasificación que tiene muchos parámetros. Dentro de esos parámetros está el cumplimiento de la ley y la normativa vigente, la ejecución presupuestaria y la participación en diversos factores, verdad, y promover leyes también. Entonces nosotros como ranking creo que estamos en el cuarto o quinto lugar a nivel nacional, entonces siento que sí tenemos buena capacidad tanto de ejecución como de cumplimiento de las leyes que vengan desde el gobierno local hacia la administración pública en general digamos.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Ahora bien, otro aspecto valorado en el análisis de la capacidad institucional de la Municipalidad de Cartago fue sobre *la rendición de cuentas*.

Tal como se ha mencionado en apartados anteriores, “A nivel de legislación, el alcalde una vez por año tiene que dar rendición de cuentas a la población.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019). Dicha rendición de cuentas se realiza mediante un informe de labores, el cual se presenta en el mes de marzo de cada año y en el cual se encuentran todos los logros, aspectos a mejorar y desafíos a los que la Municipalidad se enfrentó desde la puesta en práctica de su planificación estratégica. Asimismo, cada Área Municipal debe presentar un informe detallado de las labores realizadas, con el fin de valorar hasta qué punto se lograron cumplir los objetivos, por Área, en relación con los objetivos a nivel de institución. Para ello, los encargados de Áreas, Departamentos o Unidades deben

basarse en la planificación establecida en el PAO, como se expresó en el siguiente argumento:

“Yo me adapto o cumplo primero con, o me baso en el Plan Operativo, a ver si lo cumplí o no lo cumplí, si fui más allá o si pude cumplir metas que no estaban dentro[...], metas no, sino objetivos del Plan que no estaban dentro del PAO verdad. (FM3, comunicación personal, septiembre de 2019).

Lo anterior, permite comparar lo planificado versus lo ejecutado, para con ello dar una rendición de cuentas que justifique, en caso de ser necesario, el porqué no se alcanzó o terminó una tarea o acción planificada. Como ejemplo del proceso de rendición de cuentas que se debe seguir a lo interno de la Municipalidad, se contó con el siguiente testimonio:

“Lo que se hace para la parte de rendición de cuentas, bueno, cada persona o cada encargado de algo tiene que hacer su PAO, donde pone sus objetivos, pone su presupuesto y eso pues por trimestres vos tenés que ir llenando y entonces vos pones “bueno este trimestre cumplí tanto % de la meta, gasté tanto de presupuesto, etc.”, ya cuando se termina el año, bueno eso lo revisamos cada trimestre para que no llegemos a final de año y que no se hizo nada, sino que cada trimestre si hay algo malo corregirlo y cuando ya se termina el año pues uno prepara un informe, entonces en el informe viene detalladamente el presupuesto que se gastó, en qué se gastó, qué metas se hicieron y todo; eso de todos los Departamentos se unen en un solo informe que es el que da el Alcalde al Concejo y al final lo da al público.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por su parte, para poner a disposición el informe de labores municipales hacia la comunidad en general, el gobierno local de Cartago realiza una asamblea abierta, en la cual pueden participar todos los munícipes del cantón, además de redes sociales (Municipalidad de Cartago, 2018), aspectos que han contribuido en mejoras sobre la comunicación de las acciones municipales, tal como se destacó en el siguiente argumento:

“También, ahora hay algo muy importante que son las redes sociales, entonces si ves también en los perfiles del Alcalde, Municipalidad y de los demás programas, di ahora se está informando mucho de lo que se está haciendo. El tema de charlas, el tema de construcciones... O sea, todo ya ahorita me parece que a nivel de comunicación se ha ido mejorando y se están usando las plataformas que ahorita hay, o sea estamos en la actualidad, no es que existe Facebook y la Municipalidad se quedó ahí y no las tiene,

entonces me parece que le están sacando muy buen provecho a esa parte de comunicación.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

Otro aspecto a rescatar, desde la rendición de cuentas, es la Estrategia de Gobierno Abierto que ha venido impulsando la Municipalidad de Cartago en su quehacer institucional, ya que desde esta Estrategia se ha buscado ofertar un mecanismo de divulgación, en el marco de los derechos de los munícipes, para hacer parte y empoderar a la ciudadanía en las funciones que como institución pública al servicio del bienestar comunitario se lideran (Municipalidad de Cartago, 2019).

Desde la Estrategia de Municipios Saludables, el involucramiento y empoderamiento comunitario es un pilar esencial, pues dicha Estrategia, al ser abordada desde la Promoción de la Salud, debe liderarse desde acciones que potencien el involucramiento comunitario para la construcción de procesos que respondan realmente con las necesidades e intereses que los pobladores consideren como prioritarios (OMS, 2016).

Ahora bien, para finalizar con la capacidad institucional del gobierno local de Cartago, se ahondó sobre *la eficacia de la institución para alcanzar las metas y objetivos establecidos*, así como de *la eficiencia para lograr esas metas y objetivos con los recursos de los que se dispone*.

En lo que atribuye a **la eficiencia de la Municipalidad de Cartago en el aprovechamiento de recursos**, las personas funcionarias consultadas coincidieron en que, como institución pública, el aprovechamiento de los recursos se da al máximo, pues lo que ingresa, ya sea por tributos propios, por gobierno central o por intermediaciones con otras instituciones públicas, en limitado, como se expuso desde el siguiente comentario:

“Vieras que al máximo, porque di todos sabemos que lo que es a nivel presupuestario, ya hablando de dinero, quizás los presupuestos no son tan altos, entonces nos exige a cada uno de nosotros a sacarle el mayor provecho a cada colón que tenemos o cada recurso que tenemos, entonces eso también nos ha servido digamos a que con poquito hacemos mucho, entonces esa línea de trabajo diay ha funcionado.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

De la mano con lo anterior, la mayoría de Áreas y sus respectivas Unidades y Departamentos, son instancias que por su razón de ser no generan ingresos propios, tal como el Área Social de la Municipalidad, puesto que esta es “[...]un Área que genera gasto pero no genera ingreso, porque no tenemos ningún tributo, ni se le cobra ningún tributo a la gente.”

(FM6, comunicación personal, septiembre de 2019). Esto refuerza que las personas encargadas y las personas funcionarias de cada Área Municipal realmente planifiquen en función del máximo aprovechamiento de recursos que le sean asignados.

Asimismo, cuando son recursos que vienen de alianzas externas, de los cuales la Municipalidad debe encargarse para ejecutarlos en el desarrollo de planes, programas o proyectos interinstitucionales, el aprovechamiento de dichos recursos también debe ser al máximo, pues lo que se asigna, en la mayoría de casos, se limita a determinadas funciones, pero una vez puesto en práctica la tarea o acción a cumplir con el presupuesto o recurso asignado, la realidad refleja que se requiere de mayores fuentes de recursos para el buen funcionamiento de determinada acción. Como ejemplo de esto, se presenta el siguiente testimonio sobre el recurso que se asigna para el manejo de los CECUDI que tiene a cargo el gobierno local de Cartago:

Hay una ley y hay un subsidio con el que se manejan los CECUDI. Sin embargo, nosotros maximizamos los recursos hasta decir basta y, si un clavo lo podemos usar tres veces, lo vamos a usar tres veces, porque lo que hay de subsidio es para servicio nada más, para el servicio de los niños, para el servicio de atención, pero ahí fuera del subsidio queda por fuera las cargas sociales extra, si alguna persona se incapacita, la seguridad de los edificios, la infraestructura y el mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos, quedan por fuera; digamos, quedo por fuera yo por ejemplo, mi puesto sale de la municipalidad, no del subsidio...” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Considerando el anterior testimonio, se reflejó que el gobierno local de Cartago, aparte de emplear al máximo el recurso que le es destinado para determinado proyecto o plan, como el caso de los CECUDI, este a su vez une esfuerzos para compensar todo aquel recurso que le es vital para el ciclo de vida de esas acciones, pues “[...]hay mucho material y muchas cosas que se quedan por fuera de este subsidio, que si la municipalidad no buscara los recursos, no se apoyaran en los mismos recursos internos que tiene o inclusive con las personas que tienen programas de responsabilidad social, donaciones, etc...” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por su parte, tal como se ha podido observar en diferentes apartados de esta investigación, **la eficacia para el alcance de metas y objetivos institucionales** ha sido un factor clave en el gobierno local de Cartago, lo cual se ha visto reflejado en mejoras en el

IGM, específicamente en el rubro de Desarrollo y Gestión Institucional, lo cual ha sido posible desde una reestructuración en la organización institucional, lo que ha potenciado una planificación consensuada y pensada en el beneficio de los pobladores (Municipalidad de Cartago, 2019).

En conclusión, la capacidad institucional de la Municipalidad de Cartago podría potenciar la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS, pues cuenta con **bases para incorporar, adaptar y ejecutar normativa** que le permita cumplir con su razón como institución al servicio de la comunidad; un **sistema de rendición de cuentas transparente** que permite a los pobladores conocer las acciones planificadas, así como el fomento de un involucramiento activo para con el quehacer institucional. Asimismo, este gobierno local gestiona sus **procesos eficaz y eficientemente**, pues aprovecha al máximo cada recurso del que dispone para lograr cumplir al máximo con las metas y los objetivos organizacionales.

d. La capacidad política de la Municipalidad de Cartago

Según Rosas (2009) la capacidad política de un gobierno local remite a la destreza para la creación de políticas públicas que respondan con las demandas de su población meta, así como para la generación de valor público para el desarrollo integral de la sociedad. Es por esto que, desde dicha capacidad, se debe hablar sobre los siguientes aspectos:

- **Desarrollo de políticas locales.**
- **Alianzas externas.**
- **Formulación e implementación de proyectos de desarrollo social con enfoque de salud.**

Para iniciar con el análisis de la capacidad política de la Municipalidad de Cartago, es importante recordar que, a nivel de país, las Municipalidades en Costa Rica cuenta con autonomía política, que le confiere la Constitución Política, para “[...]fijarse independientemente políticas de acción y de inversión, planes, programas y su propio presupuesto” (Unión Nacional de Gobiernos Locales, 2013, p. 10). Es así que, los gobiernos locales tienen total libertad para poner en práctica políticas públicas que vengan como directriz desde el Gobierno Central, así como para crear y ejecutar políticas públicas locales con base en los intereses y las necesidades del cantón al que pertenecen.

Propiamente, la capacidad política de la Municipalidad de Cartago podría percibirse como un aspecto positivo del quehacer institucional, ya que las personas funcionarias

consultadas sostuvieron que la autonomía política es un factor que este gobierno local ha sabido aprovechar para la generación de valor público. Por lo tanto, se argumentó sobre la capacidad política de la Municipalidad de Cartago que es “buena, no, más bien muy buena, porque diay todo lo que se hace es porque hay necesidades de la población.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019), así como que es “Excelente. Creo que en esa parte la municipalidad valora esa parte, ve las necesidades que tiene la población para enfocar los objetivos, sus recursos y sus metas.” (FM4, comunicación personal, septiembre de 2019).

Dicho lo anterior, se procedió con el análisis del primer aspecto a valorar en la capacidad política de la Municipalidad de Cartago, el cual remitió al *desarrollo de políticas locales*, considerando las atribuciones de las que disponen las Municipalidades, dentro del aparato estatal, para formular y ejecutar políticas públicas locales, así como las políticas locales que han sido implementadas y bajo qué objetivo o propósito.

Para iniciar, un aspecto interesante a destacar es que la Municipalidad de Cartago cuenta con una serie de Políticas institucionales propias y aprobadas por el Concejo Municipal (ver Anexo No11. Políticas internas de la Municipalidad de Cartago), lo que hace posible que, sin importar que la figura de Alcalde cambie, los planes, programas y/o proyectos, respaldados desde las políticas institucionales, dispongan de viabilidad y durabilidad, ya que

“Eso nos asegura que, aunque se cambie de Alcalde o se cambie de cabeza, el programa va a seguir, porque entonces ya está establecido en una Política Pública que es muy diferente a otra iniciativa que -si muy bonito esto pero cambiaron de alcalde entonces ya eso no me interesa y voy con esto otro...” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

Contar con políticas institucionales propias sirve como base para garantizar que las acciones planificadas cuenten con capacidad para sostenerse a lo largo del tiempo, pues “Al existir una Política Pública, aprobada por el Consejo Municipal, se tiene que cumplir con lo establecido, entonces nosotros si tenemos eso muy bien amarrado...” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

Lo anterior, ha potenciado que la mayoría de Áreas y las respectivas Unidades de la Municipalidad de Cartago cuenten con una política pública cantonal propia, como es el caso del Área Social en la cual “Casi que todas las Unidades de nosotros tienen su Política Pública cantonal, que es muy importante, no es la que está a nivel nacional, sino que tenemos la

propia de nosotros que es la cantonal.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019), favoreciendo la creación y ejecución de políticas locales pensadas en las necesidades del cantón, tal como mencionaron en el siguiente comentario:

“Nosotros tenemos la **Política Pública de Adulto Mayor**, en lo que es el Área mía nada más, de Adulto Mayor, **de Juventud, la Política Pública de Niñez y Adolescencia, de Persona de Calle, de Discapacidad**. Estamos generando la Política Pública de, este, Promoción de la Salud y vamos a..., ah bueno, tenemos la **Política Pública de la Mujer** también, que la vamos a remozar, igual que vamos a remozar la de Adulto Mayor.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

Considerando lo anterior y, a modo de ejemplo, a continuación se mencionan cuatro políticas locales lideradas por el Área Social para la contribución en el bienestar y la calidad de vida de los pobladores del cantón, en las cuales la Municipalidad de Cartago ha sido exitosa tanto en su elaboración como en su ejecución:

- 1. Política local de Accesibilidad:** basada en la Ley N^o 7600 sobre Igualdad de oportunidad para las personas con discapacidad, la cual tiene como fin fomentar, en todas las acciones que se lideren, el acceso igualitario a servicios, formación, información, comunicación y derechos para todos los munícipes, promoviendo una prestación de servicios integral y accesible para todos (Municipalidad de Cartago, 2018).
- 2. Política local de Equidad de Género:** la cual nace a partir de una de las atribuciones de los gobiernos locales de Costa Rica, mencionada en el Artículo 4 del Código Municipal, en la que se establece que una municipalidad debe “Impulsar políticas públicas locales para la promoción de los derechos y la ciudadanía de las mujeres, en favor de la igualdad y la equidad de género.” (Unión Nacional de Gobierno locales, 2013, p. 9). Con esta política, el gobierno local de Cartago institucionalizó el enfoque de género en su quehacer, por lo cual todas sus acciones deben contener un enfoque de género que promueva y garantice la equidad en la oferta y el acceso de los servicios municipales (Municipalidad de Cartago, 2018).
- 3. Política local de Niñez y Adolescencia:** la cual tiene como base legal la ratificación de la Convención de los Derechos de los Niños (1990), el Código de la Niñez y Adolescencia (1998) y la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia (2009). Desde esta política pública, la Municipalidad de Cartago confirma su voluntad

política para mejorar las condiciones de vida de las personas menores de edad del cantón (Municipalidad de Cartago, 2015).

- 4. Política local a favor de la Persona Adulta Mayor:** la cual tiene como base legal los preceptos universales, establecidos en la Constitución Política, sobre igualdad de derechos de todos los seres humanos, así como la Ley N^o 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Desde esta política, la Municipalidad de Cartago establece la promoción de igualdad de derechos y oportunidades para personas mayores del cantón, desde la creación de programas y proyectos integrales dirigidos a la población longeva. Un dato importante a mencionar es que, con esta política y las acciones derivadas de la misma, el gobierno local de Cartago se perfiló como uno de los primeros gobiernos locales del país en certificarse como ciudad amigable con la persona adulta mayor, certificación otorgada por la OPS en el año 2019 (Municipalidad de Cartago, 2013).

Las anteriores Políticas Locales son un reflejo de los esfuerzos liderados por el gobierno local de Cartago para promover bienestar en el cantón, desde diversas acciones que cuentan con su respectivo respaldo legal, para con ello garantizar la continuidad de los procesos establecidos según normativa nacional e inclusive internacional, ya que en la mayoría de casos “[...]estos programas vienen dados por otros organismos, entonces digamos un poco más que responder a un modelo de construcción desde abajo, es un modelos de construcción desde arriba y tratar de generar una implementación desde abajo.” (FM7, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por su parte, según Rosas (2009) el desarrollo de toda política local conlleva un componente de involucramiento comunitario, lo cual permite reconocer si realmente la política pública va a contribuir en las reales necesidades del cantón, así como para promover la participación y el interés de la población hacia las funciones y la planificación de la Municipalidad. Según lo comentado por una de las personas funcionarias consultadas, la Municipalidad de Cartago procura construir sus políticas locales en conjunto con la comunidad, pues “[...]para poder hacer una Política Pública tenés que hacer consulta a la comunidad, porque si no, no es válida.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

Ahora bien, en el análisis de la capacidad política de una Municipalidad, es menester ahondar sobre *las alianzas externas* con las que se cuenta para la ejecución y viabilidad de las políticas públicas locales.

Según las personas funcionarias municipales consultadas, las alianzas externas son un factor positivo del gobierno local de Cartago, pues indicaron que “[...]cuando uno trabaja en positivo, eh diay como que genera buenas vibras en todo mundo verdad y más bien uno crea alianzas, entonces eso es algo importante.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

Lo anterior, se pudo notar con las relaciones establecidas tanto con instituciones gubernamentales, de las que se indica que “Sí he visto que por ejemplo se reúnen mucho digamos con Ministros y todo eso, entonces eh mi impresión es de que el asunto va caminando bien [...]”(FM2, comunicación personal, septiembre de 2019), así como con empresa privada del cantón, pues “[...]la empresa privada normalmente da mucho apoyo [...]” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019), para el desarrollo de las diferentes políticas locales que la Municipalidad de Cartago lidera.

En lo que respecta a alianzas con instituciones públicas, se indicó que, generalmente, estas son buenas, tanto por la visualización positiva del gobierno local como institución a favor del bienestar de la comunidad, así como por una cuestión legal, ya que en su mayoría las políticas locales de este gobierno local responden a políticas públicas nacionales, las cuales ya disponen de un bagaje de instituciones públicas que deben trabajar de manera conjunta con las Municipalidades para su ejecución, como lo refleja el siguiente comentario:

“Hay buena relación, no puedo decir que haya mala relación con las instituciones públicas[...] Básicamente, vamos a ver, como le menciono, como en una ley tenemos que articular obligatoriamente con las instituciones públicas. Entonces, por ejemplo, a veces tenemos una estructura que es difícil porque interrelacionan o tiene que haber una relación interinstitucional y no siempre todos caminan para el mismo lado y muchos quieren llevarse sus créditos y sus méritos.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

No obstante, como bien se menciona, dichas alianzas externas con instituciones públicas no siempre se dan de la mejor manera, pues en algunas ocasiones las instituciones buscan un beneficio individual, por lo cual la Municipalidad de Cartago “[...]busca que antes que se generen los programas o los tipos de atenciones que se den, haya un convenio siempre por partes...” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019). Para ello, este gobierno local dispone de “[...]una comisión interinstitucional local, de la cual el Área Social es parte, y este siempre mantenemos relación con otras instituciones.” (FM1, comunicación personal,

septiembre de 2019). Esta comisión potencia no solo el desarrollo de más y mejores alianzas externas, sino también el establecer alianzas en las que las partes involucradas contribuyan de manera equitativa y en función del buen cumplimiento de las políticas locales lideradas (Municipalidad de Cartago, 2018).

A modo de ilustración, esta Municipalidad cuenta con alianzas con instituciones públicas como “Ministerio de Justicia, Ministerio de Cultura, PANI[...] Bueno, sé que digamos la Muni trabaja con el IMAS, trabaja con Ministerio de Salud” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019), así como “[...]con la UCR, que estamos trabajando directamente con la Escuela de Salud Pública, que estamos realizando varios convenios y cosas.”(FM1, comunicación personal, septiembre de 2019), alianzas que contribuyen en el desarrollo y ejecución de las políticas públicas locales que se creen para el desarrollo integral y el bienestar del cantón de Cartago.

Por su parte, en lo que concierne a alianzas externas con empresa privada, la Municipalidad también dispone de ellas, las cuales se establecen, en su mayoría, desde “lo que es la parte de responsabilidad social de las empresas.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019). Para ello y, con el objetivo de generar alianzas transparentes que se enfoquen a la generación de recursos para la ejecución de políticas locales que busquen el bienestar de la población, la Municipalidad de Cartago creó un programa para establecer las bases de las alianzas con empresa privada, definiendo qué tipo de ayuda se puede recibir y qué beneficios se generaran para las partes involucradas:

“[...]ya se trabajó y se presentó al Concejo Municipal un programa de atención a la responsabilidad social de las empresas, porque dado que está aquí la zona franca de la Lima, está el parque industrial, se ha estado desarrollando un poco más el cantón central, no solo el cantón central, sino toda la provincia en general, por lo que había que tener alguna herramienta que nos pudiera ayudar a canalizar todos esos ingresos y todas esas ayudas de una forma transparente y que pudiera ser útil para los diferentes actores de la municipalidad.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Es así que este gobierno local cuenta con colaboración de empresas privadas del cantón, como por ejemplo empresas establecidas en zona franca o empresas locales como Holcin (cementera), las cuales desde sus acciones de responsabilidad social, pueden canalizar esfuerzos para contribuir en la mejora y el bienestar de los pobladores. También, hay alianzas de sensibilización e involucramiento, como “[...]por ejemplo con las empresas de autobuses

de Guadalupe y de aquí de Aguas Caliente, que tenemos una alianza para la sensibilización de choferes.” (FM3, comunicación personal, septiembre de 2019).

De igual manera, “[...]también otro tipo de alianza como por ejemplo con trabajos comunales[...]” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019), lo cual permite que, mediante procesos de voluntariado, las acciones que surjan de las políticas públicas locales se pongan en práctica con mayor facilidad, como el caso de los Centro Diurnos que tiene a cargo la Municipalidad de Cartago (como parte de los acuerdos establecidos en la Política local a favor de la Persona Adulta Mayor), pues “[...]Los Centros Diurnos se manejan con voluntariado. Todas las asociaciones son voluntarias. El personal que trabaja ahí es voluntario. Nosotros les damos los insumos para que ellos puedan eh trabajar.” (FM3, comunicación personal, septiembre de 2019).

A modo de síntesis, la clave para el éxito en el desarrollo de alianzas externas del gobierno local de Cartago ha sido el mantener presente que las acciones desarrolladas, desde las políticas públicas locales, son para el beneficio de la población, ya que siempre se trata de promover un sentimiento de pertenencia y compromiso en el que las partes involucradas mantengan “[...]la coincidencia de que estamos trabajando para la población, no estamos trabajando para nosotros mismos, entonces eso ha sido muy importante digamos desde la visión.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

Todo lo anterior, podría potenciar la posible incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la estructura organizacional de la Municipalidad de Cartago, pues desde dicha Estrategia se busca el desarrollo de procesos que se aborden desde un trabajo multisectorial, promoviendo la generación de espacios para articular, planificar y negociar la puesta en práctica de acciones integrales que atiendan las necesidades prioritarias en salud de las poblaciones.

Para finalizar con el análisis de la capacidad política del gobierno local de Cartago, fue importante hablar sobre *los programas o proyectos para el desarrollo social del cantón con un enfoque de salud* y de bienestar, con el fin de identificar los procesos que ya lidera este gobierno local en pos de perfilarse como un Municipio Saludable.

Propiamente, para la puesta en práctica de proyectos o programas que tengan una repercusión directa en la salud de los munícipes, la Municipalidad de Cartago ha establecido, como primer pilar de su plan de gobierno 2012-2016, el “Ciudadano o habitante como individuo y Núcleo Familiar”, mismo que pasó a llamarse, en el plan de gobierno 2016-2020,

como “Desarrollo socio-económico inclusivo impacta ciudadanía como individuo y Núcleo Familiar”. Con este pilar, este gobierno local ha buscado potenciar el bienestar de la población desde procesos que respondan a sus políticas locales, como el desarrollo de acciones para contribuir en la equidad de género, en la calidad de vida de las personas mayores, en el desarrollo integral de la niñez y la adolescencia, así como en la prevención de enfermedades desde el fomento de la actividad física y la recreación y el establecimiento de espacios para la atención directa a la salud y la educación para la salud (Municipalidad de Cartago, 2016). La mayoría de estas acciones se lideran desde el Área Social de la Municipalidad de Cartago.

Ahora bien, antes de exponer programas o proyectos liderados por la Municipalidad de Cartago para el desarrollo social del cantón, es menester rescatar que dichas acciones se generan desde dos vías, una que remite a las demandas directas de la población y otra a las acciones que el gobierno local planifica y que no necesariamente nacen como una demanda sentida y expuesta por la población, pero que de igual manera impactan el bienestar, tal como se mencionada en el siguiente argumento:

“[...]hay dos tipos, digamos, están los que dependen de la demanda de la población y hay otros que tal vez se ha tenido una visión que es bueno para modernizar la ciudad, que ha respondido de una forma, aunque la gente no lo haya pedido en algún momento.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

En cuanto a programas y proyectos que han nacido de políticas públicas locales, que a su vez emergen como parte de las demandas reales y sentidas de la población del cantón central de Cartago, se tienen las **acciones dirigidas a la mujer**, las cuales se ejecutan desde **la Política Local de Equidad de Género**. Para liderar dichos procesos, el Área Social creó la Oficina de Equidad de Género y Desarrollo social, desde la cual se elaboran proyectos que tengan como fin la prevención de la violencia por género, pues se señala que “[...]Ok, acá digamos trabajamos con prevención de la violencia, entonces nos enfocamos mucho a crear programas de precisamente de prevención, [...]damos herramientas hacia la población para que diay para prevenir digamos todo el tipo de violencia que hay ahorita.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

Asimismo, desde esta Oficina se facilitan programas y proyectos que contribuyan con el desarrollo integral de la mujer, desde apoyo legal y psicológico a mujeres en condición de vulnerabilidad y violencia intrafamiliar, capacitaciones para fomentar el desarrollo personal y

profesional en temas como gestión gerencial, mujer como lideresa comunal, así como cursos, talleres y charlas sobre temas como abuso, violencia, empoderamiento, derechos humanos, entre otros (Municipalidad de Cartago, 2012).

Según los informes de labores de los años 2012 a 2019, el gobierno local de Cartago ha realizado programas, proyectos y/o actividades para el fomento de la equidad de género en el cantón, tales como la creación de la Red Local Interinstitucional y Comunal sobre Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar; procesos comunitarios de sensibilización y/o capacitación desde un enfoque de género y derechos humanos, procesos de sensibilización con enfoque de género a personas funcionarias del gobierno local de Cartago.

Asimismo, brinda un servicio de atención psicológica dirigida especialmente al abordaje de problemáticas sobre violencia intrafamiliar y violencia sexual. Para ello, este gobierno local dispone de una profesional en psicología, la cual se encarga de dar consulta y seguimiento terapéutico a mujeres que se encuentren en condición de violencia de género. Para el año 2013, se dio seguimiento terapéutico a 170 personas (Municipalidad de Cartago, 2013), mientras que para el año 2019 se contabilizaron más de 500 casos de seguimiento terapéutico a mujeres en condición de violencia intrafamiliar (Municipalidad de Cartago, 2019), cifras que muestran el impacto positivo de este servicio municipal para el abordaje de la equidad de género y los derechos humanos de las mujeres.

Otro de los programas y/o proyectos que se lideran en la Municipalidad de Cartago, como parte de las necesidades reales del cantón, son **las acciones dirigidas a la persona mayor**, las cuales responden a la **Política Local a Favor de la Persona Adulta Mayor**. Para ello, esta Municipalidad cuenta con la Oficina de Adulto Mayor, desde la cual se planifican y ejecutan acciones dirigidas a promover “[...]iniciativas de responsabilidad social para que las personas adultas mayores tengan acceso a una atención integral de calidad, incluyendo los ámbitos de salud, educativo, cultural, recreativo y deportivo.” (Municipalidad de Cartago, 2016, p. 23), para de esta manera garantizar bienestar y el respeto de los derechos humanos para este sector de la población (Municipalidad de Cartago, 2019).

A partir de los informes de labores de los años 2012 a 2019, los principales programas, proyectos y/o actividades dirigidas a la persona mayor, gestionadas por el gobierno local de Cartago, han sido los siguientes: la creación del Consejo Consultivo de Personas Mayores; programa de sensibilización intergeneracional; actividades para la

promoción de un envejecimiento saludable desde la actividad física y la recreación; el programa sobre capacitaciones, charlas, talleres, entre otros, dirigidos a la persona mayor y el proyecto Centro del Adulto Mayor con Padecimientos Mentales.

Aunado a lo anterior, la municipalidad oferta, desde el año 2010, alternativas de cuidado y atención para la persona mayor. Para el año 2019 el gobierno local contó con 16 centros diurnos (al menos uno por distrito) y un albergue (Municipalidad de Cartago, 2016), los cuales obtienen de CONAPAM los recursos necesarios para la atención de las personas mayores que asisten a estos establecimientos (Municipalidad de Cartago, 2012). Además de un programa de alimentación, mediante el convenio “Red de Cuido Municipalidad de Cartago-CONAPAM”, con el cual se beneficia a personas mayores en condición de pobreza, pobreza extrema, riesgo social y abandono; para el año 2019 se contó con cerca de 250 personas beneficiarias del programa, lo que permitió redistribuir ingresos para la atención integral de más de 450 personas mayores que asisten a los centros diurnos (Municipalidad de Cartago, 2019).

Continuando con programas o proyectos que se gestionen para responder a las demandas directas de la población del cantón de Cartago y que contribuyan en el desarrollo social y la salud de los mismos, se tienen las **acciones dirigidas a la niñez y la juventud** del cantón, las cuales responden a **la Política Local sobre Niñez y Adolescencia**.

En lo que respecta a acciones dirigidas a la niñez del cantón, la Municipalidad de Cartago cuenta con una Red de CECUDI, lo cual la perfiló, en el año 2011, como el primer ayuntamiento del país con una Red de este tipo (Municipalidad de Cartago, 2012). Es importante rescatar que la sostenibilidad de este programa es “[...]porque se hizo ley, que la Red Nacional de Cuido es una ley, sino ya se la hubieran "volado", como dicen. (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019), lo cual ha asegurado que el mismo se mantenga, a lo largo de los años, como un servicio continuo a favor del bienestar del cantón.

Actualmente, el gobierno local cuenta con al menos un CECUDI por distrito (12 CECUDI en total), en los cuales se da una atención integral a más de 900 niños, impactando el desarrollo integral y saludable de la niñez (desde el fomento del desarrollo de habilidades cognitivas y sensoriales), así como oportunidades para los encargados de estos (jefas de hogar y madres adolescente, en su mayoría) para poder trabajar y/o estudiar, y con ello contribuir así en el bienestar y la calidad de vida de las familias (Estado de la Nación, 2017).

Desde lo anterior, la Municipalidad de Cartago ha podido contribuir con las demandas reales percibidas de sus munícipes, pues

“[...]digamos lo que es desarrollo de CECUDI, que son Centros de Cuido Diurno, usualmente viene de una demanda de la población, entonces que la población ocupa eso; por ejemplo, diay centros de cuidado para que las personas pues puedan ir a trabajar y desarrollar sus actividades.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

En lo que atañe a **acciones pensadas para el desarrollo y el bienestar de la adolescencia del cantón**, la municipalidad de Cartago cuenta con una **Política Local de Juventud**, siendo así el primer gobierno local a nivel país en contar con una política específica para la persona joven. Para liderar los procesos que se deriven de dicha política, para el año 2015 se creó la Unidad de Desarrollo de la Persona Joven (Municipalidad de Cartago, 2017).

Con base en los informes de labores de los años 2014 a 2019, los principales programas, proyectos y/o actividades que gestionó el gobierno local de Cartago para el fomento del bienestar y desarrollo social de la persona joven del cantón fueron: proyecto para la creación de la agenda formativa “Jóvenes Construyendo un Cartago Sostenible”; curso MIPYME Joven Cartago; curso de economía de familia para mujeres jóvenes; Curso estudiando con mi hijo; curso de empresa para mujeres y talleres formativos en temas diversos como salud mental, liderazgo, habilidades para la vida, grupos de apoyo, entre otros.

Otra de las necesidades reales percibidas por los munícipes del gobierno local de Cartago es en materia **de inclusión social y accesibilidad**, la cual se buscó subsanar desde acciones desarrolladas en función de **la Política Local de Accesibilidad**. Para ello, la municipalidad de Cartago debe garantizar, en todas sus acciones, la mejora en el acceso integral de infantes, adolescentes, adultos y personas mayores que cuenten con algún tipo de discapacidad, para con ello minimizar los escenarios en los cuales se puedan ver expuesto a situaciones de vulnerabilidad e inequidad (Municipalidad de Cartago, 2017).

A parte de propiciar espacios inclusivos tanto en instalaciones municipales como en áreas públicas (parques, aceras, calles, entre otros), este gobierno local planifica acciones inclusivas desde tres áreas específicas, a saber: capacitaciones de concienciación a personal de la Municipalidad de Cartago; igualdad de oportunidades en el acceso a tecnologías de información y comunicación y el favorecimiento del deporte inclusivo desde tempranas edades.

Ahora bien, dentro de las labores que debe realizar un ayuntamiento, se encuentran el **fomento del deporte y la recreación**, el **garantizar la seguridad de los munícipes** y el **acceso a la educación** (Jinesta, 2014); aspectos que impactan directamente el desarrollo social y la salud integral de determinado cantón.

Para responder con el **fomento del deporte y la recreación**, la Municipalidad de Cartago cuenta con la Oficina de Deportes y Recreación, la cual se encarga de la planificación de actividades que promuevan la actividad física y la recreación en los diferentes grupos poblacionales. A modo de ejemplo, a continuación se mencionan algunos programas sobre actividad física y recreación gestionados por la Municipalidad de Cartago:

- **Programa de actividades recreativas y deportivas en las comunidades:** con la finalidad de llevar la actividad física, el deporte y la recreación a las comunidades que se encuentran alejadas del centro de Cartago, para con ello potenciar el acceso al deporte y la recreación en todo el cantón de Cartago. Por ejemplo, se cuenta con el subprograma “Valores en el Deporte y la Recreación”, el cual consiste en realizar actividades deportivas y recreativas en diversos centros educativos del cantón (Municipalidad de Cartago, 2019).
- **Programa “Movete por tu salud”:** desde el cual se facilitan clases de aeróbicos para toda la población, en horarios nocturnos, con la finalidad de permitir a la población que por diversos factores no puede realizar actividad física en la mañanas, lo pueda hacer por las noches (Municipalidad de Cartago, 2012).
- **Proyecto Cartago en Bici:** el cual consiste en realizar recorridos guiados por la ciclovía con estudiantes, docentes y población en general para promover el usos de la bicicleta como medio de transporte amigable con el ambiente y que favorece la salud integral de las personas.

Por su parte, **para garantizar la seguridad en el cantón**, la Municipalidad de Cartago cuenta con el Área de Seguridad Comunitaria, la cual se compone de más de 50 personas funcionarias municipales para conformar la Policía Municipal, los cuales cuentan con habilidades para proveer seguridad tanto a lo interno de la Municipalidad como para todo el cantón de Cartago (Municipalidad de Cartago, 2013).

Dentro de los programas que se lideran para promover seguridad en el cantón se tiene el programa de Comités de Seguridad Comunal y la Escuela Vial Infantil Municipal; el primero para capacitar y organizar a la comunidad en materia de prevención de actos

vandálicos y el segundo para educar desde edades tempranas a los munícipes sobre la importancia de la seguridad vial para el bienestar individual y colectivo (Municipalidad de Cartago, 2018).

Para contribuir en el **acceso a educación** de los pobladores del cantón, la municipalidad de Cartago une esfuerzos, año con año, para brindar apoyo económico mediante becas a estudiantes de primaria, secundaria y universidad, para lo cual delimita un monto económico específico, aprobado por el Concejo Municipal, para el otorgamiento de un poco más de 400 becas (Municipalidad de Cartago, 2018). Asimismo, para promover el acceso a recursos educativos, la Municipalidad de Cartago dispone de una Biblioteca Digital Municipal, la cual se encuentra al servicio de la comunidad para fomentar la educación y el acceso a tecnologías de información (Municipalidad de Cartago, 2013).

Por su parte, para el año 2017, la Municipalidad creó el Instituto Municipal de Educación de Cartago (IMEC), el cual fue el primer centro, a nivel de país, liderado por un gobierno local para el fomento de la educación abierta no formal tanto presencial como virtual. Los cursos ofertados corresponden a cursos de introducción a la computación, uso de Word, PowerPoint y Excel, así como Robótica Educativa. Para el año 2019, se matricularon alrededor de 3200 personas, otorgando titulaciones a un poco más de 1900 personas en los diferentes cursos brindados (Municipalidad de Cartago, 2019).

Continuando con las áreas que la Municipalidad de Cartago atiende, como parte de las demandas reales expresadas por sus munícipes, se tiene la parte de la **salud pública animal**, propiamente con el abordaje de caninos callejeros, en lo cual este gobierno local también se perfila como líder en intervenciones de este tipo de necesidades poblacionales.

Para lograr lo anterior, la Municipalidad de Cartago creó, en el año 2016, el Centro Municipal de Educación para el Cuido Animal (CMECA), el cual es el primer centro en su clase en Centroamérica y el Caribe (Municipalidad de Cartago, 2019), mismo que tiene como fin evitar la sobrepoblación de animales callejeros del cantón, así como asegurar el bienestar y la tenencia responsable de mascotas desde procesos socioeducativos. Es menester rescatar que dicho centro responder a las necesidades en salud pública animal del cantón de Cartago, ya que

“[...]surgió por eso, porque resulta que diay pues la gente lo decía, incluso ahí en prensa, que Cartago tenía mucho problema con los animales callejeros, que era un problema de maltrato, entonces con base en eso fue que se hizo la idea y que se

respondió diay pues para formar el Centro.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por su parte, **para propiciar un espacio para la Promoción de la Salud y la prevención de enfermedades**, la Municipalidad de Cartago creó **la Casa Municipal de la Salud**, en el año 2018. Esta edificación tiene como razón de ser el fungir como un espacio para la confluencia de diversos actores sociales que fomenten estilos de vida saludables para la prevención de enfermedades. Para ello, trabaja de forma articulada con entidades como el Área de Salud de Cartago, el Hospital Max Peralta, el IMAS, el IAFA, Universidades públicas y privadas, el MINSA, entre otros (Municipalidad de Cartago, 2018).

Dentro de las acciones concretas que se promueven desde la Casa de la Salud, se tienen las siguientes:

- Programa de préstamo de sillas de ruedas.
- Programa de Promoción de la Salud para todas las personas.
- Programa de ejercicio físico para la comunidad “Cartago se mueve”.
- Programa de educación en salud para las Asociaciones de Salud.

Básicamente, los anteriores programas tienen como fin la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades, vislumbrando que este gobierno local opera acciones de promoción de salud bajo el modelo de Lalonde (1974), pues sus acciones se direccionan hacia el abordaje o la prevención de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, entre otros), el fomento de estilos de vida saludable desde procesos de educación para la salud y el fomento de la actividad física y la recreación en las diferentes etapas de la vida, así como el ofrecimiento de servicios de salud para la atención directa de la misma (con el desarrollo de la Casa de la Salud y el fomento de la construcción de EBAIS).

Una vez evidenciadas algunas de las acciones que el gobierno local de Cartago liderada para responder con las necesidades reales sentidas por sus munícipes, se procedió a exponer algunos de los procesos que este gobierno local ha creado para contribuir en el desarrollo social y el bienestar del cantón, los cuales no necesariamente han nacido como una necesidades real percibida, pero han impactado positivamente el desarrollo y la calidad de vida de los pobladores.

Por un lado, se tienen las **acciones gestionadas para la atención de personas en condición de calle**, mismas que nacieron como parte de la **Política Nacional para la**

atención integral de Personas en Situación de Abandono y Situación de Calle. Para ello, la Municipalidad de Cartago reunió esfuerzos para establecer un programa de atención integral, al cual se creó en conjunto con IMAS y bajo las directrices del IAFA (Municipalidad de Cartago, 2016). A partir de dicho programa, se dio pie para el desarrollo de acciones municipales enfocadas a mejorar las condiciones de salud, alimentación y de reinserción social de los pobladores en condición de calle, para lo cual se creó, en el año 2018, el Centro Municipal de Desarrollo Humano e inclusión Social de Cartago (CEMDHIS), siendo el primer centro a nivel país que opera bajo la política nacional de Persona en Situación de Calle y Abandono (Municipalidad de Cartago, 2018).

Desde el CEMDHIS, el ayuntamiento de Cartago pudo instalar la Red Local de Reducción del Daño, desde la cual se reafirmó el compromiso de la Municipalidad para atender a este sector vulnerable e invisibilizado de la población. Con esto, se ha podido brindar una oferta de servicios de atención durante el día y de protección durante la noche (bajo la modalidad de albergue), con el fin de identificar necesidades básicas de esta población (alimentación, higiene, vestido y albergue), dar seguimiento y acompañamiento profesional para rehabilitación y reinserción social (apoyo de profesionales en trabajo social, terapia ocupacional, psicología, entre otros).

Por otro lado, se tiene el desarrollo y mantenimiento del **Centro Cívico de Cartago**, el cual nació en el año 2012 como un espacio para abordar diversos temas sobre bienestar, desarrollo social y el fomento de los derechos humanos. Es importante mencionar que dicho Centro **forma parte del Programa Nacional de Centro Cívico**, por lo cual el gobierno local de Cartago trabaja, de manera conjunta, con el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Cultura y el Patronato Nacional de la Infancia (Municipalidad de Cartago, 2019).

Si bien este programa no se potenció como parte de una respuesta a necesidades reales sentidas por los pobladores del cantón de Cartago, es rescatable las gestiones que ha liderado la Municipalidad de Cartago para despertar el interés de la comunidad para con el Centro Cívico, pues

“La gente se interesa. Por ejemplo, específicamente Centro Cívico, es un programa de gobierno que comenzó en 2012, y bueno, para resumirte digamos un poco, hay uno por provincia, esta bueno Garabito, Santa cruz, Aguas Arcas, Pocosí, Desamparados, Cartago[...], y acá Cartago vamos a cumplir dos años y resulta que, con muy poco

tiempo, ya se está convirtiendo digamos en un líder de cómo se manejan las cosas hacia la comunidad verdad.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

Propiamente, desde el Centro Cívico de Cartago se ejecutan acciones enfocadas a la prevención de la violencia intrafamiliar, prevención de la violencia de género, prevención de violencia en centros educativos, prevención de violencia asociada al consumo o tráfico de drogas, reducción de todo tipo de discriminación, promoción de la inclusión social, desarrollo de una cultura de cuidado del ambiente y autocuidado personal, desarrollo de una cultura de paz y de convivencia sana, principios de democracia y de participación ciudadana, técnicas para la resolución de conflictos, entre otros (Municipalidad de Cartago, 2019). Todo esto, según lo comentado por las personas funcionarias entrevistadas, ha potenciado que la comunidad se interese por el Centro Cívico, ya que es un espacio que vela por el bienestar y el desarrollo social de los pobladores del cantón:

“Entonces esa parte digamos ha sido importante. Qué se trabaja desde programas preventivos: deporte, se trabaja salud, el tema de educación sexual, eh bullying, tema de consumo de alcohol, entonces es como muy amplia digamos y eso más lo que tiene el programa de Centro Cívico, lo que hace es fortalecerlo verdad.” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019).

Una vez descrito todo lo anterior, se pudo concluir que el gobierno local de Cartago dispone de una sólida capacidad política, la cual le ha permitido planificar y ejecutar en función de cumplir con herramientas normativas tales como planes de gobierno, Plan de Desarrollo Humano Cantonal y los Objetivos del Milenio, para con esto impactar, positivamente, la salud integral de sus municipios y potenciar el desarrollo social del cantón, lo cual según Silberberg (2011) es la razón de ser de un gobierno local.

Es así que este gobierno local ha buscado perfilarse como precursor de una oferta de servicios integrales, apoyada desde políticas públicas locales que propician el desarrollo de acciones que van desde aspectos que atañen a procesos de educación formal e informal, fomento de una perspectiva de equidad de género, apoyo al desarrollo integral del infante, promoción de estilos de vida saludables en jóvenes y personas mayores, promoción de la actividad física y la recreación, abordaje de la salud animal, fomento de una cultura de paz, entre otros, permitiéndole así obtener reconocimientos a nivel internacional (como la certificación de municipio amigable con la persona adulta mayor, de la OPS) y nacional (con

el reconocimiento por parte de la Defensoría de los Habitantes como institución pública a favor del mejoramiento de la calidad de vida, en el año 2012).

Por lo anterior, la capacidad política del gobierno local de Cartago se podría considerar factible para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OMS/OPS en su estructura organizacional, ya que cuentan con una serie de factores que van desde una autonomía política para el desarrollo y ejecución de políticas locales, hasta la puesta en práctica de programas y proyectos que buscan impactar el bienestar de los municipios. Las políticas públicas locales son la base para abordar los problemas de salud que sean percibidos como prioritarios, con el fin de promover una oferta de servicios que busque disminuir las desigualdades sociales que impiden el desarrollo integral de la comunidad (Unión Nacional de Gobiernos Locales, 2013).

Considerando que la Promoción de la Salud es la principal base para el abordaje de la EMS, ésta se debe dar desde procesos políticos y sociales que tengan injerencia directa sobre los diferentes determinantes que confluyen en la salud de las poblaciones, procesos en los cuales la Municipalidad de Cartago se perfila acorde, pues cuenta con voluntad política para la incorporación y generación de políticas públicas locales que se desarrollen desde una visión de corresponsabilidad, donde se promueve la responsabilidad social de los diferentes actores sociales presentes en el cantón, para con ello consolidar y expandir una red de alianzas multisectoriales que permitan generar valor público para el desarrollo social de las poblaciones (Quesada y Picado, 2010).

e. La capacidad financiera de la Municipalidad de Cartago

Según Rosas (2009), la capacidad financiera de un gobierno local es aquella que remite a las potestades de las que se disponen para la organización y/o generación de presupuesto, que permita la ejecución de los diferentes planes, programas o proyectos que, como institución al servicio de la comunidad, se planifiquen. Por ello, desde esta capacidad se debe ahondar en **la autonomía financiera** para la generación de ingresos propios, así como la administración del presupuesto que se le asigne por parte del Estado.

Antes de profundizar en la capacidad financiera de la Municipalidad de Cartago, en primer lugar fue importante reconocer lo que se encuentra establecido por ley para la administración de recursos monetarios de un gobierno local en Costa Rica. Según el Código Municipal Costarricense (1998) y, como ya se ha mencionado en apartados anteriores, **“La municipalidad posee la autonomía política, administrativa y financiera que le confiere la**

Constitución Política” (p. 8), lo que le otorga libertad para acordar su presupuesto y ejecutarlo, aprobar y cobrar impuestos y establecer los vínculos necesarios para la generación de recursos que potencien el cumplimiento de sus funciones (Unión Nacional de Gobiernos Locales, 2013).

Desde lo anterior, se reconoció como primer aspecto positivo, en el análisis de la capacidad financiera del gobierno local de Cartago, a la autonomía financiera de la que disfruta, misma que le permite administrar los ingresos económicos que le sean otorgados por parte del Estado, así como la organización y planificación de procesos que potencien la recolección de ingresos extra (Velasco, 2007), necesarios para garantizar el abordaje de los diferentes proyectos y planes que como gobierno local se lideren.

Ahora bien, para establecer una planificación ordenada y transparente, como ya se ha mencionado en apartados anteriores, los ayuntamientos en Costa Rica deben elaborar un Plan Anual Operativo (PAO), en el cual se especifique el recurso necesario para la puesta en práctica de cada acción planeada por Área, Oficina, Departamento o Unidad, esto con el fin de esclarecer cuáles son las iniciativas que se pretenden desarrollar en pos de responder a las necesidades, los requerimientos y las expectativas de los ciudadanos para con la Municipalidad. Por lo tanto, el PAO debe estar estrechamente relacionado con el Plan de Gobierno (Municipalidad de Cartago, 2014).

Propiamente, la Municipalidad de Cartago propicia el desarrollo de un PAO basado en un sistema de Gestión para Resultados de Desarrollo (GpRD), con el fin de promover una planificación basada en una toma de decisiones integral, que potencie la generación de mayores niveles de efectividad en la prestación de servicios para impactar así el bienestar de los pobladores (Municipalidad de Cartago, 2014). Por ello, para la elaboración del PAO, la Municipalidad de Cartago toma en consideración documentos como el Plan de Desarrollo Humano Cantonal, el Plan de Gobierno Municipal, el Plan Estratégico Municipal, diagnósticos institucionales como poblacionales, políticas nacionales y locales, entre otros (Municipalidad de Cartago, 2014), con el fin de garantizar una planificación que realmente responda con los intereses y las necesidades del cantón.

De mano con lo anterior, el PAO de la Municipalidad de Cartago se planifica desde el Comité de Presupuesto, en el cual participan representantes de todas las Áreas del gobierno local, con el propósito de elaborar un anteproyecto del PAO que permita una discusión crítica

para la identificación de las necesidades que se deban atender con prioridad y con ello asignar los recursos necesarios para cada acción planteada (Municipalidad de Cartago, 2013).

Asimismo, para garantizar una adecuada distribución de los recursos financieros, la Municipalidad de Cartago elabora sus PAO desde una estructura por programas, la cual facilita la identificación de ingresos y egresos según actividad específica, con el fin de obtener una valoración cuantificable en el alcance de objetivos y metas institucionales. Dicha estructura se compone de tres programas, a saber: 1-Dirección y Administración General, 2-Servicios Comunales e 3-Inversiones (Municipalidad de Cartago, 2019).

Con base en lo anterior, el PAO se perfila como la principal herramienta para la evaluación del cumplimiento de cada acción planificada para responder con las metas y los objetivos que como ayuntamiento se persigan, siendo así el PAO una “[...]evaluación física financiera, entonces nosotros nos autoevaluamos de cómo hemos ejecutado según la programación del presupuesto, que la tenemos que hacer nosotros mismos, y cuáles son los objetivos que hemos cumplido.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por lo tanto, el PAO de la Municipalidad de Cartago es construido por cada una de las personas funcionarias encargadas de políticas locales, planes, programas y/o proyectos, para finalmente ser discutido por el Comité de presupuesto, quién determinará el presupuesto final acordado, según priorización de necesidades y distribución justa del presupuesto Municipal, pues “Cada quien hace el presupuesto dependiendo de lo que pide y de lo que necesita; que se le dé todo es otra cosa.” (FM5, comunicación personal, septiembre de 2019).

Ahora bien, en lo que respecta propiamente a la asignación presupuestaria de la Municipalidad de Cartago, fue importante comprender que esta se desarrollada desde tres escenarios: uno primer escalón que concierne a lo que se estima será necesario para la puesta en práctica de cada plan o proyecto delimitado y aprobado en el PAO, otro que representa el presupuesto asignado y otro que remite al presupuesto real utilizado (Municipalidad de Cartago, 2014). Este presupuesto, se conforma de asignación presupuestaria por parte del Estado, así como del cobro de tarifas por servicios ofertados (como recolección de basura, mantenimiento de zonas verdes, acceso a agua apta para el consumo humano, entre otros) y por tasas e impuestos municipales (Municipalidad de Cartago, 2019).

El presupuesto municipal asignado rige a partir del primer día del mes de enero al 31 de diciembre de cada año, siendo así que

“El presupuesto es anual, o sea lo hacemos anual, ponemos el presupuestos que vamos a ocupar, eh si ponés el primer trimestre voy a ocupar tanto, el segundo trimestre tanto, y así, y vas llenando cuando lo vas cumpliendo, o se cumple o no se cumple.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Dicho presupuesto asignado debe emplearse para cumplir con lo expuesto en el PAO y en el cual los egresos nunca deberán superar a los ingresos (Municipalidad de Cartago, 2019). A modo de ejemplo, a continuación se presenta el cuadro número 16 sobre información presupuestaria de la Municipalidad de Cartago durante el periodo 2014-2019:

Cuadro No16.

Cuadro comparativo de información presupuestaria de la Municipalidad de Cartago, periodo 2014-2019

Año	Tipo de Presupuesto		
	Estimado (en PAO)	Asignado	Real
2014	₡ 17.365.033.776,95	₡ 20.548.237.403,00	₡19.585.720.404,26
2015	₡ 20.802.418.700,00	₡ 23.058.971.687,01	₡ 20.144.235.439,39
2016	₡ 22.446.970.307,27	₡ 27.535.935.855,18	₡24.258.254.367,03
2017	₡ 22.870.587.960,77	₡ 27.417.954.857,41	₡25.309.169.063,61
2018	₡ 22.963.492.719,72	₡ 26.843.570.015,86	₡24.975.525.872,43
2019	₡ 23.065.015.175,00	₡ 26.963.822.659,67	₡25.603.874.239,57

Fuente: elaboración propia con base en Planes Anuales Operativos de los años 2014 a 2019 e Informes de Labores de la Municipalidad de Cartago periodo 2012-2019.

Como se puede observar, el gobierno local de Cartago cuenta con una asignación presupuestaria bastante robusta, la cual ha incrementado a lo largo de los años, permitiendo así la inclusión de más servicios ofertados para el desarrollo social y el bienestar de la población. Es importante mencionar que el alcance de metas y objetivos ha mejorado también, pues para el año 2013 se alcanzó en un 73% los objetivos y las metas institucionales, con una ejecución financiera de 87,45%, porcentajes considerados como buenos en lo que concierne a la ejecución y cumplimiento del PAO, mientras que para el año 2019 se obtuvo un 84% en el cumplimiento de objetivos y metas municipales, con una ejecución de más del 90% del presupuesto asignado para dicho año (Municipalidad de Cartago, 2019).

Si bien el gobierno local percibe una cantidad de ingresos considerables para el desarrollo y ejecución de su plan estratégico institucional, dicho presupuesto, al ser distribuido en las diferentes Áreas y servicios de la Municipalidad, se concibe como limitado

o escaso, tal como se expone en el siguiente comentario: “La municipalidad de Cartago es una de las municipalidades que más recursos, más grandes que puede recibir, una de las que más recursos recibe, pero también los recursos son escasos.” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

En relación con lo anterior, es importante comprender que los recursos económicos que ingresan al gobierno local de Cartago no se pueden distribuir de una manera totalmente libre, pues si bien se cuenta con autonomía para la administración de los ingresos municipales, hay partidas condicionadas para la atención y continuidad de servicios específicos (servicios de acueducto municipal, recolección de basura, mejoramiento de calles, entre otros) de las cuales no se puede disponer más que para lo señalado por ley o normativa según servicio específico, tal como se expuso en el siguiente argumento:

“Ok, bueno la Municipalidad genera mucha plata verdad, el presupuesto anda como por 25 mil millones, pero también gasta mucha plata, y está el otro aspecto que yo te decía, que hay presupuestos que son para algo específico, entonces digamos aunque sea mucha plata, por ejemplo lo que te decía, de Acueductos todo es para Acueductos, lo que es de basura solo se puede invertir en basura, entonces diay a nosotros nos queda la parte de los recursos libres, que creo que es un poco limitado porque conforme se han desarrollado más proyectos, diay cada vez hay menos plata para cada uno.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por lo tanto, y, como se pudo observar en el anterior argumento, la Municipalidad de Cartago percibe ingresos para la prestación de servicios ya fijados por ley, así como aquellos que se lideren de manera particular para la creación de acciones integrales que propicien el bienestar y la calidad de vida en el cantón, los cuales, dependiendo del Área Municipal, pueden ser ingresos propios o depender de ingresos que se le otorguen por parte del gobierno local:

“La Municipalidad, según los tributos que ingresan por medio de los contribuyentes, genera los recursos. Bueno cada Unidad y cada Área, depende, si es generadora de ingresos pues administra sus propios ingresos y si no es generadora de ingresos, por medio de los diferentes mecanismos y herramientas financieras, logran generar intereses y demás inversiones que la Municipalidad puede cuantificar y puede repartir entre los demás Departamentos que no generan ingresos.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Es así que el gobierno local de Cartago, en su calidad de institución pública con autonomía financiera, genera tributos mediante el cobro de impuestos, patentes y multas municipales, los cuales son destinados para el mejoramiento, modernización y el bienestar del cantón, es decir que dichos ingresos se ven retribuidos en una prestación de servicios que contribuyan con el desarrollo social del cantón. A modo de ejemplo, en la tabla número 2 se muestran algunos de los ingresos percibidos en el año 2019 desde servicios, patentes e impuestos del gobierno local de Cartago:

Tabla No2.

Ingresos por servicios, patentes e impuestos de la municipalidad de Cartago, año 2019

Tipo	Ingreso
Servicios de recolección de basura	¢1.380.628.502,04
Servicio de tratamiento de basura	¢ 339.834.506,87
Servicio de agua potable	¢ 3.503.709.067,58
Servicio de aseo de vías públicas	¢ 532.841.737,08
Servicio de mantenimiento de parques	¢127.112.049,55
Patentes de licores	¢ 129.126.672,98
Impuesto de patentes varias	¢ 4.406.943.891,98
Impuestos sobre bienes inmuebles	¢ 4.258.871.960,34
Impuestos sobre construcciones	¢ 225.310.877,81
Impuesto al cemento	¢ 721.693.345,48
Alquileres en el Mercado Municipal	¢ 424.053.500,36
Multas por infracción a ley de parquímetros	¢ 284.669.028,12
Total	¢ 16.334.805.139, 39

Fuente: elaboración propia con base en informe de labores de la Municipalidad de Cartago del año 2019.

Ahora bien, es importante recalcar que no todo los tributos que ingresan a la Municipalidad se pueden emplear de manera libre, ya que como se ha mencionado, hay ingresos que deben ser utilizados para determinado fin. Por ello, los servicios ofertados por el gobierno local que no cuenten con un presupuesto fijo dependen del presupuesto “libre”, el cual se deriva de aquellos tributos que no se recolecten para una prestación de servicio específica, tales como los ingresos por multas, por permisos de construcción, por impuestos al cemento, por permisos para construcciones, entre otros.

Es así que las Áreas de la Municipalidad de Cartago que no generan ingresos propios, trabajan con base en los recursos que le sean asignados desde el presupuesto libre, el cual se distribuyen entre el total de planes, programas o proyectos que se planifiquen en dichas Áreas, tal como el Área Social, pues las personas funcionarias entrevistadas señalaron que

“nosotros [Área Social] no generamos un ingreso por parte nuestra, sino que nosotros nos financiamos de lo que denomina pues, eh, como presupuesto libre.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019), aunado a “Nosotros trabajamos con presupuestos libres que se tienen que distribuir entre todas las demás necesidades del Municipio verdad, entonces nosotros sí tenemos recursos limitados aunque la Municipalidad sí recibe, pero el Área Social en particular si tiene recursos muy limitados” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

Pese a las grandes cantidades de presupuesto que le ingresan, año con año, al gobierno local de Cartago, muchos de los planes y proyectos que se planifican, en pos de contribuir con el bienestar integral del cartón, cuentan recursos limitados, tal como lo son las acciones que se lideran desde la Oficina de la Persona Mayor, pues la Municipalidad sí asigna presupuesto para la puesta en práctica de las acciones planificadas de esta Oficina, “pero muy poco. Digamos, hay rubros o cuentas que es muy poco el presupuesto que asignan para las necesidades, es muy poco[...].” (FM3, comunicación personal, septiembre de 2019), indicando así que el recurso financiero es “Muy limitado. El recurso es muy limitado. Digamos yo puedo pedir digamos 50 millones, pero de esos 50 millones me bajan a 10-15 millones.” (FM3, comunicación personal, septiembre de 2019).

Lo anterior refleja que si bien se establece, como parte del PAO, un plan que indique los recursos mínimos necesarios para la ejecución de las diversas acciones de todas las Áreas del gobierno local, el mismo no asegura que el recurso financiero solicitado, por las Áreas que no generan ingresos propios, sea aprobado, puesto que “[...]se hace una formulación de presupuesto anualmente y diay, yo puedo pedir un presupuesto de 30 millones anual y normalmente recortan todo y dejan para lo más básico, lo más urgente.” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019).

Por ello, una vez el presupuesto final es acordado (específicamente el presupuesto libre), la mayoría de Unidades, Oficinas o Departamentos que pertenezcan a Áreas del gobierno local que no perciben ingresos propios, deben realizar ajustes a sus planificaciones de trabajo, con el fin de definir cuáles acciones se podrán abordar con el presupuesto otorgado, en función de cumplir con objetivos y metas institucionales, tal como se expuso desde el siguiente comentario:

“Diay muchas veces lo que hay que hacer es ajustar las metas o por ejemplo, una vez que está aprobado el presupuesto, pues valorar verdad, entonces, diay qué sé yo ver

que es prioritario hacerlo, modificar el presupuesto, para ponerle la plata que te faltó a lo que es prioritario[...] (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

Para poder subsanar la falta de ingresos en el abordaje de las acciones planificadas, las Áreas Municipales que no generen ingresos, se apoyan de recursos provenientes de otras instituciones gubernamentales, desde un trabajo en conjunto donde el gobierno local lidere acciones que respondan con la razón de ser de las instituciones colaboradoras, así como desde recursos que ingresen mediante acuerdos para cumplir con la responsabilidad social de las instituciones privadas. Un ejemplo de esto es el Área Social de la Municipalidad de Cargado, pues

“Ehhh, en el tema de nosotros, social, eh di el recurso es realmente escaso, nosotros trabajamos más que todo con aportes de IMAS, aportes de otras instituciones que nos han ayudado a mantener los programas nuestros y este trabajamos con lo que es responsabilidad social de las empresas[...]” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019).

No obstante, los recursos siguen siendo limitados, pues en la mayoría de casos estos ingresan para cumplir con determinada labor específica, más no contemplan la totalidad de variables que implica la puesta en práctica de programas y proyectos que tengan un impacto directo en la salud y el desarrollo social de la población, tal como el caso de los CECUDI y los Centros Diurnos Municipales, programas que cuenta con apoyo de instituciones gubernamentales pero para acciones concretas, como se comentó en el siguiente comentario:

“El presupuesto es bastante escaso, todos estos programas que al final revierten en la salud, Adulto Mayor, Centros de Cuido Infantil, normalmente tienen una fuente de financiamiento externa que es muy limitada digamos; CONAPAM nos da algún dinero para Adulto Mayor que alcanza solo para el programa de alimentación, CECUDI nos da algún dinero que alcanza solo para la operabilidad, pero sin duda alguna el recurso es escaso”(FM7, comunicación personal, septiembre de 2019).

Finalmente, es menester indicar que lo que se solicita y lo que finalmente se aprueba de presupuesto para la planificación de determinada acción municipal, se debe cumplir a cabalidad y bajo una línea de transparencia, puesto que al tratarse de recursos públicos, estos se deben emplear en pos del beneficio de la comunidad y con la finalidad de cumplir con las metas y los objetivos que como gobierno local se persigan (FEDOMU, 2009), por lo cual la planificación PAO

“Sí hay que cumplirlo porque se supone que si vos hiciste el presupuesto bien hecho, eh diay es lo que vas a ocupar, entonces si vos pediste, por ejemplo, diay para construir ahí un corral y era algo que no iba a hacer y diay resulta que quedaron 10 millones ahí que se perdieron, pues ahí sí te llamaran la atención y algo, porque esa plata se pudo haber usado en otra cosa, entonces sí es importante ejecutarlo, pedirlo bien también.” (FM8, comunicación personal, septiembre de 2019).

A modo de conclusión, la capacidad financiera del gobierno local de Cartago podría potenciar la inclusión de la EMS de la OPS/OMS en la estructura organizacional, principalmente desde la autonomía de la que goza la Municipalidad para generar ingresos libres y distribuirlos en aquellas acciones que se consideren como prioritarias a abordar, según planificación en el PAO.

No obstante, como bien se pudo apreciar, el presupuesto municipal es limitado para las acciones de salud que se lideren desde el Área Social, por lo cual es necesario la creación de alianzas estratégicas que permitan la generación de ingresos para la puesta en prácticas de dichas acciones, lo cual a su vez permitiría una planificación integrada en la cual se de “...la integración de distintos sectores del municipio y los diferentes actores de la comunidad en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones” (Moreno, Acastro y Cabezudo, 2009, p. 11), para con ello crear estrategias viables y en las cuales todas las partes involucradas se sientan comprometidas para su cumplimiento.

Una vez descritas las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago vinculadas con la posible incorporación de la EMS de la OPS/OMS, en el siguiente apartado se procedió con la descripción de los principales hallazgos sobre gobiernos locales, de los cinco países latinoamericanos seleccionados, que se han certificado como saludables.

B. Mecanismos de incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en gobiernos locales de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú

El presente proyecto realizó un acercamiento a la Estrategia de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS mediante el análisis de la implementación de esta Estrategia en gobiernos locales de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú. Por lo tanto, fue necesario conocer las características sociodemográficas y políticas que tienen estas naciones, con el fin de entender desde un amplio marco, las adaptaciones que han debido realizar o bien los cambios a nivel legal que se han hecho para la correcta implementación de la EMS de la OPS/OMS. Ahora bien, se debe

aclarar que estos países son una muestra a conveniencia, que sí bien cuentan con una amplia trayectoria en el desarrollo de la Estrategia, se escogieron por afinidad de los autores del trabajo.

Para el análisis de cada país se tomaron en cuenta los siguientes indicadores: Índice de Desarrollo Humano (en adelante IDH), Coeficiente de Gini y la renta per cápita de cada país. Estos indicadores fueron considerados con el fin de mostrar los ingresos y la distribución en los países analizados, puesto que de la renta de un país depende su inversión en educación, salud y desarrollo social.

El IDH, es un índice compuesto que “[...]se centra en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: la capacidad de tener una vida larga y saludable, que se mide por la esperanza de vida al nacer; la capacidad de adquirir conocimientos, que se mide por los años promedio de escolaridad y los años esperados de escolaridad; y la capacidad de lograr un nivel de vida digno, que se mide por el ingreso nacional bruto per cápita.” (PNUD, 2018, p.1). Este indicador se puede clasificar en:

- ❖ **Desarrollo humano muy alto**, en este parámetro se incluyen aquellos países con niveles superiores al 0,80.
- ❖ **Desarrollo humano alto**, en este caso se incluyen aquellos cuyos niveles rondan entre 0,70 y 0,80.
- ❖ **Desarrollo humano medio**, donde se encuentran los países cuyos niveles rondan entre 0,50 y 0,70.
- ❖ **Desarrollo humano bajo** ya con una valoración inferior a 0,55.

En cuanto al Coeficiente de Gini, este indicador generalmente se utiliza para medir el nivel de desigualdad existente entre los habitantes de una región, normalmente, es más utilizado en lo referente a desigualdad en los ingresos. Lo que mide este coeficiente es hasta qué punto la distribución de los ingresos entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución igualitaria, para esto se utilizan las variables 0 y 1, la primera indica la máxima igualdad, es decir que los países cuyo coeficiente de Gini se acerque más al 0 tienen una distribución de los ingresos, más equitativa, caso contrario para aquellos países que se acerquen a la variable 1, esto indica una máxima desigualdad (Observatorio del Inversor, 2014).

Ahora bien, en el caso del ingreso per cápita o renta per cápita, este indicador mide la relación existente entre el nivel de renta de un país y su población; para ello se divide el Producto Interior Bruto (PIB) de dicho territorio entre el número de habitantes. Se utilizan precios vigentes de los bienes y los servicios producidos en un periodo determinado. Aunque normalmente existe

una relación directa entre el nivel de renta de un lugar y el nivel de aspectos como la sanidad, la educación y el desarrollo, no siempre la renta per cápita es capaz de mostrar de manera absoluta y veraz el auténtico nivel de vida de un ciudadano en un país determinado, por esta razón se utilizan otros indicadores como el IDH y el coeficiente de Gini (ECONOPEDIA, 2016).

Los indicadores antes mencionados, influyen en la inversión en salud y desarrollo social que pueda realizar una nación, es por ello que el cuadro número 17 se presentan los datos correspondientes a los países analizados:

Cuadro No17.

IDS, Coeficiente de Gini e Ingreso per cápita de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú

País	Población total	Indicador		
		IDH	Coeficiente de Gini	Ingreso per cápita
Argentina	45.38 millones de habitantes	0,830	0,449	12,735
Brasil	210.147.268 millones de habitantes	0,761	0,490	10,493
Chile	18.751.405 millones de habitantes	0,842	0,505	25,978
México	125.200.00 millones de habitantes	0,762	0,483	9,715
Perú	32.495.500 millones de habitantes	0,75	0,35	7,202

Fuente: elaboración propia con base en datos del Gobierno de Relaciones Exteriores de España, 2020.

De acuerdo con la tabla anterior, los países objeto de estudio presentaron un desarrollo humano catalogado como “alto”, solamente la República de Argentina y la de Chile tienen un IDH definido como “muy alto”; se debe rescatar que ambas presentaron una mayor esperanza de vida, 76.9 años y 81.5 años respectivamente. Además, Argentina es el país con una distribución de la riqueza más igualitaria, mientras que Chile es el que tiene una mayor renta per cápita.

Ahora bien, a partir de este panorama general sobre los países de estudio, fue necesario conocer el régimen municipal, el sistema de salud y finalmente el proceso de incorporación de la EMS de la OMS/ OPS en cada uno de ellos. En este apartado se analizó la interacción de estas tres variables, partiendo del marco legal que rige a cada país, puesto que para poder integrar la EMS se requiere que dentro del aparato estatal sean válidas las premisas de dicha Estrategia, esto para asegurar recursos, aceptabilidad y respaldo por parte de la población. Seguidamente, se analizó el sistema de salud y finalmente se contextualizó la incorporación de la EMS en cada país.

a. El caso de Argentina

El desarrollo e incorporación de una Estrategia como la de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS, requiere de un marco legal, político y social que permita dicho proceso. La memoria social de los habitantes debe funcionar como ese suelo fértil que dé paso a las ideas relacionadas con la mejora en la calidad de vida y, más específicamente, con las mejoras en la salud a nivel colectivo y desde un ámbito local. Es por ello que el contexto social e histórico en el que surgen las políticas sociales de salud, e incluso las reformas constitucionales donde se reconocen derechos a las poblaciones, permite acercarse a la realidad actual de un país y con ello sistematizar de una mejor manera los aspectos clave que permitieron incorporar acciones de Promoción de la Salud mediante la EMS en determinada región. Con respecto a lo anterior, en el siguiente apartado se describe el régimen municipal y el sistema de salud argentino, para finalmente exponer la incorporación de la EMS de la OMS/OPS en gobiernos locales de Argentina.

1. El Régimen Municipal Argentino.

Argentina es una República Federal conformada por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, estas a la vez se subdividen en departamentos y estos en municipios. Desde su Constitución Política establece cómo se organizará el país y específicamente los municipios, desde su artículo 5 la Constitución argentina da la potestad a cada provincia de organizarse según sus necesidades,

Artículo 5°- Cada provincia dictará para sí una Constitución bajo el sistema representativo republicano, de acuerdo con los principios, declaraciones y garantías de la Constitución Nacional; y que asegure su administración de justicia, su régimen municipal, y la educación primaria. Bajo de estas condiciones, el Gobierno federal, garante a cada provincia el goce y ejercicio de sus instituciones. (Gobierno de Argentina, 1994. p.1)

Ahora bien, en temas de autonomía y descentralización diversos autores señalan que en este país se pueden distinguir municipios de tres niveles o categorías, por ejemplo Difalco (2010) a partir de un análisis de las 23 cartas provinciales (constituciones provinciales) y tomando en cuenta el alcance de cada constitución, divide la autonomía de la siguiente manera:

- ❖ **Autonomía municipal semiplena:** “Se trata de constituciones que no reconocen la autonomía local en el orden institucional, es decir, los municipios no poseen la capacidad

de dictarse su propia carta orgánica, sin perjuicio de ostentar autonomía en los demás ámbitos.” (p. 483).

- ❖ **Autonomía municipal condicionada limitada o restringida:** “En estos casos se reconoce la autonomía municipal pero se exige que la carta orgánica municipal sea aprobada por el Poder Legislativo Provincial.” (p. 483).
- ❖ **Autonomía Municipal Plena:** “Se reconoce la autonomía en todos los ámbitos enumerados en el artículo 123 de la Constitución.” (p. 483).

A partir de la categorización anterior, es necesario mencionar que la autonomía implica la capacidad de autogobernarse o auto administrarse con base en normas emanadas de un poder superior, que en este caso es representado por la Constitución. A raíz de esto, cada provincia determina si la autonomía institucional puede aplicarse a todos sus municipios o solamente a un grupo de ellos, es decir encasillarlos como municipios con autonomía plena o semiplena (López, 2010).

En Argentina, los municipios se clasifican en pequeños, medianos y grandes, esto depende del número de habitantes; así, en varias provincias argentinas la base poblacional permite distinguir municipios de primera, segunda y tercera categoría, otorgándoles sólo a los primeros o, en su caso, sólo a éstos y a los segundos, la posibilidad de dictar su propia carta orgánica (López, 2010).

En el ámbito político, las provincias establecen la forma de gobierno que adoptan sus municipios, los más grandes, generalmente, utilizan el sistema de intendente-concejo, mientras que los más pequeños se rigen por comisiones vecinales. En el aspecto administrativo, los estados provinciales se encargan de regularlas materias relacionadas con los servicios públicos, la organización administrativa y el poder de policía. Igualmente, el orden económico y financiero de la autonomía del municipio es delimitado en su alcance y contenido por las provincias en lo que concierne a la materia tributaria, al gasto público y al desarrollo económico (López, 2010).

Según López (2010), en los gobiernos locales con autonomía plena existe la figura del Departamento Legislativo, este se encuentra a cargo de un cuerpo o Concejo Municipal denominado Concejo Deliberante, el cual es un órgano colegiado compuesto por concejales que se renuevan cada 4 años, con la posibilidad de ser reelectos. Ahora bien, en cuanto a las atribuciones y deberes que tiene el municipio, este autor menciona que al tener diferentes sistemas de organización en los gobiernos locales (niveles de autonomía), la definición de sus competencias no

es unánime ya que varía en cada provincia, pero según el Decreto de Ley 6769/58 se pueden resumir en:

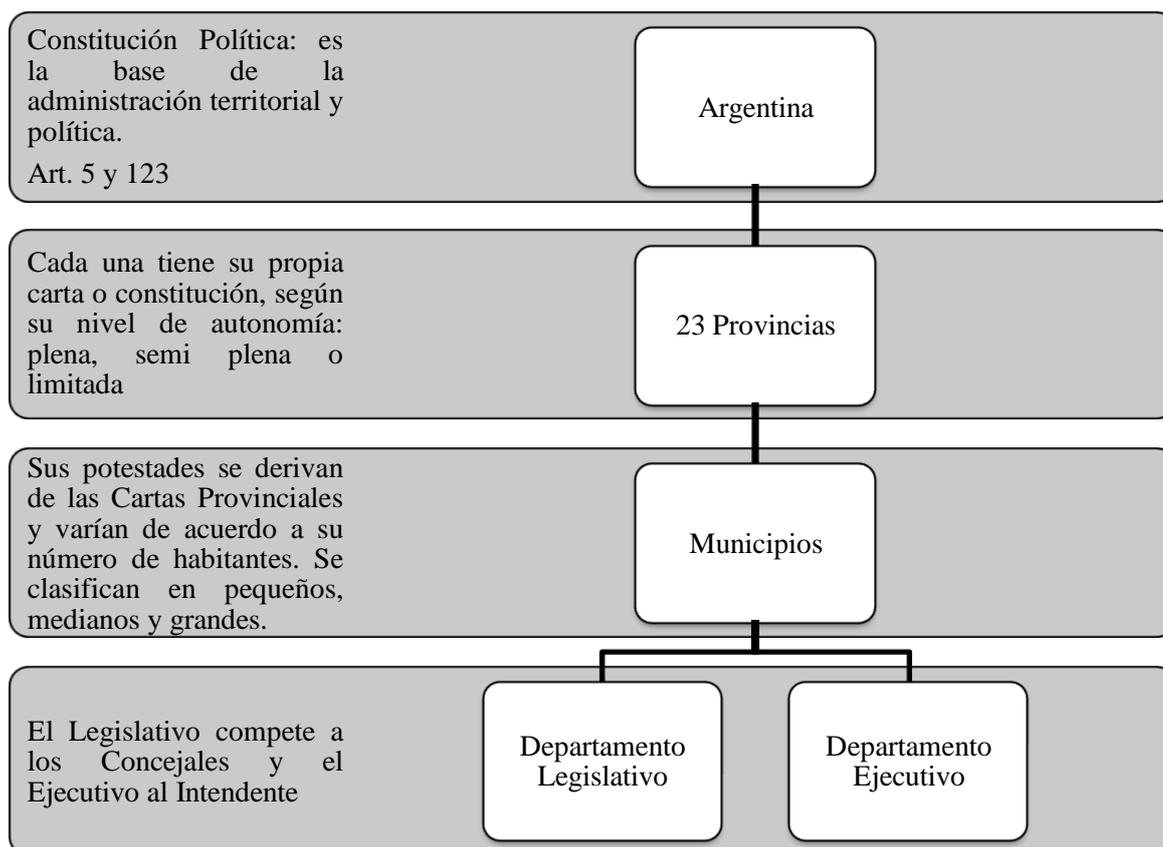
- ❖ En el aspecto político, la convocatoria a elecciones de quienes se desempeñan como personas funcionarias en los órganos locales, las facultades disciplinarias del Concejo Deliberante sobre sus miembros y la posibilidad de éste de juzgar al intendente por mal desempeño del cargo, el dictado de su carta orgánica y la propuesta de ternas para la designación de los jueces de paz.
- ❖ Prestar los servicios públicos esenciales por sí o mediante contratos celebrados con particulares y de administrar los bienes municipales.
- ❖ En el campo económico y financiero, éste puede establecer impuestos, tasas y contribuciones, elaborar el presupuesto municipal, contraer empréstitos, disponer de sus bienes, entre otras atribuciones.
- ❖ **En lo concerniente al plano social**, compete al municipio establecer **hospitales** y **centros de salud**, instituciones de **educación primaria**, museos, bibliotecas y asilos, así como también el fomento de espectáculos públicos, culturales y deportivos.
- ❖ Con relación al campo urbanístico, el gobierno local está encargado básicamente de confeccionar planes de urbanismo y zonificación, de la conservación de las calles y espacios públicos y de regular el tránsito y el transporte públicos. A su vez, regula los cementerios y asegura el saneamiento ambiental. Asimismo, el municipio tiene a su cargo los tribunales de faltas, y es quien ejerce el poder de policía en asuntos de competencia local.

En general, la descentralización en el régimen municipal argentino va de menos a más, dependiendo del grado de desarrollo y la cantidad de habitantes de cada lugar. Aquellos lugares que cuentan con menos pobladores tienen una mayor dependencia de las instancias superiores, mientras que los municipios con mayor cantidad de habitantes tienen potestades más amplias (Difalco, 2010). Se debe resaltar que en comparación con Costa Rica, Argentina tiene dos órganos con gran participación, el Departamento Legislativo y el Ejecutivo, ambos tienen grandes responsabilidades y la presencia pública no es opacada por la figura del intendente, que para efectos comparativos en Costa Rica sería el Alcalde.

A continuación se presenta un resumen, en la figura 10, del régimen municipal argentino y su organización:

Figura No10.

Argentina y su régimen municipal



Fuente: elaboración propia.

Otro de los aspectos abordados para entender la incorporación de la EMS en cada país, fue el sistema de salud con el que cuentan, es así que a continuación se presentan las bases y la estructura del sistema de salud argentino.

2. El Sistema de Salud Argentino.

Para entender el actual sistema de salud de Argentina, es preciso adentrarse en su historia. Según Tobar (2012),

“[...]hasta 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior y ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico, con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio” (p. 9).

Durante los gobiernos de Perón inicia la inclusión social junto a la expansión de los derechos sociales en general; además, se da una multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, esto permite una aproximación al denominado modelo del Estado de Bienestar. Sin embargo, la lógica del seguro social focalizado en un grupo de trabajadores formales asalariados tomó fuerza (Tobar, 2014).

Ahora bien, luego del periodo de desarrollo social que atravesó el país y cuyo impacto benefició al sector salud, las reformas fiscales y el intento de disminuir el gasto estatal derivan en propuestas de racionalización del sector público, situación que afectó directamente al sector salud. Las propuestas de descentralización y desburocratización trasladaron bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional, es por esta razón que después de 1976 muchos establecimientos hospitalarios nacionales pasaron al ámbito provincial o municipal.

Según Tobar (2014),

“[...]esta “política de transferencia” que impacta diferencialmente a los servicios según capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundiza las carencias de una red de servicios que en buena medida se había conformado bajo el imperio de la discrecionalidad y la improvisación.” (p. 12).

Aunado a lo anterior, Lerace (s.f), agrega que en 1973 cuando Perón asumió el poder en Argentina, buscó un consenso con diferentes sectores (especialmente con la principal fuerza opositora y el radicalismo) con la intención de derogar la Ley 20748. Dicha norma se refería a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, además incluía conceptos como el derecho a la salud y asignaba una mayor responsabilidad al Estado. Por ejemplo, dicha Ley en su Artículo 1 expresaba: “Se declara a la salud derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina y que a tales efectos el Estado Nacional asume la responsabilidad de efectivizar este derecho, sin ningún tipo de discriminación.” (p. 4).

Otro aspecto que rescata Lerace (s.f), sobre el sistema de salud argentino, es que presenta un alto grado de segmentación y fragmentación, entendiendo como segmentación la coexistencia de diversos subsistemas responsables de la protección y atención de diferentes grupos poblacionales y, por fragmentación a la deficiencia de coordinación entre los distintos subsectores y niveles de atención, como consecuencia de las políticas implementadas en los años 90.

A partir del contexto anterior y, en seguimiento a la información relacionada con el sistema de salud argentino, se consideró necesario conocer cuáles son los sectores que actualmente se ven beneficiados por el sistema, cuáles son los prestadores de servicios y los diferentes planes de seguridad social que ofrece y por último, el financiamiento de estos servicios. Con respecto a esto, Belló y Becerril-Montekio (2011), mencionan que el sistema de salud argentino se encuentra compuesto por tres sectores poco integrados entre ellos: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado. El primero está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago, el sector público argentino se asemeja al seguro por el Estado que brinda la C.C.S.S, en el que se hace un estudio y se beneficia a aquellas personas que no tienen la capacidad de pagar el seguro social o están desempleadas.

El sector del seguro social obligatorio corresponde a las Obras Sociales (OS), este incluye a los trabajadores asalariados y sus familias; es importante mencionar que cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Aunado a las Obras Sociales se encuentra el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI) que brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

El tercer sector es el privado, en este se incluye a las personas profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a OS específicas o a sistemas privados de medicina prepagada; los establecimientos asistenciales contratados también por las OS y las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga (EMP), que incluyen un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como OS ni como medicina prepagada. Los beneficiarios del servicio se pueden clasificar en tres categorías (Belló y Becerril-Montekio, 2011):

- ❖ Los grupos sociales de bajos ingresos, que no cuentan con seguridad social.
- ❖ Los trabajadores asalariados y los jubilados.

- ❖ La población con capacidad de pago, que compra seguros privados o paga de su bolsillo al recibir atención.

En cuanto al financiamiento, según Belló y Becerril-Montekio (2011) el sector público obtiene recursos del fisco, mientras que la administración central y los organismos provinciales descentralizados se financian fundamentalmente con recursos del presupuesto nacional. En el caso del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, este obtiene su presupuesto de las contribuciones de los trabajadores asalariados y los recursos fiscales centrales, además de recibir ingresos que se recaudan en las provincias y municipios.

Por su parte, las Obras Sociales nacionales obtienen financiamiento del pago del 8% del salario de los trabajadores activos; donde el 3% lo aporta el trabajador y el 5% el patrón, mientras que las OS provinciales se financian de la misma manera (3% y 5%), con contribuciones de los empleados gubernamentales y de los gobiernos provinciales en su calidad de empleadores (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

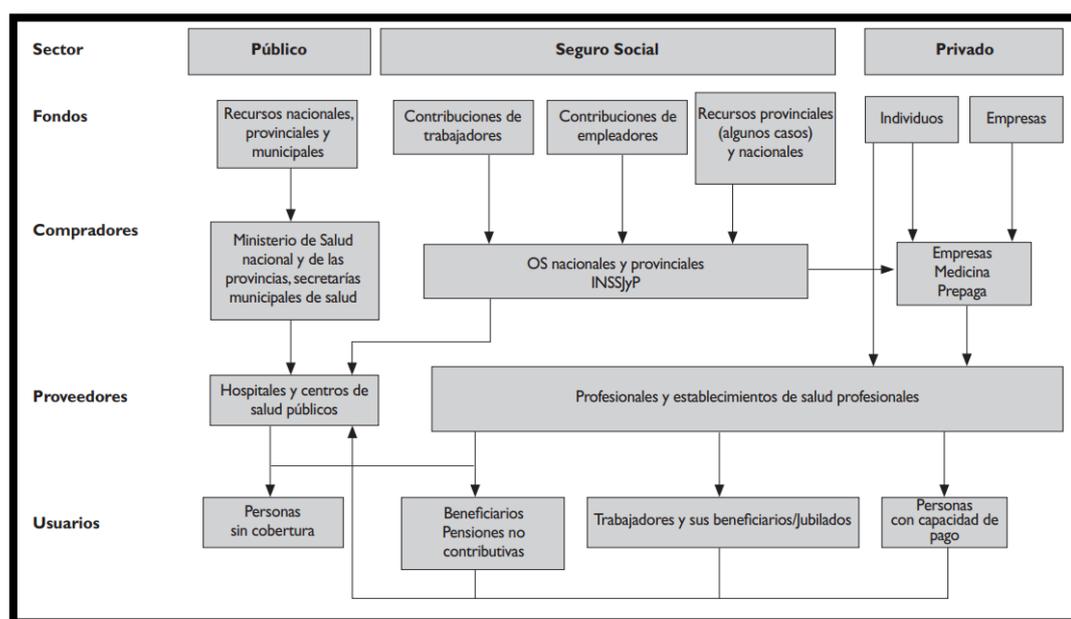
Ahora bien, de los fondos que ingresan a las OS, una parte se destina al Fondo Solidario de Redistribución, esto se hace con la intención de aumentar la equidad en la distribución de los recursos entre entidades y su principal objetivo es cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita asociada al Programa Médico Obligatorio (PMO). Se debe resaltar que este programa es el paquete básico de atención que cubren las OS, podría decirse que es la canasta básica de prestaciones obligatorias en el servicio de salud (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

La Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) redistribuye a las OS una cierta cantidad de recursos por cada grupo familiar afiliado que no alcance a cubrir el costo del PMO. Los recursos remanentes se dirigen a la Administración de Programas Especiales y se utilizan para apoyar financieramente a las OS en la cobertura de padecimientos de alto costo y baja frecuencia. Según Belló y Becerril-Montekio (2011), el sector privado se financia con las primas que los hogares o las empresas pagan a las EMP y con los pagos de bolsillo que hace la gente que no cuenta con seguro de salud y que recibe la atención de un prestador privado.

En general, el sistema de salud argentino puede resumirse en la figura 11:

Figura No11.

Sistema de Salud Argentino



Fuente: Belló y Becerril-Montekio (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(2), 1-15.

A partir de lo descrito con anterioridad, se pudo observar que existe una relación entre el régimen municipal y el sistema de salud argentino, por ejemplo: las Obras Sociales tienen tres niveles y, uno de ellos concierne al municipal. Es decir, desde los mandatos generales del Decreto de Ley 6769/58 se establece que el municipio debe prestar servicios de salud (hospitales, centros de atención), es así que el sistema de salud materializa este tipo de atención mediante los diferentes planes de seguro que ofrece a la población argentina (López, 2010). Ahora, para detallar la interacción entre el municipio y el sistema de salud, se muestran aspectos clave para la incorporación de la EMS en este país.

3. La EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales argentinos.

La finalidad de conocer el marco jurídico de las municipalidades, así como el sistema de salud del país, es comprender de una manera más amplia la incorporación de la EMS en Argentina. Para que el desarrollo de una Estrategia de esta envergadura sea posible, es necesaria una articulación de diferentes sectores, lo que implica la asignación de recursos financieros, humanos, de infraestructura e incluso normativos. También, debe existir un alto grado de participación social, puesto que la primera etapa de la EMS requiere de un proceso

de concientización comunitaria sobre la importancia de desarrollar procesos de salud desde el ámbito local (Vélez, 2007).

Según Alessandro (2003), en Argentina las experiencias de Municipios Saludables iniciaron en la mitad de la década de los noventa, algunas de ellas resultan conocidas por el movimiento político-comunitario establecido, el compromiso de sus intendentes y por los resultados que han logrado. Los primeros municipios que participaron en la iniciativa fueron

“Berizo, Ensenada, La Plata y Rosario, estos iniciaron a mitad de la década de los noventa con la creación del Consejo intersectorial para la salud y con un convenio de cooperación con la Universidad de La Plata, trabajando con la integración de estos municipios en un enfoque de redes, utilizando un enfoque estratégico y de intersectorialidad, con diagnóstico, planificación y gestión participativa y adoptando la salud como producto social” (Alessandro, 2003, p. 13).

Para entender el contexto en el que se desarrollaron las propuestas o proyectos enmarcados en la EMS, fue necesario comprender que durante décadas la economía Argentina se caracterizó por la existencia de recurrentes ciclos de inestabilidad, lo que generó altos y crecientes índices de inflación; dicha situación alcanzó su pico más alto en 1989. El cambio de gobierno y una nueva política económica implementada con la llamada Ley de Convertibilidad redefinió el rol del Estado, generando la privatización de casi todas las empresas públicas, la descentralización y el reajuste del sector público (Di Pietro, 2007).

Esta situación afectó considerablemente, a los sectores populares de diversa manera, por ejemplo: fluctuaciones de los precios de bienes y servicios de consumo, con alzas continuas, cambios en el mercado de trabajo, los ingresos bajan o dejan de percibirse, variación del nivel de prestaciones del sector público, tanto en cantidad como en calidad, en salud, educación, seguridad social, las cuales sufren recortes permanentes de presupuesto. Se observan severas inequidades en la distribución de ingresos, el acceso a un trabajo digno, a una vivienda, el acceso al crédito y las posibilidades de obtener educación (Alessandro, 2003).

Las condiciones anteriormente descritas, favorecieron el desarrollo de redes sociales de contención a través de programas de gobierno, especialmente a cargo de los municipios y también de las iglesias y diferentes organizaciones comunitarias. A raíz de esto, en 1992 se dicta el decreto 1269/92, donde se estableció en forma clara y explícita políticas de salud que planteaban como líneas fundamentales el derecho a la salud para la población, con la meta de

salud para todos basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia, calidad y el fortalecimiento de las acciones de Promoción y Protección de la Salud bajo criterios de focalización poblacional (Equipo de la Dirección de Municipios y Comunidades Saludables, 2018).

Bajo este contexto, se planteó la posibilidad de desarrollar acciones integradas y coordinadas con los municipios, organizaciones comunales y Organizaciones no Gubernamentales en los programas de Promoción y Prevención de la salud planteados desde diferentes ejes. Para ello, el Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud, perteneciente a la Universidad Nacional de La Plata, inició en el año 1998, junto a los Municipios de Berisso, Ensenada y La Plata un proyecto de promoción de la salud, llamado ***Proyecto Sim-Bell, “Enseñanza y práctica de una nueva Salud Pública para la Promoción de Salud en el Municipio”***. Este fue apoyado por la Fundación Kellogg y es considerado como la primera propuesta de desarrollo de Municipios saludables en Argentina desde los municipios (Alessandro, 2003).

Actualmente, en Argentina existe el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, que figura como una plataforma de acción para el fortalecimiento de las capacidades en salud de los gobiernos municipales; además, cuenta con una serie de herramientas y dispositivos para el mejoramiento de las gestiones. Este programa se despliega en todo el territorio de la República Argentina como una Estrategia política basada en acuerdos de gestión y consensos de trabajo entre diferentes jurisdicciones y actores, con vistas a la implementación de Políticas Públicas de Promoción de la Salud en el nivel local (Ministerio de Salud Argentina, 2013).

A continuación, en el cuadro 18 se presentan ejemplos de los proyectos desarrollados por los municipios argentinos que forman parte de la Red de Municipios Saludables:

Cuadro No18.

Proyectos de Municipios Saludables en gobiernos locales de Argentina

Año	Municipio	Descripción y líneas de acción
1998	Bragado	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Iniciativa que provocó un salto cuantitativo y cualitativo en materia de participación ciudadana local. ❖ Se crea el foro participativo de salud, tiene enfoque en desarrollo humano y participación ❖ No es un programa a corto plazo, intenta perdurar en el tiempo generando políticas públicas pluralistas de largo plazo. ❖ Se orienta a generar sinergia positiva. ❖ Invita a unir voluntades en torno a la idea fuerza “municipio saludable” construida comunitariamente. ❖ Moviliza los factores “invisibles” de la comunidad como la solidaridad, el voluntariado, la participación, la planificación, la capacitación, la identidad cultural y el desarrollo local.
2000	Gualeguaychú	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Solicita a la OPS apoyo técnico para comenzar con la iniciativa de Municipios saludables. ❖ Se realizan las Primeras Jornadas de Municipios saludables convocadas por el Ministerio de Salud y la OPS; concurren cuarenta municipios y treinta y dos intendentes. ❖ En este encuentro se informa de la estrategia y sus componentes teóricos y se brindan las experiencias de varios municipios de otros países. ❖ Con este municipio comienza el proceso de Municipios saludables de Argentina con una política de apoyo por parte del Ministerio de Salud.
2001	General Rodríguez	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se caracteriza por la iniciativa y el compromiso del Director de Salud de turno. ❖ El área impulsora de la propuesta fue Salud, pero inmediatamente se incorporaron otras: educación, acción social, obras públicas, cultura y entidades de la sociedad civil. ❖ El proyecto tenía tres ejes: <ol style="list-style-type: none"> 1. La intersectorialidad: salud, educación, otras áreas del gobierno y ONGs e instituciones de la sociedad civil. 2. La participación social: a través de las ONGs, instituciones de la sociedad civil, las manzanas, los consejos locales y los foros. 3. La descentralización: de la asistencia sanitaria en los centros de salud y médicos de cabecera, para que las decisiones se tomen cada vez más cerca de la gente. ❖ El programa se lanzó en agosto del 2000 y en octubre se realizó una primera convocatoria y se conformó el Consejo Directivo Intersectorial en forma provisoria hasta que en marzo del 2001 se aprobó el Decreto para la Integración y Reglamento del Consejo Directivo Intersectorial, con amplia participación de instituciones de la sociedad civil y de foros barriales. ❖ La estrategia de Municipios Saludables de General Rodríguez se basó en la concepción de Atención Primaria de la Salud que implica el trabajo conjunto con el sistema educativo a nivel local y la ampliación de los espacios de participación del personal y la comunidad en los distintos niveles de gestión del sistema municipal de salud, lo que se puede visualizar a través de: <ol style="list-style-type: none"> 1. La conformación del Consejo Intersectorial de Municipio Saludable 2. La promoción de la Comisión Mixta Educación Salud y la estrategia de Escuelas Saludables 3. La conformación de Foros Barriales 4. El fortalecimiento de la Red de Familias en Riesgo, 5. La lucha contra la Drogodependencia y Violencia Familiar

		<ol style="list-style-type: none"> 6. El deporte y salud 7. La puesta en marcha de los Consejos Locales de Salud (CLS) o Espacios Multiactorales de Actuación (EMA) en todos los Centros de salud. Los CLS o EMA estimularon el trabajo en equipo del personal de los Centros de Atención Primaria (CAPS), permitieron compartir la información, los problemas, las inquietudes y la resolución de los mismos 8. El desarrollo del Sistema Local de Salud.
--	--	---

Fuente: elaboración propia.

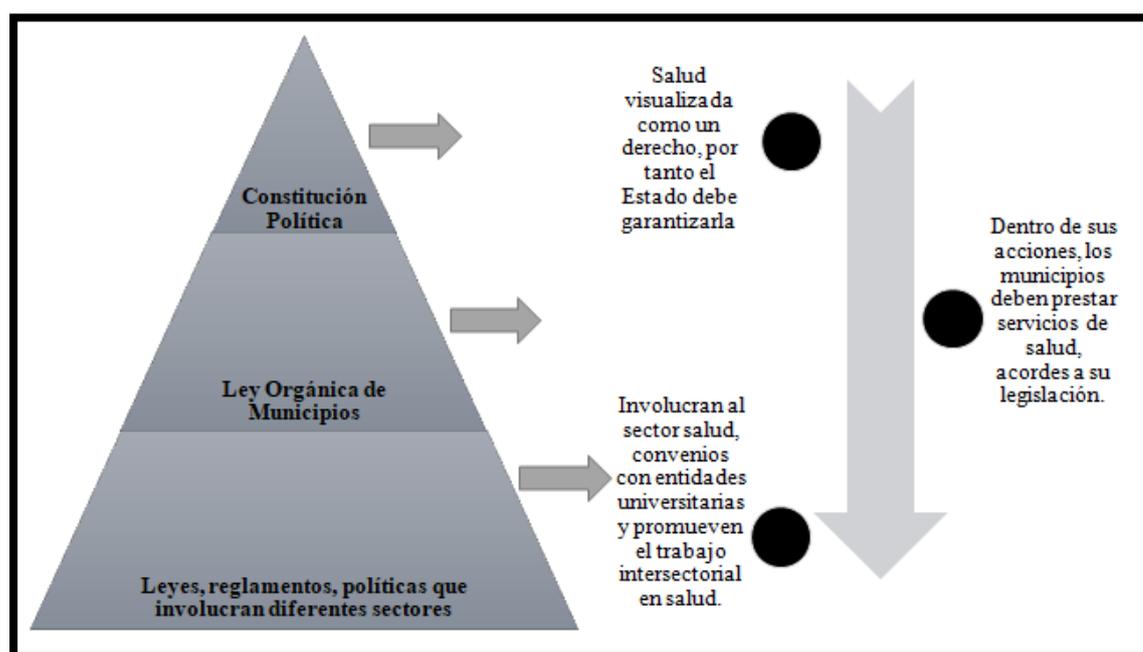
El cuadro anterior permitió identificar los aspectos principales en los que se enfocó la EMS en Argentina; en los municipios mencionados se observa un alto componente de participación social así como un fuerte enfoque hacia el trabajo intersectorial. Por otra parte, se observó la interacción entre las normas municipales y las que regulan el sistema de salud, así como su concordancia con la Constitución Política del país. Estos elementos permiten hacer un acercamiento a esos factores de éxito que hacen posible la continuidad de la Estrategia y dejan ver entre líneas que se requiere de un sustento político-legal que ampare la implementación de acciones en salud.

Se debe resaltar que al igual que en Costa Rica los municipios argentinos poseen autonomía y se encuentran descentralizados; sin embargo, no existe un mandato explícito que obligue a los municipios costarricenses a prestar servicios de salud. Otro aspecto que se rescata es la ampliación del término “salud”, pues la legislación argentina incluye temas de Promoción de la Salud (Ministerio de Salud de Argentina, 2013), mientras a que a nivel de Costa Rica la salud se entiende como prestar servicios de atención directa a las personas que requieran tratamiento para atender sus enfermedades.

Ahora, en Argentina se observa la transversalización de la salud en las leyes tal y como se muestra en la figura 12:

Figura No12.

Transversalización legal de la Salud en Argentina



Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con la anterior figura, en Argentina desde la Constitución, el Estado demarca la importancia de incluir la salud en todos los ámbitos de desarrollo social, por eso se sigue la lógica de declarar como derecho constitucional la salud, para que posteriormente las partes involucradas, por ejemplo los municipios, redacten sus leyes y políticas en función de los mandatos constitucionales. Igualmente, el sistema de salud obtiene recursos para garantizar este derecho a la población y así con los diferentes sectores, lo que da como resultado una articulación multisectorial, misma que es posible gracias a que existe una base legal sólida.

b. El caso de Brasil

El desarrollo e incorporación de una Estrategia como la de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS, requiere de un marco legal, político y social que permita dicho proceso. La memoria social de los habitantes debe funcionar como ese suelo fértil que dé paso a las ideas relacionadas con la mejora en la calidad de vida y, más específicamente, con las mejoras en la salud a nivel colectivo y desde un ámbito local. Es por ello que el contexto social e histórico en el que surgen las políticas sociales de salud, e incluso las reformas constitucionales donde se reconocen derechos a las poblaciones, permite acercarse a la

realidad actual de un país y con ello sistematizar de una mejor manera los aspectos clave que permitieron incorporar acciones de Promoción de la Salud mediante la EMS en determinada región. Con respecto a lo anterior, en el siguiente apartado se describe el régimen municipal y el sistema de salud brasileño, para finalmente exponer la incorporación de la EMS de la OMS/OPS en gobiernos locales de Brasil.

1. El Régimen Municipal Brasileño.

Brasil tiene un sistema político federal constituido por tres esferas de gobierno: Unión, estados y municipios, todas consideradas por la Constitución de la República de 1988 como entes federativos con autonomía administrativa y sin vínculo jerárquico. En cuanto a su régimen municipal, “[...]los gobiernos locales tienen un gran peso pues son considerados entes federativos con muchas responsabilidades en la puesta en marcha de políticas públicas” (Ministerio de Salud De Brasil, 2002, p. 9).

Ahora bien, la autonomía de los municipios brasileños alcanzó su cúspide con la proclamación de la Constitución de 1988; en esta época y gracias al auge de los procesos democráticos, los legisladores amplían en el régimen municipal el poder político, legislativo, tributario y administrativo. Según Cavalcante (2006) “[...]luego de la promulgación de la carta democrática, el ente estatal federal y los estados miembros han promovido constantes reformas para liberarse de muchos de los servicios públicos que antes eran de su competencia, y transferirlos al ente local” (p. 63). Asimismo, este autor agrega que el aumento en las competencias municipales no ha estado acompañado de un apoyo económico proporcional para los municipios que les permitan responder a las demandas sociales.

Desde la reforma a la enmienda constitucional número 53 del 19 de diciembre de 2006, se le otorga al legislador municipal la posibilidad de crear leyes propias, esto hace que la autonomía municipal se amplíe en otros aspectos, en este caso se puede afirmar que el

“[...]régimen municipal se encuentra ante una autonomía de carácter político, administrativo y financiero, ya que el municipio brasileño ejerce sus poderes con independencia del Estado del que es parte integrante y se administra en razón de sus propios poderes y por su propia voluntad, confirmando su posición de igualdad ante el Estado y su idéntica naturaleza jurídica de ente político independiente” (Cavalcante, 2006. p. 63).

A continuación, en la figura número 13 se definen los tipos de autonomía que posee un municipio en Brasil:

Figura No13.

Descripción de los tipos de autonomía presente en los municipios brasileños

Autonomía Política	Autonomía Financiera	Autonomía Administrativa
<ul style="list-style-type: none">• Se vincula al poder de autolegislar, que supone establecer por derecho propio reglas obligatorias que únicamente deben obedecer a los límites marcados por la Constitución.• También incluye la facultad de elegir directamente al jefe del Poder Ejecutivo y a los representantes populares en la Cámara municipal, que tienen capacidad para legislar sobre las cuestiones de interés local y de forma supletoria con respecto a la legislación federal y de los estados.	<ul style="list-style-type: none">• Tiene la capacidad de instituir y recaudar sus propios tributos, y en consecuencia de aplicar sus ingresos sin la interferencia de los restantes entes federativos.• Los ingresos percibidos son los que permiten a una parte de los entes locales ofrecer por sí solos importantes servicios a la ciudadanía.	<ul style="list-style-type: none">• Reside en el hecho de que los municipios sean capaces de gestionar los servicios públicos locales con independencia de la administración estatal o federal, tomando decisiones sobre la aplicación de las rentas locales y gestionando el patrimonio y los bienes municipales.• Esta competencia incluye la capacidad de disponer sobre la ordenación del territorio municipal.

Fuente: elaboración propia con base en Cavalcante (2006).

En cuanto a los ingresos que reciben los gobiernos locales, Según Souza (2006), la mayoría proviene de transferencias federales, los cuales representan la principal fuente de ingreso para los municipios pequeños y medianos, mientras que para los más desarrollados las transferencias provenientes de Impuestos sobre la Circulación de Mercancías y Servicios (ICMS) son su mayor fuente de ingreso. Continuando con este autor, esta transferencia (ICMS) es determinada por la Constitución: cada municipio recibe 3/4 de lo que fue recaudado en su jurisdicción y el Estado puede determinar, mediante ley ordinaria, los criterios de transferencia para el porcentaje restante.

En Brasil existe un Fondo de Participación de los Municipios (FPM), este se compone de las transferencias constitucionales que se obtienen a través de los Impuestos sobre Productos Industrializados (IPI) y el Impuesto a la Renta (IR); “Del FPM, el 10% es transferido a las capitales, el 86,4% a los municipios del interior y el 3,6% a los municipios con más de 156.216 habitantes. Esa fórmula de transferencia beneficia, de esta manera, a los municipios con menos población.” (Souza, 2006, p. 133).

En cuanto a la organización administrativa, en Brasil se habla de un poder ejecutivo y legislativo a nivel municipal. En cuanto al primero, el alcalde es el jefe de la administración local, las funciones de esta figura se definen de acuerdo con cada ley orgánica municipal, las cuales se dividen en funciones de gobierno y administrativas (Nunes, 2009).

El **poder legislativo** por su parte, se encuentra representado en la Cámara Municipal, que es el órgano del Poder Legislativo local, la cual deberá tener también sus atribuciones determinadas por la Ley Orgánica del respectivo municipio, las cuales según Nunes (2009), se distribuyen en cuatro grupos: legislativa, meramente deliberativa, fiscalizadora y juzgadora.

Otro aspecto que se debe tomar en cuenta para analizar los municipios brasileños son sus competencias, las que se encuentran reconocidas en la Constitución de 1988, donde se establece que la única restricción para los municipios es no exceder la prevalencia del interés local, con base en el lugar, la naturaleza y la finalidad del servicio a ser prestado. Además, la carta magna estableció la obligatoriedad para algunos servicios de interés local como los siguientes:

- ❖ El transporte colectivo.
- ❖ Los programas de educación fundamental.
- ❖ La atención sanitaria.
- ❖ El ordenamiento territorial.
- ❖ El control de los usos, parcelación y ocupación del suelo urbano, y la protección del patrimonio histórico y cultural local.

Lo anterior quiere decir que los municipios brasileños están obligados por la ley a prestar e invertir sus recursos en la prestación de los servicios antes mencionados. Aunado a esto, en los años noventa fueron aprobadas enmiendas en las que se indicaba que parte de los ingresos recibidos por los gobiernos locales debía destinarse a programas específicos, como los de salud y educación fundamental (Souza, 2006). Algunos ejemplos de estas enmiendas son:

- ❖ Enmienda Constitucional 14: realizada en 1996, vincula recursos federales, estatales y municipales a la educación fundamental (p. 135).
- ❖ Enmienda Constitucional 29: aprobada en 2002, aprobó nuevas vinculaciones, esta vez para los programas de salud (p. 135).

Souza (2006) por su parte menciona que los gobiernos locales son actualmente los principales proveedores de salud pública y están aumentando su participación en la educación fundamental como resultado de políticas inducidas por la legislación federal y por incentivos financieros. Además, agrupa estas funciones como se muestra en la figura 14:

Figura No14.

División de servicios y actividades según la esfera de gobierno en Brasil

Esfera de gobierno	Servicios/actividades
Federal-estadual-local (competencias compartidas)	Salud y asistencia pública Asistencia a los portadores de deficiencias Preservación del patrimonio histórico, artístico y cultural Protección del medio ambiente y de los recursos naturales Cultura, educación y ciencia Preservación de las florestas, la fauna y la flora Agricultura y abastecimiento alimenticio Habitación y saneamiento Combate a la pobreza y a factores de marginalización social Explotación de actividades hídricas y minerales Seguridad del tránsito Políticas para pequeñas empresas Turismo y recreación
Predominantemente local	Pre-escuela y educación fundamental Salud Preservación histórica y cultural
Sólo local	Transporte colectivo Uso del suelo

Fuente: Souza, C. (2006). Sistema brasileño de gobierno local, Innovaciones institucionales y sustentabilidad. *Diseño Institucional y participación política experiencias en el Brasil contemporáneo*, 1(1), pp. 125-150.

Al igual que los municipios argentinos, en Brasil los municipios deben prestar servicios de salud y educación. Se debe tomar en consideración que existen impuestos específicos que permiten y a la vez obligan a los municipios brasileños a invertir recursos en salud y si se comparan los reglamentos municipales con la legislación sanitaria se puede observar que hay interacción entre dichas normas; todo esto facilita el desarrollo de actividades de Promoción de la Salud y de igual manera facilita la incorporación de la EMS en los gobierno locales de esta nación.

2. El Sistema de Salud Brasileño.

Para conocer el sistema de salud brasileño fue necesario contextualizar el desarrollo de los aspectos sociales y políticos que han influido en su conformación. Como principal punto se abordó el tema de la descentralización, ya que según la OMS (2010) este es un aspecto que ha jugado un papel fundamental en la reforma de la financiación sanitaria en Brasil, pues en 1996 se transfirió por ley una parte de las competencias de gestión y financiación de la atención sanitaria a los 26 estados del país y a más de 5000 ayuntamientos; los estados están obligados a destinar un mínimo del 12% del presupuesto total a la salud, y los ayuntamientos deben invertir el 15% de su presupuesto en salud.

Por otra parte, la OMS (2010) estima que en 1988 la mitad de la población del Brasil carecía de cobertura sanitaria; sin embargo, dos décadas después de la creación del Sistema Único de Salud (SUS), más del 75% de la población brasileña depende exclusivamente de este para su atención médica. Se debe rescatar que el Programa de Salud de la Familia, que cubre a unos 97 millones de brasileños, es un componente clave del SUS, en el cual se emplea a más de 30.000 equipos de profesionales sanitarios que trabajan de forma concertada para llegar a las comunidades pobres y aisladas del país.

El Programa de Salud de la Familia ha sido la herramienta utilizada por el SUS para alcanzar la equidad en los servicios; el principal reto del programa es reorientar la práctica médica hacia la atención primaria de la salud mediante la creación de equipos de salud que prestan atención tanto en unidades de salud como en hogares. Los equipos mínimos están compuestos por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud. En el caso de los equipos de salud bucal se suman dentistas, técnicos y auxiliares dentales (OMS, 2010).

Asimismo, en municipios de más de 100 mil habitantes, los equipos suelen complementarse con otros profesionistas. El objetivo es crear un vínculo de corresponsabilidad entre estos equipos profesionales y la población para facilitar la identificación y la atención de enfermedades. Actualmente el Programa de Salud de la Familia cubre a cerca de 50% de la población (OMS, 2010).

Ahora bien, para ahondar en el sistema de salud brasileño fue pertinente conocer el SUS, el cual fue creado hace casi 30 años, en la Constitución Federal de 1988. Aunado a su creación, se da el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho ciudadano; además, los principios que definen las políticas del SUS son el acceso universal e integral a los servicios de salud, la promoción de la equidad, la descentralización de la gestión y la participación social (OPS, 2017).

La Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud, elaborada por el Ministerio de Salud (MS), el Consejo Nacional de Salud y la Comisión Intergestora Tripartita, define varios principios básicos del derecho a la salud en Brasil, tales como derecho al acceso ordenado y organizado al sistema de salud; derecho a un tratamiento adecuado; respeto a la persona, sus valores y sus derechos; responsabilidades del ciudadano y compromiso de todos los gestores de la salud. El SUS se encarga de proveer atención básica a la población y tiene como ejes la

universalidad, la integralidad y la equidad con base en una organización descentralizada y el control social de la administración (Becerril, Medina y Aquino, 2011).

La gestión del sistema es compartida por los tres niveles de gobierno a través del Ministerio Salud a nivel federal, las secretarías estatales de salud y las secretarías municipales de salud. El financiamiento se hace con recursos provenientes de impuestos y contribuciones federales, estatales y municipales; la red de servicios que ofrece el SUS se compone de unidades públicas propias y la contratación de servicios privados, preferentemente sin ánimo de lucro. La participación social se promueve a través de conferencias y los consejos de salud, que funcionan permanentemente en los tres niveles de gobierno, además de otros mecanismos para recoger las demandas ciudadanas, como la procuraduría (OPS, 2017).

Según Becerril, Medina y Aquino (2011), el sistema de salud de Brasil está compuesto por un amplio sector público, el Sistema Único de Salud (SUS), que da cobertura a 75% de la población y un creciente sector privado que incluye el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y un sistema de desembolso directo que cubre al 25% restante. El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones federales, estatales y municipales, así como en establecimientos privados. Con el apoyo técnico y financiero de los niveles estatal y federal, cada municipio se encarga de proveer atención a su población o de referir a los usuarios a otros municipios. Asimismo, existen otras instancias públicas que proveen servicios de salud:

- ❖ Los hospitales universitarios: forman parte del SUS y se mantienen con recursos de este sistema y del Ministerio de la Educación.
- ❖ Las unidades del Ministerio de Educación y las Fuerzas Armadas: proveen atención de salud a los militares activos, pensionados y sus familias.

El SUS se encarga de coordinar el sector público y de regular el sector privado, con cuyas entidades establece convenios o contratos mediante pago por servicio; el sector privado complementa la asistencia de los servicios públicos. El Sistema de Atención Médica Suplementaria es un sistema de esquemas de aseguramiento que comprende la medicina de grupo con planes de salud para empresas y familias, las cooperativas médicas, los Planes Auto-administrados o sistemas de aseguramiento de las empresas y los planes privados individuales. Ahora bien, el subsistema de desembolso directo está compuesto por consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados no vinculados con el SUS, aunque regulados por las autoridades sanitarias, y

utilizado predominantemente por la población de mayores ingresos (Becerril, Medina y Aquino, 2011).

El sector público es responsable de los servicios de salud pública relacionados con la vigilancia epidemiológica y sanitaria, así como del control de enfermedades transmisibles. Además, ofrece servicios asistenciales a 75% de la población. Parte de la población cubierta por planes y seguros privados también hace uso de los servicios públicos para acciones de prevención y tratamientos complejos y/o costosos (Becerril, Medina y Aquino, 2011).

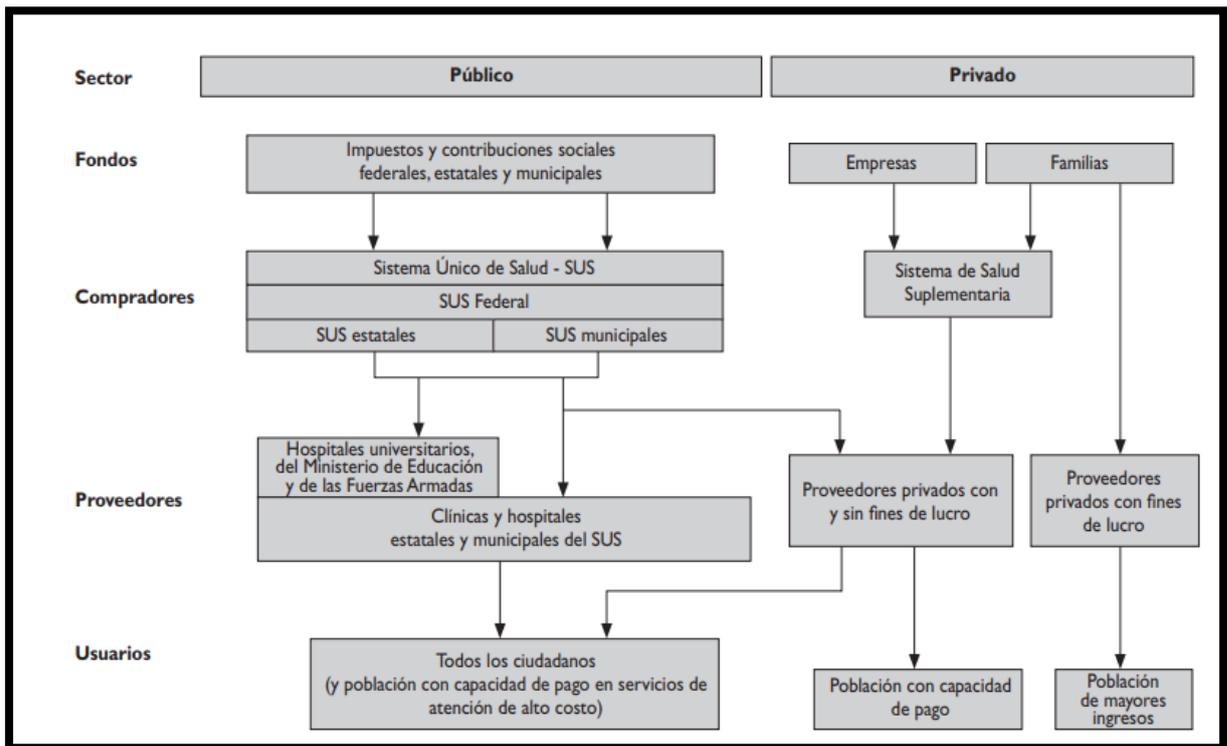
En cuanto al financiamiento, el SUS se financia con impuestos y contribuciones sociales provenientes de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal, estos aportes están garantizados por una reforma a la Constitución, aprobada en el año 2000, que aseguró las fuentes de asignación de recursos para la salud. Hasta 2007 las cuatro principales fuentes de financiamiento de los recursos federales eran la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros, la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social, los recursos ordinarios y la contribución sobre el lucro de personas jurídicas. La principal fuente de financiamiento de los estados y municipios son los presupuestos fiscales respectivos (Becerril, Medina y Aquino, 2011).

Los recursos presupuestales del SUS deben depositarse en los Fondos de Salud. Una parte de los recursos federales se transfieren a los estados y los municipios. De igual manera, parte de los recursos de los estados se transfieren a los municipios. El sector privado se financia con recursos de las empresas que contratan planes y seguros privados para sus empleados y con los recursos de las familias que compran esquemas prepagados de salud o que realizan pagos de bolsillo por los servicios.

En conclusión, el sistema de salud brasileño se puede resumir en la figura número 15:

Figura No15.

El sistema de Salud de Brasil



Fuente: Becerril, Medina y Aquino (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, 53(2), p. 120-131.

En Brasil, se observó cómo desde el gobierno central se han tomado las medidas necesarias para hacer un cambio paradigmático y orientar las acciones en salud desde un enfoque de atención primaria, en el que se le dé una mayor participación sobre sus procesos de salud a las personas. Además, el SUS de este país se ha visto robustecido por el amparo económico del Estado y por el respaldo legal que delimita los aspectos a tomar en cuenta para brindar una real atención de la salud. Estos elementos se han conjugado para permitir el desarrollo de estrategias en salud desde un ámbito local, es por ello que a continuación se muestra la experiencia sobre la incorporación de la EMS en Brasil.

3. La EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales brasileños.

La incorporación de la EMS en Brasil, responde a una serie de cambios sociales, políticos, normativos y económicos desarrollados en los años 80. Según Evangelos (2014), durante esta época la crisis económica que atravesaba el país dio pie a una reforma en el sector salud, que posteriormente se conoció como la reforma sanitaria de 1988. La premisa principal de dicha reforma era conceptualizar la salud como un constructo social y político,

que debía ser abordada y construida desde el espacio público, esto se contraponía con la visión biologista del gremio médico, donde los problemas de salud tenían que ser resueltos por los servicios médicos exclusivamente.

A partir de esta lucha social, en 1986 se realizó la *VII Conferencia Nacional la Salud*, actividad que se destaca por la alta participación de diversos sectores de la sociedad brasileña; además, el proyecto democrático de la reforma sanitaria estaba ganando fuerza, lo que contribuyó a la creación del Sistema Único de Salud. Durante esta conferencia el concepto de “salud como derecho ciudadano” es aprobado y por tanto se da el desarrollo de estrategias de coordinación, integración y transferencia de recursos entre los diferentes niveles de gobierno. Evangelos (2014) agrega que

“Importante ressaltar que a pressão dos participantes da Reforma Sanitária, que saíram vitoriosos da VIII Conferência, continuou posteriormente durante a Assembleia Constituinte, entre 1987 e 1988, a fim de garantir a inclusão das conquistas da conferência na nova constituição. No ano de 1988, o Congresso Nacional aprovou a mais nova Constituição da República Federativa do Brasil, a Constituição de 1988 estabelece a garantia de alguns direitos sociais, entre eles a Saúde. Saúde passa a ser um direito de todos e um dever do Estado, que deve garantir os meios para que todo cidadão tenha acesso a ela, através de políticas econômicas e sociais.”(p. 41)

A partir de los acontecimientos descritos con anterioridad, se aprueban por el Congreso leyes en favor del desarrollo de procesos de salud en la comunidad, estos estaban orientados a la prevención y Promoción de la Salud, el saneamiento básico y ambiente. Bajo estas circunstancias, a finales de los 80 e inicios de los 90 surgen las Escuelas de Salud Pública y en 1995 un grupo de secretarios municipales se unen y discuten sobre la importancia de la producción social de la salud y se produce el documento “Carta de Fortaleza”, donde se establecen los gobiernos locales como responsables de garantizar la calidad de vida de la población a partir de la producción social de la salud desde la participación social (Evangelos, 2014).

A raíz de lo anterior, surgen las primeras iniciativas de municipios saludables en Brasil. Según Mendes (2000), estas iniciativas respondieron a dos fases de desarrollo, la primera tiene una estrecha relación y similitud con el movimiento de ciudades saludables

canadiense, especialmente con la ciudad de Toronto, en este proceso los técnicos canadienses participaron en seminarios en ciudades brasileñas, con el fin de sensibilizarlos sobre el tema.

Esta primera fase comenzó con la experiencia de la ciudad de São Paulo en 1991, respaldada por un convenio de cooperación técnica, existente desde fines de la década de 1980, entre las ciudades de São Paulo y Toronto, consideradas ciudades hermanas. Por otra parte, el año 1994 se considera un hito de los proyectos de Ciudades Saludables en Brasil ya que se intensifica el contacto con Canadá y la OPS, lo que comienza a impulsar proyectos en América Latina (Mendes, 2000).

Continuando con lo anterior, debido la cooperación técnica de la OPS y el gobierno canadiense, en el periodo de 1994-1995 diez ciudades incluyeron en sus agendas políticas proyectos en la perspectiva de este ideal: Diadema, Campinas, Jundiaí, Santos, en el Estado de São Paulo; Iraquara en Bahía; Céu Azul, Chopinzinho, Curitiba, Palmeira, en el Estado de Paraná, y Maceió en Alagoas. De acuerdo con Mendes (2000), en la segunda etapa se aprecia un mayor protagonismo de las Universidades, organismos como CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) y la Fundación Kellogg, que promueven la colaboración técnica y financiera.

A nivel país, se fomentó la creación de leyes que protejan las bases de lo que se define como un municipio saludable. Igualmente, se dio la creación de políticas públicas orientadas a la Promoción de la Salud, con la intención de dar continuidad a la Estrategia de Municipios Saludables. Se debe rescatar que en el caso de Brasil, se observó que las acciones de los municipios se orientan a generar procesos de multisectorialidad y participación social. Con respecto a esto, Arruda (2013) expresa que

“Município Saudável é aquele em que as autoridades políticas e civis, as instituições e organizações públicas e privadas, os proprietários, empresários, trabalhadores e a sociedade dedicam esforços para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população; estabelecem uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural e expandem os recursos comunitários para melhorar a convivência, desenvolver a solidariedade, a cogestão e a democracia. Nesse sentido, a adoção de um modelo de gestão norteado pelos princípios da intersectorialidade e da participação social constitui-se em uma opção política que implica envolver a população, os gestores, e as organizações governamentais e privadas em questões relacionadas à proposição e à construção de políticas públicas.”(p. 18)

Ahora bien, posterior al desarrollo de la EMS en Brasil, muchos de los municipios que participaban en la estrategia vieron sus procesos interrumpidos; esta situación respondió a un asunto de voluntad política y de cambios de gobierno, pues las nuevas organizaciones no estaban tan sensibilizadas con el tema como los alcaldes que originalmente decidieron implementar acciones de Promoción de la Salud mediante la EMS (Arruda, 2013). Algunos de los factores que impidieron el desarrollo y la continuidad de la estrategia fueron, según Mendes (2000), la herencia de una cultura política de acción sectorial, la inestabilidad política por la falta de madurez para el ejercicio de la democracia, la dificultad en el apoyo logístico para la ejecución de los proyectos, ya que la idea de Ciudades Saludables no está muy extendida entre personas profesionales y gestoras de la salud y, finalmente, la cultura de la salud de los programas verticales, que históricamente se han implementado con miras al control de enfermedades.

En relación con lo descrito anteriormente, Adriano, Werneck, Dos Santos y Souza (2000), mencionan que “[...]para que el Movimiento Ciudad Saludable sea eficaz es necesario que todos los sectores y segmentos sociales asuman un compromiso en torno a problemas y soluciones, estableciendo un pacto o contrato social a favor de la mejora de la calidad de vida.” (p. 55), ya que la propuesta de ciudades saludables es una Estrategia para operacionalizar la Promoción de la Salud a nivel local y su principal objetivo es mejorar la calidad de vida de la población. Así, la consecución de una vida de calidad no solo implica salud, sino la interacción de diferentes políticas sociales y esto solo es posible a través de la multisectorialidad (Alessandro, 2003).

A partir del análisis del régimen municipal, el sistema de salud y la incorporación de la EMS en Brasil, se pudo observar que si bien existe un respaldo político-legal para que desde el municipio preste servicios de salud, desde un enfoque de promoción de la salud, debe existir sensibilización en las partes involucradas, pues en caso de que figuras como el alcalde no se encuentren convencidos sobre la importancia de desarrollar acciones colectivas que incidan en los determinantes de la salud, los procesos se pueden ver interrumpidos y finalizados.

c. El caso de Chile

El desarrollo e incorporación de una Estrategia como la de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS, requiere de un marco legal, político y social que permita dicho proceso. La memoria social de los habitantes debe funcionar como ese suelo fértil que dé

paso a las ideas relacionadas con la mejora en la calidad de vida y, más específicamente, con las mejoras en la salud a nivel colectivo y desde un ámbito local. Es por ello que el contexto social e histórico en el que surgen las políticas sociales de salud, e incluso las reformas constitucionales donde se reconocen derechos a las poblaciones, permite acercarse a la realidad actual de un país y con ello sistematizar de una mejor manera los aspectos clave que permitieron incorporar acciones de Promoción de la Salud mediante la EMS en determinada región. Con respecto a lo anterior, en el siguiente apartado se describe el régimen municipal y el sistema de salud chileno, para finalmente exponer la incorporación de la EMS de la OMS/OPS en gobiernos locales de Chile.

1. El Régimen Municipal Chileno.

Chile es un Estado unitario dividido en regiones y una República democrática, cuya división administrativa está conformada por 15 regiones que a su vez se seccionan en provincias y éstas en comunas. En lo que al régimen municipal corresponde, en Chile han ocurrido eventos que han agregado competencias a las municipalidades y posteriormente estas han sido modificadas o cercenadas de manera definitiva. Por ejemplo, en las décadas de los setenta y de los ochenta, la ley 1.238 y la 18.695 amplían las competencias y capacidades municipales, “[...] además de definir las como corporaciones de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con la responsabilidad de administrar cada comuna.” (Vial, 2014, p. 2).

Según Fernández (2013), en Chile el municipio constituye un servicio público que funciona como un órgano descentralizado del Estado y, más allá de eso, constituye la cara visible más próxima del Estado para los ciudadanos y vecinos. Asimismo, este autor expresa que el caso del municipio chileno presenta una clara descentralización administrativa ya que se le han adjudicado poderes de decisión, tal como queda establecido en los artículos 118 de la Constitución Política de 1980 y 1 de la Ley No. 18.695 que expresa lo siguiente: “Las municipalidades son corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de las respectivas comunas.” (Fernández, 2013, p. 150).

Ahora bien, la historia de los municipios en Chile se remonta a la época de la colonia. Vial (2014), explica que los antecedentes del origen de las comunas como unidad territorial del diseño político administrativo del país y de las municipalidades como su órgano de

gobierno, datan de la colonia. Hacia la independencia el país ya contaba con dos provincias o intendencias (Santiago y Concepción) que a su vez se dividían en 25 partidos.

Luego del periodo conocido como Organización de la República, la Constitución de 1833 creó la unidad territorial de los departamentos, regidos por municipalidades aunque sus autoridades seguían siendo designadas. Todo cambió en 1981 con la aparición de la Ley de Organización y Atribuciones de las Municipalidades, más conocida como Ley de Comuna Autónoma, que estableció a las comunas como unidades básicas de división territorial, gobernadas por municipalidades con autonomía respecto al poder central. Este fue el cambio estructural a nivel local que sentó las bases para la futura descentralización municipal experimentada por el país (Fernández, 2013).

Vial (2014), hace un recorrido por los cambios que sufrieron los municipios chilenos durante la dictadura y su reestructuración posterior a este periodo. En el cuadro número 19 se presenta un resumen de este proceso político-administrativo:

Cuadro No19.

Régimen municipal chileno antes y después de la dictadura

El Régimen Municipal durante la Dictadura (1973)	Las municipalidades tras la vuelta a la democracia
<p>Se desarrollaron 2 normativas de suma importancia nivel local:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Decreto Ley 1.238 de 1976. 2. La Ley 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades (LOCM), que amplió considerablemente sus competencias y capacidades. 	<p>Redemocratización Local: <u>Reforma constitucional en Materia de Gobiernos Regionales y Administración Comunal,</u> <u>Ley N° 19.097:</u> La Ley establece que la administración municipal sea funcional y territorialmente descentralizada. Primera reforma a la LOCM en 1991: incorporó la elección democrática de los alcaldes, además, sustituyó los CODECO (Consejos de Desarrollo Comunal) por los Consejos Económicos y Sociales Comunales. Ley 19.280 de 1993: otorgó</p>
<p>Responsabilidades encomendadas a las municipalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La planificación y regulación urbana. • Aplicar disposiciones sobre construcción, urbanización, transporte y tránsito públicos según las normas de cada ministerio. • El aseo y ornato de la comuna. • Promover el desarrollo directa o indirectamente de funciones relacionadas con la asistencia social, salud pública, protección del medio ambiente, educación, cultura, capacitación, promoción del empleo, deporte y recreación, turismo, transporte, tránsito público, vialidad urbana y rural, urbanización, construcción de viviendas sociales e instalaciones sanitarias, prevención de riesgos y todas aquellas iniciativas de interés local. 	

<p>Reformas en materia de descentralización fiscal: <u>Decreto Ley N° 3.063 sobre Rentas Municipales:</u> otorgaba a las municipalidades ingresos propios que antes iban a las arcas centrales. Comenzaron a percibir los ingresos relativos a impuestos prediales, patentes comerciales, de vehículos y permisos de circulación. <u>Se creó el Fondo Común Municipal (FCM):</u> recibe el 50% de los ingresos relativos a la participación municipal en los impuestos territoriales de cada comuna. Esta suma se repartía entre todas las municipalidades del país, exceptuando las de Santiago, Providencia, Las Condes, Viña del Mar y Machalí, según tres criterios comunales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cantidad de habitantes. 2. Número de predios exentos de impuesto territorial. 3. Ingresos propios de cada municipalidad. 	<p>a las municipalidades mayor autonomía para fijar las remuneraciones y modificar su personal. Ley 19.602 de 1999: amplió a los municipios sus facultades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar, aprobar y modificar el Plan Regulador Comunal. • Promover el desarrollo local. • Aplicar disposiciones sobre el transporte, la construcción, planificación y regulación urbana de la comuna.
<p>En materia de planificación: se creó el <u>Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO)</u>; aún se encuentra vigente como herramienta para el desarrollo en la comuna y contempla las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local. Es realizado por cada municipalidad, con apoyo técnico del gobierno central, en coordinación con los demás servicios públicos que operan en el ámbito comunal o ejercen competencias en éste.</p>	<p>Además a las municipalidades se les confirió facultades normativas, de elaboración de políticas y planes, y de resolución y ejecución de programas.</p>
<p>Desconcentración y delegación de la salud y la educación: <u>Reformas sanitarias a fines de la década de 1970:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se separaron las funciones de planificación, control y regulación de las tareas propias de provisión de los servicios sanitarios, que quedó en manos de nuevas entidades: el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Central de Abastecimientos y el Instituto de Salud Pública. • En 1981 la SNSS traspasó toda la responsabilidad de la atención primaria a las municipalidades (postas y consultorios generales), quedando sólo a su cargo la atención secundaria y terciaria en hospitales y centros especializados de salud. • Hacia 1980 el 90% de los establecimientos de salud estaban bajo administración municipal. <p><u>Educación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir de 1980 se traspasó a las municipalidades la gestión de las escuelas públicas y se modificó el sistema de financiamiento por parte del Estado • El gobierno pasó de traspasar recursos según un criterio histórico de gasto, a pagar por alumno. 	<p>crear una ordenanza sobre las modalidades que dicho ente ofrece para la participación local. Ley 19.737: se logró la elección separada de alcaldes y concejales, método implementado a partir de las elecciones municipales de 2004. Ley 19.388: que modificó la Ley de Rentas Municipales. Ésta normativa cambió el impuesto territorial a los bienes raíces, otorgando de esta manera la posibilidad de obtener más fondos propios y, a su vez, mayores aportes del FCM.</p>

Fuente: elaboración propia con datos de Vial, C. (2014). Las municipalidades y su papel en el contexto institucional en Chile.

Actualmente, muchas de las reformas realizadas en la época de la dictadura se mantienen; por ejemplo, la asignación de la atención primaria en salud, la educación y el Fondo Común de los Municipios; además, instituciones como el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Central de Abastecimientos y el Instituto de Salud Pública, aún se encuentran vigentes y forman parte de la identidad chilena. A pesar de las modificaciones legislativas que se realizaron durante el retorno a la democracia, la gran parte de las reformas no modificaron las disposiciones hechas en época de dictadura, por el contrario las amplió, consolidando de esta manera el régimen municipal del país (Vial, 2014).

Ahora bien, según Dazarola (2018), en la actualidad las funciones de las municipalidades se encuentran delimitadas en la Ley Orgánica Constitutiva de los Municipios; en el artículo 4° establece que los municipios en su territorio pueden desarrollar solos o de forma conjunta con otros órganos de la Administración del Estado actividades como la educación y la cultura, la salud pública y la protección del medio ambiente, la promoción del empleo y el fomento productivo, el turismo, el deporte y la recreación, el desarrollo, implementación, evaluación, promoción, capacitación y apoyo de acciones de prevención social y situacional, la promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, entre otras.

En cuanto a las autoridades municipales, el artículo 2° de la LOCM establece que la dirección de los municipios estará a cargo del Concejo Municipal y del Alcalde; con respecto al segundo, las obligaciones y deberes que debe cumplir incluyen proponer al Concejo la organización interna de la municipalidad, representar judicial y extrajudicialmente a la municipalidad, administrar los recursos financieros de la municipalidad, de acuerdo con las normas sobre administración financiera del Estado y coordinar el funcionamiento de la municipalidad con los órganos de la Administración del Estado que corresponda, entre otras.

Continuando con lo anterior, en el artículo 6° de dicha ley se estipulan los instrumentos de planificación que deben utilizar los municipios para la ejecución de su presupuesto y de sus actividades; estos instrumentos son: el plan comunal de desarrollo y sus programas, el plan regulador comunal, el presupuesto municipal anual, la política de recursos humanos y el plan comunal de seguridad pública. Estos instrumentos, como se pudo apreciar en apartados anteriores, son similares a los del régimen municipal costarricense, pues al igual que en Chile, las municipalidades en Costa Rica utilizan herramientas como el PAO o el Plan

de Desarrollo Local, mismas que permiten plasmar los planes del gobierno de turno y evaluar la ejecución de sus actividades (Municipalidad de Cartago, 2013).

2. *El Sistema de Salud Chileno.*

Al igual que con los anteriores países, se consideró fundamental conocer los sectores que comprende el sistema de salud chileno, así como sus beneficiarios y su financiamiento. En cuanto al primer punto, el sistema de salud de Chile se encuentra constituido por un sector público y uno privado, las características de ambos se muestran en el cuadro número 20:

Cuadro No20.

Sectores del Sistema de Salud Chileno

Sector Público	Sector Privado
<p>Formado por los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud y sus dependencias. • Instituto de Salud Pública. • Central de Abastecimiento. • Fondo Nacional de Salud (FONASA). • Súper Intendencia de Salud. <p>Cobertura: aproximadamente 70% de la población, incluyendo a las personas en condición de pobreza que viven en zonas rurales y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como profesionales y técnicos con mejores ingresos que eligen sumarse a este.</p> <p>Financiamiento: se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos que se reúnen en el FONASA.</p> <p>Prestación de Servicios: a cargo del SNSS y su red de 29 servicios de salud regionales y el Sistema Municipal de Atención Primaria. En ocasiones se contratan proveedores privados.</p>	<p>Formado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y las mutuales. Tres mutuales ofrecen protección a sus afiliados (15% de la población) contra accidentes laborales y enfermedades profesionales.</p> <p>Cobertura: 17.5% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos.</p> <p>Financiamiento: cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRE y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan al momento de recibir la atención.</p> <p>Prestación de Servicios: las ISAPRES proveen servicios en sus propias instalaciones, en otras del mismo sector privado e incluso en instalaciones del sector público.</p>

Fuentes: elaboración propia con base en Becerril, Reyes y Annik (2000).

Ahora bien, existe un pequeño sector de la población perteneciente a la clase alta que realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud y, alrededor de 10% de la población está cubierta por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse al FONASA o alguna ISAPRE, o bien formar parte de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social en salud (Becerril, Reyes y Annik, 2000).

En cuanto a la atención primaria, esta es administrada por los servicios municipales de atención a la salud bajo la supervisión del Ministerio de Salud, el cual establece las normas técnicas de funcionamiento generales, aportaciones de los municipios y copagos hechos por los afiliados al FONASA, pues “Todos los trabajadores están obligados a hacer una contribución al sistema de salud equivalente a 7% de sus ingresos gravables y pueden elegir pagar al FONASA o a alguna ISAPRE. La contribución es voluntaria para los autoempleados” (OPS, 2002, p. 4).

Es necesario mencionar que los consultorios de atención primaria están financiados sobre la base del número de personas inscritas, es decir se brinda un subsidio estatal dependiendo de la cantidad de personas que se encuentran empadronadas en un municipio determinado. A esta transferencia cada municipio puede agregar un financiamiento propio para la salud, definido con total autonomía, pues “En cuanto al presupuesto de los hospitales, se da por una mezcla entre asignación histórica y retribución financiera para la atención de patologías prevalentes y algunos programas específicos.” (OPS, 2002, p. 6).

Es importante rescatar que al igual que los dos países descritos con anterioridad, Chile también sufrió una reforma sanitaria entre los años 80-90, situación que responde a cambios políticos y administrativos que a su vez derivan en cambios financieros que deben ser asumidos por diversos sectores del país; la reforma del sector salud en Chile se inició a principios de la década de los años 80 en el contexto del régimen militar que gobernó el país entre 1973 y 1990 (OPS, 2002).

Sin embargo, para hablar sobre las reformas llevadas a cabo en las fechas antes mencionadas, se debe contextualizar el abordaje de la salud en este país desde los inicios de la atención sanitaria, para ello se toma como base el documento de la Universidad del Desarrollo (2019) y se inicia el recorrido desde el periodo comprendido entre 1552 a 1916. El sistema sanitario inicia en la época de la colonia, con la construcción del primer hospital: Nuestra Señora del Socorro en 1552; años después ya se contaba con la existencia de 14 establecimientos de salud dependientes de cabildo o instituciones religiosas (Universidad del Desarrollo, 2019).

Debido a la pobreza que sufría el país, a los altos índices de mortalidad y a la ausencia del Estado, durante el siglo XIX “[...]algunos grupos de trabajadores y artesanos crearon las sociedades de socorro mutuo o mutuales agrupadas por tipo de oficio o lugar de trabajo, con el fin de cubrir los gastos frente a la enfermedad, invalidez o muerte y que se financiaban con

aportes de sus afiliados” (Universidad del Desarrollo, 2019, p. 49). En la actualidad, aún existen estas mutuales y conservan su razón de ser.

Prosiguiendo con este contexto histórico, a raíz de la precaria situación que atravesaba el país, surge la necesidad de que el Estado intervenga en la situación sanitaria de la población y en 1887 se creó la Junta Nacional de Salubridad, con la intención de asesorar al gobierno en materia de salud pública, ya para el año 1892 se convertiría en el Consejo Superior de Higiene Pública; ese año también se creó el Instituto de Higiene, que actualmente se conoce como el Instituto de Salud Pública (Universidad del Desarrollo, 2019).

A pesar de los esfuerzos realizados para mejorar las condiciones de vida de los pobladores, los indicadores de salud se deterioraban, las pésimas condiciones laborales, el incremento de enfermedades como la viruela, la sífilis, la tuberculosis y el tifus y acontecimientos mundiales como la Primera Guerra Mundial y la Revolución Bolchevique, influyeron en la creación de sindicatos que luchaban por los derechos de los trabajadores (Universidad del Desarrollo, 2019). En este periodo, de 1917 a 1920, se registraron alrededor de 130 huelgas. Bajo estas circunstancias surge el proyecto de Estado Benefactor o Asistencial, cuyo objetivo era “[...]contener los movimientos sociales, mediante el incremento progresivo del rol y el gasto estatal en las áreas de vivienda, educación, salud y protección social de la población” (Universidad del Desarrollo, 2019, p. 52).

En 1952, se aprobó la Ley 10.383, que creaba el SNS (Sistema Nacional de Salud), según la Universidad del Desarrollo (2019) con esto se fusionó bajo una única dirección a una serie de instituciones como:

- ❖ La Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social.
- ❖ El Servicio Nacional de Salubridad.
- ❖ El Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero.
- ❖ La Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia.
- ❖ La Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo.
- ❖ Los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades.
- ❖ El Instituto Bacteriológico de Chile.

Esta institución, el SNS, se creó como una institución estatal autónoma con financiamiento propio que se vinculaba con el poder ejecutivo a través de la cartera de salud, que desde 1953 pasó a llamarse Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. A la cabeza del SNS se encontraba un

Director General, nombrado por el Presidente de la República en acuerdo con el Senado, que contaba con la asesoría de un Consejo Nacional de Salud (Universidad del Desarrollo, 2019).

En las zonas regionales, el SNS se estructuraba mediante una red interrelacionada de hospitales, consultorios y postas rurales, gracias a esto se logró la implementación de programas integrales de salud de forma coordinada en todo el territorio nacional; entre estos programas se destacan aquellos destinados a combatir la desnutrición infantil, como la distribución de leche a los niños y de alimentación complementaria, el control del niño sano, el control de la embarazada, la atención profesional del parto, los programas de vacunación infantil y de adultos, de saneamiento ambiental, los programas de planificación familiar y la elaboración del Formulario Nacional de Medicamentos(Universidad del Desarrollo, 2019).

Posteriormente, en 1973 se da el golpe de Estado, situación que genera cambios en el sistema de salud y una serie de reformas neoliberales orientadas a la descentralización y el desarrollo del sector privado. Según la OPS (2002), las reformas del régimen militar se pueden sistematizar de la siguiente manera:

- ❖ **La transformación de un sistema de salud centralizado**, el Servicio Nacional de Salud (SNS), en un conjunto descentralizado de Servicios de Salud, denominado Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), conformado por 28 Servicios de Salud a cargo de territorios geográficos determinados y un Servicio de Salud del Ambiente en la Región Metropolitana.
- ❖ **El traspaso a las municipalidades** de los establecimientos de nivel primario de atención para su administración.
- ❖ **La creación de una agencia central**, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), encargada de recolectar y distribuir los recursos financieros para la atención de salud en los establecimientos públicos de los beneficiarios del sistema.
- ❖ **La creación de instituciones aseguradoras de naturaleza privadas (ISAPREs)** para administrar las cotizaciones de salud de las personas que optaran por trasladarse a ellas desde el sector público.

Aunado a lo anterior, se da la creación de instituciones privadas para administrar los fondos de pensiones, las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Durante este periodo también se congeló la cantidad de recurso humano disponible para trabajar en los servicios hospitalarios, además; las políticas de salud del momento se acompañaron de una restricción del aporte fiscal a la salud y se traspasó la carga del financiamiento de los servicios a los usuarios mediante el aumento

del porcentaje de cotización obligatoria destinada a salud a 4% y luego a 7% (OPS, 2002). Asimismo, se crearon incentivos como pago de licencias de maternidad por parte del Estado, subsidio estatal de un 2% de cotización, que el empleador podía adicionar al 7% del empleado y luego descontar de impuestos, para que los trabajadores de bajos ingresos pudieran optar por las ISAPRE (OPS, 2002).

Posterior a la dictadura, en el gobierno de Patricio Alwin (de 1990), se dio énfasis a la reconstrucción de la institucionalidad del Estado a través de reformas constitucionales, se hizo hincapié en aspectos como el desempleo y la pobreza, con la finalidad de erradicarlas (OPS, 2002). En cuanto al sector salud, los esfuerzos se orientaron a recuperar el sector público, ya que la inversión en dicho sector se había detenido, así durante la década de los 90 se dio un incremento en el gasto real público en salud, en cuanto a los servicios de atención primaria en salud, se implementó el pago per cápita a cada municipio, además se creó la Superintendencia de las ISAPRES, con la intención de fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros de esta institución (Universidad del Desarrollo, 2019).

Luego del recorrido histórico por el sistema de salud chileno, fue posible observar que al igual que los dos países descritos anteriormente, que forman parte de esta investigación, las reformas sanitarias son una constante en el imaginario social de dichos Estados, otro aspecto que se debe destacar es que la concepción de los servicios de salud, así como las políticas sanitarias responden a procesos de lucha social, dejando ver entre líneas que la salud se construye desde la colectividad.

3. *La EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales chilenos.*

El caso chileno presenta una particularidad en relación con Argentina y Brasil, pues como se pudo observar en apartados anteriores, la EMS se desarrolló debido a necesidades sociales de la población, mientras que en Chile la Estrategia se dio debido a los cambios epidemiológicos identificados por las autoridades sanitarias. A partir del incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, desde el gobierno central se creó el Plan Nacional de Promoción de la Salud, en 1998; posteriormente se fundó el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud Vida Chile, más conocido como Vida Chile (Salinas y Vio, 2002).

Según Salinas, Cancino, Pezoa, Salamanca y Soto (2007), Vida Chile es una instancia de coordinación intersectorial que dirige el Ministro de Salud, además se encuentra integrada por 28 instituciones públicas y privadas de todo el país, cuya principal función es asesorar a los ministerios para la elaboración de políticas saludables y coordinar un plan de acción

estratégico de carácter intersectorial. Se debe agregar que este Consejo cuenta con una red de consejos locales articulados bajo una idea motriz denominada Construyendo un País más Saludable.

Prosiguiendo con la idea de los autores mencionados, los consejos Vida Chile a nivel comunal tienen un enfoque más orientado hacia la participación y se conforman por representantes de organizaciones sociales y comunitarias, autoridades municipales, servicios públicos locales y entidades privadas y “Sus objetivos básicos son colaborar con el diagnóstico participativo de la salud y la calidad de vida y participar en la formulación, implementación y evaluación del Plan Comunal de Promoción de Salud.” (Salinas, Cancino, Pezoa, Salamanca y Soto, 2007, p. 137).

A partir de la creación de Vida Chile, en el 2000 se estableció una lista de cinco prioridades para la década, cuyas metas tenían un fuerte componente de trabajo multisectorial y los esfuerzos se dirigían a **reducir la prevalencia de obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo, así como aumentar los factores protectores psicosociales y ambientales** (Salinas, Cancino, Pezoa, Salamanca y Soto, 2007). Para lograr estos objetivos, el Ministerio de Salud ha implementado de forma sistemática en todas las regiones del país planes de Promoción de la Salud, consistentes en intervenciones comunitarias a nivel local y acciones de apoyo nacional para el desarrollo de recursos humanos, la comunicación, la participación social y la reorientación de los servicios de salud (Salinas, Cancino, Pezoa, Salamanca y Soto, 2007).

Se debe agregar que existe un marco normativo que permite el establecimiento de las funciones en pro de la Promoción de la Salud. De igual forma, la transferencia de recursos para la ejecución de actividades de Promoción de la Salud se encuentran amparadas en la normativa vigente. Por ejemplo, la ley 19.937 que define la función de la promoción de la salud en Chile (Salinas, Cancino, Pezoa, Salamanca y Soto, 2007).

Según el Ministerio de Salud de Chile (2015), el Programa de Promoción de la Salud tiene como propósito contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos saludables, dentro del cual “[...]se identifican tres entornos prioritarios para el desarrollo de la promoción de la salud: comunal, educacional y laboral” (p. 2).

Igualmente, el Ministerio plantea que para trabajar en esta dirección se deberían trabajar estrategias generales y específicas que combinen responsabilidades de los diferentes sectores y niveles de gestión de la política pública, distinguiéndose tres ejes:

- 1. Construcción de políticas públicas locales, basadas en la evidencia y con pertinencia territorial**, tales como decretos alcaldicios, ordenanzas municipales, proyectos de ley que sustenten la construcción de entornos saludables donde las personas viven, trabajan y estudian.
- 2. Intervenciones multinivel en los distintos componentes de salud pública**, con base en el diagnóstico epidemiológico nacional, regional y comunal, basadas en la evidencia y con pertinencia territorial, en áreas como salud mental, salud ambiental, salud sexual y reproductiva, alimentación y nutrición, actividad física, salud intercultural, entre otros, generando equipos de trabajo que desarrollen integralmente las funciones de salud pública de fiscalización, vigilancia y promoción de la salud con participación ciudadana considerando a toda la población a lo largo del ciclo vital.
- 3. Gestión Pública Participativa**, mediante la vinculación de los dirigentes y comunidad en el diseño e implementación de las estrategias, con capacitación de dirigentes sociales para el ejercicio de la ciudadanía en salud pública y la implementación de mecanismos de participación ciudadana, que incorpore a nivel vinculante y consultivo la opinión de la ciudadanía en todas las etapas del diseño de las políticas públicas.

Ahora bien, en cuanto los entornos mencionados con anterioridad (comunal, educacional, laboral), en el tema de educación se crearon los Establecimientos Educacionales Promotores de Salud (EEPS) de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (IESPS); en el entorno laboral se planteó la estrategia de Lugares de trabajo promotores de Salud (LTPS) y en el entorno comunal a través de la estrategia de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables (Ministerio de Salud de Chile, 2015). En el cuadro número 21 se detallan las actividades que se realizaron según el área estratégica.

Cuadro No21.

Entornos para el desarrollo de la Promoción de la Salud en Chile

Establecimientos educacionales promotores de Salud (EEPS)	Lugares de trabajo promotores de Salud(LTPS)	La Estrategia de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables
<p>Modelo de trabajo en promoción de la salud, de base intersectorial y participativa.</p> <p>Su objetivo, es fomentar la creación de entornos saludables, donde los establecimientos educacionales provean de condiciones en el ambiente, que garanticen la salud de su comunidad educativa, para que acceda a un ambiente saludable y seguro.</p> <p>Se implementa en coordinación con el sector educación y otros sectores, en establecimientos de nivel preescolar, básico y medio.</p> <p>Los establecimientos realizan diferentes actividades de promoción de la salud; entre las cuales destacan acciones curriculares y extracurriculares sobre áreas que impactan en la salud.</p> <p>Su punto de partida, son las condiciones sanitarias mínimas y propone trabajar en las áreas de alimentación saludable, actividad física, educación y salud sexual, prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, salud bucal y lactancia materna.</p>	<p>Diseñada en conjunto con el Ministerio del Trabajo, para abordar aspectos relativos a la calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en los ámbitos de salud ambiental, actividad física, factores protectores psicosociales y alimentación saludable.</p> <p>Su objetivo, es mejorar los entornos laborales, para promover la salud desde una perspectiva amplia de temáticas para mejorar las políticas y prácticas organizacionales.</p> <p>Genera estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de vida, por tanto se deben incluir dentro de la programación de actividades de autocuidado para las personas funcionarias, un sistema de pausas activas, asignar 2 horas a la semana durante la jornada laboral como espacio protegido para la práctica de actividad física, fomentar el trayecto en bicicleta, fomentar la alimentación saludable.</p>	<p>Se fundamenta en evaluaciones realizadas y en las recomendaciones de la OMS emitidas en las décadas de los 80 y 90.</p> <p>La estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, refuerza que las condiciones de vida y la salud se relacionan con los territorios donde se nace y vive, apunta a la mejora continua de las condiciones de salud con foco en la calidad de vida y por tanto en los determinantes de la salud.</p> <p>La estrategia de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables (MCCS) se enfoca en identificar las causas de las causas de los problemas de salud en los territorios, con metodologías ajustadas para trabajar con una visión territorial, participativa, integral, sectorial e multisectorial sectorial, sobre las inequidades e instalar un plan estratégico en los distintos territorios con un modelo de resultados en promoción de la salud y prevención de la enfermedad cuyo centro es el Municipio.</p> <p>El objetivo de la estrategia MCCS es fortalecer el rol del Municipio, como actor estratégico para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de la población, en conjunto con la comunidad</p>

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública (2015).

Según la información anterior, se observó que en Chile el origen y la incorporación de la EMS surge como un apéndice de un proyecto macro, que en este caso corresponde al Plan

Nacional de Promoción de la Salud y, más que responder a un proceso de construcción social en el que los habitantes demandan un servicio determinado, es el gobierno que en vista de los cambios epidemiológico apunta sus esfuerzos y recursos a proceso de Promoción de la Salud desde diferentes ámbitos.

Es decir, la Promoción de la Salud es la línea base con la que el gobierno desarrolla acciones en pro de la salud y la EMS se vuelve un aliado más para lograr este objetivo. Dicha situación se perfila para considerarse un factor de éxito en la incorporación de la Estrategia, ya que al existir una política sobre Promoción de la Salud se vuelve obligación del gobierno asignar recursos y procurar que los actores institucionales den continuidad a lo establecido, asegurando de esta manera que la EMS no se menoscabe.

d. El caso de México

El desarrollo e incorporación de una Estrategia como la de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS, requiere de un marco legal, político y social que permita dicho proceso. La memoria social de los habitantes debe funcionar como ese suelo fértil que dé paso a las ideas relacionadas con la mejora en la calidad de vida y, más específicamente, con las mejoras en la salud a nivel colectivo y desde un ámbito local. Es por ello que el contexto social e histórico en el que surgen las políticas sociales de salud, e incluso las reformas constitucionales donde se reconocen derechos a las poblaciones, permite acercarse a la realidad actual de un país y con ello sistematizar de una mejor manera los aspectos clave que permitieron incorporar acciones de Promoción de la Salud mediante la EMS en determinada región. Con respecto a lo anterior, en el siguiente apartado se describe el régimen municipal y el sistema de salud mexicano, para finalmente exponer la incorporación de la EMS de la OMS/OPS en gobiernos locales de México.

1. El Régimen Municipal Mexicano.

El régimen municipal mexicano se rige prácticamente por el Artículo 15 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, también se debe mencionar que México es una República Federal. El texto vigente del Art. 5 estipula que

“[...]los estados adoptarán, para su régimen interior, la forma de gobierno republicano, representativo, democrático, laico y popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa, el municipio libre, conforme a las bases siguientes: cada Municipio será gobernado por un Ayuntamiento de elección popular directa, integrado por un Presidente Municipal y el número de

regidores y 19 síndicos que la ley determine, los municipios estarán investidos de personalidad jurídica y manejarán su patrimonio conforme a la ley [...]” (Chaparro, s.f, p.1).

A partir de las bases mencionadas anteriormente, se establecen las funciones de cada gobierno local. En el ámbito financiero, el artículo 115 también define la forma en la que cada municipio obtendrá sus ingresos, para esto “[...]cada gobierno local administrará libremente su hacienda, la cual se formará de los rendimientos de los bienes que les pertenezcan, así como de las contribuciones y otros ingresos que las legislaturas establezcan a su favor” (Instituto Nacional para el federalismo y el desarrollo Municipal, 2004, p.1).

Según el Instituto Nacional para el federalismo y el desarrollo Municipal, algunos de los medios por los cuales los municipios recaudan ingresos son “las contribuciones, incluyendo tasas adicionales, que establezcan los Estados sobre la propiedad inmobiliaria, de su fraccionamiento, división, consolidación, traslación y mejora así como las que tengan por base el cambio de valor de los inmuebles [...]” (p.1). También, mediante las participaciones federales, que son cubiertas por la Federación a los Municipios con arreglo a las bases, montos y plazos que anualmente se determinen por las Legislaturas de los Estados y los ingresos derivados de la prestación de servicios públicos a su cargo (Instituto Nacional para el federalismo y el desarrollo Municipal, 2004).

En cuanto a las funciones de cada municipio, el Artículo 115 establece que los municipios tendrán a su cargo las funciones y servicios públicos siguientes:

- ❖ Agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de sus aguas residuales, alumbrado público.
- ❖ Limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos.
- ❖ Mercados y centrales de abasto.
- ❖ Panteones.
- ❖ Rastro.
- ❖ Calles, parques y jardines y su equipamiento.
- ❖ Seguridad pública, policía preventiva municipal y tránsito.

Ahora bien, una característica que presenta el municipio mexicano, y que no se encuentra en los demás gobiernos locales analizados, es que son administrados por un ayuntamiento, figura que es definida como “[...]un cuerpo colegiado compuesto por representantes populares que será una asamblea deliberante y el órgano máximo del gobierno municipal, a través del cual el pueblo,

ejerciendo su voluntad política, realiza la gestión de los intereses de la comunidad [...]” (Instituto Nacional para el federalismo y el desarrollo Municipal, 2004, p. 2). Los ayuntamientos como cuerpos colegiados, tienen autoridad y competencia en los asuntos que les señalen las constituciones estatales y las leyes orgánicas municipales.

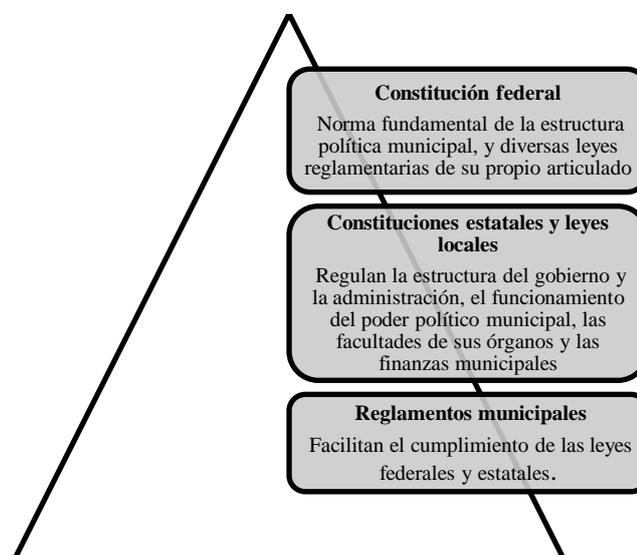
Otra característica del régimen municipal mexicano es que por cada municipio existe una Ley Orgánica de Alcaldías, algo similar al Código Municipal costarricense, pero que varía según municipio. Es por ello que no se puede hablar en sentido estricto sobre las funciones de los gobiernos locales mexicanos. Cada Alcaldía realiza su ley orgánica con base en la Constitución Estatal, y formula sus planes y proyectos con base en sus recursos y las necesidades de las poblacionales (Instituto Nacional para el federalismo y el desarrollo Municipal, 2004).

Según Chaparro (s.f), los ayuntamientos son los encargados de elaborar los reglamentos para regular tanto su funcionamiento interno como el ámbito comunitario, es decir son los responsables de aplicar las leyes federales y estatales en el nivel local. Cada ayuntamiento deberá “[...]elaborar y expedir el Bando de Policía y Gobierno, los reglamentos, circulares y disposiciones administrativas de acuerdo con las normas contenidas en la Constitución Política del Estado, en las Leyes Orgánicas Municipales, y en otras leyes de aplicación municipal[...]” (p.15).

Continuando con Chaparro (s. f), el marco jurídico del municipio se conforma tal como se muestra en la figura número 16:

Figura No16.

Normas fundamentales que rigen el Régimen Municipal Mexicano



Fuente: elaboración propia con base en Chaparro (s.f).

El régimen municipal mexicano permite visualizar grandes diferencias en comparación con los países anteriormente revisados. Si bien Brasil y Argentina son repúblicas federadas con un régimen municipal autónomo y descentralizado, el aparato estatal establece una ley municipal general, que luego cada municipio debe adecuar a su accionar (Cavalcante, 2006). En el caso de México, la ley municipal es dictada por cada ayuntamiento, que debe procurar cumplir con lo establecido en las constituciones respectivas, pero ninguna ley municipal se parece a otra, pues deben adecuarse a las necesidades de sus poblaciones (Chaparro, s.f). Se observó que en materia de salud, a diferencia de Chile por ejemplo, el municipio mexicano no tiene un mandato expreso de procurar salud para sus pobladores; sin embargo, el país ha incorporado en el quehacer de cada gobierno local la EMS, pero sobre este tema se hablará posteriormente.

2. El Sistema de Salud Mexicano.

Según Gómez (2017), “[...] el sistema de salud mexicano es complejo debido a que se caracteriza por tener diversos elementos, relaciones, propiedades y jerarquías.” (p. 32). Los servicios de salud del Estado mexicano atienden a diversos grupos poblacionales, además, en México la afiliación a los servicios de salud no se determina por la necesidad, sino por la ocupación de una persona, es por ello que los mexicanos pueden pertenecer a uno o más sistemas de aseguramiento (Gómez, 2017).

Otro tema importante a la hora de hablar sobre el sistema de salud mexicano es el de la rectoría. Este tema compete a la Secretaría de Salud, que también es la encargada de elaborar las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), donde se establecen los procedimientos y contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional (Gómez, 2017). Estas normas son el equivalente de la Ley General de Salud en Costa Rica y el Ministerio de Salud costarricense sería el homólogo de la Secretaría. En términos jurídicos, el sistema mexicano basa su quehacer en dos leyes: la Ley General de Salud y la Ley General del Seguro Social, que son llevadas a un primer y segundo nivel a través de las Normas Oficiales Mexicanas y puestas en marcha mediante reglamentos, decretos y acuerdos de las instituciones públicas (OPS, 2001).

Al igual que los países analizados con anterioridad, México ha atravesado reformas sanitarias. Según la Secretaría de Gobernación (2001), a finales de los años sesenta el sistema de salud mexicano llegó a sus límites, pues hubo un incremento en el costo de los servicios como resultado de la gran cantidad de población que se debía atender en los hospitales. El sistema, que en su momento se pensó bajo los preceptos de universalidad, no estaba

atendiendo a un gran sector de la población, pues “Un alto porcentaje de las familias dependía solamente de los recursos propios para atender su salud. La expresión más clara de la crisis fue que mientras millones de personas no tenían acceso a servicios básicos de salud, miles de médicos carecían de empleo” (p. 3).

Por su parte, a finales de los setenta se da un segundo proceso de reformas, cuyo objetivo era construir un Sistema Nacional de Salud. Los esfuerzos por crear este sistema iniciaron con la ampliación de cobertura del seguro social. Asimismo, las acciones se centraron en la atención primaria (Martínez y Murayama, 2016). Para mitigar el tema de la cobertura, en 1977 se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y en 1979 se crea el Programa IMSS²-COPLAMAR, que posteriormente tuvo diferentes denominaciones, pero su objetivo principal siguió siendo llevar cobertura sanitaria a las personas de áreas rurales (Martínez y Murayama, 2016). Ahora bien, para atender a la población urbana que enfrentaba dificultades de acceso al seguro social, en 1980 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) crea el Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes.

Prosiguiendo con la reforma sanitaria, Martínez y Murayama (2016) mencionan que la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido como Seguro Popular, ha sido la reforma más significativa del Sistema Nacional de Salud (SNS). La razón de ser del SPSS es propiciar que las personas cuya condición laboral no les permita afiliarse a alguna institución de seguridad social, puedan acceder a servicios de salud mediante un aseguramiento público y voluntario, ya que “El Seguro Popular busca satisfacer de manera integral las necesidades en salud de estas personas al garantizarles el acceso a servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios[...]” (p. 20).

Ahora bien, es preciso conocer la conformación del SNS, el cual se divide en dos subsectores. El primero se encuentra conformado por las instituciones de salud creadas en el marco del sistema de seguridad social, por ejemplo el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), este último presta servicios de atención médica a los militares de la Sedena³ y de la Semar⁴, por último, los servicios médicos de los trabajadores de Pemex (Martínez y Murayama, 2016).

² Instituto Mexicano del Seguro Social - Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.

³ Secretaría de la Defensa Nacional.

El segundo subsector se enfoca en la protección social de la salud, pero es coordinado por la Secretaría de Salud; este se encuentra integrado por los Sistemas Estatales de Salud (Sesa) y el Seguro Popular (Martínez y Murayama, 2016). Como se ha descrito a lo largo de este apartado, en México existen diversas entidades públicas cuyo fin es proteger la salud de los mexicanos y prestar servicios de salud; sin embargo, el hecho de que existan subsectores dentro del sistema de salud denota una fuerte segmentación en el sistema y de cierta manera esto influye en las deficiencias de cobertura que manifiesta el país.

Se debe rescatar que el Sistema Nacional de Salud es una entidad diferente al **Sistema de Seguridad Social**. Este último puede ser el homólogo de la Seguridad Social costarricense, por ejemplo el seguro por Invalidez, Vejez y Muerte, y el de Maternidad y Enfermedad, pero no brinda cobertura universal, como en Costa Rica. El Sistema de Seguridad Social mexicano cuenta con cuatro⁵ instituciones proveedoras de servicios de salud que a su vez “[...]perciben recursos de la hacienda pública y contribuciones obrero-patronales para financiar el gasto en salud y seguridad social, dichas instituciones atienden las necesidades de salud de los trabajadores que desempeñan sus actividades laborales de manera formal[...]” (Martínez y Murayama, 2016, p. 23).

Continuando con el tema de seguridad social, en México existe el **Sistema de Protección Social en Salud**, que a nivel costarricense equivale al seguro otorgado por el Estado. En el caso mexicano, este Sistema o seguro se ofrece a aquellas personas que por su condición laboral no pueden acceder al sistema de Seguridad Social. Los recursos para este Sistema se obtienen a través de contribuciones del gobierno federal y de los gobiernos estatales, a diferencia del anterior que obtenía ingresos por el cobro de cuotas obrero-patronal (Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011).

Otro aspecto que se rescató sobre el Sistema de Salud Mexicano, es el esfuerzo realizado por cumplir con el derecho a la salud de la población mexicana. En este país, al igual que en los anteriores, la salud se establece como un derecho constitucional, lo que obliga al aparato estatal a trabajar en función de garantizar dicho derecho. La conceptualización de la salud como un derecho constitucional sucedió en 1983, con la reforma del artículo 4º de la Constitución, que establece lo siguiente

⁴ Secretaría de Marina.

⁵ El IMSS, El ISSSTE, El ISSFAM y La Gerencia de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos.

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”(Gómez, 2017, p. 137).

Con respecto a lo anterior, Martínez y Murayama (2016) mencionan que “[...]la estructura constitucional es indispensable pero no suficiente para asegurar el derecho a la salud, los principios normativos requieren ser traducidos en instituciones, reglas y recursos[...].” (p.24). Es decir, para que los ciudadanos ejerzan ese derecho es fundamental que la política pública en salud se rija bajo los principios no discriminación, igualdad y progresividad.

Finalmente, se debe resaltar que a diferencia de los sistemas de salud antes analizados, el caso de México mostró una serie de intentos de parte del Estado por cubrir las necesidades sanitarias de su población. No obstante, aún quedan retos por resolver, es por ello que han apuntado a una estrategia de atención primaria que permita un mayor acercamiento con la población y, de igual forma, permita que grupos comunales y el propio municipio puedan participar de los procesos de salud de cada comunidad y de esta manera promover la equidad sanitaria, tal como la EMS de la OPS/OMS.

3. La EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales mexicanos.

En México la incorporación de la EMS respondió a la desigualdad que enfrentan las personas con respecto al acceso a la salud, pues el sistema mexicano es muy segmentado y esto impide un alcance significativo para toda la población; a esto debe agregarse que el perfil epidemiológico ha sufrido cambios, ya que hubo un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles, por ello se tomó la decisión de incluir estrategias de Promoción de la Salud para mitigar estos padecimientos y así garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud a la población (Secretaría de Salud, 2014).

Debido a esta situación, desde la década de los 90 la Secretaría de Salud, que sería el equivalente al Ministerio de Salud en Costa Rica, decidió tomar las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud e iniciar con la ejecución de programas de Promoción de la Salud, principalmente, y se orientaron esfuerzos en el tema de atención primaria. Según la Secretaría de Salud (2014),

“[...]desde 1995 en México, se ha venido aplicando la estrategia de municipios saludables y se sistematizaron las acciones realizadas en materia de salud, considerando conveniente estructurar un programa con actividades de Promoción de la Salud en el ámbito municipal y en la comunidad, dando origen en la administración 2001- 2006, al Programa de Comunidades Saludables[...]” (p. 27).

Aunado a lo anterior, se deben tomar en cuenta otros aspectos que dan origen a la inclusión de Municipios Saludables como Estrategia de acción y mejoramiento de la salud de la población. En primer lugar, el sistema de salud mexicano mediante sus opciones de aseguramiento no cubre a la población total, por tanto hay incremento en el padecimiento de enfermedades; en segundo lugar, existen barreras de acceso como lo son la ubicación geográfica o el idioma, que se interponen a la hora de que las personas acudan a los centros de salud. La combinación de estos factores se tradujo en la puesta en marcha de una Estrategia para abordar las problemáticas identificadas por las autoridades sanitarias (Secretaría de Salud, 2014).

En vista de las circunstancias descritas anteriormente, en 1993 se firmó la Carta de Compromiso de Monterrey, documento que representa la voluntad política de los alcaldes mexicanos para desarrollar acciones en salud desde un ámbito local. Parte de la Carta expresa que

“A partir de un concepto de salud como estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la 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[...]” (Red Mexicana de Municipios por la Salud, 1993, p. 1).

Prosiguiendo, la EMS se planteó como un programa con el nombre de Comunidades Saludables y, para el 2001, se puso en marcha en México con la finalidad de hacer frente a los diferentes retos que enfrentaba la población, en temas de salud pública (Secretaría de Salud, 2014). *Comunidades saludables* se planteó como un medio para contribuir en la

identificación de los determinantes de la salud que estaban afectando a la población y de esta forma fomentar acciones que mejoren las condiciones de salud de los mexicanos; además, representó una manera de descentralizar las labores de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2014).

Por su parte la Secretaría de Gobernación (2001), afirma que este programa, Comunidades Saludables, se justifica en tanto que las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte en México están vinculadas con múltiples factores ambientales, económicos, políticos, culturales y sociales que requieren, por lo mismo, de acciones en múltiples ámbitos. Algunos problemas según la Secretaría de Salud (2014) presentes en el ámbito sanitario y, que por ende justifican el desarrollo de este programa, son los siguientes:

- ❖ **Una situación de polarización epidemiológica** con fuerte predominio de enfermedades crónicas (cáncer, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, cardiopatías), pero también de enfermedades infecciosas.
- ❖ **Alta incidencia de problemas vinculados con el desarrollo industrial y la urbanización** como accidentes viales, adicciones, violencias, suicidios, entre otros.
- ❖ El 2.8% de menores de cinco años de edad presentan **bajo peso**, 13.6% **baja talla** y 1.6% **emaciación**, en todo el país.
- ❖ **Una prevalencia de obesidad en adultos** de 32.4% y de sobrepeso de 38.8%.
- ❖ **La prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años** ha llegado a 9.7% en 2012.

Por otra parte, la Secretaría de Salud (2014) menciona que el sistema sanitario de México sufre una fuerte segmentación con procesos de unificación parciales, también que existe un crecimiento del sector médico privado respecto del sector público y, aunado a esto, no hay disponibilidad de recursos humanos pues los núcleos básicos, que a nivel de Costa Rica serían los EBASIS, no se encuentran cubiertos con el personal médico, enfermeras y promotores de la salud, tal como se establece en el Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA). Por otra parte, existe una fuerte inequidad en el acceso a los servicios de salud, pues este depende de “[...]la clase social, el empleo, lugar de residencia, pertenencia a alguna etnia indígena, status migratorio, de cada persona. Como resultado de esta situación existen 68.3 millones de mexicanos que no cuentan con seguridad social.” (Secretaría de Salud, 2014, p. 30).

A partir de la ejecución de *Comunidades Saludables*, la Secretaría de Gobernación (2001) menciona que se han realizado diversas actividades que contribuyen a fortalecer el programa desde

el ámbito local y promueve la sostenibilidad del mismo. Algunos ejemplos de esto son: **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; **la capacitación del personal del sector salud en la promoción de la salud**, en particular de quienes trabajan en las comunidades rezagadas; **la certificación** de aquellas comunidades que reúnan los requerimientos para ser consideradas comunidades saludables y el diseño y puesta en operación de un **modelo de seguimiento y evaluación** de los Programas Municipales de Promoción de la Salud. Esto demuestra que al igual que en los países analizados anteriormente, el trabajo multisectorial es un factor de éxito para la incorporación de la ESM, además que se requiere de un proceso de capacitación y sensibilización para el desarrollo de acciones en promoción de la salud y más específicamente, acciones en salud desde lo local.

Para el 2013 se evaluó el desarrollo de Comunidades saludables y el principal resultado fue su capacidad de adaptación, pues a pesar de los cambios de gobierno, tanto nacionales como locales, el programa se mantiene sólido; la adaptación también se contempla por el hecho por abordar los temas que requieren atención inmediata. Según la Secretaría de Salud (2014) “[...]este programa se puede considerar un instrumento fundamental para el desarrollo sustentable.” (p. 31).

La finalidad de este programa para el periodo 2013-2018 era democratizar la salud y permitir el acceso universal a dichos bienes y servicios, además DE incidir en la “[...]reducción de la morbi-mortalidad por padecimientos del rezago o emergentes, con énfasis en enfermedades crónicas, ya que los factores que determinantes de estos padecimientos problemática no dependen directamente del sector salud, se toman en cuenta los entornos donde las personas viven, trabajan, estudian se divierten.” (Secretaría de Salud, 2014, p. 32).

Ahora bien, las metas que se establecieron en el 2000 para el programa iban en las siguientes líneas:

- ❖ **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.

Según la Secretaría de Salud (2017), esta iniciativa, que un principio se llamó Municipios Saludables, actualmente se conoce como Red Mexicana de Municipios por la Salud y “[...]actualmente, son más de mil 600 municipios los que participan en la red, cuya misión es fundamental para el fomento de la salud y la prevención de enfermedades, a través de acciones cercanas a la población que la benefician directamente” (p.1). Esta Red funciona como una plataforma para que los municipios adscritos compartan sus experiencias, proyectos y acciones innovadoras en temas de salud.

En conclusión, se pudo observar que la incorporación de la EMS en México, al igual que en Chile, responde a un cambio en el perfil epidemiológico de la población, pero a esto se le debe agregar el poco acceso a servicios de salud de la población mexicana, pues como se mencionó anteriormente, la seguridad social depende del estrato social y las condiciones de empleo, situación que deja desprotegida a un gran segmento de la población. Ahora, en términos legales, en este país la salud es reconocida con un derecho constitucional, por tanto el Estado debe invertir recursos para garantizar este derecho a sus pobladores, este aspecto se transversaliza a las leyes sanitarias y la ley municipal, por ello es posible el desarrollo de acciones en Promoción de la Salud.

e. El caso de Perú

El desarrollo e incorporación de una Estrategia como la de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS, requiere de un marco legal, político y social que permita dicho proceso. La memoria social de los habitantes debe funcionar como ese suelo fértil que dé paso a las ideas relacionadas con la mejora en la calidad de vida y, más específicamente, con las mejoras en la salud a nivel colectivo y desde un ámbito local. Es por ello que el contexto social e histórico en el que surgen las políticas sociales de salud, e incluso las reformas constitucionales donde se reconocen derechos a las poblaciones, permite acercarse a la realidad actual de un país y con ello sistematizar de una mejor manera los aspectos clave que permitieron incorporar acciones de Promoción de la Salud mediante la EMS en determinada región. Con respecto a lo anterior, en el siguiente apartado se describe el régimen municipal y el sistema de salud peruano, para finalmente exponer la incorporación de la EMS de la OMS/OPS en gobiernos locales de Perú.

1. El Régimen Municipal Peruano.

Para hablar del municipio en Perú, fue necesaria una contextualización histórica para dilucidar aquellas características de los gobiernos locales que han trascendido a través de los años. Según Salas (2017), durante la colonia, se toma como base el modelo Español para el desarrollo del municipio. En esa época las autoridades eran designadas por el Virrey y en algunos casos por el propio Rey de España. En el Perú, el conquistador Francisco Pizarro designó el primer cabildo en Lima en 1535, nombrando alcaldes y regidores; así comenzó la vida institucional caracterizada por ser democrática y provista de poder suficiente para que dentro de su jurisdicción ejerciese autoridad (Salas, 2017).

Por otra parte, desde la Constitución de 1979 se establecían algunas de las funciones municipales, por ejemplo

“[...]cada municipalidad podía acordar su régimen de organización interior, votar su presupuesto, administrar sus bienes y rentas; crear, modificar o suprimir sus contribuciones, arbitrios y derechos; regular el transporte colectivo, la circulación y el tránsito; organizar, reglamentar y administrar los servicios públicos locales; contratar con otras entidades públicas o privadas, preferentemente locales, la atención de los servicios que no administran directamente; planificar el desarrollo de sus circunscripciones y ejecutar los planes correspondientes; y las demás atribuciones inherentes a su función de acuerdo a ley” (Salas, 2017, p. 184).

En el año 1981 se creó la ley orgánica de las municipalidades, en esta ley el gobierno local tiene la facultad de “[...]organizar, reglamentar y administrar los servicios públicos municipales y de intervenir en todas aquellas materias de interés distrital y provincial, con autonomía y capacidad gubernativa” (Manyari, 2007, p. 594). Por otra parte, las competencias municipales se pueden agrupar en tres rubros:

- 1. Servicios tradicionales:** se refieren a aquellos servicios que los municipios, aunque sea de forma mínima, siempre deben ofrecer, como el servicio de agua potable y desagüe, los mercados de abasto, los camales, la limpieza de las vías públicas y el ornato, alumbrado público y doméstico, registros civiles, cementerios y bibliotecas.
- 2. Competencias que brindan bienestar a la población de la circunscripción:** se encuentran el acondicionamiento territorial y vivienda; población, salud y saneamiento ambiental; educación, cultura, recreación, conservación de monumentos, turismo y

deportes; abastecimiento y comercialización de productos; transporte colectivo, circulación y tránsito.

- 3. Capacidad de intervencionismo económico en ámbitos locales:** creación de cajas municipales de ahorro y crédito, la ejecución proyectos de inversión de beneficio comunitario, la construcción de infraestructura básica para la producción, la creación de empresas municipales, el diseño e implementación de programas para el fomento del empleo.

Otro aspecto importante de la ley Orgánica de las Municipalidades tiene que ver con el tema del financiamiento, en esta se reconocía la autonomía económica de los gobiernos locales, con capacidad de administrar sus propios recursos, de poder contraer y aprobar empréstitos, de crear, derogar o modificar los tributos municipales, el problema estaba en que la gran mayoría de los municipios del Perú dependen, para su funcionamiento, de las transferencias que realiza el gobierno central, las cuales constituyen el grueso de los ingresos municipales (Manyari, 2007). Para el año 1993 se elabora otra Constitución Política; sin embargo, a diferencia de la constitución del 79, en esta se limitan los alcances municipales e incluso se da una disminución en su autonomía, el municipio se considera única y llanamente como un gestor de algunos servicios en el nivel local (Manyari, 2007).

En el 2001, tras la renuncia del presidente Fujimori, Perú inició un periodo de transición política que coloca a Alejandro Toledo como nuevo presidente de la República de Perú. A partir del ascenso de Toledo al poder, se procedió a realizar una revisión sobre toda la normativa elaborada durante el régimen Fujimori, esto incluye a la legislación municipal, para lo cual se constituyó en el Congreso una comisión encargada de elaborar una nueva Ley Orgánica de Municipalidades y una nueva Ley de Tributación Municipal; la finalidad era devolver a los gobiernos locales su autonomía, esto culmina con la publicación de la Ley 27616 que devuelve a las municipalidades la administración directa de sus recursos (Gobierno de Perú, 2003).

Esta situación se mantiene hasta el 2003, cuando se promulga la versión definitiva de la Ley Orgánica de Municipalidades, Ley No. 27972. Uno de los aspectos novedosos de esta ley es que propone la interrelación de la democracia representativa, a nivel local y provincial, con algunas herramientas propias de la democracia directa, es decir, que busca incrementar la participación ciudadana en determinadas áreas de los gobiernos locales; así es que establece el carácter participativo de los presupuestos municipales tanto en su elaboración como en su ejecución y, de la misma manera, estipula los derechos de participación y control vecinal de la gestión municipal (Gobierno de Perú, 2003).

Ahora bien, a diferencia de los países descritos anteriormente, Perú posee un régimen municipal nuevo, al menos su normativa es reciente; sin embargo, las principales funciones de los gobiernos locales fueron descritas desde 1993 en la Constitución Política, en el artículo 195: “Los gobiernos locales promueven el desarrollo y la economía local, y la prestación de los servicios públicos de su responsabilidad, en armonía con las políticas y planes nacionales y regionales de desarrollo. Son competentes para:

- ❖ Aprobar su organización interna y su presupuesto.
- ❖ Aprobar el plan de desarrollo local concertado con la sociedad civil.
- ❖ Administrar sus bienes y rentas.
- ❖ Crear, modificar y suprimir contribuciones, tasas, arbitrios, licencias y derechos municipales, conforme a ley.
- ❖ Organizar, reglamentar y administrar los servicios públicos locales de su responsabilidad.
- ❖ Planificar el desarrollo urbano y rural de sus circunscripciones, incluyendo la zonificación, urbanismo y el acondicionamiento territorial.
- ❖ Fomentar la competitividad, las inversiones y el financiamiento para la ejecución de proyectos y obras de infraestructura local.
- ❖ **Desarrollar y regular actividades y/o servicios en materia de educación, salud, vivienda, saneamiento, medio ambiente, sustentabilidad de los recursos naturales, transporte colectivo, circulación y tránsito, turismo, conservación de monumentos arqueológicos e históricos, cultura, recreación y deporte, conforme a ley**”(Congreso de la República, 1993, p. 117).

Ahora bien, en Perú los municipios pueden ser provinciales o distritales, la diferencia corresponde al territorio que le corresponda administrar, ya que las funciones y obligaciones son las mismas. Los gobiernos locales tienen un componente legislativo y ejecutivo, el primero corresponde al Concejo Municipal, que dentro de sus atribuciones tiene aprobar los Planes de Desarrollo Municipal Concertados y el Presupuesto Participativo, aprobar el Plan de Desarrollo Urbano, el Plan de Desarrollo Rural, aprobar normas que garanticen una efectiva participación vecinal y aprobar el presupuesto anual y sus modificaciones dentro de los plazos señalados por ley, bajo responsabilidad, entre otros. Finalmente, en cuanto al aspecto ejecutivo, esta función le compete al Alcalde, que dentro de sus funciones debe defender y cautelar los derechos e intereses de la municipalidad y los vecinos, proponer al concejo municipal proyectos de ordenanzas y acuerdos, convocar, presidir y dar por concluidas las sesiones del concejo municipal, entre otros (Ley Orgánica de Municipalidades, 2003).

2. *El Sistema de Salud Peruano.*

El sistema de salud peruano es, según la OMS (2011), descentralizado y administrado por cinco entidades: el Ministerio de Salud (MINSA), que ofrece servicios de salud para el 60% de la población; EsSalud, que cubre el 30% de la población; las Fuerzas Armadas (FFAA), la Policía Nacional (PNP) y el sector privado, que proporcionan servicios sanitarios al 10% restante. Como resultado, se puede definir como un sistema con múltiples proveedores de servicios y seguros que cuentan con una coordinación deficiente y a menudo desempeñan funciones que se superponen (OMS, 2011).

En un acercamiento contextual, es posible afirmar que los primeros intentos de modelar el sistema de salud en Perú datan de la década de 1970, con el intento de implementar la política de bienestar en el campo de la salud; como resultado el Estado decide asumir la administración de la red hospitalaria nacional perteneciente a la Beneficencia Pública y organizar el subsistema público estatal, que pasa a constituirse en el subsector público estatal y pilar central de sistema de salud (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal y Espinosa-Henao, 2016).

Sin embargo, antes de este planteamiento de política de bienestar, existían otros mecanismos cuyo objetivo era la protección de la salud de la población. Por ejemplo, en 1930 surge el Seguro Social como una modalidad de protección vinculada a las personas con empleo; posteriormente, en 1933 se crea la Caja Nacional del Seguro Social Obrero, fondo financiero del Seguro Social, que estaba destinada a la provisión de servicios de salud, dicha institución optó por construir su propia red de establecimientos, lo que según Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal y Espinosa-Henao (2016) impidió la oportunidad de conformar un sólido subsistema público capaz de constituirse en el instrumento institucional del desarrollo de la conciencia y el ejercicio ciudadano en la atención de la salud.

Ahora bien, durante los sesenta y setenta inicia un proceso de cambio en el sector salud. Durante estos años surge la necesidad de aumentar los beneficios sanitarios a la población, esto inicia en 1960. No obstante, es hasta 1974, en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, que se aprueba el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980, donde se estableció como meta la cobertura total de la población con sistemas de salud en todos los países de la región, así en 1975 se aprobó la creación del Sistema Nacional Coordinado de Salud (Sánchez, 2014).

Según Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal y Espinosa-Henao (2016), en 1997 la creación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud permitió reformar el Instituto Peruano de Seguridad Social y creó el Seguro Social en Salud, que debía comprender 2 modalidades:

- ❖ La tradicional, que cambia su denominación a Essalud.
- ❖ La privada, a través de las entidades prestadoras de salud (EPS), que brinda un plan de beneficios de baja complejidad a través de las redes de establecimientos privados. Asimismo, se creó la Superintendencia de EPS (SEPS) como organismo supervisor de esta modalidad de prestación de servicios.

Aunado a lo anterior, la OIT (2013) menciona que la política de Salud en Perú ha sido generalmente del tipo centralizada hasta principios de la década de 1990; sin embargo, en la Constitución de 1993 se establece que si bien es el Estado el que determina la política de salud, este debe diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada con el fin de facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud, bajo este precepto y en el marco de las leyes No. 27783 de 2002 (Bases de la descentralización) y N° 29124 de 2009, el Ministerio de Salud ha comenzado a transferir a los gobiernos regionales algunas competencias en salud (OIT, 2013).

Continuando con lo anterior, en 1994 se había realizado un intento de descentralización mediante la desconcentración de la salud a través del Programa de Administración Compartida (PAC), mediante el cual se crean los CLAS (Comité Local de Administración de Salud) para cogestionar los servicios de salud con participación de la comunidad, así se promovió la formación de una asociación civil sin fines de lucro, orientada a viabilizar con mayor efectividad los recursos comunitarios; en cuanto al modelo CLAS, este permitió a las comunidades locales obtener el control directo en la contratación y supervisión del personal y de otros recursos (OIT, 2013).

Posteriormente, el Ministerio de Salud, mediante las Direcciones Regionales de Salud y las Direcciones de Salud, transfirió recursos financieros, materiales y de personal, entre otros, hasta el momento en que estos fueron descentralizados, pasando a los pliegos regionales como parte del proceso de descentralización del Estado; en el caso de las CLAS, estas se financian con transferencias presupuestarias y pueden administrar libremente todos los recursos generados localmente a partir de los copagos. Desde el 2007 las transferencias presupuestarias provienen de los fondos de los gobiernos regionales; anteriormente provenían del Ministerio de Salud, con cargo al Tesoro público (OIT, 2013).

Otro tema importante que se debe mencionar para comprender el sistema de salud peruano, es el aseguramiento en salud, que se introduce gradualmente en 1990. A finales de esta década, noventa, se gestaron las primeras experiencias de seguro público en el país y se trató de dos programas destinados a superar la barrera económica de acceso a los servicios de salud de poblaciones de menores ingresos: el Seguro Escolar Gratuito (SEG), dirigido a los niños de 3 a 17 años y el Seguro Materno Infantil (SMI), que brindaba cobertura a las madres gestantes y a los niños menores de 5 años; ambos programas ofertaban paquetes básicos de atenciones (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal y Espinosa-Henao, 2016). Para el 2002, con base en estas experiencias se creó el Seguro Integral de Salud (SIS) como un programa de financiamiento parcial a la demanda de salud, bajo la modalidad de reembolso.

En la actualidad, el sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado, para la prestación de servicios de salud; el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social, el gobierno brinda a la población no asegurada la posibilidad de acceder a servicios de salud a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (SIS). La prestación de servicios tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república (Alcalde-Rabanal, Lazo-González y Nigenda, 2011).

En cuanto al aseguramiento, existen dos subsistemas: Essalud, con una provisión tradicional y pública que ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997. El sector privado le ha vendido servicios personales a Essalud a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS); los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP) (Alcalde-Rabanal, Lazo-González y Nigenda, 2011).

En cuanto al sector privado, este se puede distinguir en lucrativo y no lucrativo. El primero se conforma por las Entidades Prestadoras de Servicios, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras; en cuanto al sector privado no lucrativo lo compone un conjunto de asociaciones civiles sin fines de lucro, la

mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares (Alcalde-Rabanal, Lazo-González y Nigenda, 2011).

En Perú el gasto de bolsillo es la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud. No obstante, en los últimos años se ha incrementado el financiamiento de parte del gobierno; en el 2007 el 79% del financiamiento del Ministerio de Salud provino de impuestos generales, 15% de las cuotas de recuperación y 6% de donaciones y transferencias (Alcalde-Rabanal, Lazo-González y Nigenda, 2011). El Sistema Integrado de Salud se financia con recursos ordinarios provenientes del presupuesto general (94%), el 6% restante de sus recursos proviene de donaciones y contribuciones no reembolsables de gobiernos regionales, organismos de cooperación internacional, aportes de personas naturales, instituciones públicas y privadas, y transferencias del Fondo Intangible Solidario de Salud y recursos directamente recaudados en su operación (Alcalde-Rabanal, Lazo-González y Nigenda, 2011).

3. La EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales peruanos.

En Perú, desde la década de los 90 se inicia el movimiento de ciudades saludables, que posteriormente deriva en la incorporación de la EMS (Ministerio de Salud, 2005). Ahora, se debe rescatar el hecho de que a diferencia de los países analizados con anterioridad, el desarrollo de esta Estrategia en Perú respondió a un proceso de descentralización de la salud, un tema de cobertura sanitaria y un cambio en el perfil epidemiológico, pues buscaba que los gobiernos locales sean los principales actores en los procesos de salud de sus administrados.

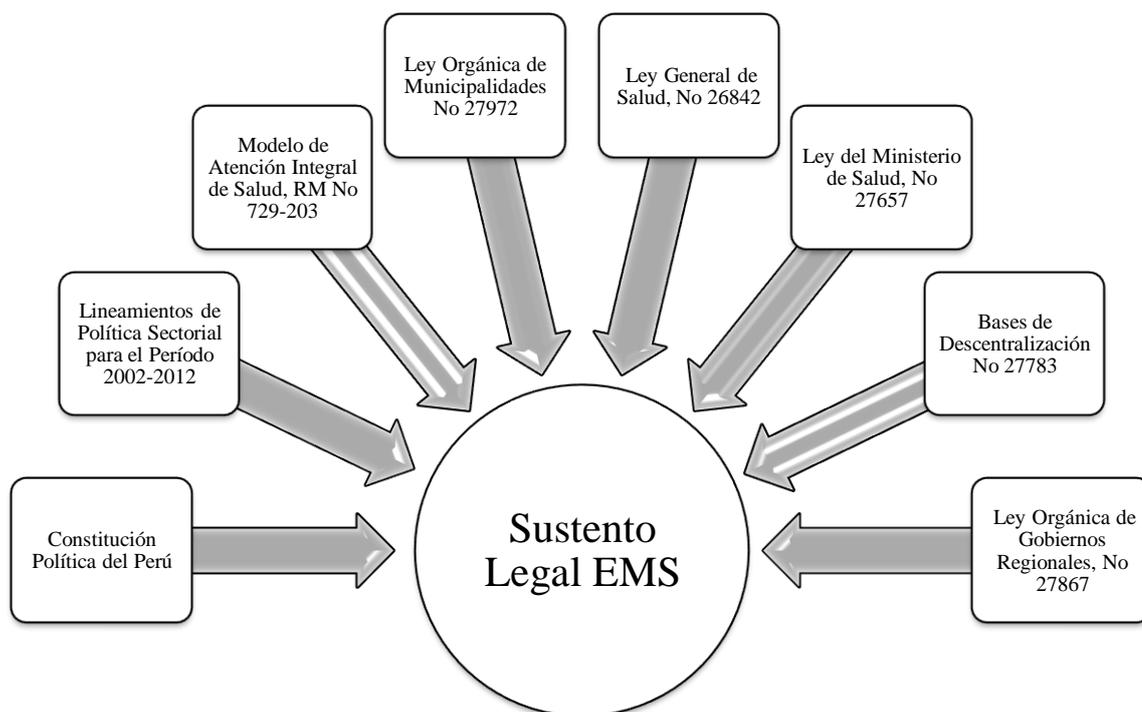
Según el Ministerio de Salud (2005),

“El Perú está en un proceso hacia la democratización y descentralización el cual es acompañado por los diversos sectores; por ello el sector salud hace énfasis en la adecuación de sus roles a escenarios más amplios de intervención, promoviendo el cambio del paradigma de la salud. Es así que el Ministerio de Salud desarrolla el Programa de Municipios y Comunidades Saludables enmarcado en los Lineamientos de Política del Sector 2002-2012, Modelo de Atención Integral de Salud, que ubican a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como una prioridad sectorial y las Estrategias Sanitarias Nacionales.” (p. 28).

En cuanto al tema legislativo, la incorporación de la EMS en Perú se encuentra respaldada por las leyes que se muestran en la figura 17:

Figura No17.

Sustento legal de la EMS en Perú



Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de Perú, 2005.

Estas leyes o reglamentos surgieron como respuesta a las necesidades en salud que presenta la población peruana. El gobierno ha tratado de hacer coincidir distintos mandatos legales, garantizado así el desarrollo de procesos multisectoriales y promoviendo la participación social, desde el municipio. Parte de lo que promueve la EMS en Perú es que las personas dejen el rol pasivo y se conviertan en actores sociales que generen cambios desde sus comunidades (Ministerio de Salud, 2005).

Otro aspecto rescatado sobre la incorporación de la EMS en Perú, es que en lugar de partir solo de la Estrategia como tal, se pone como eje transversal el concepto de Promoción de la Salud, que da pie al desarrollo de proyectos en diferentes áreas con el fin de potenciar las capacidades y aptitudes de la población en temas de salud, es así que la construcción de salud desde lo local cobra importancia y esto termina en el desarrollo de la EMS, en el caso de Perú el programa se llama Familias, Comunidades y Municipios Saludables (Ministerio de Salud, 2005).

Continuando con la idea anterior, las líneas de acción del proyecto se orientan a fomentar y proteger la salud de las personas a partir de su empoderamiento para el auto

cuidado y control de su salud, involucrando la participación articulada de los diferentes actores del desarrollo, Estado, sociedad civil, empresa y comunidad. Es así que, según Santivañez y Medina (2015), se han priorizado cuatro dimensiones para fortalecer y promover escenarios saludables, como se muestra en la figura 18:

Figura No18.

Dimensiones para el fortalecimiento de escenarios comunitarios en Perú



Fuente: elaboración propia con base en Santivañez y Medina (2015).

Estos autores también explican que se debe desarrollar un enfoque de gestión territorial, que propone que el territorio no solo debe ser concebido como un espacio físico o geográfico, sino como el espacio de construcción social, en el cual debe primar el objetivo del desarrollo humano, con un enfoque multidimensional, y con participación del Estado, los actores sociales, políticos, y la ciudadanía.

Ahora bien, al igual que en Chile, Perú no toma la EMS como el único medio para construir salud desde el ámbito local, sino que también toma a la Promoción de la Salud como base para el desarrollo de acciones que impacten la calidad de vida de sus pobladores, pues el Ministerio de Salud (2005), considera que “[...]la promoción de la salud se desarrolla en lugares donde la gente vive, trabaja y se recrea, constituyendo estos los escenarios donde se gana o pierde salud” (p. 30). En el caso de Perú, el nivel local lo conforman los municipios, por tanto estos se consideran los espacios en los cuales se deben fomentar políticas públicas saludables, programas y actividades vinculadas al tema sanitario.

Además, en la incorporación del EMS en Perú, la participación comunitaria se visualiza desde un enfoque de derechos, es por esta razón que se traza como objetivo la creación de políticas públicas saludables, el fortalecimiento de la participación ciudadana y la creación de entornos favorables para la salud, valorando las iniciativas y experiencias ya desarrolladas en los municipios y sus comunidades (Ministerio de Salud, 2005).

Como se dijo anteriormente, la decisión de incorporar la EMS en el quehacer de los gobiernos locales, responde a los factores epidemiológicos descritos por el Ministerio de Salud (2005), por ejemplo:

- ❖ “Alrededor del 80% de migrantes internos son menores de 34 años debido al desempleo, lo cual motiva una concentración de población en las ciudades restringiendo los servicios básicos, afectando las condiciones de salubridad y produciendo el hacinamiento y cambios de prácticas en la vida de las personas.
- ❖ El 60% de la población rural no tiene agua segura, elemento indispensable para la vida.
- ❖ En el país se reporta que el 41% de mujeres unidas ha sufrido maltrato, el 25% de niños padece desnutrición crónica y alrededor de 613,000 niños de escuela primaria repiten o desertan cada año.
- ❖ Un 55% de peruanos vive en pobreza y 24.4% en pobreza extrema.” (p.28).

Lo anterior tiene una relación estrecha con los determinantes de la salud y el impacto de estos en la calidad de vida de la población; esto aunado a los procesos de democratización y de descentralización que en su momento afrontó el gobierno peruano, requirió de una adaptación de diversos sectores, incluidos el de salud, y derivó en un cambio de paradigma de la salud, por estas razones el Ministerio de Salud pone en marcha el *Programa de Municipios y Comunidades Saludables*, cuyo respaldo se encuentra en los Lineamientos de Política del Sector 2002-2012, Modelo de Atención Integral de Salud, que ubican a la Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad como una prioridad sectorial (MINSa, 2005).

Es bajo esta lógica que surgió la EMS en Perú. Este país al igual que Brasil contó con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud y en 1996 se desarrollaron las primeras acciones para promover comunidades saludables, mediante la firma de la “[...]declaración de la Iniciativa de Comunidades Saludables por instituciones, organismos sociales de base, entidades de la sociedad civil, la comunidad universitaria y municipios constituyéndose en el buen inicio de la conformación de una Red de Municipios y Comunidades Saludables[...].” (MINSa, 2005, p. 40).

Según lo descrito con anterioridad, en Perú se observó que la EMS posee un componente de participación social significativo; además, existe un respaldo legal robusto que facilita el desarrollo de acciones en salud desde los municipios. Por otra parte, la Estrategia no surge propiamente desde los municipios, sino que es un medio identificado por el Ministerio de Salud peruano para completar el proceso de descentralización de los servicios de salud, esto también permite el desarrollo de procesos multisectoriales.

Finalmente, el análisis bibliográfico sobre el régimen municipal, el sistema de salud y la incorporación de la EMS en los cinco países analizados, proporcionó una vasta información para el desarrollo de los lineamientos estratégicos para la Municipalidad de Cartago. Es por ello que a partir de los resultados obtenidos, en el objetivo tres se proceden a entrelazar las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago con los factores de éxito para la incorporación de la EMS en los países estudiados.

C. Mecanismos de incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS vinculados a las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago

A raíz de la recopilación bibliográfica sobre la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en gobiernos locales de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú, fue posible esquematizar la información en tres grupos, que fueron: el régimen municipal, el sistema de salud y el contexto social para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS. La finalidad de conocer estos tres temas fue el poder entender, de una mejor manera, el entramado social y los acuerdos políticos y legales que se articularon a lo interno de cada país para que el desarrollo de una Estrategia de un organismo internacional como la OMS/OPS pueda ser ejecutado desde un nivel local.

Por su parte, las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago fueron escudriñadas con el fin de reconocer los recursos de los que dispone este gobierno local para la posible incorporación de la EMS de la OPS/OMS en su quehacer institucional, identificando dichas capacidades desde cinco dimensiones generales: capacidad humana, capacidad organizacional, capacidad institucional, capacidad política y capacidad financiera. Así mismo, esta parte del proceso investigativo permitió vislumbrar los aspectos que se pueden mejorar para lograr, con mayor factibilidad, que esta municipalidad se pueda certificar como saludable por parte de la OPS/OMS.

Considerando lo anterior, en este apartado se procedió con la vinculación de los mecanismos de incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS (en gobiernos locales de los cinco países analizados) con las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago, para lo cual se reflexionó sobre los hallazgos obtenidos en el primer y segundo objetivo (abordados en apartados anteriores), además de la aplicación de una entrevista semiestructurada a una persona funcionaria municipal con amplio conocimiento de la EMS de la OPS/OMS. Esto con el fin de identificar los principales puntos a considerar en la definición de lineamientos estratégicos para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

Ahora bien, la información obtenida permitió establecer comparaciones entre los países analizados y Costa Rica, iniciando con los indicadores Coeficiente de Gini⁶ y el IDH⁷. Como se mencionó en apartados anteriores, estos evalúan temas como el acceso a educación y salud; asimismo, analizan los ingresos del país para calcular la distribución igualitaria de los recursos. Estos temas, cobran relevancia en la incorporación de la EMS, ya que esta es una aliada para hacer Promoción de la Salud (PS), que a su vez trabaja sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Sobre esto, Barragán (2007) menciona que los DSS son aquellos comportamientos, estilos de vida saludables, ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos; es decir el entorno en el que nace y se desenvuelve la persona.

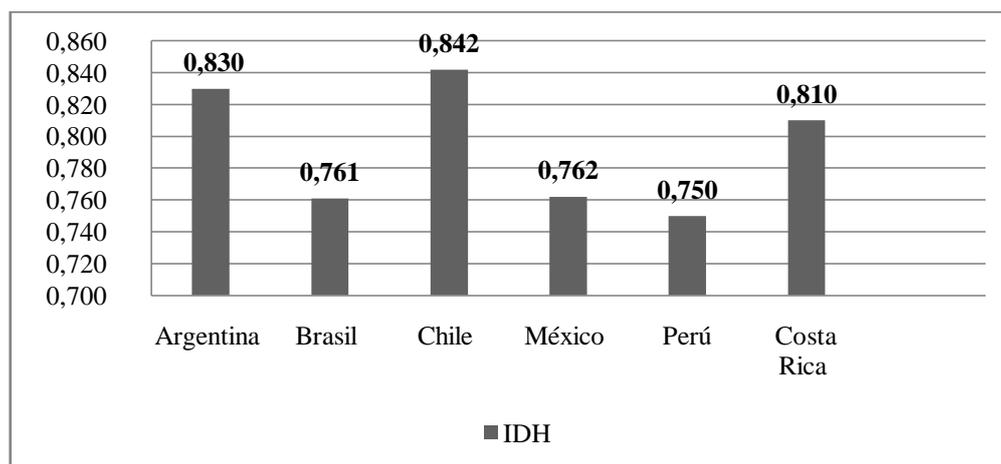
A continuación, en la figura 19 se presentan los datos sobre el puntaje del IDH de los países analizados en comparación con Costa Rica; posteriormente, en la figura 20 se muestra la comparación del Coeficiente de Gini:

⁶Observatorio del Inversor (2014).

⁷PNUD (2018).

Figura No19.

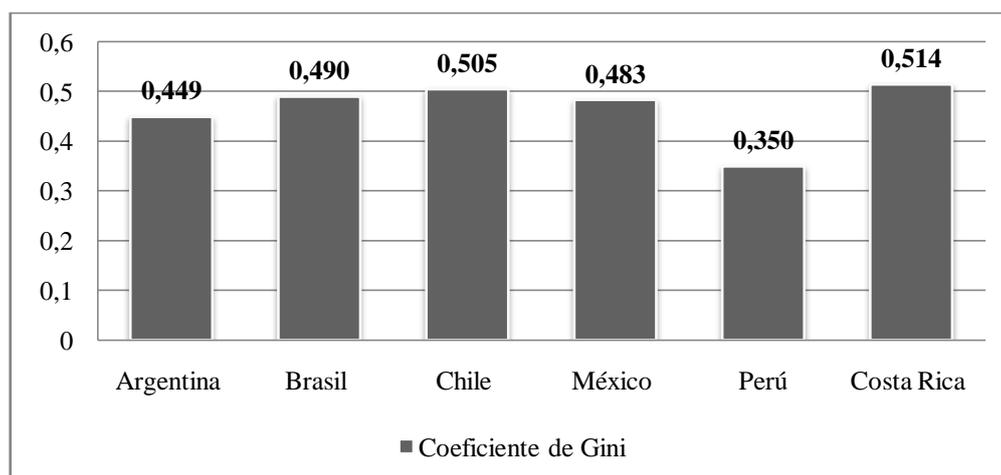
Comparación del IDH en los países de Argentina, Brasil, Chile, México, Perú y Costa Rica



Fuente: Elaboración propia.

Figura No20.

Comparación del Coeficiente de Gini en los países de Argentina, Brasil, Chile, México, Perú y Costa Rica



Fuente: elaboración propia.

Los gráficos anteriores muestran que Costa Rica tiene parámetros similares a los de los cinco países analizados. En cuanto al Desarrollo Humano, se observó que Costa Rica se ubica entre los países con un IDH “muy alto”, es decir que las tres dimensiones evaluadas en este indicador, la esperanza de vida al nacer, los años promedio de escolaridad y el ingreso

nacional bruto per cápita, son bastante altas; esto implica que gran parte de los recursos del país se invierten en la mejora de la calidad de vida de la población costarricense.

Ahora bien, a nivel local también se puede medir el desarrollo humano, utilizando las mismas variables que se emplean para el cálculo del IDH a nivel país. En este caso, al revisar el del cantón de Cartago, según el PNDU (2018) el IDHc cartaginés fue de 0,830, esto lo coloca en el rango de “Muy alto”. Con esta información se puede inferir que desde el nivel local se realizan esfuerzos para que el desarrollo social de la población sea óptimo; esto es de gran utilidad a la hora de intentar incorporar una estrategia como la de Municipios Saludables, ya que entre mayor sensibilización y conciencia social sobre la importancia de desarrollar acciones en salud, será más sencillo desarrollar la EMS.

Otro punto de comparación, a partir de la información recolectada, versa sobre las **reformas sanitarias**, se pudo observar que los cinco países analizados han atravesado procesos de reformas, principalmente entre las décadas de los setenta y ochenta. Como se mostró en el apartado anterior, estas reformas fueron el resultado de procesos neoliberales o de dictadura, como es el caso de Chile, cuya finalidad era descentralizar y privatizar los servicios de salud y la seguridad social (OPS, 2000). Asimismo, surgieron una serie de cambios a nivel financiero; con respecto a este tema, las instituciones estatales fueron las más afectadas, ya que sufrieron recortes en su presupuesto y tuvieron que aumentar sus funciones (Universidad del Desarrollo, 2019).

Al igual que en estos países y, como se evidenció en apartados anteriores, en la década de los noventa Costa Rica plantea una reforma sanitaria con la idea de modificar marcos conceptuales y con esto impactar las acciones futuras, desde un modelo con un enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad; así como por un atención integral y continua de la salud de las personas y del ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria (Villalobos y Piedra, 1998).

En Costa Rica, la reforma sanitaria tuvo diferentes características pues los servicios de atención directa quedaron a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social, mientras que las funciones rectoras fueron asignadas al Ministerio de Salud; se debe rescatar que ambas entidades pertenecen al nivel central. Ahora bien, en los países analizados las reformas sanitarias permitieron que se diera un proceso de descentralización en el que se asignó a los gobiernos locales la prestación de servicios de salud y la educación. El proceso de

descentralización de estos servicios respondió a un deterioro social, en el que por ejemplo los niveles de desempleo se incrementaron; además, los programas de seguridad social no eran suficientes para subsanar las dificultades que enfrentaban sus poblaciones (Vial, 2014).

Ahora bien, como respuesta a las demandas sociales que surgieron gracias a las reformas sanitarias, se crearon una serie de leyes, enmiendas y decretos en los que se introducían cambios o mejoras en el sistema de salud; por ejemplo, en México cuando se declaró la salud como un derecho, también se elaboró la Ley General de Salud (Gómez, 2017); en Perú por su parte, las leyes se orientaban al aumento en la cobertura del Seguro Social, es por ello que surge la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, que impulsa cambios en el Instituto Peruano de Seguridad Social y se logra crear el Seguro Social en Salud (Alcalde-Rabanal, Lazo-González y Nigenda, 2011).

Es importante rescatar que, de los países analizados, México y Perú presentaron mayores dificultades con el acceso a seguridad social, específicamente en el tema de salud; además, ambos gobiernos optaron por la descentralización de servicios de salud como la medida óptima que permite un mayor acercamiento de los servicios de salud a sus habitantes.

Ahora bien, las reformas sociales, en los cinco países analizados, no solo afectaron al sector salud, puesto que los gobiernos locales de cada país sufrieron modificaciones en su quehacer organizacional. Una característica peculiar de los países de estudio fue la asignación de servicios como la educación y la salud a los municipios, sumando estos temas a las acciones que con anterioridad ejecutaban las municipalidades. Lo destacable de este acontecimiento fue que algunos países como Brasil, Argentina y Chile, conforme asignaron mayores obligaciones a los gobiernos locales, destinaron recursos desde el poder central para que pudiesen cumplir a cabalidad sus nuevas obligaciones (Souza, 2006).

Lo anterior es importante de reconocer, pues como se pudo apreciar en el análisis de la **capacidad institucional y política de la Municipalidad de Cartago**, los gobiernos locales en Costa Rica encuentran su razón de ser desde lo establecido en la Constitución Política, misma que no esclarece a la salud como un derecho y, por ende, produce un vacío en cuanto a las funciones que debe desempeñar una municipalidad para llevar salud integral a sus pobladores. Aunado a ello, como también se señaló **en la capacidad institucional**, las municipalidades se rigen a partir de lo definido en el Código Municipal Costarricense, el cual de igual manera no define con precisión las funciones que debe gestionar un gobierno local

para promover salud en los municipios, pues dichas funciones se delimitan más hacia una oferta de servicios para el mejoramiento del hábitat humano (Jinesta, 2014).

Esto podría ser un reto para la Municipalidad de Cartago en su visión de perfilarse como un municipio saludable, pues al no contar con un respaldo estatal que defina las funciones de un gobierno local en cuanto a temas de salud integral, dificulta que las acciones planificadas para promover salud y bienestar puedan ser ejecutadas, pues no se cuenta con un respaldo legal que permita direccionar recurso financiero específico para la puesta en práctica de dichas acciones, tal como lo cuentan los gobiernos locales de los cinco países analizados.

Volviendo al contexto internacional, la situación social que vivían los países analizados provocó que un gran sector de la población demandara nuevos derechos y garantías, así por ejemplo, surge el Sistema Único en Salud de Brasil (OMS, 2010). Además, se incorpora la **salud como un derecho** en las constituciones de estos cinco países; el reconocimiento de este derecho acarrea el surgimiento de políticas sociales y modificaciones en los servicios de salud, pues al ser establecido de manera constitucional el Estado tenía la obligación de garantizarlo a la población en general. Aunado a ello, se deben crear las condiciones para que la operativización de este derecho sea posible. En este punto es posible afirmar que la **base legal es fundamental** para el desarrollo de programas y proyectos enfocados en la construcción social de la salud.

En Costa Rica, como ya se puntualizó, el reconocimiento de la salud como derecho no existe; por el contrario, este se garantiza mediante una lectura integral del Artículo 21 y el 50 de la Constitución Política (1949), donde se estipula el derecho a la vida y a un medio ambiente sano y equilibrado. Igualmente, como se pudo apreciar, el Código Municipal de Costa Rica no es específico en el tema de prestación de servicios de salud a nivel local, por tanto, es decisión de cada municipio prestar servicios o actividades relacionadas con este tema. Con respecto a esta situación, el experto entrevistado afirma que

“[...]la legislación nacional o, por ejemplo, el Código Municipal no es tan explícito en favorecer que la Muni preste algún tipo de servicio de salud[...]; yo opino que de todas estas legislaciones se puede inferir que la Municipalidad como gobierno local, y como que debe tener injerencia en todos los aspectos de la vida de los ciudadanos, se podría decir que esta digamos legislación, favorece que la Municipalidad preste algún tipo de servicio de salud, como digo no de

manera explícita, pero digamos sí de manera indirecta[...]" (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

De acuerdo con lo anterior, la existencia de políticas locales que fortalezcan las capacidades de los gobiernos locales para la gestión de salud y bienestar en el cantón, se podría considerar como un factor de éxito que abre camino hacia la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el quehacer institucional de una Municipalidad, pues permitiría que el gobierno local se proyecte como una entidad articuladora de procesos sociales, desde un marco de gobernanza local en salud. Esto es respaldado por la OPS (2008), pues establece que para promover la creación de Municipios Saludables en la región, se debe priorizar la elaboración de políticas públicas que visualicen a la salud como una función esencial de los gobiernos locales, logrando así contar con una prestación de servicios locales enfocados en la reducción de inequidades en salud y en la PS como eje fundamental para la creación de valor público que propicie el bienestar de las poblaciones.

Si bien es cierto que las municipalidades en Costa Rica pueden decidir sobre su organización financiera y política, y que con base en esto pueden planificar su desarrollo tomando en cuenta sus capacidades, la existencia de una base legal y una conciencia sobre la importancia de generar procesos de salud desde lo local, sirve como amalgama para el desarrollo de proyectos o programas en salud, es decir, la existencia de estos factores puede ser considerado un factor de éxito hacia la generación de salud desde un ámbito local y con un mayor involucramiento de la población, sin que los gobiernos locales pierdan su razón jurídica, pues como menciona Jinesta (2009)

“Cuatro son los orígenes jurídicos de los servicios municipales incluyendo los de tipo social, en primer lugar, están aquellos que se establecen por medio del **Código Municipal** y dentro de estos, se incluyen aquellos que son resultado de acuerdos del Concejo Municipal, en segundo lugar, los que se originan en **leyes especiales** que establecieron que la municipalidad preste el servicio y en tercer lugar, se encuentran los que tienen su origen en dos normativas diferentes por un lado el Código Municipal y por el otro lado que provengan de una **ley nacional**. El cuarto origen proviene de una **decisión política de una administración gubernamental** que se ampara en un decreto ejecutivo y en donde se les invita a las municipalidades a participar.” (p. 8)

Es decir, la existencia de políticas, normativas, leyes e incluso la voluntad política, no solamente del alcalde, son medios para que los municipios costarricenses tengan la libertad de prestar servicios de PS. Se puede inferir que la prestación de estos servicios está más condicionada a la existencia y, por ende, obligatoriedad de políticas nacionales que exijan a los gobiernos locales desarrollar proyectos en salud, que el interés de los gobiernos locales; esto se puede comparar con el caso de Chile, donde a nivel país se decretó una Política Nacional de Promoción de la Salud, que posteriormente fue acatada por los municipios; es decir, el aparato estatal se movió y adaptó a los nuevos requerimientos de dicha política, haciendo más fácil la asignación de recursos económicos y talento humano (Vial, 2014).

Prosiguiendo con la comparación entre los municipios de los países analizados y Costa Rica, uno de los temas que se consideró como factor de éxito para la incorporación de la EMS, fue la **modificación de leyes municipales** en función de los nuevos servicios que los gobiernos locales debían ofertar, pues conforme se asignaron las nuevas tareas a cada municipio, se modificó la respectiva ley. Sin embargo, la autonomía de cada gobierno local se mantuvo.

Es así que a pesar de que existían mandatos desde el gobierno central, cada municipio **se organizó según sus capacidades** para prestar los nuevos servicios; además que la creación de política local tomó relevancia. A modo de ejemplo, en el cuadro número 22, se presenta una síntesis de las leyes que cobijan a los municipios de los países escudriñados, así como los servicios que estos ofertan y que especialmente tienen que ver con el tema de la salud y la educación.

Cuadro No22.

Tipos de autonomía, leyes modificadas y servicios prestados en los municipios de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú

País	Tipos de autonomía	Leyes modificadas/ Creadas	Servicios prestados
Argentina	Plena, semi plena y reducida. Varía según extensión geográfica.	Decreto de Ley 6769/58, Ley Orgánica de las Municipalidades.	Establecer hospitales y centros de salud , instituciones de educación primaria , museos, bibliotecas y asilos

Brasil	Política, administrativa y financiera.	Enmienda constitucional número 53, sobre la posibilidad de crear leyes propias. Enmienda Constitucional 14, que vincula recursos a la educación Enmienda Constitucional 29, que vincula recursos a la salud.	El transporte colectivo, los programas de educación fundamental, la atención sanitaria El ordenamiento territorial.
Chile	Política, administrativa y financiera	Ley N° 19.097 Ley Orgánica Constitutiva de los Municipios, sobre la descentralización y autonomía de los municipios	Educación , cultura, salud pública y protección del medio ambiente, asistencia social y jurídica.
México	Política, administrativa y financiera	Ley Orgánica Municipal del Estado de México, Constitución Política Art. 115. (Se decreta la Salud como Derecho)	Agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de sus aguas residuales, alumbrado público, limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuo, mercados y centrales de abasto.
Perú	Política, administrativa y financiera	Ley No. 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, que busca una mayor participación social en las decisiones municipales	Educación, salud , vivienda, saneamiento, medio ambiente, sustentabilidad de los recursos naturales, transporte colectivo, circulación y tránsito, turismo, conservación de monumentos arqueológicos e históricos, cultura, recreación y deporte.

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en el cuadro adjunto, los gobiernos locales de los países analizados cuentan con una ley que define los servicios que deben ofertar desde una esfera de salud, lo cual fue favorable para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en su quehacer organizacional, ya que al estar definido por ley la salud como una función municipal, permite que los esfuerzos se direccionen hacia la promoción de estilos de vida saludables y el bienestar integral de las comunidades, acciones pilares en la búsqueda de perfilar a una municipalidad como saludable (Alessandro, 2002).

Según Romero (2000), la municipalidad desempeña un papel fundamental en la salud de las poblaciones, pues esta es la institución protagonista para el desarrollo local, la cual debe velar por el desarrollo y ejecución de acciones que busquen la mejora continua en la salud integral de los munícipes. Si bien la Municipalidad de Cartago no cuenta con una ley estatal que defina con claridad su accionar en temas de salud y promoción de la salud, es rescatable las acciones que esta realiza para fomentar calidad de vida y bienestar en sus munícipes, pues es un gobierno local que año con año reúne esfuerzo para efectuar “[...]actividades como por ejemplo ferias de la salud, charlas, talleres, eh simposios; programas de ejercicio, emmm...; estos digamos dirigidos a salud.” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Propiamente, como se pudo notar en el apartado de la **capacidad política**, la Municipalidad de Cartago oferta servicios para el mejoramiento del hábitat humano, así como prestaciones para el fomento de la actividad física, la recreación y el deporte y la salud animal, tal como se rescata en el siguiente comentario:

“La Municipalidad tiene como una injerencia, vamos a ver, directa en cuestiones digamos de medio ambiente, que podemos hablar como temas de salud ambiental, podemos hacer siempre como ese enlace con la salud desde las funciones tradicionales de la Municipalidad, entonces desde el aseo de vías, desde la recolección de basura. En Cartago tenemos la particularidad que la Muni es la proveedora del agua, entonces como en el tema de recurso hídrico también tiene que ver con salud; la Municipalidad también tiene injerencia en el tema como de salud animal, porque tiene un programa de castración de animales y de control y de prevención digamos de sobrepoblación canina en las calles, entonces eso, vamos a ver, todo podemos hacerle como un enlace con salud.

Otro tema, como de deporte y recreación, que la Municipalidad desde siempre ha tenido verdad, entonces siempre va a ser como promotora del deporte, de la actividad física que también tiene una relación estrecha con salud; eh la Municipalidad, desde 10 años aproximadamente, empezó a trabajar en una ciclo vía y digamos medios eh más ecoamigables de transporte en la ciudad [...]” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Fue con el nacimiento de la Casa Municipal de la Salud, que el gobierno local de Cartago comenzó, con mayor precisión, a ofertar servicios para la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables, promoviendo así su accionar hacia una esfera más de gobierno local comprometido con la salud integral de sus munícipes,

“Una vez que nace la Casa Municipal de la Salud, entonces podría decirles que empezamos a ofrecer eh.; el primer producto fue el programa de educación en salud para las asociaciones de salud, ese está dirigido a las personas eh que ya se agrupaban en asociaciones relacionadas con por ejemplo alguna patología que padecen. Luego está el programa de promoción de la salud para toda la comunidad o para toda la ciudadanía, que es abierto al público y que también digamos el producto es educación, digamos como charlas, simposios y prevención. En tercer lugar, podría mencionarles el de Promoción de Salud hacia las personas funcionarias municipales que se llama

“Muni se Mueve”, en el cual también se favorece la actividad física y por medio de charlas, por ejemplo de nutrición, entonces se pretende mejor la salud y calidad de vida de los funcionarios municipales que la mayoría, además son ciudadanos del cantón” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Todo lo anterior, fue de igual manera rescatado por las demás personas funcionarias municipales entrevistadas, quienes reconocen que la Municipalidad sí realiza acciones para contribuir en la salud integral de sus munícipes, resaltando que “Bueno tenemos todo el programa de la Casa de la Salud, que lo que busca, bueno está dirigida a buscar estilos de vida más saludables para los habitantes” (FM1, comunicación personal, septiembre de 2019); “Están los centros de adulto mayor, están la red, donde están los chicos, la red de cuidado, esta la casa del indigente que tiene ahí otro nombre que se me va, está la casa de los animales, está la casas del alzhéimer, está la escuela vial de la municipal[...].” (FM2, comunicación personal, septiembre de 2019); “Desde un enfoque psicosocial a mí me parece que todo lo que hacemos dentro de cuidado infantil, adulto mayor, niñez y adolescencia sin duda son acciones que impactan en la vida de las personas de forma saludable” (FM6, comunicación personal, septiembre de 2019), así como

“Bueno, ahí verán todas esas opciones y directamente la Casa de la Salud sería digamos como un epicentro visible, pero todas las acciones que se desempeñan desde el Área de Comunicación y Cultura y Deporte, Prevención y Seguridad y al Área Social, y yo ahí meto incluso Acueductos y Medio ambiente, construyen un aporte a la salud[...]; yo diría que la gestión del gobierno local en sí es un elemento determinante de la salud de un cantón. Mis compañeros de recolección de basura posiblemente no tendrán un planteamiento teórico sobre lo que están haciendo pero su impacto en la salud del cantón es fundamental, y así por el estilo” (FM7, comunicación personal, septiembre de 2019).

Ahora bien, como se pudo notar en el análisis de gobiernos locales de los cinco países seleccionados que implementaron la EMS de la OPS/OMS, estos **presentan autonomía política, financiera y administrativa**, característica que les permitieron desarrollar procesos diversos en temas relacionados directamente a la salud. Por ejemplo, Brasil a pesar de tener un impuesto fijo destinado para trabajar temas de salud desde sus municipios, tiene la libertad de escoger cuáles acciones van a tener prioridad en la agenda (Cavalcante, 2006). Si bien a partir de diversas reformas el gobierno central de dichos países asignó la responsabilidad de prestar servicios de salud a las municipalidades, más allá del mejoramiento del hábitat

humano, cada municipio tomó caminos distintos para cumplir con dicho objetivo. Esto demuestra que **la autonomía** es un eje fundamental para implementar procesos similares a nivel país.

De igual manera, como se rescató a lo largo del análisis de **la capacidad institucional** de la Municipalidad de Cartago, los gobiernos locales en Costa Rica disponen de autonomía política, normativa, tributaria y administrativa, factores que les permiten planificar y ejecutar sus acciones con base en los intereses y las motivaciones propias que se tengan en el cantón (Unión Nacional de Gobiernos Locales, 2013).

Lo anterior es favorable para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el quehacer institucional de la Municipalidad de Cartago, ya que la autonomía de la que dispone le permite poder posicionar a la salud como un eje transversal en su agenda de gobierno, impulsado mediante el desarrollo de políticas públicas locales que tengan como eje central la PS para la creación de una estructura organizativa local que garantice la planificación, la ejecución y la continuidad de acciones que impacten directamente la salud de las comunidades (Alessandro, 2002), tal como sucedió en los diversos gobiernos locales, de los cinco países estudiados, que hoy se perfilan como municipios saludables.

Aunado a lo anterior, la persona con amplio conocimiento de la EMS de la OPS/OMS entrevistada, mencionó la amplitud y la ambigüedad del Código Municipal costarricense como factores positivos para que cada municipalidad, aprovechando su nivel de autonomía, incluya entre su cartera de servicios a la salud. El entrevistado agregó que “[...] la Municipalidad como gobierno local debe tener injerencia en todos los aspectos de la vida de los ciudadanos; se podría decir que esta digamos legislación favorece que la Municipalidad preste algún tipo de servicio de salud [...]” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Esto es importante de rescatar, pues como se pudo notar en el estudio de la **capacidad organizacional** del gobierno local de Cartago, gracias a la autonomía de la que goza esta municipalidad, es que logró reestructurar su organización interna hacia una operativización que le permitiese, de una mejor manera, articular acciones, desde sus diversas Áreas y Dependencias, para responder con mayor eficiencia y eficacia con las metas y objetivos organizacionales (Municipalidad de Cartago, 2017). Es así que, dicha reestructuración, ha permitido que este municipalidad disponga de un modelo de gestión municipal (basado en un enfoque de GpRD, articulado mediante un sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001 y alineado a los ODS de la agenda 2030 de la ONU) que propicie una prestación de

servicios de mejor calidad, orientados hacia la mejora constante de la calidad de vida de sus munícipes, generando así valor público, aspectos relevantes en la búsqueda de perfilarse como un municipio saludable.

De mano con lo anterior, como se pudo apreciar en la **capacidad política** de la Municipalidad de Cartago, este gobierno local, apoyado de la autonomía política de la que dispone por ley, ha podido crear y ejecutar políticas públicas locales relacionadas directamente con la salud integral de sus pobladores (como la Política local de Equidad de Género, la Política local de la Niñez y Adolescencia, la Política local a favor de la Persona Adulta Mayor, entre otras), demostrando así su interés por contribuir con el bienestar de los munícipes y como, haciendo uso de la autonomía local, dirige esfuerzos para potenciar la salud y la calidad de vida en el cantón, lo cual según Romero (2000) es esencial en un gobierno local que desea perfilarse como saludable, ya que debe actuar bajo una planificación estratégica de la salud sustentada bajo leyes, normas, programas, proyectos que respondan a las necesidades en salud y los intereses de las comunidades.

Como se mencionó en párrafos anteriores, a los gobiernos locales en cuestión (de los países escudriñados) les otorgaron impuestos específicos, como el caso de las municipalidades de Brasil⁸ o la creación de fondos comunes como en Chile⁹, con la finalidad de generar equidad entre los habitantes y cumplir con las nuevas demandas; gracias a esto y a la autonomía financiera de cada municipio, se implementaron procesos de atención primaria en salud y, posteriormente, se incluyeron políticas locales de Promoción de la Salud.

En algunos casos como Perú y Chile primero se creó una política nacional de Promoción de la Salud que luego tuvo que transversalizarse hasta llegar al nivel local y así posteriormente se desarrolló la EMS, como una aliada para la producción social de la salud desde un nivel local, demostrando que la Promoción de la Salud es un “proceso político y social, dirigido a lograr un mayor control de los determinantes de salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual” (Sapag y Kawachi, 2007, p.141).

En Costa Rica, como se pudo apreciar en la exploración de la **capacidad financiera** de la Municipalidad de Cartago, si bien los gobiernos locales disponen de autonomía financiera, esta se puede considerar, en parte, como una autonomía condicionada, puesto que

⁸Souza (2006).

⁹ Vial (2014).

los recursos que ingresan desde un nivel central son ingresos que deben emplearse para partidas específicas (como el mejoramiento de parques públicos, por ejemplo) y de los cuales no se puede disponer de manera totalmente libre (Jinesta, 2014). Por ello, como se precisó en esta capacidad, la municipalidad de Cartago para ejecutar acciones diversas que no se desprendan de una partida específica, disponen de lo que se conoce como “recursos libres”, mismos que, como se señaló en la capacidad financiera, son recursos que se distribuyen entre la mayoría de Áreas municipales y sus respectivas Dependencias, haciendo que en la mayoría de escenarios, los recursos financieros sean escasos y por ende lo planificado como parte de las acciones a realizar, según PAO, deban redefinirse en función de los recursos que realmente son otorgados (Municipalidad de Cartago, 2014).

Por ello, tal y como lo rescató la persona funcionaria municipal consultada el recurso financiero es un aspecto del cual la Municipalidad de Cartago no dispone libremente, o del necesario, para poder planificar y ejecutar acciones pensadas en la promoción de la salud integral de las poblaciones, pues el recurso que mayormente ingresa al gobierno local debe ser invertido en acciones ya establecidas por ley como funciones municipales (como el mejoramiento de vías públicas, por ejemplo), en la cuales, como se mencionó en anteriores párrafos, no se establece a la salud o la promoción de salud como una ocupación local: “Juepucha, me atrevería a decir que no la tiene (la capacidad financiera) [...], porque como siempre los recursos son limitados y más para esas cosas que no son las que tradicionalmente los municipios, o lo que la gente le exige al municipio, entonces es difícil[...] (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

No obstante, la municipalidad de Cartago, apoyada de los ingresos propios generados mediante impuestos y demás servicios municipales, reúne esfuerzos para poder desarrollar programas, planes y proyectos que busquen la promoción de la salud y el bienestar de la población (Municipalidad de Cartago, 2018), los cuales al seguir siendo escasos, según lo señalado por las distintas personas funcionarias municipales consultadas, llevan a que este gobierno local busque recursos mediante alianzas estratégicas con otras instituciones y/o organizaciones tanto locales como nacionales, con el fin de poder gestionar de la mejor manera aquellas acciones pensadas en el mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores del cantón,

“Vamos a ver los recursos en ese momento son muy limitados, entonces pues sí, siempre hay que buscar patrocinio, alianzas estratégicas para que se puedan realizar o implementar esa Estrategia, porque para la Municipalidad es muy difícil asignar

recursos cuando hay otras necesidades en otros ámbitos, en infraestructura vial por ejemplo, en recolección de basura..., esos siempre van a ser los principales digamos temas que absorben la mayoría del presupuesto municipal” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Por lo tanto, contar con **alianzas estratégicas** es fundamental para el desarrollo de acciones que permitan al gobierno local de Cartago perfilarse como comprometido con la salud integral de su cantón, ya que es desde dichas alianzas que se puede concretar una asignación de recursos para acciones que no están definidas como parte de las funciones establecidas por ley, como aquellas que tengan un impacto directo en la salud y el bienestar integral de las poblaciones. Este aspecto de alianzas estratégicas, como se pudo notar en la **capacidad organizacional**, es positivo en la Municipalidad de Cartago, pues cuenta con una cartera amplia de instituciones, tanto locales como nacionales, para poder obtener “recursos libres” que permitan la gestión y continuidad de planes y proyectos que tengan como fin la promoción de la salud y la mejora continua de la calidad de vida de sus munícipes (Municipalidad de Cartago, 2017).

Ahora, si bien en los cinco países analizados **la autonomía municipal y la base legal** están presentes, existen otros elementos que fueron fundamentales para la inclusión de la EMS de la OPS/OMS en sus gobiernos locales, parte de los hallazgos muestran que cada país generó **una política o programa de Promoción de la Salud**, y a partir de este encuadre teórico se plantearon acciones como por ejemplo la inclusión de los municipios saludables como una estrategia para hacer Promoción de la Salud. También, se determinó que estos programas estaban hechos a largo plazo y abordaban temas como **la multisectorialidad**, entendida como “[...]la integración de distintos sectores del municipio y los diferentes actores de la comunidad en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones[...]” (Moreno, Acastro y Cabezudo, 2009, p. 43) y **la participación social**.

En otros casos, como en Chile y México, los programas tenían un enfoque orientado al fortalecimiento de estilos de vida saludable, pues la razón de ser de la EMS era modificar de manera positiva el perfil epidemiológico de la población, ya que hubo un incremento en enfermedades como la obesidad, la diabetes y la hipertensión, principalmente asociados a las condiciones sociales y el medio en el que se desenvolvían las personas, esto a su vez es apoyado por Quesada y Picado (2010), quienes mencionan que la PS busca incidir en las condiciones ambientales, sociales y económicas, mediante procesos políticos.

Otro aspecto a rescatar es la **voluntad política** de los alcaldes como respuesta a una necesidad sentida de la comunidad. Si bien, en estos países gracias a las reformas sociales y sanitarias se crearon leyes y derechos en pro de la salud, la anuencia de los alcaldes fue fundamental para una reorientación en el quehacer de los gobiernos locales. Como se dijo en apartados anteriores, la EMS surge como respuesta a diversas necesidades; en Argentina, por ejemplo, la sociedad atravesaba una difícil situación económica, a partir de esto surgen redes sociales con la finalidad de contener el incremento en las desigualdades sociales (Di Pietro, 2006).

Prosiguiendo, el gobierno argentino creó programas de apoyo focalizado, que posteriormente se operativizan a través de los municipios, lo que provocó un acercamiento entre las organizaciones sociales, los servicios de salud y los gobiernos locales. Es por ello que los alcaldes, al ver la creciente desigualdad económica y con ella un acceso restringido a los servicios de salud, deciden incorporar líneas de promoción de la salud, pero desde la EMS (Evangelos, 2014). Es por esta razón que se habla de una voluntad política como respuesta a las necesidades poblacionales.

En el caso de Chile, por ejemplo, las condiciones cambian, ya que desde el nivel central, representado por el Ministerio de Salud, se crea el Plan Nacional de Promoción de la Salud y el Consejo Nacional de Promoción de la Salud Vida Chile (Salinas, y Vio, 2002). Con este panorama, se crean tres líneas de acción para el desarrollo de la Promoción de la Salud, que son: entornos laborales saludables, municipios saludables y escuelas promotoras de la salud. Es importante retomar estos elementos, pues con esto se evidenció otro factor de éxito en la incorporación de la EMS, que es el trabajo intersectorial y multisectorial. En los municipios chilenos, el abordaje de la Estrategia se enfoca en la participación social y el desarrollo de aptitudes y prácticas de los munícipes (Salinas, Cancino, Pezoa, Salamanca y Soto, 2007).

Con respecto a estos temas, el experto entrevistado expresó que para una incorporación exitosa de la EMS, dicha Estrategia

“[...]tiene que estar estipulada dentro de una Política Pública de Promoción de la Salud, debe mencionarse explícitamente, más bien la Estrategia en sí, debe ser la columna vertebral de esa Política Pública[...], lo que le va a dar robustez y sostenibilidad en el tiempo y la va a blindar de los cambios de administración.” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Además, el experto consultado consideró que la voluntad política es fundamental para un correcto desarrollo y continuidad de la Estrategia, porque

“[...] si no la hay de parte de la administración no se puede hacer nada[...]. A veces cuando la persona que está liderando ese proceso no tiene como esa mística, es muy difícil que las cosas salgan; el proceso no avanza a la velocidad que uno quiere, entonces quisiera decirles que trasciende a las personas pero en realidad sí opino que sí se necesitan personas identificadas y capacitadas en el tema[...].” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Con base en lo anterior, tal como se pudo apreciar en el análisis de la **capacidad organizacional** de la Municipalidad de Cartago, la **voluntad política** es un aspecto favorable a la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en este gobierno local, pues existe una total anuencia a incorporar la Estrategia en quehacer municipal. La persona funcionaria experta consultada, así como las demás personas funcionarias municipales entrevistadas (para recabar información pertinente para el estudio de las capacidades institucionales de esta municipalidad), señalaron que el actual alcalde dispone de un gran interés por certificar a la Municipalidad de Cartago como un Municipio Saludable, siendo tal su interés que, actualmente, se encuentra liderando la red regional para reactivar dicha Estrategia en la región.

Continuando, en párrafos anteriores se mencionó **la multisectorialidad** como un hallazgo en cuanto al éxito en la incorporación de la EMS, lo cual se considera importante debido a que en los cinco países las relaciones del municipio con diferentes sectores y actores de la sociedad fueron fundamentales para el desarrollo de acciones en salud. A modo de ejemplo, en el cuadro número 23 se presenta un resumen de los sectores y las instituciones involucradas en la incorporación de la EMS en los cinco países analizados:

Cuadro No23.

Sectores involucrados en la incorporación de la EMS en los países estudiados

País	Sectores involucrados
Argentina	Gobiernos locales, universidades, organizaciones comunitarias y Organizaciones No Gubernamentales, sector salud, educación.
Brasil	Gobiernos locales, apoyo técnico internacional, Organizaciones No Gubernamentales, universidades, la OPS y el sector salud.
Chile	Ministerio de Salud, gobiernos locales, Consejos Locales de Salud, sector educación, Ministerio de Trabajo.
México	Autoridades municipales, las autoridades sanitarias, las instituciones educativas y los grupos organizados de la sociedad.
Perú	Gobiernos locales, sector salud y organizaciones de la sociedad civil.

Fuente: elaboración propia.

Como se observa en el cuadro anterior, es de suma importancia involucrar a diversos sectores en la implementación de una estrategia como la de Municipios Saludables; además, nótese que hay un nexo constante que es el de la sociedad civil, el sector educación y el sector salud, resaltando la importancia de **las alianzas estratégicas entre sectores** para la crear un sentido de pertenencia mediante diferentes acciones.

Esta composición tripartita permite abarcar una diversidad de temas que respondan de la mejor manera a las particularidades de cada municipio. Es en este momento donde se puede ver la EMS a la luz de los componentes descritos con anterioridad, ya que su operativización requiere de una autonomía municipal (política, administrativa y financiera), de una base político-legal y de procesos multisectoriales que acuerpen los dos primeros elementos.

Continuando con los procesos multisectoriales, el experto consultado consideró que la Municipalidad de Cartago tiene la destreza y la capacidad de desarrollar procesos de esta índole, ya que la municipalidad ha desarrollado y ejecutado programas de manera conjunta con instituciones como la CCSS, el INS, el IAFA, entre otros. Esto, como se pudo observar en la análisis de la **capacidad política** de dicho gobierno local, es un factor positivo, pues la Municipalidad de Cartago es una institución que cuenta con una amplia gama de actores sociales, tanto locales como nacionales, con los cuales colabora para el desarrollo de acciones en pos del bienestar de los pobladores del cantón (Municipalidad de Cartago, 2014).

A su vez, desde una visión de Municipio Saludable, la multisectorialidad en percibida como un enfoque que facilita las acciones de Promoción de la Salud (Ministerio

de Salud de Perú, 2006), ya que permite la creación de alianzas estratégicas para planificar y actuar, desde propuestas que se basen en el abordaje de los diversos determinantes que permean la salud de las poblaciones, para atender las necesidades prioritarias en salud de determinados conglomerados, fomentando así que la salud sea incorporada y valorada como pilar en las agendas de los gobiernos locales, impulsando a su vez una visión para la creación de políticas públicas saludables y la reorientación de los servicios locales hacia una oferta de servicios integrales que generen valor público y que impacten positivamente, la salud integral de las personas.

Por su parte, otra característica en común que presentó la incorporación de la EMS en los diferentes países investigados, fue la **planificación estratégica**. A lo largo de la revisión bibliográfica se observa que los planes y programas desarrollados tenían una extensión temporal amplia, pues en caso contrario no podrían ser sostenibles, ya que como explica Mendes (2000),

“[...]los proyectos que se han realizado para promover una visión de Ciudades Saludables son frágiles en cuanto a su operatividad y sus impactos en las comunidades, por la dificultad que enfrentan los gobiernos locales para implementar en sus planes de trabajo nuevas formas de administrar que fomenten la participación de sus munícipes y que a su vez logren un impacto significativo en esferas políticas, sociales y económicas[...]” (p. 4).

Al plantearse la EMS como una política pública o como una línea de trabajo para el abordaje de Promoción de la Salud, se amplían los plazos de ejecución de las actividades y se mantiene un flujo constante de recurso humano, financiero y político que garantiza la continuidad a través del tiempo de dicha Estrategia (Alessandro, 2002). Asimismo, esto sirve como una medida de contingencia ante los cambios de gobierno, que de no ser así, las actividades cambiarían a voluntad y conveniencia del alcalde de turno.

Como se pudo notar en el escudriñamiento de la **capacidad organizacional de la Municipalidad de Cartago**, la planificación estratégica es fundamental para este gobierno local, ya que en los últimos periodos de gobierno, como bien se amplió en apartados anteriores, unió esfuerzo para reestructurar su organización interna, creando una base sólida que le permite, hoy día, planificar en función de sus intereses como gobierno local, valorando a su vez el tiempo y los recursos necesarios para la implementación de sus diferentes acciones. Lo anterior es valioso a la luz de querer certificarse como municipio

saludable, ya que como lo rescata Sanabria y Benavides(2003), el tiempo que se requiere para poner en marcha una experiencia de Municipio Saludable es amplio, pues es “[...]un proceso que incorpora las voces de todos los sectores de comunidad. A la vez, potencia el sentido de la responsabilidad compartida en la construcción del futuro” (Böhm, 2007, p. 43).

Aunado a lo anterior, la planificación estratégica también beneficia la sensibilización con respecto a temas de salud, puesto que es un punto de partida para incluir, en el imaginario colectivo, la salud como un producto social y buscar apoyo técnico en instituciones públicas, como universidades interesadas en generar convenios de trabajo, tal como en Argentina, Chile y Brasil, donde el apoyo técnico fue una pieza clave en el desarrollo de acciones en Promoción de la Salud para certificar gobiernos locales como saludables, en el caso de la Municipalidad de Cartago, el apoyo técnico podría obtenerse mediante una alianza con la Escuela de Salud Pública y de esta manera poner en marcha el desarrollo de la EMS. En el cuadro 24 se presentan los planes y programas utilizados por cada país para el desarrollo de actividades de la EMS:

Cuadro No24.

Planes y proyectos utilizados para la incorporación de la EMS, en los países de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú

País	Programa/Plan
Argentina	Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables
Brasil	Programa de Ciudades Saludables
Chile	Plan Nacional de Promoción de la Salud
México	Programa Comunidades Saludables
Perú	Programa Familias, Comunidades y Municipios Saludables

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar, los programas utilizados por los países para el desarrollo de la EMS son a largo plazo, además son programas nacionales. Esto garantiza la durabilidad y sostenibilidad de las acciones en promoción de la salud que se realizan mediante la Estrategia. Por otra parte, propicia la existencia de recursos para las diferentes actividades que se requieran realizar; asimismo, va formando una línea base que posteriormente permite evaluar las acciones realizadas con el objetivo de encontrar puntos de mejora en el proceso.

Prosiguiendo con factores de éxito para el desarrollo de la EMS de la OPS/OMS, es preciso mencionar **la gestión participativa**. En gobiernos locales como en los de Perú o de Argentina, la participación social figura como un aspecto fundamental para el fomento de acciones en salud, desde un ámbito local-comunitario. Por ejemplo, en Perú se procura la participación articulada de diversos sectores como el Estado, sociedad civil, empresa privada y comunidad. Esto en el entendido de que aunque sean diferentes, cada uno forma parte del municipio y sus acciones impactan directa o indirectamente a los demás, incluso una de las líneas de abordaje se denomina “sentido de colectividad”, planteando que cada poblador debe reconocer que es parte del problema y de la solución ante diferentes circunstancias comunitarias (Santivañez y Medina, 2015).

En el caso de Argentina, se abordó la integración de los municipios desde un enfoque intersectorial, donde la gestión participativa figuraba como uno de los ejes fundamentales para el desarrollo de la EMS. Por ejemplo, en el municipio General Rodríguez, la participación social se canalizó a través de las ONG, los Consejos de Salud y Foros (Ministerio de Salud Argentina, 2013). El tema de la participación cobra relevancia en una estrategia como esta, ya que le otorga a la persona un rol activo dentro del municipio, donde es una pieza clave en la construcción de la identidad social de la comunidad, además de propiciar que el munícipe participe en la elaboración de política pública local.

En el caso de Costa Rica, la gestión participativa, según la información recopilada sobre la capacidad institucional de la Municipalidad de Cartago, figuró como otro factor positivo de este gobierno local para perfilarse como saludable, pues es una entidad que busca siempre el involucramiento de sus pobladores en las diferentes acciones que se planifican para el bien común, pues según la persona funcionaria experta consultada, las acciones municipales, como leyes, planes, programas o proyecto, tienes que “[...]tener mucha participación de actores sociales, no es que en realidad la municipalidad propone, dirige; en realidad esos debe salir de los ciudadanos” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Según la OMS (2002), el fortalecer la participación ciudadana es una de las principales labores de los gobiernos locales que desean concebirse como saludables, pues mediante ello se puede posicionar, poco a poco, que la salud sea asumida como una responsabilidad social. La Municipalidad de Cartago, al ser un gobierno local abierto y garante de la participación social (Municipalidad de Cartago, 2019), se perfila como una

institución que promueve la participación ciudadano, contando a su vez con espacios como la Casa Municipal de la Salud, la cual es percibida como “[...]una plataforma invaluable, porque tiene poblaciones cautivas muy grandes, porque llega a todos los ciudadanos. Entonces sí, funciona muchísimo como una vitrina para poder llegar a todas las personas y darles a conocer lo que es la Promoción de la Salud (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Ahora bien, tal como existen factores de éxito para la incorporación de la EMS, hay aspectos que pueden entorpecer el proceso. A partir de la revisión bibliográfica, se identificó que en países como Brasil, la Estrategia inicialmente contó con el apoyo del alcalde de turno; sin embargo, con el cambio de administración, los programas de Municipios Saludables dejaron de funcionar (Arruda, 2013). También, las experiencias exitosas dependen en primer lugar de la educación y sensibilización en el tema, hacia el personal de salud y del gobierno local pues como expresa Mendes (2000), en Brasil, la experiencia de Municipios Saludables se vio diezmada por la inestabilidad política y el poco apoyo de parte del personal de salud, ya que este no se estaba sensibilizado con la EMS.

Volviendo al contexto nacional, la Municipalidad de Cartago, como se pudo apreciar en el análisis de la **capacidad humana**, cuenta con la particularidad de disponer con un jerarca que tiene más de dos periodos en gestión, lo cual podría, considerando la experiencia brasileña mencionada en el anterior párrafo, ser un factor favorable para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el quehacer institucional de este gobierno local, pues esto podría propiciar que los planes, programas y proyectos que se planifiquen puedan ser sostenibles a lo largo del tiempo, ya que la visión se mantendría, tal y como se notó en los ejes que este gobierno local ha mantenido como parte de sus funciones institucionales.

Asimismo, otro factor favorable a la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en este gobierno local, es la disponibilidad de recurso humano formado en diversas ramas del saber, como los que laboran en “[...]el Área Social, que tiene una Trabajadora Social, Psicóloga, Administradora de Empresa, Sociólogo con Maestría en Políticas Públicas, [...]médico” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020). Esto es importante puesto que esta Estrategia, al ser principalmente abordada desde un enfoque de promoción de la salud, requiere de talento humano formado en diversas áreas, para con ello poder crear acciones

integrales que apunten al abordaje de los diferentes determinantes que confluyen en la salud de las poblaciones (Alessandro, 2002), además que

“No es que la persona que dirige la Estrategia va a hacer todo, en realidad todas las Dependencias Municipales tienen que participar en una u otra forma porque los Determinantes de la Salud abarcan, como ya conversamos, un montón de Áreas, Departamentos y todo esto, entonces necesitamos que haya una capacitación, que haya un convencimiento de que esto no es un proyecto individual o de una dependencia sino de un gobierno local como un todo[...].” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Considerando el anterior comentario, capacitar al personal en temas de Promoción de la Salud y de la EMS de la OPS/OMS es menester, pues solo así se logrará que las personas funcionarias municipales logren comprender hacia donde apunta el gobierno local y con ello fomentar un sentido de pertenencia y compromiso para con la misión y la visión organizacional (MIDEPLAN, 2016). Como se puede vislumbrar de igual manera en la **capacidad humana** de la Municipalidad de Cartago, este gobierno local se muestra muy abierto y favorable para capacitar, constantemente, a sus colaboradores, con el fin de involucrar activamente a estos en la estructura y organización que como institución se persiga, tal como lo fue todo el proceso de capacitaciones e involucramiento que se lideró para incorporar de la mejor manera posible la GpRD que hoy día funge como estructura organizativa en esta municipalidad.

Ahora bien, como se rescató anteriormente, la Municipalidad de Cartago dispone de un recurso humano diverso y favorable para la posible incorporación de la EMS; no obstante, la persona experta consultada indica que dicho talento humano “[...]puede mejorar verdad, vamos a ver, si lo tiene pero posiblemente para desarrollarla (la EMS) mejor requiere de algo más...” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020). Para ello, esta misma persona funcionaria señala que para una posible gestión de dicha Estrategia

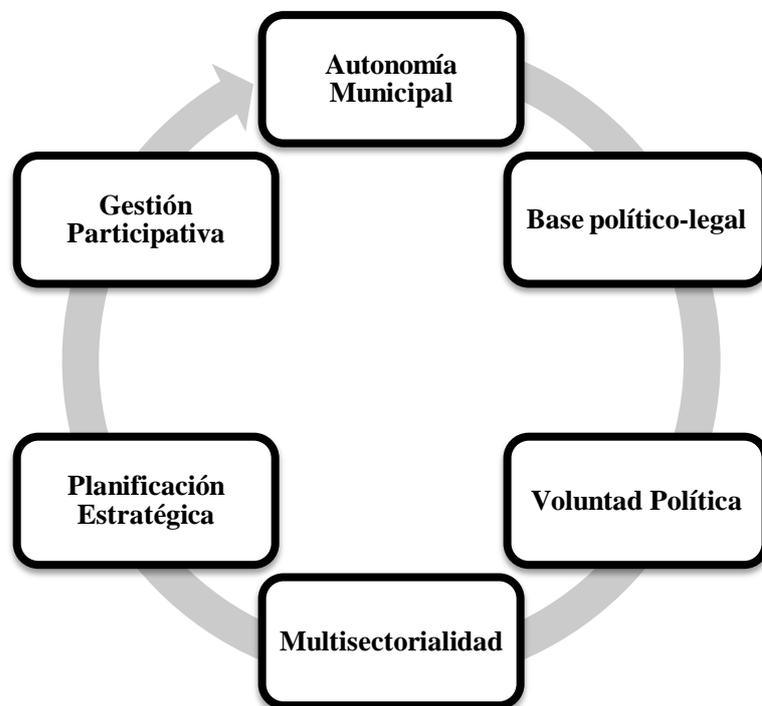
“Definitivamente necesitamos de Promotores de Salud, porque para una Estrategia de Municipios Saludables necesitamos Promotores de salud, no necesitamos médicos, porque les mencioné antes que jamás los gobiernos locales pueden, eh, o al menos es mi opinión, que los gobiernos locales no debe brindar atención médica, porque para eso en nuestro país hay otras instituciones. Entonces, definitivamente

lo que nos falta son Promotores de Salud[...]” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Retomando, quedó en evidencia que para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en un gobierno local, se requiere más que solo la voluntad política del alcalde, además que esta estrategia busca darles un papel protagónico a los munícipes y recalca la importancia de conceptualizar la salud como un producto social, que se ve afectado por factores económicos, culturales, ambientales y educativos. A modo de síntesis, los factores de éxito para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS, en los cinco países analizados, se resumen en la figura 21:

Figura No21.

Factores de éxito para la incorporación de la EMS en los países de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú



Fuente: elaboración propia.

Un aspecto que se debe rescatar sobre la investigación realizada en los cinco países, es la importancia que se le da a la política pública como herramienta para modificar comportamientos sociales, pero siempre iniciando desde el espacio más cercano a la población, que en este caso son los gobiernos locales. Además, es de suma importancia rescatar el concepto de “salud como producto social”, pues como se evidenció

en apartados anteriores, los enfoques, actividades programas o proyectos eran diferentes, si bien estaban enfocados en desarrollar la EMS, las acciones se realizaron desde el respeto de la cultura, la diversidad social de cada municipio y la organización de cada país, es así que la “salud” va a tener diferentes significados y por ende será más amplia e integral.

En el caso de Costa Rica, las municipalidades, como organización a cargo de la administración de los cantones, se convierten en ese nicho para la creación de salud desde lo local; además de que pueden ser actores sociales activos y no solamente “socios estratégicos”, tal como los define el Estado de la Nación (2017). Esta Estrategia promueve que los gobiernos locales sean un ente articulador, capaz de crear vínculos con diferentes sectores para el beneficio de sus munícipes, ya que este, por su carácter de descentralización y autonomía, tiene la oportunidad de abordar servicios de atención directa a las personas (OPS, 1992) desde diferentes dimensiones, tal como el poder establecer la salud como un eje transversal en las acciones que como municipio se planteen realizar.

Para finalizar con este apartado, fue importante rescatar el conocimiento que las personas funcionarias municipales consultadas tienen sobre la misma. En general, de las nueve personas consultadas (todas funcionarias del gobierno local de Cartago), tres indicaron conocer la EMS de la OPS/OMS (una de ellas la persona funcionaria municipal consultada experta en el tema) y sus diferentes etapas, por lo cual seis personas colaboradoras mencionaron no conocer la Estrategia ni sus etapas, siendo este (la investigación en curso) su primer acercamiento con la misma.

Esto es importante de resaltar, ya que la persona funcionaria municipal experta indagada mencionó que para que la EMS sea viable y factible en la Municipalidad, no se deben realizar cambios drásticos a lo que ya vienen haciendo los ayuntamientos en el país, sino que debe existir un proceso de sensibilización y capacitación de personas funcionarias sobre lo que implica la Estrategia para un gobierno local, fomentando con ello que los esfuerzos se reorienten hacia una visión de promoción de la salud y bienestar comunal desde el quehacer institucional municipal,

“Vamos a ver, no son cambios sino agregar a lo que ya tienen, porque entonces la mayoría de municipalidades tienen el tema de aseo de vías, tienen el tema ambiental, tienen el tema de prevención de riesgos, entonces lo que hay que hacer

nada más es reorientar los esfuerzos y capacitar al personal y hacer que todos se muevan hacia el mismo norte, que eso a veces en los gobiernos locales es como muy difícil” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Ahora bien, la persona funcionaria experta sobre la EMS de la OPS/OMS se le consultó, desde su experiencia, sobre cuál considera que es la etapa, de las cinco de la Estrategia (sensibilización, organización, planificación, ejecución y monitoreo y evaluación), en la que se encuentra el gobierno local de Cartago, para lo cual mencionó que ya se han venido uniendo esfuerzo para certificarse como un Municipio Saludable, teniendo ya concretadas las dos primeras fases (sensibilización y organización) y avanzadas la tercera (planificación), tal como se puede apreciar en el siguiente argumento:

“La concientización, que eso lo tenemos con la comunidad, pero también con las autoridades, que eso al menos en el gobierno local es muy importante, que las autoridades di que apoyaran verdad la iniciativa, y no solo la administración municipal, sino como los gobiernos locales, además las decisiones aunque las proponga el alcalde, el Concejo Municipal debe ratificarlas, entonces ya tenemos, o sea, como les dije, que trabajamos en paralelo con la Estrategia de Municipios Amigables con la Persona Mayor, entonces ya tenemos digamos avanzado esa parte, ya todos están de acuerdo en que ejecutemos la Estrategia. Eh y la parte de planificación y no solo eso sino con actores sociales verdad, las asociaciones de salud que trabajan en la Casa de la Salud están enteradas y también de digamos asesores externos de instituciones como la CCSS, que con ellos tuvimos varias reuniones y varias otras personas digamos aliadas que nos están asesorando digamos para poder llevar a cabo la estrategia”(FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Aunado a lo anterior, una vez que las demás personas funcionarias consultadas (las que mencionaron no conocer la Estrategia) obtuvieron una comprensión general, por parte de los investigadores, sobre la EMS de la OPS/OMS, se les preguntó sobre cuál consideran, según lo expuesto, es la fase de la EMS en la que se encuentra la Municipalidad de Cartago, para lo cual todas concordaron que la Municipalidad de Cartago se encuentra en entra la segunda y tercera etapa, rescatando que

“**Creo que estamos en planificación, la tercera.** Porque ya la sensibilización la tenemos, la organización ahí vamos; nos falta es el monitoreo poder ver ya los

resultados. Coordinar las cosas y planificar más cosas, pero ahí vamos, entre la segunda o tercera” (FM1, Comunicación personal, marzo 2020).

“Ok, creo la primera, esa parte sí se da mucho. En la segunda creo que sí se está digamos, esa parte; **la planificación también**” (FM2, Comunicación personal, marzo 2020).

“Yo creo que ya la sensibilización se hizo, porque el trabajo que se ha hecho[...], eh la gente le responde muy bien, digamos hay diferentes asociaciones, ya hay líderes que están como identificados y que ya de hecho están en la Casa de la Salud, yo siento que esa parte está bien.. eh **yo diría que van como por la etapa dos**” (FM3, Comunicación personal, marzo 2020).

Como se puede apreciar, la Municipalidad de Cartago se podría decir que ya se encuentra encaminada hacia una posible certificación como gobierno local saludable, pues ya tiene varias fases de la EMS de la OPS/OMS avanzadas, lo que requiere, como de igual manera se expuso, es un proceso de mayor sensibilización como organización sobre lo que implica realmente ser un gobierno local saludable y las acciones que se deben hacer para lograrlo, ya que “[...]lo que pasa es que no nos hemos visibilizado en función de eso, porque yo te podría decir posiblemente nosotros ya seamos un municipio saludable, tengamos que ajustar algunas cosas, pero posiblemente ya tengamos ese programa pero no lo hemos evidenciado como tal (FM7, Comunicación personal, marzo 2020).

Para sustentar lo anterior, la persona funcionaria experta consultada rescató que la Municipalidad en su deseo de certificarse como Municipios Saludable por parte de la OPS/OMS, ya contaba con una amplia gama factores positivos, como recurso físico, “[...]porque más bien tenemos más de lo que necesitamos, digamos tenemos múltiples edificaciones que se pueden utilizar y bastante infraestructura y un edificio dedicado en su totalidad a la Promoción de la Salud” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020), así como proyectos que pueden ser considerados como acciones de un gobierno local saludable, pues se realizó “[...]como un compilado de las cosas que ya teníamos hechas; fue ya nada más como de hacer una compilación, documentar y organizar, aunque ya se hacía verdad, aunque no tenía el apellido o no se cobijaba bajo el nombre de Municipios Saludables, pero ya se hacía” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Estos proyectos, como bien se pudo apreciar en el análisis de la **capacidad política** de este gobierno local, si se pueden considerar como acciones para perfilarse como un

gobierno local comprometido con la salud integral de sus munícipes, pues son acciones pensadas en las distintas necesidades que confluyen en los Determinantes Sociales que permean la Salud del conglomerado, las cuales se realizan según grupo etario (niños, adolescentes, adultos, personas mayores, mujeres, entre otros) y las reales necesidades y intereses en salud del cantón, lo cual, a la luz de la EMS es importante, pues Mendes (2000) indica que el ordenamiento, conocimiento y priorización territorial, mediante planes reguladores y diagnósticos comunitarios, es de suma importancia para identificar zonas prioritarias para abordar, así como las principales problemáticas a resolver para mejorar la salud de los conglomerados.

Por su parte, la EMS de la OPS/OMS, para todas las personas funcionarias entrevistadas, fue valorada como importante a incorporar en las gestiones de un gobierno local, pues indican que “[...]por supuesto que en un idealismo, todas las municipalidades deberían tener una EMS, si partimos de mi opinión de que todos los gobiernos locales deben tener injerencia en la vida de los munícipes o de las personas” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020). A su vez, para que un gobierno local sea considerado como saludable, debe

“[...]tener injerencia en todos los determinantes que afecten la salud de las personas, entonces un municipio para ser saludable debe tener eh saneamiento ambiental, debe tener, eh vamos a ver, proveer a las personas de agua y manejo de aguas, debe tener eh digamos espacios para esparcimientos y favorecer la salud mental de las personas, debe garantizar al ciudadano, eh vamos a ver, aire no contaminado, debe garantizar a los ciudadanos agua de consumo humano, segura y constante en todo momento, debe garantizar además a los ciudadanos, vamos a ver, no creo que el Municipio deba garantizar a los ciudadanos la atención médica como tal, porque eso no me parece que le corresponda al gobierno local como tal, sino que hay otras..., al menos en nuestro país hay otras instituciones que tienen la obligación de digamos proveer a las personas de esos servicios, pero básicamente esos como que les mencionaba antes son los que yo considero que son como necesarios o que debería definir a un municipio saludable” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Para ello y, como ya se ha traído a colación en párrafos anteriores, es necesario contar con una figura líder que realmente se encuentre alineada con reorientar los servicios a una visión de Promoción de Salud, “Que haya un buen liderazgo de parte de la

administración municipal para que todos estén como al unísono e idealmente” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020), para con ello generar valor público que impacte en el bienestar de las poblaciones. Además, se expuso como ideal el contar con recurso humano profesional en Promoción de Salud, el cual, desde su formación académica pueda gestionar los procesos necesarios para perfilar que una municipalidad sea considerada como favorable hacia la salud integral del conglomerado: “[...]lo que habría que agregar es el Promotor de Salud, para que aunque no tengan un edificio como nosotros tenemos destinado exclusivamente a eso, sí con los recursos que tengan se puedan optimizar para poder implementar la Estrategia” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Finalmente, la persona funcionaria municipal experta consultada resaltó que para una inclusión en el quehacer de un gobierno local de una Estrategia como la EMS de la OPS/OMS, es menester disponer de un recurso legal y político que la respalde, siendo este desde la creación de políticas públicas de Promoción de la Salud, ya que la Promoción de la Salud es un “Proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual” (Sapag y Kawachi, 2007, p. 141), lo cual es medular para la ejecución de dicha Estrategia

“Idealmente, Política Nacional de Promoción de la Salud verdad, primero y, además, más importante tal vez la Política Cantonal de Promoción de Salud. Entonces, esa es digamos la herramienta ideal, porque eso justifica que se destinen recursos y no sólo justifica sino que obliga al Concejo Municipal y da un poco de blindaje, porque en las municipalidades pasa que con el cambio de administración hay cambios en las prioridades, en la priorización y se reorientan los recursos a algunas cosas, entonces eso logra como blindar o le da sostenibilidad a cualquier estrategia que se quiera implementar, entonces la clave es la Política Pública” (FM9, Comunicación personal, marzo 2020).

Una vez vinculados los hallazgos del primer objetivo con los del segundo, en el siguiente apartado se procede con la descripción de los lineamientos estratégicos planteados para contribuir en la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

SECCIÓN V. PROPUESTA DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES DE LA OPS/OMS EN LA MUNICIPALIDAD DE CARTAGO

A partir de la revisión sistemática de datos sobre las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago y de la incorporación de la EMS en los cinco países analizados, se obtuvo la información necesaria que sustenta la creación de la línea base que requiere la Municipalidad de Cartago para incorporar la EMS de la OPS/OMS. Con base en dicha información se **plantean cuatro Lineamientos Estratégicos (LE)** los cuales fungirán como base para que, paulatinamente, la Municipalidad incluya en sus acciones la salud y la Promoción de la Salud y fortalezca sus capacidades institucionales en pos de certificarse como un municipio saludable por parte de la OPS/OMS.

Se debe recordar que la guía de certificación de la EMS que propone la OPS/OMS es poco detallada y deja libertad para que cada gobierno local, que desea certificarse como saludable, determine cómo será su proceso de atestación. Asimismo, es necesario repasar las etapas de dicha guía, las cuales remiten a lo siguiente: **sensibilización, organización, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación**. Cada momento de la guía de la OPS/OMS requiere de la realización de acciones específicas por parte del gobierno local, es por ello que en los LE que se elaboran para la Municipalidad de Cartago se contemplan dichas etapas.

Con base en lo anterior, se plantea enmarcar los LE con las fases que propone la guía de la OPS/OMS, haciendo salvedad de que cada etapa se relaciona con al menos un LE y sus respectivas líneas de acción. Asimismo, al cumplir con cada etapa y LE la Municipalidad avanzará hasta convertirse en un Municipio Saludable. Por ello, se propone también una clasificación por niveles a alcanzar antes de certificarse como saludable, la cual tendrá como base los LE, otorgando a la municipalidad un grado según nivel de compromiso; dicha escala se define de la siguiente manera:

Al cumplir con el LE 1, se adquiere el nivel de **“Municipio Asociado”**
Al cumplir con el LE 2, se adquiere el nivel de **“Municipio Comprometido”**
Al cumplir con el LE 3, se adquiere el nivel de **“Municipio Gestor”**
Al cumplir con el LE 4, se adquiere el nivel de **“Municipio Saludable”**

Con base en lo anterior, a continuación se procede a describir cada LE con sus respectivas líneas de acción.

LE 1: Fortalecer las capacidades institucionales del gobierno local para la gestión de la EMS de la OPS/OMS.

A partir de la información recopilada y su respectiva triangulación con el componente teórico, se observa que la Municipalidad de Cartago cuenta con recursos humanos, físicos y espaciales para encaminarse a ser un municipio saludable. Sin embargo, es necesario que se fortalezcan las capacidades institucionales de dicho gobierno local, con el objetivo de iniciar un proceso de sensibilización desde lo interno de la estructura gubernamental como a lo externo (hacia los munícipes). Los factores de éxito para incorporar la EMS en diferentes países incluyen un proceso de apropiación y creación de una idea fuerza en torno a lo que significa ser un municipio saludable. Para esto es fundamental que el talento humano de la institución se encuentre comprometido y crea en la importancia de desarrollar procesos de salud desde el gobierno local.

Por lo anterior, en este primer momento se deben contemplar aspectos como la voluntad política y la existencia y apropiación de una base legal y política que permita al gobierno local desarrollar e incorporar en su accionar actividades en pro de la salud, tanto de sus colaboradores como de sus munícipes. A su vez, es necesario mencionar que el fortalecimiento de las capacidades institucionales se vincula con la primera y segunda etapa de la guía de certificación de la OPS/OMS. Ahora bien, para el desarrollo de este LE se determinan líneas de acción de acuerdo con cada capacidad institucional (organizacional, institucional, humana, política y financiera); esto con la intención de propiciar que lo establecido sea viable para la institución y que, eventualmente, sea concretado. A continuación se describen las líneas de acción para el LE 1:

Desde la capacidad organizacional:

1. Disponer de voluntad política para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local

- Se debe contar con interés por parte del Jeraarca municipal y del Concejo Municipal para incorporar la EMS en el quehacer institucional de la Municipalidad. Para ello se recomienda el escudriñamiento de investigaciones (como el TFG del cual surge el presente documento) que expongan los beneficios en el desarrollo social y la salud integral de las poblaciones en gobiernos locales certificados como saludables por la OPS/OMS.

2. Formalizar el compromiso de asociación con la EMS de la OPS/OMS

- Mediante una carta de compromiso, firmada por el Alcalde y avalada por el Consejo Municipal. Dicho escrito debe explicitar el compromiso y la voluntad del gobierno local para fortalecer la promoción de salud y el desarrollo social del cantón desde la puesta en práctica de la EMS. Se recomienda realizar una ceremonia abierta al público en general, fomentado así el involucramiento de la comunidad con la Estrategia que desea implementar la Municipalidad.

3. Promover líneas de acción de promoción de la salud en los planes, programas y proyectos planificados y ejecutados por las diferentes Áreas de la Municipalidad

- Se deben incorporar, en todas las Áreas que componen el gobierno local, líneas que expliciten acciones de promoción de la salud para el desarrollo integral de las poblaciones. Estas líneas de acción pueden ser dirigidas tanto a un nivel organizacional (estructura interna) como a un nivel operativo (de servicio y atención a la comunidad), así como a los funcionarios municipales. Este proceso se puede viabilizar desde la GpRD que ejecuta la Municipalidad de Cartago, pues la misma facilitará la incorporación de la promoción de la salud como un eje transversal en el quehacer municipal, la cual será gestionada desde la EMS de la OPS/OMS.

4. Realizar un Mapeo de Actores Sociales clave para la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS en el cantón

- Se propone el desarrollo del Mapeo de Actores Sociales como herramienta facilitadora de futuras propuestas comunitarias, ya que facilita el reconocimiento de oportunidades y/o recursos, así como el dinamismo en las interacciones y los roles que desempeñan las diferentes partes que conforman determinada colectividad. Esto es clave para realizar acciones de promoción de la salud y desarrollo social, ya que ayuda a identificar y priorizar recursos para con ello desarrollar propuestas comunitarias en las que se involucren y articulen capacidades y potencialidades de la mayoría de actores sociales presentes, logrando con ello un mayor grado de empoderamiento comunitario.

5. Sensibilizar a actores sociales públicos y privados sobre la importancia de la EMS de la OPS/OMS para el desarrollo social y el bienestar de la comunidad

- Se deben ejecutar acciones (mesas de diálogo, conferencias, reuniones, simposios, entre otros) para difundir entre los diferentes sectores que forman parte del gobierno local la EMS de la OPS/OMS como una herramienta para la promoción de la salud y el desarrollo social de las poblaciones. Se recomienda que sean sesiones donde se cuente con representatividad tanto del sector público como del sector privado, así como de actores clave cantonales.

6. Fortalecer una comunicación estratégica interna y externa que favorezca la puesta en práctica de la EMS en el gobierno local

- Apoyándose de los mecanismos de comunicación e información de los que dispone el gobierno local como redes sociales, página web y correos electrónicos. Se recomienda la creación de una estrategia de comunicación que potencie la comprensión y el involucramiento, tanto de funcionarios municipales como de la comunidad en general, para con la EMS que el gobierno local gestiona.

7. Elaborar diagnósticos de bienestar poblacional para la confección de una línea base para la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS

- Se recomienda realizar desde una perspectiva de DSS, con el fin de poder identificar, desde una visión integral, los distintos factores que inciden sobre la salud de los pobladores, en dimensiones como accesibilidad a servicios de salud, estilos de vida (salud ambiental, salud mental, salud física, salud sexual, entre otros) y factores socioeconómicos (como acceso a educación y empleo). Para realizarlo se invita también a solicitar colaboración del Área Rectora de Salud, así como profesionales o estudiantes con formación en promoción de la salud.

8. Definir los servicios municipales de promoción de la salud y desarrollo social a ofertar en la comunidad

- Con el fin de delimitar la oferta que el gobierno local brindará a los municipios para promover el bienestar y el desarrollo integral de los mismos.

Desde la capacidad institucional:

1. Actualizar la normativa interna para definir las funciones municipales para la promoción de la salud y el desarrollo social del cantón

- Se debe crear bases político-legales que respalden el accionar del gobierno local en materia de promoción de la salud, desarrollo social y bienestar de las poblaciones. Se propone la creación de una política cantonal de promoción de la salud que sirva como sustento legal para la viabilidad de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local (para la delimitación de recursos para su ejecución y la delimitación de los servicios a ofertar, por ejemplo).

2. Articular con líderes comunitarios, sectoriales y sociales para que sean voceros sobre las diversas acciones lideradas por el gobierno local para promover salud y el desarrollo social del cantón

- Se deben propiciar espacios de diálogo que favorezcan el involucramiento activo de todas o la mayoría de partes que conforman el gobierno local, para con ello favorecer la difusión de las acciones que el gobierno local gestiona en pos de promover salud y bienestar en el cantón, así como la identificación con mayor precisión de las necesidades, los intereses y las motivaciones de los munícipes para con la salud tanto individual como colectiva.

Desde la capacidad humana:

1. Sensibilizar a los funcionarios municipales sobre la importancia de la EMS de la OPS/OMS para el desarrollo social del cantón

- Para ello se recomienda dotar a los funcionarios municipales de herramientas teórico-prácticas para la promoción de la salud y el desarrollo social cantonal, así como capacitarles sobre la EMS de la OPS/OMS. Para ello se recomienda crear directivas internas para el desarrollo de capacitaciones permanentes sobre la EMS de la OPS/OMS y la promoción de la salud.

2. Identificar necesidades, intereses y motivaciones sobre temas a abordar en las capacitaciones de la EMS de la OPS/OMS

- Mediante encuestas, mesas de diálogo, reuniones, entre otras, donde se identifique con los colaboradores municipales temas de interés o aspectos a profundizar para una mejor gestión e incorporación de la EMS de la OPS/OMS, así como de acciones de promoción de la salud para el desarrollo social del cantón.

3. Fortalecer las capacidades de los funcionarios municipales para la elaboración, monitoreo y evaluación de proyectos en salud

- A partir de los procesos de sensibilización, se considera pertinente que el talento humano de la Municipalidad tenga herramientas para generar información clave para el desarrollo del cantón, a partir de los procesos de monitoreo y evaluación de los proyectos existentes; asimismo, fortalecer las capacidades de los funcionarios municipales para el desarrollo de proyectos en salud contribuiría a generar acciones desde los recursos disponibles en el gobierno local.

Desde la capacidad política:

1. Formular e implementar y evaluar proyectos de desarrollo social con enfoque de promoción de la salud

- Los cuales respondan a las necesidades en salud prioritarias del cantón. Se recomienda realizar una sistematización de los proyectos que ya gestiona el gobierno local que tenga relación con promoción de la salud y desarrollo social, los cuales sirvan como base de acciones ya gestadas por el gobierno local para potenciar el bienestar de los munícipes.

2. Promover la creación de un comité local de promoción de la salud

- El cual este conformado, idealmente, por representantes de diversos sectores que conformen el cantón: sector salud, sector educación, sector comercio, sector PYMES, entre otros; además de actores comunitarios clave. Este comité debe contar con respaldo por parte del gobierno local para tener injerencia en las acciones que se planifiquen desde la ejecución EMS de la OPS/OMS.

3. Generar alianzas estratégicas con universidades públicas y privadas para apoyo técnico, teórico y práctico que favorezca la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local

- Se invita establecer alianzas estratégicas con centros educativos dispongan de saberes para la capacitación y formación de capital humano en temas de promoción de salud y desarrollo social de la comunidad.

Desde la capacidad financiera:

1. Viabilizar, en el marco de sus posibilidades, el aporte financiero para llevar a cabo las actividades de incorporación de la EMS de la OPS/OMS para la promoción de salud y el desarrollo social del cantón

- Se recomienda elaborar un informe sobre la situación actual de las finanzas municipales, con base en el PAO y, a partir de ello, definir estrategias de generación de ingresos para las acciones planificadas. Asimismo, se exhorta a precisar, desde normativas internas, la delimitación de recursos monetarios para la ejecución de la EMS de la OPS/OMS.

2. Establecer alianzas estratégicas que permitan el trabajo conjunto entre la Municipalidad de Cartago y las demás organizaciones presentes en el cantón, con la finalidad de obtener recursos para los diferentes proyectos en salud que se desarrollen desde el gobierno local

- Esta línea de acción se plantea con la finalidad de iniciar procesos de multisectorialidad y gobernanza local en salud. Se plantea que la Municipalidad de Cartago sea un ente articulador con capacidad de agrupar a diferentes instituciones, organizaciones y empresas en torno a la idea de generar procesos de salud y bienestar en el cantón y, así financiar y sostener proyectos relacionados con salud.

Tal como se muestra en las líneas de acción, este primer momento es fundamental para generar un cambio en la cultura organizacional de la Municipalidad de Cartago. Una de las principales conclusiones que surgió a partir de la revisión bibliográfica muestra que la voluntad política, identificar actores clave en el proceso y el compromiso organizacional son fundamentales para desencadenar la asignación de recursos y el compromiso del gobierno local para que este pase a ser un sujeto activo en los procesos de salud y no solamente un socio estratégico.

Una vez que el municipio ha concluido con las acciones específicas concernientes al LE 1, se puede decir que ha superado las etapas de “**Sensibilización y organización**” de la guía de la OPS/OMS; esto significa que no solo el gobierno local está convencido de la importancia de impactar de manera positiva sobre los determinantes sociales del cantón, sino que la población en general ve necesario estos procesos. Es por ello que se puede hablar de

que existe un “*Municipio Asociado*” y por tanto puede avanzar hacia el LE 2, mismo que se describe a continuación.

LE 2: Plantear un modelo de producción social de la salud desde lo local.

Uno de los grandes hallazgos que surgió a partir de la investigación documental apunta a que la salud es un producto social que se ve afectado por los determinantes sociales de la salud. Es por ello que los procesos intersectoriales y multisectoriales cobran relevancia. La articulación social se debe organizar en función del desarrollo social del cantón o municipio que se proyecta como saludable.

Aspectos como el entorno educativo, el laboral y el comunal determinan el acceso a espacios saludables. El flujo constante de los determinantes de la salud condiciona el modo en el que vive, se educa y trabajan las personas, es por ello que se considera fundamental que desde los gobiernos locales se gesten políticas públicas con una visión de salud y bienestar que permitan el desarrollo del más alto nivel de vida de la población y con ello reorientar las acciones hacia una producción social de la salud. Desde el LE 2, se deben contemplar aspectos como la planificación estratégica y la puesta en marcha de proyectos de alto impacto social; para esto se requiere de las capacidades institucionales de la municipalidad que en un primer momento deben ser fortalecidas (LE 1) por procesos de sensibilización y cambio organizacional.

Cuando se plantea producir salud desde lo local, se propone cambiar la forma en la que la sociedad percibe su proceso de salud y enfermedad y ampliar la visión de este proceso en función de aquellos factores protectores que pueden ser potenciados para el máximo desarrollo social del cantón. Ahora bien, se debe rescatar que el LE 2 se enmarca en la tercera etapa de la guía de certificación de la OPS/OMS, la cual corresponde a “*Planificación*”. De igual manera, para el desarrollo de este LE se determinan líneas de acción con la intención de propiciar que lo establecido sea viable para la institución y que, eventualmente, sea concretado. A continuación se describen las líneas de acción para el LE 2:

1. Crear leyes y políticas locales que garanticen el cumplimiento de acciones en salud, a partir de la voluntad política

- Una vez establecido el compromiso político del máximo jerarca municipal, se debe poner en marcha la creación de leyes locales en materia de bienestar y salud que sean aprobadas por el Concejo Municipal y que respalden la formulación de futuras políticas locales en materia de salud. Esto garantiza que al cambiar el gobierno de turno los proyectos, actividades o programas que se gestaron bajo la idea de Municipio Saludable no dejen de funcionar.

2. Plantear programas de salud en diversos grupos generacionales

- Esta idea surge con la intención de iniciar un cambio sobre la percepción de la salud en la población, iniciando desde las edades más tempranas y con ello crear en el imaginario colectivo la importancia de que el gobierno local desarrolle acciones en salud, tomando en cuenta diferentes grupos poblacionales. Se plantean proyectos a largo plazo, para que se pueda generar una línea base de los indicadores de salud y, a la vez evaluar los resultados de cada proyecto.

3. Realizar actualizaciones y capacitaciones en temas de salud con los actores clave que forman parte de la población sensibilizada

- A partir del mapeo de actores clave, se propone que los actores sociales tengan procesos de formación continua sobre temas de gestión y creación de política pública. Esto permitirá que los actores sociales sepan incluir las necesidades de la población en la agenda política de la Municipalidad.

4. Generar mesas de diálogo que sirvan como mecanismo de rendición de cuentas y potencien la participación social

- Esta línea de acción se relaciona con la formación continua de los actores sociales. Las mesas de diálogo deben funcionar como espacios para compartir conocimiento sobre las actividades que realiza cada actor social o institucional e incentiven a la población a asistir y solicitar una rendición de cuentas sobre los recursos empleados en el desarrollo de proyectos de índole social.

5. Definir una política local en materia de promoción de la salud que permita transversalizar la salud hacia los municipios

- Esta política debe estar estructurada con base en las posibilidades que tiene la municipalidad de asignar recursos a las acciones de materia de Promoción de la Salud. Además, esta política debe concordar con el marco legal de la municipalidad y con el ordenamiento jurídico en general y, finalmente, debe garantizar el derecho a la salud en la población del cantón.

6. Fomentar que la sociedad civil (grupos organizados y no organizados) posea mayores herramientas para que se involucre como miembro activo en la ejecución de la EMS de la OPS/OMS

- Se propone la generación de jornadas de educación y sensibilización sobre la EMS de la OPS/OMS como una herramienta para la promoción de la salud y el desarrollo social del cantón. En dichas jornadas se debe promover el involucramiento activo de la comunidad y se deben facilitar herramientas teórico-prácticas que potencien el accionar de los pobladores.

7. Promover el reconocimiento constitucional e institucional de la promoción de la salud para el desarrollo integral de las poblaciones

- Se recomienda potenciar, a nivel nacional, el reconocimiento de la promoción de salud como parte del accionar de los gobiernos locales del país, con el fin de generar normativa nacional que respalde las gestiones de las municipalidades que deseen certificarse como saludables por parte de la OPS/OMS. Para ello también se recomienda incentivar el análisis y la investigación de la legislación nacional e internacional sobre saberes y recursos esenciales en materia de promoción de la salud para la formulación de un marco normativo adecuado y actualizado que favorezca la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local.

8. Designar un referente y/o equipo técnico para llevar a cabo las actividades que se planifiquen en función de la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad

- El cual debe estar conformado por al menos un funcionario representante de cada Área Municipal. Deseable contar con al menos un representante del sector público o privado y de un representante comunitario. Además, se debe disponer de un profesional con amplio conocimiento de la EMS de la OPS/OMS, así como de promoción de la salud, DSS y desarrollo social.

9. Asignar recursos específicos para la sostenibilidad de proyectos, programas y políticas en salud

- Con base en el planeamiento que se realiza desde el PAO, se propone que la Municipalidad asigne un impuesto, importe o cuota específica para que se asigne al tema de promoción de la salud, tomando en cuenta pagos a profesionales y la logística de los proyectos que opere la Municipalidad de Cartago.

Como se puede observar en las acciones específicas que se plantean, en esta etapa la Municipalidad debe iniciar el proceso de “*planificación*” de la guía de certificación de la OPS/OMS y orientar sus recursos hacia el desarrollo de proyectos o políticas locales que, a partir de los procesos de sensibilización previamente desarrollados, permitan a la ciudadanía acercarse a la institución y participar en los procesos de salud. Asimismo, estas acciones deben generar empoderamiento social y propiciar que los proyectos emergentes provengan de las necesidades sentidas de la población. En el momento en el que la Municipalidad de Cartago logre cumplir con dichas acciones, se puede hablar de que existe un “*Municipio Comprometido*” con la salud de los pobladores del cantón, dando paso al desarrollo del tercer lineamiento, el cual se describe a continuación:

LE 3: Establecer un modelo de gestión multisectorial.

El municipio al estar conformado por personas, se vuelve un punto de convivencia en el que confluyen ideologías, creencias costumbres y culturas, es por ello que al hablar de procesos de salud desde lo local, estos elementos deben ser tomados en cuenta y se debe dar voz a aquellos sectores de la sociedad que no están aglutinados en torno a la idea de municipio saludable. Con respecto a lo anterior, la gestión multisectorial es fundamental para la articulación de procesos sociales y la creación del imaginario local. Esto plantea que los actores que habitan en el municipio deban ser sujetos activos en el desarrollo local. Con base en la revisión bibliográfica realizada, se observó que los municipios con procesos de salud exitosos eran aquellos en los que sectores como educación, sociedad civil, empresa privada y universidades públicas, estaban involucrados.

Es por ello que a partir del conocimiento sobre las capacidades de la Municipalidad de Cartago, se plantea un tercer lineamiento dirigido a promover la articulación sectorial e incentivar la participación no solamente de los munícipes, sino de las instituciones públicas y privadas y grupos organizados que se encuentren en el cantón, colocando a la Municipalidad como ese agente aglutinador que trabaja en pro de sus habitantes. Se plantea que este lineamiento se ejecute y se ponga en práctica desde el Consejo Cantonal de Coordinación Institucional (CCCI); asimismo, las acciones específicas requeridas para el desarrollo de este lineamiento deben incluirse en el Plan de Desarrollo Cantonal, con la finalidad de brindar mayor sostenibilidad a las acciones planteadas. Este LE 3, se enmarca en la cuarta etapa de la

Guía de certificación de la OPS/OMS (“Ejecución”). A continuación se presentan las líneas de acción requeridas para cumplir con dicho LE:

1. Articular los distintos sectores del cantón, como el Ministerio de Salud, la CCSS, PANI, IAFA..., con la finalidad de potenciar los factores protectores presentes en el cantón

- La multisectorialidad implica el trabajo conjunto con diferentes sectores del cantón, es por ello que se propone la lógica de que sea el gobierno local el ente articulador que agrupe a instituciones como el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, El patronato Nacional de la Infancia y otros actores institucionales, alrededor de la idea de generar un municipio saludable. Esto permitiría que cada actor institucional asuma un rol participativo en la generación social de la salud.

2. Crear un comité multisectorial, con actores sociales e institucionales y grupos de la Sociedad Civil

- Este comité a diferencia de las mesas de diálogo, debe ser un espacio de organización institucional, donde participen los representantes de cada sector y compartan las diversas necesidades poblacionales. La finalidad es identificar cual es el actor más adecuado para desarrollar un proyecto específico y así evitar el recargo de funciones.

3. Capacitar a las organizaciones de la Sociedad Civil en temas de creación de política pública

- Conforme avanza el tiempo surgen nuevas necesidades o problemáticas. El desarrollo tecnológico y el cambio poblacional requieren de una planificación a largo plazo, es por ello que se plantea un proceso de capacitación continua en temas de creación/elaboración de política pública, permitiendo que las Organizaciones de la Sociedad Civil cuenten con las herramientas necesarias para incidir positivamente en la política local.

4. Mapear y apoyar los proyectos realizados por instituciones ajenas a la Municipalidad pero que impactan positivamente el bienestar de la población

- Esta idea se propone para evitar la duplicidad de acciones. Al existir un compendio sobre las actividades que se realizan en el cantón en temas de salud, se puede observar dónde existen vacíos que necesitan atención o bien, cuáles proyectos son importantes, pero se encuentran rezagados y requieren de apoyo de parte del gobierno local.

5. Elaborar proyectos con base en un proceso diagnóstico en el que se identifiquen las necesidades sentidas del cantón

- Esta premisa es fundamental en la planificación estratégica, las acciones que se realicen debe ser previamente validadas con la población, esta es la única manera de generar sentido de pertenencia hacia los procesos, por ello se plantea que el profesional a cargo de los procesos de salud dentro de la municipalidad deba tener en cuenta la voluntad, deseo y necesidades de la población y, trabajar en función de ellas. Por otra parte, se deben tomar en cuenta documentos como el ASIS del cantón, informes del INEC, entre otros documentos para generar la información base, necesaria para el desarrollo y toma de decisiones en salud.

6. Elevar los proyectos en salud al Comité Multisectorial con la finalidad de atraer apoyo, financiamiento y mayor impacto en los municipios

- Esta línea va en concordancia con la creación del Comité Multisectorial, la idea de que el gobierno local asuma un rol participativo en el proceso y que funcione como ente aglutinador. También incluye la búsqueda de medios para generar actividades en salud, por ejemplo patrocinios o apoyo de otras instituciones, independientemente de si son las encargadas directas de los proyectos.

7. Generar indicadores sociales para medir el impacto de los programas, proyectos y políticas en salud desarrolladas en el cantón

- A partir de los procesos diagnósticos y en vista de la amplitud que se plantea para cada proyecto, se genera una base de datos amplia que permite determinar cuáles indicadores sociales pueden generarse a partir de la información ya existente. Se plantea que tenga un impacto significativo en aspectos como el Índice de Desarrollo Humano cantonal.

8. Definir un área de la Municipalidad de Cartago, encargada de dar seguimiento al desarrollo de acciones en salud y, que posteriormente, asuma la certificación de Municipio Saludable e incorpore la EMS

- Dicha área puede ser colocada en el Departamento Social de la Municipalidad de Cartago. Es fundamental que en temas organizacionales, la Promoción de la Salud sea asumida y resaltada por la estructura municipal. En este departamento se plantea que se ubique el profesional especialista en temas de promoción de la salud.

Siguiendo la lógica de los niveles que adquiere la Municipalidad cada vez que logra efectuar un LE, se espera que a partir de este momento las acciones se encaminen hacia la ejecución de proyectos y la articulación social, lo cual podría impactar la forma en la que los munícipes perciben su proceso de salud enfermedad, ya que al existir una oferta de servicios enfocada en mejorar la calidad de vida de la población, desde los determinantes de la salud, permite la generación de indicadores sociales que posteriormente serán útiles para evaluar el desempeño de las acciones locales, es por ello que se puede hablar de un “*Municipio Gestor*”. Ahora bien, los tres lineamientos descritos con anterioridad implican acciones que deben ser constantemente evaluadas y reajustadas según sus particularidades, es por ello que se plantea un cuarto LE que se enfoca en el desarrollo de procesos evaluativos, tal como se describe a continuación:

LE 4: Estandarizar procesos de monitoreo y evaluación sobre acciones de promoción de la salud desarrollados desde lo local.

Evaluar procesos (o acciones) evidencia el desarrollo de fortalezas y cumplimiento de objetivos de una determinada actividad. Es por ello que se vuelve fundamental incorporar procesos de monitoreo y evaluación en el proceso de certificación de la Municipalidad de Cartago como saludable. Como se ha descrito a lo largo de este documento, los LE elaborados para la municipalidad de Cartago se enmarcan en las fases de la guía de Certificación de la OPS/OMS, es por ello que para este momento la Municipalidad deberá estar en la última etapa, la cual corresponde a “*Monitoreo y evaluación*”.

Al momento de alcanzar el LE 4, el gobierno local de Cartago debe tener en su cartera de servicios una amplia variedad de proyectos de salud y promoción de la salud, es por ello que debe garantizar que la razón de ser, que en un principio dio origen a dichos proyectos, se mantengan, caso contrario deberá realizar los ajustes pertinentes y adaptar sus acciones a los nuevos requerimientos sociales, es por ello que se plantean las siguientes líneas de acción:

1. Monitorear el desarrollo de la EMS de la OPS/OMS y realizar los ajustes necesarios para el cumplimiento de las metas y los objetivos estratégicos planteados

- Con el fin de identificar los aspectos de mejora y los aspectos de éxito en las diferentes etapas y acciones ejecutadas a lo largo de la ejecución de la EMS de la OPS/OMS.

2. Diseñar indicadores para valorar la eficacia y eficiencia de la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local

- Los cuales permitan evaluar el cumplimiento de metas institucionales para perfilarse como MS por parte de la OPS/OMS.

3. Sistematizar y socializar la información que resulte de la implementación de la EMS de la OPS/OMS

- Se recomienda la realización de informes periódicos (trimestrales) por parte de todas las Áreas que componen el gobierno local, en los cuales se especifiquen las acciones realizadas para promover salud y desarrollo social, las cuales deben ser sistematizadas por parte del equipo técnico encargado de la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local. Asimismo, se deben establecer medios de comunicación para informar a la población, de manera transparente, sobre el uso de recursos propios y/o donados a favor de la aplicación de la EMS de la OPS/OMS, así como de las acciones gestionadas para la promoción de la salud y el desarrollo social del cantón.

Como se puede observar, las acciones se orientan hacia la sistematización de información y generación de datos a partir de los proyectos que con anterioridad ha venido desarrollando el municipio, así como los proyectos recientes y/o actuales. El reajuste constante permite identificar esos puntos álgidos que de no corregirse en el momento podrían entorpecer los procesos. Cuando el Gobierno Local de Cartago logre esta etapa, podrá ser certificado como un “*Municipio Saludable*”.

A modo de síntesis, en el cuadro número 25 se muestran los 4 LE con sus respectivas líneas de acción:

Cuadro No 25.

Lineamientos Estratégicos y líneas de acción para incorporar la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago

Lineamientos Estratégicos (LE)	Acciones específicas
LE I: Fortalecer las capacidades institucionales para la gestión de la EMS de la OPS/OMS	<p>Desde la capacidad organizacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponer de voluntad política para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local. - Formalizar el compromiso de asociación con la EMS de la OPS/OMS. - Promover líneas de acción de promoción de la salud en los planes, programas y proyectos planificados y ejecutados por las diferentes Áreas de la Municipalidad. - Realizar un Mapeo de Actores Sociales clave para la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS en el cantón. - Sensibilizar a actores sociales públicos y privados sobre la importancia de la EMS de la OPS/OMS para el desarrollo social y el bienestar de la comunidad. - Fortalecer una comunicación estratégica interna y externa que favorezca la puesta en práctica de la EMS en el gobierno local. - Elaborar diagnósticos de bienestar poblacional para la confección de una línea base para la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS. - Definir los servicios municipales de promoción de la salud y desarrollo social a ofertar en la comunidad. <p>Desde la capacidad institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualizar y armonizar la normativa interna para definir las funciones municipales para la promoción de la salud y el desarrollo social del cantón. - Articular con líderes comunitarios, sectoriales y sociales para que sean voceros sobre las diversas acciones lideradas por el gobierno local para promover salud y el desarrollo social del cantón. <p>Desde la capacidad humana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a las personas funcionarias municipales sobre la importancia de la EMS de la OPS/OMS para el desarrollo social del cantón. - Identificar necesidades, intereses y motivaciones sobre temas a abordar en las capacitaciones de la EMS de la OPS/OMS. - Fortalecer las capacidades de las personas funcionarias municipales para la elaboración, monitoreo y evaluación de proyectos en salud. <p>Desde la capacidad política:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formular, implementar y evaluar proyectos de desarrollo social con enfoque de promoción de la salud. - Promover la creación de un comité local de promoción de la salud. - Generar alianzas estratégicas con universidades públicas y privadas para apoyo técnico, teórico y práctico que favorezca la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local. <p>Desde la capacidad financiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viabilizar, en el marco de sus posibilidades, el aporte financiero para llevar a cabo las actividades de incorporación de la EMS de la

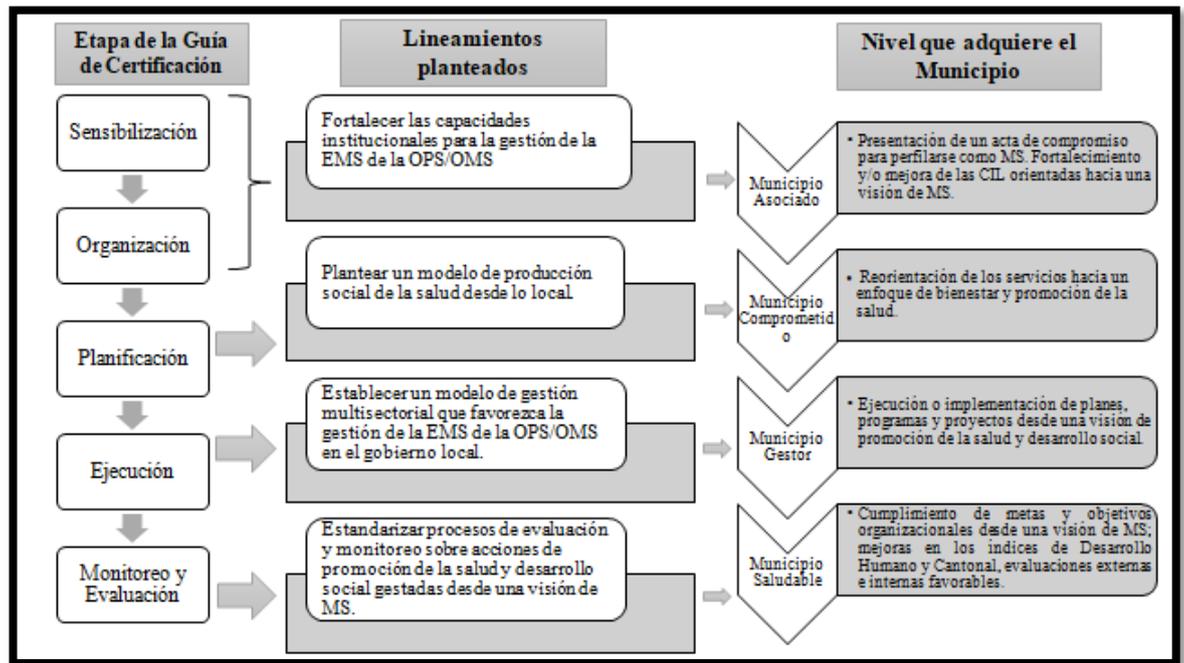
	<p>OPS/OMS para la promoción de salud y el desarrollo social del cantón.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer alianzas estratégicas que permitan el trabajo conjunto entre la Municipalidad de Cartago y las demás organizaciones presentes en el cantón, con la finalidad de obtener recursos para los diferentes proyectos en salud que se desarrollen desde el gobierno local.
LE 2: Plantear un modelo de producción social de la salud desde lo local	<ul style="list-style-type: none"> - Crear leyes y políticas locales que garanticen el cumplimiento de acciones en salud. - Plantear programas de salud en diversos grupos generacionales. - Realizar actualizaciones y capacitaciones en temas de salud con los actores clave que forman parte de la población sensibilizada. - Generar mesas de diálogo que sirvan como mecanismo de rendición de cuentas y potencien la participación social. - Definir una política local en materia de promoción de la salud que permita transversalizar la salud hacia los munícipes. - Fomentar que la sociedad civil (grupos organizados y no organizados) posea mayores herramientas para que se involucre como miembro activo en la ejecución de la EMS de la OPS/OMS. - Promover el reconocimiento constitucional e institucional de la promoción de la salud para el desarrollo integral de las poblaciones. - Designar un referente y/o equipo técnico para llevar a cabo las actividades que se planifiquen en función de la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad. - Asignar recursos específicos para la sostenibilidad de proyectos, programas y políticas en salud.
LE 3: Establecer un modelo de gestión multisectorial	<ul style="list-style-type: none"> - Articular los distintos sectores del cantón, como el Ministerio de Salud, la CCSS, PANI, IAFA..., con la finalidad de potenciar los factores protectores presentes en el cantón. - Crear un comité multisectorial, con actores sociales e institucionales y grupos de la Sociedad Civil. - Capacitar a las organizaciones de la Sociedad Civil en temas de creación de política pública. - Mapear y apoyar los proyectos realizados por instituciones ajenas a la Municipalidad pero que impactan positivamente el bienestar de la población - Elaborar proyectos con base en un proceso diagnóstico en el que se identifiquen las necesidades sentidas del cantón. - Elevar los proyectos en salud al Comité Multisectorial con la finalidad de atraer apoyo, financiamiento y mayor impacto en los munícipes. - Generar indicadores sociales para medir los efectos y el impacto de los programas, proyectos y políticas en salud desarrolladas en el cantón. - Definir un área de la Municipalidad de Cartago, encargada de dar seguimiento al desarrollo de acciones en salud y, que posteriormente, asuma la certificación de Municipio Saludable e incorpore la EMS.
LE 4: Estandarizar procesos de monitoreo y evaluación sobre acciones de promoción de la salud desarrollados desde lo local	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorear el desarrollo de la EMS de la OPS/OMS y realizar los ajustes necesarios para el cumplimiento de las metas y los objetivos estratégicos planteados. - Diseñar indicadores para valorar la eficacia y eficiencia de la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local. - Sistematizar y socializar la información que resulte de la implementación de la EMS de la OPS/OMS.

Fuente: elaboración propia.

Para finalizar con este apartado, en la figura número 22 se brinda un resumen de la ruta a seguir para que la Municipalidad, o la dependencia designada por esta, pueda ir recopilando información y avanzando hacia la certificación como Municipio Saludable por parte de la OPS/OMS.

Figura No 22.

Ruta para la certificación de la Municipalidad de Cartago como Municipio Saludable por parte de la OPS/OMS



Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la imagen, al cumplir a cabalidad con cada LE y sus respectivas acciones específicas, la Municipalidad adquiere un nivel, hasta convertirse en Municipio Saludable. Al evaluar las acciones planteadas en cada lineamiento se procura que el proceso no pierda su norte y con ello dirigir los esfuerzos en lograr dicha acreditación. Por último, se invita a revisar el Anexo No14. Documento “Lineamientos Estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago”, el cual es un instrumento resumen de los LE, elaborado para la Municipalidad de Cartago.

SECCIÓN VI. EVALUACIÓN DEL PROCESO INVESTIGATIVO

La evaluación representa una herramienta sistemática que, con base en determinados criterios y mediante técnicas específicas, mide, analiza y valora pasos y resultados con el fin de generar retroalimentación de los procesos para la mejora de la gestión y el cumplimiento de los objetivos (Acción Social, 2003). Ahora bien, Valdez (1999) recomienda que para evaluar proyectos (tal y como lo es esta propuesta de investigación) se realice una evaluación de tipo procesal bajo un esquema *ex-ante*, *durante* y *ex-post*, eligiendo todas o la más pertinente según los recursos y tiempo de los que se dispongan. A continuación, se describen brevemente las etapas de este tipo de evaluación:

- **Evaluación Ex-Ante:** vinculada al análisis de información respecto a algunos conocimientos, hábitos y prácticas para la generación de una línea base al inicio de la intervención. Este tipo de evaluación tiene por objeto “...proporcionar información y establecer criterios racionales para decidir sobre la conveniencia técnica de la implementación de un proyecto, esto es, determinar la viabilidad técnica de un proyecto y, a su vez, jerarquizar los proyectos elegibles” (Valdez, 1999, p. 8).
- **Evaluación Durante:** Se refiere a la evaluación que se desarrolla a lo largo de la ejecución del proyecto, lo que “permite revisar la implementación o desarrollo de una determinada acción (programa o proyecto), con el propósito de analizar su eficiencia operacional de tal modo de poder programar o reprogramar de acuerdo a los resultados del análisis” (Valdez, 1999, p. 8).
- **Evaluación Ex-post:** se desarrolla al final del proceso, ya que es un tipo de evaluación que “...busca establecer el logro de los objetivos que planteó el proyecto en su formulación original una vez finalizada la ejecución de este” (Valdez, 1999, p. 9). Por ello, se recomienda realizar un análisis vinculado al cumplimiento de objetivos, metas e indicadores, que permita mostrar el alcance logrado con el proyecto ejecutado.

Tomando como base lo anterior, la evaluación de esta propuesta de TFG se realizó bajo dicha esquema procesal (*ex-ante*, *durante* y *ex-post*), el cual permitió valorar en qué medida se cumplió con lo establecido para alcanzar los objetivos planteados. Para ello, se hizo uso de una lista de cotejo (ver Anexo No12. Lista de cotejo de actividades realizadas según plan de trabajo) como instrumento verificador. A continuación, se presenta dicha lista

de cotejo con la respectiva valoración de los criterios verificadores del proceso investigativo alcanzados, seguida de la descripción de cada momento temporal evaluativo:

Cuadro No 26.

Lista de cotejo sobre las actividades ejecutadas para la realización del TFG

Actividad	Ejecución		Responsable	Tipo de evaluación <i>*Ex-Ante, Durante, Ex-post</i>
	Cumple	No cumple		
Negociaciones con Municipalidad de Cartago para establecer fechas (calendario) y lugar para la aplicación de instrumentos de recolección de datos.	X		<i>Ambos investigadores</i>	Ex-Ante
Recolección de datos mediante la técnica de análisis documental.	X		<i>Ambos investigadores</i>	Durante
Digitación y depuración de la información recuperada mediante el análisis documental.	X		<i>Ambos investigadores</i>	Durante
Análisis preliminar de la información depurada.	X		<i>Ambos investigadores</i>	Durante
Aplicación de instrumentos de recolección de datos de entrevistas semiestructuradas.	X		<i>Ambos investigadores</i>	Durante
Transcripción, digitación y depuración de la información recuperada en entrevistas semiestructuradas.	X		<i>Ambos investigadores</i>	Durante
Análisis preliminar de la información depurada.	X		<i>Ambos investigadores</i>	Durante
Análisis y discusión de los resultados obtenidos según los objetivos de la investigación	X		<i>Ambos investigadores</i>	Durante
Establecimiento de los lineamientos estratégicos para la incorporación de la EMS en la Municipalidad de Cartago	X		<i>Ambos investigadores</i>	Ex-post

Fuente: elaboración propia.

- ✓ **Evaluación ex-ante:** se realizó con el desarrollo de tres reuniones presenciales en las cuales se retomaron aspectos del TFG (objetivos, alcance, recursos requeridos, entre otros) con la persona que fungió como contacto directo entre la Municipalidad y los investigadores. En dichas reuniones se establecieron fechas para la recolección de datos mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas a personas funcionarias municipales; dichas fechas se definieron también con el fin de poder disponer de un espacio físico para la aplicación de dichas entrevistas (se contó con un salón de reuniones, con capacidad para 6 personas, ubicado en las instalaciones de la Casa de la Salud).

De igual manera, se definieron posibles informantes clave a entrevistar, obteniendo medios de comunicación (como correos electrónicos) para contactarles y establecer momentos para consultarles. Es importante rescatar que al contactar a los informantes clave recomendados por la contraparte, estos a su vez recomendaron a otras personas

funcionarias que podían ser de utilidad para la investigación, logrando así un efecto de bola de nieve para la identificación de las personas a consultar, dando como resultado 9 personas funcionarias entrevistadas.

Como medios de verificación se cuenta con los correos enviados a las personas funcionarias municipales seleccionadas, así como las confirmaciones de estas para ser parte del proceso investigativo.

- ✓ **Evaluación durante:** se inició con la recolección de datos mediante la técnica de análisis documental, la cual permitió recabar la información necesaria para el desarrollo parcial del objetivo 1, así como el desarrollo total del objetivo 2. Seguidamente, se realizó la digitación y depuración de la información recuperada mediante el análisis documental, con el fin de priorizar elementos clave para el desarrollo del TFG. Una vez cumplido con lo anterior, se procedió con un análisis preliminar de la información depurada, en miras de establecer resultados según los objetivos planteados. Como medios de verificación se contó con las guías de análisis documental para el objetivo 1 y 2, los resúmenes textuales de los documentos consultados (tanto de documentos propios de la Municipalidad de Cartago y de informes de gobiernos locales a nivel país, así como de escritos según país latinoamericano analizado), y los avances alcanzados (análisis y discusión) en esta etapa de la investigación.

Aunado a lo anterior, se aplicaron las entrevistas semiestructuradas para la recolección de datos. Dichas entrevistas se desarrollaron en dos momentos temporales: un primer momento en el que se consultó a 8 personas funcionarias municipales sobre las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago para la posible gestión de la EMS de la OMS/OPS; un segundo espacio en el que se consultó a una personas funcionarias municipal con amplio conocimientos sobre el funcionamiento de la Municipalidad de Cartago así como de la EMS de la OPS/OMS. Una vez efectuadas las entrevistas, se procedió con la transcripción, digitación y depuración de la información recuperada, con el fin de fortalecer el desarrollo del objetivo 1 y del objetivo 3 de la investigación. De igual manera, se procedió con un análisis preliminar de la información depurada, con el fin de perfilar resultados pertinentes para el cumplimiento del TFG. Como medios de verificación se cuenta con los consentimientos informados firmados por cada persona entrevistada, las

transcripciones de las entrevistas semiestructuradas aplicadas y los avances alcanzados (análisis y discusión) en esta etapa de la investigación.

Por último, en esta etapa se desarrolló la discusión y el análisis final de la información recopilada desde la revisión documental efectuada y las entrevistas semiestructuradas aplicadas, los cuales se triangularon con referente teórico pertinente y el criterio que como profesionales en Promoción de la Salud tuvieron los investigadores. Como medios de verificación se tienen los avances enviados a la tutora del TFG sobre el desarrollo de los objetivos de investigación planteados.

- ✓ **Evaluación ex-post:** se vivenció con el establecimiento de los lineamientos estratégicos para la incorporación de la EMS en la Municipalidad de Cartago, los cuales fueron el producto final de esta propuesta investigativa. Este proceso se acompañó de las recomendaciones realizadas por el comité asesor del TFG y finalizó con la entrega de los lineamientos a la Municipalidad de Cartago. Como medio de verificación se tiene el documento “Propuesta de Lineamientos Estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago”, el cual se puede consultar en el apartado de anexos del presente documento.

SECCIÓN VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para efectos de este proyecto, las conclusiones se presentan por objetivo, sin embargo, las recomendaciones se presentan desde un nivel global.

A. Conclusiones

Objetivo 1: Sobre las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago relacionadas con la gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS

En lo que respecta a **la capacidad humana**, el gobierno local de Cartago, específicamente desde el Área Social, cuenta con un recurso humano que podría considerarse para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS, ya que dispone de personas profesionales en diversas campos del saber (trabajo social, psicología, sociología, medicina, entre otros), lo que potenciaría que la Estrategia pueda ser puesta en práctica desde un trabajo multidisciplinario para la planificación y ejecución de acciones pensadas desde la diversidad que representan los determinantes sociales en la salud integral de los munícipes.

No obstante, se evidencia que el talento humano es limitado y escaso, lo que podría repercutir en un recargo de funciones al implementar la EMS en el quehacer institucional. Por ello, las personas funcionarias municipales consultadas concuerdan en que para implementar y gerenciar, de una mejora manera, la EMS, es necesario contar con personas profesionales formadas en Promoción de la Salud, así como la definición con mayor precisión de las funciones de cada Área Municipal asociadas con la posible gestión de la EMS.

Asimismo, se observa que el gobierno local de Cartago fomenta la estabilidad laboral y las oportunidades de formación continua para con sus personas funcionarias, pero que es necesario planificar y ejecutar acciones para capacitar al talento humano sobre la EMS y lo que implica el desarrollo de una Estrategia que se base en la Promoción de la Salud para promover el desarrollo integral de las poblaciones.

Por su parte, las personas funcionarias consultadas rescatan que la Municipalidad dispone de personas colaboradas con experiencia para gestionar y cumplir con las funciones que le sean designadas a lo interno de cada Área o Dependencia, así como de procesos de contratación acordes a cada puesto o cargo a cumplir, pero que se requiere fortalecer la profesionalización de puestos o funciones para acciones concretas que se piensen desde un

marco de Promoción de la Salud para gestionar el proceso de incorporación de la EMS en el gobierno local.

En lo que atañe a **la capacidad organizativa**, la GpRD que ha madurado a lo largo de los últimos años la Municipalidad de Cartago, la cual se aborda desde una planificación estratégica, podría facilitar que la EMS de la OPS/OMS sea incorporada como un eje transversal en el quehacer institucional, ya que favorecería que las acciones que el gobierno local desarrolle cuenten con un componente de Promoción de Salud para el fomento de calidad de vida en el cantón, perfilando así a la municipalidad como una institución comprometida con la salud integral de sus pobladores.

A su vez, las vías de comunicación de las que dispone esta municipalidad pueden ser útiles para la gestión de EMS de la OPS/OMS, ya que contar con variedad de herramientas para comunicar (redes sociales, página web, correo electrónico, reuniones o mesas de trabajo abiertas al público en general, entre otras) potencia que las acciones propuestas por el gobierno local sean del conocimiento de los munícipes, fomentando así la participación y el involucramiento comunitario, lo cual es esencial para la EMS, pues la misma tiene sus cimientos en el involucramiento activo de las comunidades para la identificación de las necesidades en salud prioritarias a abordar.

Ahora bien, el liderazgo con el que cuenta el gobierno local de Cartago, según las personas funcionarias consultadas, es percibido como positivo, lo cual favorece una posible implementación de la EMS de la OPS/OMS, ya que se dispone de una figura líder concebida como favorable al fomento de un gobierno local que impacte el desarrollo integral de las poblaciones.

Por su parte, los gobiernos locales en Costa Rica cuentan con la ventaja de tener bien delimitado el espacio geográfico que le corresponden atender, lo que de la mano con las acciones para identificar las características de sus poblaciones potencia una oferta de servicios pensadas en las reales necesidades de sus pobladores, caso del cual la Municipalidad de Cartago, como se aprecia, no escapa, pues cuenta con un espacio geográfico delimitado y con herramientas y bases (como análisis FODA comunitarios o Planes de Desarrollo Local), para planificar con base en los intereses y las necesidades de sus pobladores. Esto, desde una visión de Municipio Saludable es considerable, pues podría contribuir a que las acciones planificadas busquen realmente responder a los intereses y las necesidades de salud de las comunidades, con el fin de generar bienestar.

Ahora bien, sobre **la capacidad institucional** se arroja que el gobierno local de Cartago dispone de un proceso de rendición de cuentas robusto y transparente, el cual potencia que las acciones ejecutadas sean valoradas por la comunidad, en pos de mejoras para un mayor desarrollo social. Esto podría apoyar la incorporación y el conocimiento de la EMS de la OPS/OMS por parte del conglomerado, ya que se facilitaría una comunicación para que los pobladores comprendan la visión que persigue la municipalidad para potenciar el bienestar y el desarrollo integral de las personas.

Ahora bien, la eficiencia en el aprovechamiento de recursos, según las personas colaboradoras consultadas, se busca realizar al máximo, ya que los recursos de los que dispone el gobierno local son empleados y se realizan los procesos necesarios para obtener recursos, mediante alianzas con entidades públicas y privadas, que contribuyan a la gestión de los diversos procesos. Por su parte, la eficacia en el alcance de metas se aprecia que ha mejorado desde la incorporación de la GpRS en el gobierno local, con la cual las metas y objetivos organizacionales fueron mejor definidos y orientados hacia el logro de acciones específicas.

Finalmente, desde normas y reglamentos, si bien los gobiernos locales de Costa Rica disponen de una amplia gama de acuerdos que delimitan sus funciones, estas aún no cuentan con un base legal que clarifique las funciones que le atañen, a una Municipalidad, desde una esfera de Promoción de la Salud, pues las funciones se limitan a una prestación de servicios para el mejoramiento del hábitat humano y no desde una prestación de servicios integral que verdaderamente impacte los determinantes de permean la salud de las poblaciones. De aquí la importancia que los gobiernos locales desarrollen y potencien sus capacidades para gestionar y ofertar servicios que impacten el desarrollo integral y la promoción de la salud de sus pobladores.

En cuanto a **la capacidad política**, esta se perfila como una de las capacidades más sólidas para la implementación de la EMS de la OPS/OMS en la municipalidad de Cartago, pues los gobiernos locales en Costa Rica, al disponer de autonomía administrativa y política, cuentan con libertad para la creación de políticas públicas locales acordes con los intereses y motivaciones que como institución se persigan, con el fin de responder así a las necesidades particulares de las poblaciones que tengan bajo su jurisprudencia. Además, se aprecia que el gobierno local de Cartago cuenta con experiencia en la incorporación de normas, leyes y políticas públicas tanto internacionales como nacionales, bajándolas a un nivel local desde la

adaptación o la creación de políticas públicas acordes con las necesidades de sus municipios, con el fin de contribuir en el desarrollo integral de los mismos.

Por su parte, se logra evidenciar que la municipalidad de Cartago dispone de una cartera amplia de instituciones y organizaciones con las cuales colabora o ha colaborado para la ejecución de diversas acciones, lo cual puede ser favorable desde una visión de municipio saludable, ya que los procesos que se gerencien desde esta visión deben ser abordados desde la multisectorialidad, involucrando y fomentando el compromiso para con la salud y el bienestar de las poblaciones.

Finalmente, **la capacidad financiera** es la que se perfila como la menos favorecedora para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS, ya que si bien se cuenta con un considerable recurso financiero, este no puede ser empleado con total libertad, pues son recursos que deben ser destinados para un fin específico, como el caso de ingresos por servicios de agua apta para el consumo humano, los cuales deben ser empleados exclusivamente para este fin.

Si bien los gobiernos locales en Costa Rica disponen de autonomía financiera, esta como se pudo apreciar es una autonomía condicionada, pues los recursos no pueden ser empleados con total libertad, lo que lleva a la necesidad de generación de otras fuentes de ingresos para poder ejecutar acciones que no se encuentren respaldadas por un acuerdo de ley o por una normativa. De aquí la importancia de bien definir una política pública o una normativa que delimite las acciones que un gobierno local debe ejecutar para promover salud en las poblaciones, definiendo a su vez las fuentes de ingresos económicos para el logro de dichos objetivos.

Objetivo 2: Sobre los mecanismos de incorporación de la EMS de la OPS/OMS en los gobiernos locales de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú

A partir de la revisión bibliográfica realizada se identifica que los gobiernos locales analizados tienen un alto nivel de desconcentración del gobierno central, independientemente de si son un una república federal o no, esto aunado a sus niveles de autonomía ha permitido que cada municipio adapte las políticas y leyes nacionales según su capacidad resolutive.

Por otra parte, se identifica que los países analizados han pasado por reformas sociales que modificaron las funciones y razón de ser las municipalidades, asimismo, dichas reformas

provocaron que el sector salud también se viera afectado y en algunos casos la atención primaria asignó de forma exclusiva a los municipios.

A nivel de financiamiento, se evidencia que existen tributos especiales que son captados directamente por las municipalidades, sin embargo, como medida de distribución y de equidad social se han creado fondos municipales que promueven la justa repartición de los recursos, tal es el caso de Chile y Brasil, cuyo Fondo Municipal permite que los municipios con menor extensión territorial y menor población aumente sus ingresos mediante estos fondos.

En cuanto a la asignación de recursos para que los municipios ejecuten programas de salud, se observa que desde la Constitución Política de cada país se garantiza la “salud” como un derecho o garantía social, en ese sentido es responsabilidad del Estado velar porque la población tenga acceso a servicios de esta índole, y en este caso asigna fondos a los gobiernos locales, para que desde un tercer nivel se garanticen servicios de salud acorde a las necesidades poblacionales.

Aunado a esto, se nota que la EMS surge como respuesta a las necesidades sentidas de la población, ya sea un contexto social injusto o bien una modificación en el perfil epidemiológico de la población, estas razones se vieron respaldadas por la voluntad política del alcalde de turno, dejando en evidencia que este es un factor de éxito para que la Estrategia se desarrolle.

Otra apreciación sobre la incorporación de la EMS en los países de estudio gira en torno a la relevancia que tienen la sociedad civil y las instancias técnicas, en este caso representadas por las universidades que en su momento mediante convenios colaboraron con los gobiernos locales para el desarrollo de programas en salud. Por otra parte, se resalta la importancia de los procesos de sensibilización, tanto del municipio como de las personas que viven en él, ya que una de las principales conclusiones se orienta a definir la salud como un producto social, es en este momento donde los determinantes sociales de la salud cobran importancia pues la revisión bibliográfica mostró que la sostenibilidad de la EMS depende de las interacciones comunitarias.

Objetivo 3: Sobre la vinculación de las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago y la incorporación de la EMS en los países seleccionados

Al vincular la información obtenida sobre las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago y la incorporación de la EMS en los países analizados, se evidencia que a nivel nacional la legislación no estipula de manera explícita que los gobiernos locales deban ofertar servicios de salud; sin embargo, tampoco lo prohíbe, esto permite que los gobiernos locales desarrollen proyectos orientados a mejorar el bienestar y calidad de vida de sus munícipes.

Se debe recordar que la prestación de servicios de salud de atención directa a las personas le compete al nivel central, en este caso representado por la Caja Costarricense de Seguro Social, esta es una de las diferencias que presenta el sistema de salud costarricense en comparación con los países analizados, pues en el caso de dichos países el sistema de salud se encuentra descentralizado, es por ello que los gobiernos locales de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú prestan servicios de salud atención directa a sus munícipes.

Por otra parte, se evidencia que los proyectos de carácter social son volátiles, en el caso de que haya cambio de gobierno dichos programas pueden ser eliminados o pausados y con ello se interrumpirían los procesos en salud que el gobierno saliente haya establecido, a menos de que ya exista una política pública cantonal que los respalde. En cuanto al tema financiero, se observa que los recursos que percibe la Municipalidad de Cartago están destinados a otros servicios que, si bien son recursos abundantes, el presupuesto que queda libre para la implementación y desarrollo de proyectos sociales, es limitado.

Por su parte, la vinculación de los objetivos uno y dos de esta investigación dan como resultado los temas en los cuales se deben enfocar los lineamientos estratégicos para que la Municipalidad de Cartago pueda incorporar la EMS en su quehacer institucional, dando respuesta al objetivo general del presente proyecto. Por otra parte, para la implementación efectiva de la EMS en la Municipalidad de Cartago es fundamental la planificación estratégica, pues tal como se vio en el análisis de los países de estudio, este elemento en conjunto con la voluntad política permite la sostenibilidad de los proyectos desarrollados en el ámbito local.

Además, se rescata que la EMS es una aliada valiosa ya que invita a realizar procesos de sensibilización a nivel comunitario y de los representantes de diversas organizaciones,

sobre la importancia de percibir la salud más allá de la ausencia de enfermedad pues prioriza el empoderamiento y la participación social, mediante proyectos en los que la comunidad se ve beneficiada e impactan los determinantes sociales de la salud de la localidad.

Finalmente, al analizar la posibilidad de extender esta investigación hacia otras municipalidades, se pudo observar que es necesario un proceso diagnóstico, en el que se tomen en cuenta las necesidades de cada municipio, así como los recursos con los que cuenta y sus capacidades de ejecución e injerencia en la política local. A partir de la investigación realizada es posible concluir que la participación de una persona profesional en promoción de la salud es fundamental para el desarrollo de la EMS, por lo que las municipalidades representan una fuente o nicho de trabajo para estos profesionales.

B. Recomendaciones

Como resultado del trabajo realizado, se identifican tres sectores a los que se les pueden brindar recomendaciones, mismos que se describen a continuación:

❖ Recomendaciones a nivel país:

Según la información recopilada, el lugar que asigne el país para la salud y la conceptualización que realice sobre esta, así será la posibilidad de transversalizar el término a las organizaciones descentralizadas, en este caso a los gobiernos locales, mediante políticas públicas con recursos propios, que no dependan de la variabilidad de cada gobierno (local) de turno. Para ello se recomienda que las autoridades cuyo rol corresponde a la rectoría en salud, establezcan temas comunes que se pueda desarrollar mediante políticas de salud y que sean de carácter obligatorio para los cantones, de esta forma se garantizará la sostenibilidad de los proyectos en salud que deriven de dicha política.

❖ Recomendaciones para la Escuela de Salud Pública:

Se le recomienda a la institución promover el desarrollo de TFG con un enfoque de multisectorialidad, donde los egresados pueda poner en práctica sus conocimientos en gestión y política pública en salud, asimismo, se recomienda la creación de vínculos con gobiernos locales, donde ambos puedan verse beneficiados, mediante el apoyo técnico y profesional de personas estudiantes que desean obtener su grado de licenciatura.

Además, desde a formación docente, se considera necesario fortalecer el enfoque de política pública y gestión, con la finalidad de despertar interés en los estudiantes de promoción de la salud sobre temas como el trabajo multisectorial y, que al mismo tiempo esto

les permita analizar la realidad social bajo el lente de los determinantes sociales de la salud, así como asumir el reto de desarrollar trabajos e investigaciones desde un enfoque de política saludable.

❖ **Recomendaciones para la Municipalidad de Cartago:**

En vista que el componente político- legal tienen un peso preponderante en el desarrollo de acciones en salud desde un ámbito local, que los procesos en salud dependen de la voluntad política del alcalde de turno, que a nivel país no existe respaldo para que un gobierno local desarrolle acciones de esta índole y que el Código Municipal es ambiguo, se recomienda a la Municipalidad plantear políticas locales cantonales que le den respaldo a los proyectos de impacto para la salud, asimismo se les recomienda buscar apoyo en instancias universitarias y crear convenios que propicien investigaciones en el tema de promoción de la salud.

Aunado a lo anterior, se recomienda a la Municipalidad de Cartago incorporar en su recurso humano una persona profesional en Promoción de la Salud. La participación de esta persona profesional puede contribuir con el desarrollo de proyectos sobre problemáticas específicas que afecten la salud de los munícipes, partiendo de un diagnóstico previo sobre las necesidades de los pobladores del cantón; además, contar con una persona profesional en PS puede contribuir con una mejor gestión de las acciones de promoción de la salud, así como la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local. Se exhorta también a disponer de una base de datos actualizada sobre los perfiles del personal municipal, con énfasis en la identificación de personal con formación o conocimiento de la EMS de la OPS/OMS y/o promoción de la salud.

ALCANCES Y LIMITACIONES FINALES

En todo proceso investigativo existe una fase de planeación o logística donde se establecen los momentos del proceso que deben cumplirse a cabalidad para culminar el trabajo con éxito. De las variaciones o imprevistos que surjan a lo largo de la investigación, se determinarán los alcances y las limitaciones de dicho proceso.

Alcances

En el caso de este Trabajo Final de Graduación, el primer alcance que se puede identificar es **la elaboración de los lineamientos estratégicos para incorporar la EMS en la Municipalidad de Cartago**, este es el producto principal de la investigación y surge gracias a la colaboración de personas funcionarias de la Municipalidad y la exhausta revisión bibliográfica sobre 5 países que han desarrollado dicha Estrategia de forma exitosa.

Se debe recalcar que la elaboración de los lineamientos responde a otro alcance de esta investigación, en este caso es **la apertura de la municipalidad de Cartago con respecto al desarrollo de actividades en salud**, que van más allá de la prestación de servicios cuya finalidad es el mejoramiento del hábitat humano. Si bien la Municipalidad ya contaba con actividades y proyectos orientados a mejorar la salud de sus habitantes, este proyecto sensibilizó a las personas funcionarias sobre la importancia del desarrollo de actividades en salud.

Aunado a lo anterior, se considera como un alcance el reconocimiento de los **procesos multisectoriales como agentes facilitadores de la promoción de la salud**, ya que, a partir de la revisión bibliográfica realizada, se evidenció que en los países de estudio la multisectorialidad fue una constante para incorporar la promoción de la salud en el quehacer de los gobiernos locales. Asimismo, se identificaron los gobiernos locales como **escenarios novedosos para la incorporación de personas profesionales en promoción de la salud** como otro alcance de esta investigación, este punto se relaciona con el anterior ya que la persona profesional en promoción de la salud viene a ser ese agente aglutinador de actores sociales que potencia y gestiona los procesos de salud desde la institucionalidad, en este caso desde un gobierno local.

Por otra parte, la elaboración de este proyecto representa un **acercamiento al desarrollo de la Estrategia de Municipios Saludables en Costa Rica**, puesto que hasta la fecha solo se registra la experiencia de una municipalidad en San Carlos, pero esta no prosperó, no obstante la intención de la Municipalidad de Cartago, de querer certificarse

como gobierno local saludable, la posicionaría como la primera en obtener esta certificación en el país y la primera en incluir en su cartera de servicios proyectos en salud.

Finalmente, a partir de la revisión bibliográfica realizada para analizar la incorporación de la Estrategia en los países seleccionados, **se creó un diagnóstico sobre el desarrollo de la ESM a nivel de región**, pues a partir de la creación de los antecedentes se identificó que la amplitud de la estrategia determinaba la manera en la que cada municipio decidía incorporarla.

Limitaciones

La **pandemia de Covid-19** figuró como una limitación para el desarrollo y culminación de este TFG, en primer lugar obligó a modificar los objetivos de la propuesta ya que, debido a las restricciones sanitarias las reuniones de trabajo presenciales no se podían realizar, lo que impidió el desarrollo de actividades como un grupo focal y un taller que se debía ejecutar con personas funcionarias de la municipalidad. Como consecuencia de lo anterior, el cronograma tuvo que atrasarse con el objetivo de esperar que la crisis sanitaria disminuyera, sin embargo esto no sucedió.

Prosiguiendo, al **modificar algunos elementos del TFG** fue necesario contar con el visto bueno de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Salud Pública, esto generó más atrasos en la ejecución del trabajo, pues la aprobación estaba supeditada al cronograma de dicha Comisión, y en caso de ser aceptadas las modificaciones, debía reestructurarse, lo que tomaría más tiempo de lo debido.

Igualmente, la **virtualización de las actividades como consecuencia de la Covid-19** fue una limitante, ya que una de las autoras del proyecto tuvo que cambiar de domicilio a un lugar alejado del Gran Área Metropolitana, y con poca recepción de señal para internet, situación que también influyó en los tiempos para el desarrollo de la propuesta, ya que la codificación y análisis de datos se interrumpió.

Otra limitante fue el cambio de **gobierno de la Municipalidad de Cartago**, esto provocó que muchos de los programas de la municipalidad relacionados con la prestación de servicios de salud se suspendieran, pusieran en pausa o se disminuyera su presupuesto, por ejemplo; los programas de la Casa de la Salud no se siguen desarrollando. Esto afecta ya que uno de los grandes componentes para la incorporación de la EMS es la voluntad política. El alcalde actual limitó su apoyo al Área Social de la Municipalidad, quien era la encargada de desarrollar acciones en salud/promoción de la salud. Aunado a esto, hubo **dificultad para**

coincidir con agendas de las personas funcionarias, ya que ellas solamente podían atender o responder entrevistas en su tiempo libre.

Otra limitante en el desarrollo de esta investigación fue la **falta de antecedentes o de experiencias de municipios saludables en el país**, la falta de referentes implicó crear una línea base de las capacidades de una municipalidad para implementar acciones de promoción de la salud, y posteriormente, comparar la información con gobiernos locales de otros países, cuyo régimen municipal es diferente al de Costa Rica.

REFERENCIAS

- Abalos, M. (2003). *El régimen municipal argentino, después de la reforma nacional de 1994. Cuestiones constitucionales*. [Archivo PDF]. <https://www.redalyc.org/pdf/885/88500801.pdf>
- Acción Social. (2003). *Guía de Evaluación de Programas y Proyectos Sociales*. Plataforma de ONG de Acción Social. <http://www.plataformavoluntariado.org/ARCHIVO/documentos/recursos/guia-de-evaluacion-de-programas-y-proyectos-sociales.pdf>
- Adriano, J., Werneck, G., Santos, M., y Souza, R. (2000). A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 53-62. <https://scielosp.org/article/csc/2000.v5n1/53-62/>
- Alcalde-Rabanal, J., Lazo-González, O. y Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53(2), 243-254. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es&tlng=es.
- Alessandro, L. (2002). *Municipios saludables: una opción de política pública*. OPS. https://books.google.co.cr/books?id=jHqZBIDP7oIC&pg=PA30&lpg=PA30&dq=municipios+saludables+en+costa+rica&source=bl&ots=CPq0OUaoYr&sig=0UMJPoYPFYtikgVIUeBieSnwSQU&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi1t4jH7qHaAhWB61MKHfC8C_cQ6AEIWDAAH#v=onepage&q=municipios%20saludables%20en%20costa%20rica&f=false
- Alessandro, L. (2003). *Municipios saludables: una opción de política pública*. [Archivo PDF]. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6249/2002-ARG-municipios-saludables.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Arruda, J. (2013). *Municípios Saudáveis e Empoderamento: um estudo de caso em São Joaquim do Monte/PE, no período de 2009 a 2012*. [Tesis de posgrado, Universidad de Pernambuco]. <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11383/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20JANETE%20ARRUDA%20ARAUJO.pdf>

- Ávila, A. (2012). *Incidencia ciudadana como instrumento de participación*. [Archivo PDF]. http://www.tse.go.cr/pdf/fasciculos_capacitacion/la-incidencia-ciudadana-como-instrumento-de-participacion.pdf
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2017). *Construyendo capacidades institucionales para implementar PDP: el caso de las políticas de promoción del diseño en la Argentina*. [Archivo PDF]. <https://publications.iadb.org/en/publication/14065/construyendo-capacidades-institucionales-para-implementar-pdp-el-caso-de-las>
- Barragán, H. (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. Universidad Nacional de la Plata. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo__.pdf?sequence=4
- Barrantes, R. (2013). *Investigación. Un enfoque cualitativo cuantitativo*. EUNED.
- Becerril, V., Medina, G., y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, 53(2), 120-131. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s120-s131/es>
- Becerril, V., Reyes, J. y Annik, M. (2010). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(1), 132-143. https://www.researchgate.net/publication/262501559_Sistema_de_salud_de_Chile
- Belló, M. y Becerril-Montekio, V. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(2), 1-15. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>
- Berráez, D. (2014). *Planificación Estratégica*. [Archivo PDF]. <https://es.slideshare.net/Tervina/vinculacion-de-estrategia>
- Böhm, L. (2007). *Manual de Planificación Estratégica Municipal*. [Archivo PDF]. <http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/Manual%20de%20Planificaci%F3n%20Estrat%E9gica%20Municipal.PDF>
- Cáceres, P. (2015). Gobierno, autonomía y democracia local. Apuntes para una teoría normativa. *RIEM*, 12(6), 197-215. <http://revistariem.cl/index.php/riem/article/download/49/33/>
- Cavalcante, Z. (2006). Brasil: el régimen jurídico municipal. *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Autónoma de México*, 1(1), 57-93.

http://atlasflacma.weebly.com/uploads/5/0/5/0/5050016/el_rgimen_juridico_municipal_brasil.pdf

Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis. (2019). *Líneas Orientadoras para Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCCS) en la Región de las Américas*. [Archivo PDF]. <http://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc/wp-content/uploads/2019/06/Lineamientos-Orientadores-Municipios-Ciudades-y-Comunidades-Saludables-MCCS.pdf>

Chávez, B. y Arbalaéz, M. (2007). La estrategia de municipios saludables como política pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 1(26), 40-49. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v26n1/v26n1a05.pdf>

Completa, E. (2017). Capacidad estatal: ¿qué tipo de capacidades y para qué tipo de estado? *Revista de Reflexión y Análisis Político*, 22(1), 111-140. <https://www.redalyc.org/html/522/52251158004>

Congreso de la República, Perú. (1993). *Constitución Política de Perú*. [Archivo PDF]. <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/per127779.pdf>

Contraloría General de la República. (2002). *Informe No. DFOE-SM-233/2002. Análisis y opinión sobre la gestión de los Gobiernos Locales*. [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/2002/igm-2002.pdf>

Contraloría General de la República. (2006). *Análisis y Opinión sobre la gestión de los gobiernos locales. Segundo informe*. [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/igm-2005.pdf>

Contraloría General de la República. (2007). *Análisis y opinión sobre la gestión de los Gobiernos Locales en el periodo 2006. Tercer informe*. [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/igm-2006.pdf>

Contraloría General de la República. (2009). *Análisis y Opinión sobre la Gestión de los Gobiernos Locales en el periodo 2008. Cuarto informe*. [Archivo PDF].

<https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/igm-2008.pdf>

Contraloría General de la República. (2010). *Análisis y Opinión sobre la Gestión de los Gobiernos Locales en el periodo 2009. Quinto informe.* [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/igm-2009.pdf>

Contraloría General de la República. (2011). *Análisis y Opinión sobre la Gestión de los Gobiernos Locales en el periodo 2010. Sexto informe.* [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/igm-2010.pdf>

Contraloría General de la República. (2012). *Resultados del Índice de Gestión Municipal del periodo 2011. Séptimo informe.* [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/igm-2011.pdf>

Contraloría General de la República. (2013). *Resultados del Índice de Gestión Municipal del periodo 2012. Octavo informe.* [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/igm-2012.pdf>

Contraloría General de la República. (2014). *Resultados del Índice de Gestión Municipal del periodo 2013. Noveno informe.* [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/igm-2013.pdf>

Contraloría General de la República. (2015). *Resultados del Índice de Gestión Municipal del periodo 2014. Décimo informe.* [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/igm-2014.pdf>

Contraloría General de la República. (2016). *Resultados del Índice de Gestión Municipal del periodo 2015. Undécimo informe.* [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/igm-2015.pdf>

- Contraloría General de la República. (2017). *Índice de Gestión Municipal. Resultados del periodo 2016. Duodécimo informe.* [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/igm-2016.pdf>
- Contraloría General de la República. (2018). *Índice de Gestión Municipal. Resultados del periodo 2017. Decimotercer informe.* [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/2017/igm-2017.pdf>
- Contraloría General de la República. (2019). *Índice de Gestión Municipal. Resultados del periodo 2018. Decimocuarto informe.* [Archivo PDF]. <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/2018/igm-2018.pdf>
- Cornejo, R. (2018). Estrategias y mecanismos para la convergencia de los acuerdos comerciales en América Latina. *Banco Interamericano de Desarrollo.* [Archivo PDF]. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8918/Estrategias-y-mecanismos-para-la-convergencia-de-los-acuerdos-comerciales-en-America-Latina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Costa Rica. (1949). *Constitución política de la República de Costa Rica.* Imprenta Nacional. <http://pdba.georgetown.edu/Parties/CostaRica/Leyes/constitucion.pdf>
- Dazarola, G. (2018). *Marco Jurídico de las Municipalidades Principales Disposiciones Normativas.* [Archivo PDF]. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25833/1/GRID_Marco_Juridico_Municipalidades_GD_Def.pdf
- Del Giorgio, A. (2016). *Programa de especialización en gestión pública. Centralización, Descentralización, Desconcentración y Delegación.* [Archivo PDF]. https://www.researchgate.net/profile/Federico_Del_Giorgio_Solfa2/publication/262180911_Centralizacion_Descentralizacion_Desconcentracion_y_Delegacion/data/00b49536d441fd68f3000000/Descentralizacion-desconcentracion-y-delegacion-Del-Giorgio-Solfa.pdf
- Di Pietro, L. (2007). *Fortalecimiento de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, Guía para referentes provinciales.* [Archivo PDF].

- http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/Publicaciones_107.pdf
- Díaz, I. (s.f). Chile, el Gobierno Local. *Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Unam*, 1(1), 95-147. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2545/8.pdf>
- Difalco, D. (2010). La autonomía municipal. *Anales de la facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 40(1), 479-488. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/21012/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Diputación de Almería. (2011). *Guía para la realización de planes de desarrollo local documento de trabajo*. [Archivo PDF]. [http://www.dipalme.org/servicios/anexos/anexos.nsf/Vanexos/4E1E64E6367E7993C1257889005B356A/\\$file/Gu%C3%ADa%20Planes%20desarrollo%20local.pdf](http://www.dipalme.org/servicios/anexos/anexos.nsf/Vanexos/4E1E64E6367E7993C1257889005B356A/$file/Gu%C3%ADa%20Planes%20desarrollo%20local.pdf)
- Duque, N. (2012). Análisis de factores de capacidad institucional en municipios pequeños de los departamentos de Boyacá y Cundinamarca. *Administración Universidad del Valle*, 28(47), 10-24. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-46452012000100002
- Equipo de la Dirección de Municipios y Comunidades Saludables. (2018). *Lineamientos estratégicos para la gestión 2017-2020*. [Archivo PDF]. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001056cnt-lineamientos-estrategicos-2017-2020.pdf>
- Eslava-Castañeda, J. (2006). Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 106-115. <http://www.redalyc.org/pdf/422/42209909.pdf>
- Estaba, R. (2008). Habilidades comunicacionales del gerente contemporáneo. *Telos*, 10(1), 139-153. <https://www.redalyc.org/pdf/993/99318315010.pdf>
- Evangelos, A. (2014). *O Movimento Cidades Saudáveis e seu desenvolvimento no Brasil*. [Tesis de maestría, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro]. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/22868/1/ve_Evangelos_Adriano_ENSP_2014
- Farfán, A. (2016). *La suplencia de los miembros del ayuntamiento en el estado de México análisis de su reiteración y temporalidad*. [Tesis de licenciatura, Universidad

- Autónoma del Estado de México].
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/63998/ALFREDO%20FARFAN-split-merge.pdf?sequence=3>
- FEDOMU. (2009). *Guía para la Formulación del Plan Operativo Anual (POA) Municipal*. Mediabyte, S.R.L. [Archivo PDF]. <http://fedomu.org.do/wp-content/uploads/2016/05/Guia-Para-la-Formulaci%C3%B3n-del-Plan-Operativo-Anual-POA-Municipal.pdf>
- Fernández, J. (2013). La administración del Estado y las municipalidades en Chile. *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, México*. 32(1), 148-160.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472013000200009
- Francisco, R. (2011). *Concepto de Marco Legal*. [Archivo PDF].
<https://es.scribd.com/doc/75951216/Concepto-de-Marco-Legal>
- Freigedo, M. (2013). Las capacidades institucionales en el marco de la descentralización fiscal de los gobiernos sub nacionales en Uruguay: un análisis de tres gobiernos frenteamplistas. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, 3(5), 11-43.
<http://revistas.unla.edu.ar/perspectivas/article/view/631>
- Gaffikin, L. (2013). *Historia, Estado y Determinantes de la Salud en el Área Focal de Osa y Golfito*. [Archivo PDF].
http://inogo.stanford.edu/sites/default/files/Informe%20Salud%20INOGO%20Mayo%202013_2.pdf
- Gómez, C. (2017) El Sistema de Salud en México. *Revista Conamed*, 22(3), 10-25. Dialnet-ElSistemaDeSaludEnMexico-6434801.pdf
- Gómez, P. (2009). Principios básicos de la bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 55(1), 230-233.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf
- Gómez-Dantés O., Sesma S., Becerril VM., Knaul FM., Arreola H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública México*, 53(2), 220-232.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

- Guardián, A. (2007). *El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa*. IDER.
<https://web.ua.es/en/ice/documentos/recursos/materiales/el-paradigma-cualitativo-en-la-investigacion-socio-educativa.pdf>
- Guerrero, L. y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 53(1), 610-633.
<http://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf>
- Harrison, J. y John, C. (2009). *Fundamentos de la dirección estratégica*. (2ª edición). Paraninfo CengageLearning.
- Hernández, R., Collado, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición. McGRAW-HILL.
<https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Instituto de Investigaciones Legislativas. (2001). *EL Municipio Mexicano*. [Archivo PDF].
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3185/7.pdf>
- Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos. (1979). *Informe Belmont: principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. [Archivo PDF].
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Instituto Nacional para el federalismo y el desarrollo Municipal. (s.f). *Marco Jurídico y Reglamentación Municipal*. [Archivo PDF].
http://www.inafed.gob.mx/work/models/inafed/Resource/335/1/images/guia02_marco_juridico.pdf
- Jefatura de Gabinete de Ministros. (2016). *Diagnóstico sobre ciudades y desarrollo urbano-Argentina 2030*. [Archivo PDF].
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/doc_diagnostico_ciudades_2030_1.pdf
- Jinesta, E. (2014). Administración pública municipal (Costa Rica). *Revista de Ciencias Jurídicas*, 135(1), 123-174.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/juridicas/article/view/21541>
- Jinesta, E. (2017). *Desafíos y dilemas jurídicos de la transferencia de competencias del Poder Ejecutivo a las Municipalidades: La reforma del artículo 170 de la Constitución Política*. [Archivo PDF]. <https://vlex.co.cr/vid/desafios-dilemas-juridicos-transferencia-685320701>

- Latapí, J. (2015). *Ciudades saludables en el contexto internacional. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.* [Archivo PDF]. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L26_ANM_Ciudades_saludables.pdf
- Lazo-Gonzales O., Alcalde-Rabanal J. y Espinosa-Henao, O. (2016). *El sistema de salud en Perú: situación y desafíos.* [Archivo PDF]. <http://web2016.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru-.pdf>
- Ley N°. 8080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 de setiembre, 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Ley N°. 7794 de 1998, Código Municipal. 18 de mayo de 1998. <http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/codigomunicipal.pdf>
- Ley N°. 27972 de 2003. Ley Orgánica de Municipalidades. 27 de mayo de 2003. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/BCD316201CA9CDCA05258100005DBE7A/\\$FILE/1_2.Compendio-normativo-OT.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/BCD316201CA9CDCA05258100005DBE7A/$FILE/1_2.Compendio-normativo-OT.pdf)
- Llorca, E., Amor, M., Begoña, M., Márquez, F., Gómez F. y Ramírez, R. (2010). Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 24(6), 435-436. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000600001&lng=es&tlng=es.
- López, M. (2003). Argentina Algunos aspectos del régimen municipal. *Acervo de la Biblioteca Jurídica virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 1(1), 1-29. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2545/5.pdf>
- Machado, M. y Pereira, S. (2002). Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 89-93. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100012
- Manyari, E. (2007). Perú: el Régimen Municipal. *Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 1(1), 579-611. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2545/22.pdf>

- Mardones, R. (2008). Descentralización: una definición y una evaluación de la agenda legislativa chilena (1990-2008). *EURE*, 34(102), 39-60. <https://www.redalyc.org/pdf/196/19610203.pdf>
- Marín, O. (1989). *Régimen Municipal. La Municipalidad y la Democracia*. EUNED. https://books.google.co.cr/books?id=oyYf4S1aRIIC&pg=PT65&lpg=PT65&dq=MARIN+OSCAR,+REGIMEN+MUNICIPAL&source=bl&ots=6Bkx4wnMqS&sig=ACfU3U2f9nJ4erfr7uOu9eGK_dRWXV_PQw&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjy6XJ28HgAhWpslkKHdr_DIIQ6AEwCnoECAQQAQ#v=onepage&q=MARIN%20OSCAR%2C%20REGIMEN%20MUNICIPAL&f=false
- Mejías, C. (s.f.). *La autonomía municipal en Costa Rica: Una perspectiva desde la realidad y desde la Constitución*. [Archivo PDF]. http://www.academia.edu/15812853/LA_AUTONOM%C3%8DA_MUNICIPAL_EN_COSTA_RICA_Una_perspectiva_desde_la_realidad_y_desde_la_Constituci%C3%B3n
- Mendes, R. (2000). *Cidades Saudáveis no Brasil e os Processos Participativos: os casos de Jundiá e Maceió*. [Tesis doctoral, Universidad de Sao Paulo]. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06112004-211843/publico/mendes2000.pdf>
- Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. (2018). *Oficina de información diplomática: República Federativa de Brasil. Ficha país*. [Archivo PDF]. http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/BRASIL_FICHA%20PAIS.pdf
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Costa Rica (2016). *Marco conceptual y estratégico para el fortalecimiento de la Gestión para Resultados en el Desarrollo en Costa Rica*. [Archivo PDF]. https://www.hacienda.go.cr/docs/5b61d2fe3e3ba_Marco%20conceptual%20y%20estrategico%20para%20el%20fortalecimiento%20de%20la%20GpRD%20en%20Costa%20Rica.pdf
- Ministério da Saúde. (2015). *Política Nacional de Promoção da Saúde Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*. [Archivo PDF]. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Orientaciones Técnicas: Municipios, Comunas y Comunidades Saludables*. [Archivo PDF]. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/09/ANEXO-7-PROMOCI%C3%93N-DE-SALUD.pdf>

- Ministerio de Salud de Argentina. (2013). *Derecho a la Salud, 200 años de políticas sanitarias en Argentina*. [Archivo PDF]. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ministerio/libro-el-derecho-a-la-salud/libro-el-derecho-a-la-salud.200-a%C3%B1os-de-politicas-sanitarias-en-argentina.pdf>
- Ministerio de Salud de Brasil. (2002). *Seminario Internacional sobre Tendencias y Desafíos de los Sistemas de Salud en las Américas*. [Archivo PDF]. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-213.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2015). *Municipios, comunas y comunidades saludables orientaciones técnicas*. [Archivo PDF]. [http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20OT%20FINAL\(3\).pdf](http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20OT%20FINAL(3).pdf)
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2004). *Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica*. [Archivo PDF]. <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011). *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico del Ministerio de Salud*. [Archivo PDF]. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/310-modelo-conceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud/file>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). *Análisis de la situación de salud de Costa Rica*. [Archivo PDF]. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costarica/file>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2017). *Plan Nacional de Promoción de la Salud 2016-2025*. [Archivo PDF]. http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/direcciones/plan_nacional_de_promocion_de_la_salud_documento_diagramacion.pdf
- Ministerio de Salud de Perú. (2003). *Red de Municipios y Comunidades Saludables del Perú*. [Archivo PDF]. http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/224_CPS5.pdf
- Ministerio de Salud de Perú. (2005). *Programa de Municipios y Comunidades Saludables*. [Archivo PDF]. http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/834_MS-PROM33.pdf

- Ministerio de Salud de Perú. (2006). *Implementación de redes locales multisectoriales de desarrollo juvenil*. [Archivo PDF]. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/servicios/susaludesprimero/adolescente/doctecnicos/multisectorialidad.pdf>
- Moreno, A. Acastro, A. y Cabezado, C. (2009). *Guía: Alianzas y Trabajo Multisectorial*. [Archivo PDF]. https://energypedia.info/images/a/aa/Alianzas_y_trabajo_multisectorial_-_2009.pdf
- Muga, J. (2014). *La indagación apreciativa: una metodología de Desarrollo Organizacional para el cambio en la empresa*. [Archivo PDF]. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138860/La-indagaci%C3%B3n-apreciativa.pdf?sequence=1>
- Municipalidad de Cartago. (2009). *Plan de Desarrollo Humano Local del Cantón de Cartago, 2010-2020*. [Archivo PDF]. https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/2010_2020.pdf
- Municipalidad de Cartago. (2011). *Plan de Gobierno. Rolando Rodríguez Brenes, Alcalde Electo. 2011-2016*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/Plan-de-Gobierno.doc>
- Municipalidad de Cartago. (2014). *Informe de Labores, 2013*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/Informe-2012-2013.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2014). *Plan Estratégico de largo y mediano plazo*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/PELM.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2014). *Plan Operativo Anual, 2014*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/PAO-PRESUPUESTO-2014.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2015). *Informe de Labores, 2014*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/Informe-2013-2014.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2015). *Plan Operativo Anual, 2015*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/PAO-PRESUPUESTO-2015.pdf>
- Municipalidad de Cartago (2016). *Comunicación. PETIC 2018-2020*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/PETIC2020.pdf>

- Municipalidad de Cartago. (2016). *Informe de Labores, 2015*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/informe-de-gestion-institucion/>
- Municipalidad de Cartago. (2016). *Plan de Gobierno. Rolando Rodríguez Brenes, Alcalde Electo. 2016-2020*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/Plan-de-Gobierno-2016-2020.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2016). *Plan Operativo Anual, 2016*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/PAO-PRESUPUESTO-2016.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2017). *Informe de Labores 2017*. [Archivo PDF]. <http://www.muni-carta.go.cr/images/planes2018/Informe%20de%20Labores%202017%20.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2017). *Plan Operativo Anual, 2017*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/PAO-PRESUPUESTO-2017.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2017). *Plan Regulador Territorial del Cantón de Cartago*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/Reglamento-Plan-Regulador-Territorial-de-Cartago.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2018). *Actualización del Plan de Tecnologías de Información y Comunicación PETIC 2018-2020*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/PETIC2020.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2018). *Informe de Labores, 2017*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/Informe-de-Labores-2017.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2018). *Plan Operativo Anual, 2018*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/PAO-Presupuesto-2018.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2019). *Informe de Labores, 2018*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/Informe2018.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (2019). *Plan Operativo Anual, 2019*. [Archivo PDF]. <https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/PAO-Presupuesto-2019.pdf>

- Municipalidad de Cartago. (2020). *Informe de Labores, 2019*. [Archivo PDF].
<https://www.muni-carta.go.cr/wp-content/uploads/2017/11/informe2019-2020.pdf>
- Municipalidad de Cartago. (s.f). *Organigrama institucional*. [Archivo PDF].
<https://www.muni-carta.go.cr/organigrama/organigrama>
- Municipalidad de San José. (2015). *Reglamento sobre la formulación, variación y evaluación al Plan Operativo Anual (POA) y Presupuesto Ordinario de la Municipalidad de San José*. [Archivo PDF].
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC¶m2=1&nValor1=1&nValor2=79593&nValor3=100723&strTipM=TC&lResultado=9&nValor4=1&strSelect=sel#up
- Municipalidad de San José. (2017). *Plan de Desarrollo Municipal 2017-2020*. [Archivo PDF].
<https://www.msj.go.cr/MSJ/DatosAbiertos/Planificacin%20Institucional/Plan%20Desarrollo%20Municipal%202017-2020.pdf>
- Navarro, D. (2016). *Informe Estado de la Nación 2017. Capítulo: Equidad e integración social “Gestión de los gobierno locales en la inversión social 2016: consideraciones sobre el alcance municipal en creación de vivienda”*. [Archivo PDF].
<http://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/1094>
- Nunes, M. (2009). *Los Municipios Brasileños en la Constitución Brasileña*. [Archivo PDF].
<https://www.eumed.net/rev/cccss/06/mna2.htm>
- Observatorio del Inversor. (Enero 2019). *¿Qué es el coeficiente de Gini?*
<https://www.andbank.es/observatoriodelinversor/que-es-el-coeficiente-de-gini/>
- Organización Internacional del Trabajo. (2013). *El Sistema de Salud del Perú*. [Archivo PDF].
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2401.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma-Ata*. OMS.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Declaración ministerial de México para la promoción de la salud. 5ta. Conferencia mundial de promoción de salud*. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6_Declaracion_Mexico.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Brazil's march towards universal coverage*. [Archivo PDF]. <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-020910/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *El Perú. Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario*. [Archivo PDF]. <https://www.who.int/workforcealliance/countries/per/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Novena Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. [Archivo PDF]. <https://goo.gl/Jq7VX8>
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). *Municipios saludables, una estrategia de promoción de la salud*. [Archivo PDF]. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10706:about-healthy-municipalities&Itemid=41981&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (1996). *Promoción de la salud: Una antología*. [Archivo PDF]. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3318>
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida*. [Archivo PDF]. http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Guiaesp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud, Chile*. [Archivo PDF]. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Chile_2002.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud México*. [Archivo PDF]. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de los Sistemas de Salud, Brasil*. [Archivo PDF]. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Brasil_2008.pdf

- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Resultados de la Encuesta Regional sobre Municipios y Comunidades Saludables. Informe Final*. [Archivo PDF]. <https://docplayer.es/38617127-Resultados-de-la-encuesta-regional-sobre-municipios-y-comunidades-saludables-informe-final.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *El rol de los gobiernos municipales y la participación comunitaria en el manejo integral de vectores de la malaria sin el uso del DDT en Mesoamérica*. [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Malaria-rol-gobiernos-municipales-manejo-vectores-DDT-SPA-2011.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Guía para municipios saludables paso a paso*. OPS. [Archivo PDF]. https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=335-guia-para-municipios-saludables&Itemid=253
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas: Brasil*. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=brasil&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (10 de octubre de 2018). *Acerca de Municipios Saludables*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10706&Itemid=41981&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Equidad en Salud*. [Archivo PDF]. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es
- Osorio, J. (2000). Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. *Medicina*, 60(1), 255-258. http://medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf
- Prettel, R. (2017). *Estado de redes de municipios y comunidades saludables en los países conformantes de la REDLACPROMSA*. [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/redlacpromsa/wp->
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2018). *Proyecto PNUD 89477 "Fortalecimiento de la Participación Ciudadana y Gobernanza Ambiental para la*

- Sustentabilidad 2014-2019*. [Archivo PDF]. <http://proyectopnud89477.org/wp-content/uploads/2018/07/Que%CC%81-entendemos-por-participacio%CC%81n-ciudadana.pdf>
- Programa Estado de la Nación. (2008). *Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible un informe desde Centroamérica y para Centroamérica*. Estado de la Nación. <https://www.vanderbilt.edu/lapop/multicountry/2006-desarrollohumano.pdf>
- Proyecto Pro Descentralización de USAID. (2011). *ABC de la Descentralización*. [Archivo PDF]
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/E070EC768725C462052578F700585943/\\$FILE/ABC_de_la_Descentralizacion.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/E070EC768725C462052578F700585943/$FILE/ABC_de_la_Descentralizacion.pdf)
- Quesada, A. y Picado, L. (2010). *Aclarando las posiciones teóricas sobre el Enfoque en Promoción de la Salud: en busca de su efectiva implementación en el contexto actual*. [Archivo PDF].
<http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/695/Art%C3%ADculo%20a%20la%20revista%20de%20TS%2C%20Antioqu%C3%ADa%2C%20Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%2C%20doc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Red Mundial de Ciudades y Gobiernos locales y Regionales. (2016). *El Rol de los gobiernos Locales en el Desarrollo Económico Territorial*. [Archivo PDF].
<http://mercociudades.org/sites/portal.mercociudades.net/files/Documento%20Pol%C3%ADtico%20de%20CGLU.pdf>
- Restrepo, H. (2004). *Municipios saludables: lecciones aprendidas, desafíos*. Presentación en Jornadas de Municipios Saludables.
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/restrepo.pdf>
- Rivera, D., Málaga, H. y Agudelo, C. (2000). La Responsabilidad Social en la Estrategia de Municipios Saludables por la Paz. Estudio de Caso. *Salud Pública Colombia*, 2(3), 251-260. <file:///C:/Users/wen/Downloads/18884-61764-1-PB.pdf>
- Rodríguez, F. (2006). *Viabilidad de la estrategia de municipios saludables “EL CASO DE Zipaquirá – Cundinamarca”*. [Tesis de Maestría en Administración Pública, Escuela Bogotá: Superior de Administración Pública].
https://www.researchgate.net/publication/27627319_La_viabilidad_de_la_estrategia_de_municipios_saludables

- Rojas, L. (2006). *Manual para la Gestión Municipal del Desarrollo Económico Local*. Lima: Oficina Sub Regional para los Países Andinos. [Archivo PDF]. http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0245/OIT_Manual_para_la_Gesti%C3%B3n_Municipal_del_Desarrollo_Econ%C3%B3mico_Local._2006.pdf
- Rojas, O. y Navarro, D. (2016). *Vigésimosegundo informe Estado de la Nación (2015)*. Capítulo: *Equidad e integración social “Rol de los gobiernos locales en la política social”*. [Archivo PDF]. <http://repositorio.conare.ac.cr/bitstream/handle/20.500.12337/326/123.%20Rol%20de%20los%20gobiernos%20locales%20en%20la%20pol%C3%ADtica%20social.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Romero, L. (2000). *Municipalidades y el sector salud local en la gestión del riesgo por desastres*. <http://www.disaster-info.net/lideres/spanish/argentina/assets/articulo.doc>
- Rosales, E., Julián, M. y Quiroz, S. (2013). Ciudades saludables: una perspectiva de la organización mundial de la salud y redes internacionales. *Revista Legado de Arquitectura y Diseño*, 13(2), 47-57. <http://www.redalyc.org/pdf/4779/477947372004.pdf>
- Rosas, A. (2008). Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. *Política y Cultura*, 1(30), 119-134. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422008000200006
- Rosas, A. y Gill, V. (2013). La capacidad institucional de gobiernos locales en la atención del cambio climático. Un modelo de análisis. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 2(2), 113-138. <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-analisis-politico-y-administracion-publica/articulo/la-capacidad-institucional-de-gobiernos-locales-en-la-atencion-del-cambio-climatico-un-modelo-de-analisis>
- Rosas, J. (2009). *Capacidades de los Gobiernos Municipales para Promover el Desarrollo Social*. Primeros resultados del proyecto de investigación de la autora para la obtención de grado en la Maestría en Políticas Públicas de Gobiernos Locales de la Universidad de Guadalajara. [Archivo PDF]. https://www.academia.edu/12583053/Capacidades_de_los_Gobiernos_Municipales_para_Promover_el_Desarrollo_Social

- Salas, A. (2017). *El Municipio en el Perú*. [Archivo PDF]. file:///1162-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3970-1-10-20170315.pdf
- Salas, L., López, J., Gómez, S., Franco, D. y Martínez, E. (2016). Ciudades sostenibles y saludables: estrategias en busca de la calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 105-110. <http://www.redalyc.org/pdf/120/12043924012.pdf>
- Salas, R. (2003). *100 años de salud en Costa Rica: siglo XX*. [Archivo PDF]. <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/100salud.pdf>
- Salinas, J., Cancino, A., Pezoa, S., Salamanca, F. y Soto, M. (2007). Vida Chile 1998–2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 21(3), 136–44. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002029100001>
- Salinas, J. y Vio, F. (2002). Promoción de la Salud en Chile. *Revista chilena de nutrición*, 29(1), 164-173. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002029100001
- Sanabria, G. y Benavides, M. (2003). Evaluación del movimiento de Municipios por la Salud, Playa, 2001. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 139-146. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200009
- Sánchez, J. (31 de marzo 2016). *Índice de Desarrollo Humano*. Econopedia. <https://economipedia.com/definiciones/indice-desarrollo-humano.html>
- Sánchez, J. (29 de junio 2016). *PIB per cápita*. Econopedia. <https://economipedia.com/definiciones/renta-pib-per-capita.html>
- Sánchez, M. (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 31(4), 1-5. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/129/1897>
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. ARFO editores e Impresores Ltda. http://www.fmedicinaenlinea.ucr.ac.cr/moodle/pluginfile.php/46388/mod_resource/content/1/SANDOVAL.pdf
- Santivañez, M. y Medina, E. (2015). Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables. *Management Sciences for Health-Perú*. <https://www.mshperu.org/wp-content/uploads/2016/08/Estrategia-Municipios-y-Comunidade-Saludables-final.pdf>

- Sapag, J. y Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista Saúde Pública*, 41(1), 139-49. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/20.pdf>
- Schettini, I. y Cortazzo, P. (1990). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social: procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Editorial de la Plata. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/49017/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Secretaría de Gobernación. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. [Archivo PDF]. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=761184&fecha=21/09/2001
- Secretaría de Salud de México. (2014). *Entornos y Comunidades Saludables*. [Archivo PDF]. <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Entornos%20y%20Comunidades%20Saludables.pdf>
- Secretaría de Salud de México. (2014). *Entornos y Comunidades Saludables 2013-2018, Programa Sectorial de Salud*. Secretaría de Salud. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Entornos_y_Comunidades_Saludables_15.pdf
- Secretaría de Salud de México. (2015). *Entornos y Comunidades Saludables*. [Archivo PDF]. http://salud.michoacan.gob.mx/wp-content/uploads/2015/10/comunidades_saludables.pdf
- Secretaría de Salud de México. (2018). *Red Mexicana de Municipios por la Salud. Descripción de la red*. Ministerio de Salud. <https://www.gob.mx/salud/documentos/red-mexicana-de-municipios-por-la-salud>
- Sehwerert, A. (1969). *Relaciones Públicas e información en la Administración Municipal*. Fondo editorial común.
- Silberberg, M. (2011). *Principios de vinculación comunitaria*. [Archivo PDF]. https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/principles_community_engagement_2ndedition_spanish.pdf
- Silvana, M. (2001). *Municipios argentinos, Potestades y Restricciones Constitucionales para un Nuevo Modelo de Gestión Local*. [Archivo PDF]. http://municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/municipios_argentinos.pdf

- Sobral, B. y Schubert, B. (2013). *El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito. Su regulación y control en el contexto de la salud suplementaria*. [Archivo PDF]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/El-sistema-unico-de-salud-de-Brasil.pdf>
- Sotelo, J. y Rocabado, F. (1994). Salud desde el municipio: una estrategia para el desarrollo. *Salud Pública de México*, 36(4), 439-446. http://www.parquedelavida.com/images/contenidos/el_parque/banco_de_conocimiento/salud_desde_el_municipio.pdf
- Souza, C. (2006). Sistema brasileño de gobierno local, Innovaciones institucionales y sustentabilidad. *Diseño Institucional y participación política experiencias en el Brasil contemporáneo*, 1(1), 125-150. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20100801090843/5souza.pdf>
- Subirana, M. y Cooperrider, D. (2013). *Indagación apreciativa. Un enfoque innovador para la transformación personal de las organizaciones*. Editorial Kairós. <http://amminah.com/wp-content/uploads/2018/08/%C2%BFQue%CC%81-es-la-IA-Lectura-Pre-eliminar.pdf>
- Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*, 1(1), 1-19. <http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Modulo-2-Tobar-historia-SSA.pdf>
- Torres, Z. (2014). *Introducción a la ética*. Grupo Editorial Patria. <http://www.editorialpatria.com.mx/pdf/files/9786074381481.pdf>
- Ulate, A., Mayorga, B. y A. J. (2017). *Índice de Competitividad Cantonal 2006-2016*. Escuela de Economía y el Observatorio del Desarrollo de la Universidad de Costa Rica. [Archivo PDF]. <https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2017/icc-odd-2006-2016.pdf>
- Unión Nacional de Gobiernos Locales. (2014). *Código Municipal comentado*. [Archivo PDF]. <http://www.ungl.or.cr/sites/all/themes/ungl/img/Codigo-Municipal-2014.pdf>
- Universidad del Desarrollo. (2019). *Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno*. [Archivo PDF]. <https://medicina.udd.cl/files/2019/12/Estructura-y-funcionamiento-del-sistema-de-salud-chileno-2019.pdf>

- Valdez, M. (1999). *La evaluación de proyectos sociales: Definiciones y tipologías*. [Archivo PDF].
http://www.mapunet.org/documentos/mapuches/evaluacion_proyectos_sociales.pdf
- Valenzuela, R. (2016). *El fortalecimiento de las capacidades institucionales como vía para implementar un Gobierno Abierto*.
https://www.researchgate.net/publication/304969535_El_fortalecimiento_de_las_capacidades_institucionales_como_via_para_implementar_un_Gobierno_Abierto
- Vargas, S. y Castro, M. (2002). Municipio Saludable. Estudio de Caso. *Salud Pública Colombia*. 4(1), 158-169. <http://bdigital.unal.edu.co/21946/1/18496-60008-1-PB.pdf>
- Velasco, F. (2007). *Autonomía Municipal*. [Archivo PDF].
https://grupos.unican.es/ada/2007%20aepda/Autonomia%20Local_Velasco.pdf
- Vélez, A. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 63-78.
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>
- Vial, C. (2014). *Las municipalidades y su papel en el contexto institucional en Chile*. [Archivo PDF]. <http://ichem.uautonoma.cl/wp-content/uploads/2014/10/Municipalidades-Chile-Camilo-Vial.pdf>
- Villalobos, L y Pierda, M. (1998). Reforma en la Salud en Costa Rica: Implicaciones en la gestión Municipal. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 6(1), 43-51. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591998000100004
- Villarroel, M. (2010). *Lineamientos estratégicos de liderazgo transformacional basado en las competencias gerenciales dirigido a los voceros y voceras del Consejo Comunal Nuestro Futuro Uno del barrio Bella Vista de Cagua*. [Tesis de grado, Universidad Nacional Experimental, Venezuela]. http://www.eumed.net/libros-gratis/2011d/1042/la_propuesta.html ver año
- Whitney, D. y Gibbs, C. (2007). *Indagación apreciativa: creando culturas de participación positiva*. [Archivo PDF]. http://www.cips.cu/wp-content/uploads/2012/09/4_cap10.pdf

ANEXOS

A. Anexo N°1. Guía de análisis documental I



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

FM

Facultad de
Medicina

ESP

Escuela de
Salud Pública

**Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública
Licenciatura en Promoción de la Salud**

Guía de análisis documental

Elaborado para obtener datos sobre la gestión e incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en gobiernos locales de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú.

Proyecto de grado: Propuesta de lineamientos estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago

I. Introducción

Los investigadores: Jefer Gaitán García y Wendy López Vargas, ambos bachilleres en Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, están realizando su Trabajo Final de Graduación, bajo la modalidad de proyecto, para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud, investigación que se desarrolla en la Municipalidad de Cartago.

A partir de este trabajo, se busca indagar sobre la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables en gobiernos locales de 5 países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, México y Perú), así como determinar las capacidades institucionales relacionadas con la gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago. Lo anterior, permitirá el establecimiento de lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de dicha Estrategia en la Municipalidad de Cartago.

II. Guía de análisis documental según país

País / año	Tipo de documento	COMPONENTES		
		Político	Social	Administrativo
		<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Existen políticas locales que sirvan de apoyo para vincular la EMS con el gobierno local? <ol style="list-style-type: none"> 1) Si /_ _/ Describe cuáles son 2) No /_ _/ 2. ¿Surgen nuevas políticas locales a partir de la incorporación de la EMS? <ol style="list-style-type: none"> 1) Sí /_ _/ Describe cuáles son 2) No /_ _/ 3. ¿De qué manera incluyen los municipios la EMS en los planes de gobierno? 4. ¿Cuáles proyectos en salud se elaboran a partir de la incorporación de la EMS en el gobierno local? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Describa los procesos ejecutados por el gobierno local para sensibilizar a la comunidad con respecto a la EMS. 2. Describa los procesos de consulta comunitaria realizados por el gobierno local para incorporar la EMS. 3. ¿Existe una línea base de indicadores en salud, previa a la incorporación de la EMS? <ol style="list-style-type: none"> 1) Sí /_ _/ describa los indicadores 2) No /_ _/ 4. ¿Surgen indicadores en salud a partir de la incorporación de la EMS? <ol style="list-style-type: none"> 1) Sí /_ _/ describa los indicadores 2) No /_ _/ 5. Describa las líneas de acción utilizadas por el gobierno local para implementar la EMS 6. Describa los resultados en salud obtenidos a partir de la implementación de la EMS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿De qué manera el gobierno local destina talento humano para implementar la EMS? 2. ¿Cuáles instituciones son incluidas por el gobierno local para implementar la EMS? 3. ¿Pertenece el gobierno local a una Red de Municipios Saludables? 4. Describa la relación de dependencia del gobierno local con el gobierno central. 5. ¿Destina el gobierno local recursos económicos para la implementación de la EMS? 6. Describa la relación entre el marco estratégico de la organización y la EMS 5. Describa el proceso de vinculación de la EMS con las competencias institucionales del gobierno local.

*Nota: EMS = Estrategia de Municipios Saludables.

B. Anexo N°2. Guía de análisis documental II



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

FM

Facultad de
Medicina

ESP

Escuela de
Salud Pública

**Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública
Licenciatura en Promoción de la Salud**

Guía de análisis documental

Elaborado para obtener datos sobre las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago relacionadas con la gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS.

Proyecto de grado: Propuesta de lineamientos estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago

I. Introducción

Los investigadores: Jefer Gaitán García y Wendy López Vargas, ambos bachilleres en Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, están realizando su Trabajo Final de Graduación, bajo la modalidad de proyecto, para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud, investigación que se desarrolla en la Municipalidad de Cartago.

A partir de este trabajo, se busca indagar sobre la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables en gobiernos locales de 5 países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, México y Perú), así como determinar las capacidades institucionales relacionadas con la gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago. Lo anterior, permitirá el establecimiento de lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de dicha Estrategia en la Municipalidad de Cartago.

II. Guía de análisis documental

Tipo de documento	COMPONENTES		
	Político	Social	Administrativo
	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Existen algunas axiológicas en el código municipal que permitan a la municipalidad brindar servicios de salud? 2. ¿Las políticas locales facilitan la elaboración de proyectos en salud? 3. ¿La municipalidad operativiza las políticas locales? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El plan de desarrollo local incluye procesos de educación con respecto al tema de salud? 2. ¿El plan anual operativo incluye líneas de acción que fomenten la participación comunitaria? 3. ¿En cuáles actividades sociales invierte mayoritariamente los recursos la municipalidad? 4. ¿Brinda la municipalidad de Cartago servicios de salud /promoción de la salud? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuenta la municipalidad con recursos financieros, tecnológicos, físicos y humanos para implementar la EMS? 2. ¿La municipalidad cumple con las metas establecidas para invertir los recursos disponibles? 3. ¿La municipalidad trabaja en conjunto con otras instituciones?

Fuente: elaboración propia.

C. Anexo N°3. Guía de entrevista semiestructurada I



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

FM

Facultad de
Medicina

ESP

Escuela de
Salud Pública

**Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública
Licenciatura en Promoción de la Salud**

Guía de entrevista semiestructurada

Elaborada para obtener datos sobre las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago relacionadas con la gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS.

Proyecto de grado: Propuesta de lineamientos estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

I. Introducción

Los investigadores: Jefer Gaitán García y Wendy López Vargas, ambos bachilleres en Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, están realizando su Trabajo Final de Graduación, bajo la modalidad de proyecto, para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud, investigación que se desarrolla en la Municipalidad de Cartago.

A partir de este trabajo, se busca indagar sobre la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables en gobiernos locales de 5 países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, México y Perú), así como determinar las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago relacionadas con la gestión de esta Estrategia. Lo anterior, permitirá el diseño de una propuesta de lineamientos estratégicos que propicien la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

II. Presentación

Buenas días/ tardes estimado señor(a)(ita) _____. Mi nombre es _____ y, en conjunto con mi compañero(a) _____, nos encontramos en proceso de recolección de datos para nuestro Trabajo Final de Graduación, el cual consiste en diseñar una propuesta de lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago. Por lo tanto, queremos realizarle una entrevista para conocer sus conocimientos y percepciones sobre las capacidades institucionales con las que debe contar la municipalidad de Cartago para implementar dicha Estrategia.

III. Instrucciones

La información que usted brinde será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines académicos. Asimismo, le informamos que para mayor respaldo la entrevista será grabada en formato de audio, para lo cual se solicita saber si está de acuerdo en proceder con dicha actividad: Sí /___/ No /___/

Finalmente, la información que usted nos brinde será manipulada únicamente por los investigadores a cargo. Siéntase libre de expresar sus ideas, y recuerde que en este espacio no hay respuestas correctas o incorrectas. Le agradecemos de antemano su valiosa colaboración.

IV. Guía de preguntas

Nombre del Entrevistador: _____		Fecha	/__/__/__	Hora	Inicio: _____ Final: _____	Lugar	_____
		Clave del entrevistado: _____					
1	¿Hace cuánto tiempo labora usted en la municipalidad de Cartago?						
2	Describa el puesto que ocupa en la institución y las funciones que realiza.						
3	¿Qué entiende por capacidades institucionales?						
4	¿Cuáles considera usted que son las capacidades institucionales que debe tener un gobierno local?						
5	¿Cómo es la capacidad humana (talento humano) de la Municipalidad de Cartago?						
6	¿Cómo se desenvuelve, organizacionalmente hablando, la Municipalidad de Cartago?						
7	¿Cómo es la capacidad institucional de la Municipalidad de Cartago?						
8	¿Cuál es la capacidad política de la Municipalidad de Cartago?						
9	¿La capacidad financiera del gobierno local de Cartago cómo es?						
10	¿Cuáles considera usted que son las capacidades institucionales que debe tener un gobierno local para gestionar procesos de promoción de la salud?						
	¿Cuáles y cómo son las acciones que desarrolla la Municipalidad de Cartago para contribuir en la salud integral de sus munícipes?						
11	¿Tiene usted conocimiento sobre la Estrategia de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS? Sí /__/ Explique No /__/ <i>Explicar un poco, junto con la pregunta 12, y pasar a la pregunta 13</i>						
12	¿Conoce usted las etapas/ fases/ momentos que componen la EMS de la OPS/OMS? Sí /__/ <i>Siga con la Pregunta 13</i> No /__/ <i>Explicar un poco y seguir con la pregunta 13</i>						
13	¿En cuál fase de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS considera usted que se podría encontrar la Municipalidad de Cartago? ¿Por qué?						

¡Muchas gracias por sus valiosos aportes!

D. Anexo N°4. Guía de entrevista semiestructurada II



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

FM

Facultad de
Medicina

ESP

Escuela de
Salud Pública

**Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública
Licenciatura en Promoción de la Salud**

Guía de entrevista semiestructurada

Elaborada para obtener datos para una gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS desde las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago.

Proyecto de grado: Propuesta de lineamientos estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

V. Introducción

Los investigadores: Jefer Gaitán García y Wendy López Vargas, ambos bachilleres en Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, están realizando su Trabajo Final de Graduación, bajo la modalidad de proyecto, para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud, investigación que se desarrolla en la Municipalidad de Cartago.

A partir de este trabajo, se busca indagar sobre la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables en gobiernos locales de 5 países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, México y Perú), así como determinar las capacidades institucionales relacionadas con la gestión de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago. Lo anterior, permitirá el diseño de una propuesta de lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

VI. Presentación

Buenas días/ tardes mi nombre es _____ y el día de hoy, en conjunto mi compañero (a) _____ estamos realizando el Trabajo Final de Graduación para obtener la Licenciatura en Promoción de la Salud, el cual consiste en diseñar una propuesta de lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago. Por lo tanto, queremos, realizarle una entrevista para conocer sus conocimientos y percepciones sobre las capacidades institucionales con las que debe contar la municipalidad de Cartago para implementar la Estrategia de Municipios Saludables.

VII. Instrucciones

Le recordamos que la información que usted brinde será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines académicos, de igual forma, los datos recolectados serán destruidos 5 años después de finalizada la investigación. Asimismo, le informamos que para mayor respaldo, la entrevista será grabada en formato de audio, para lo cual se solicita saber si está de acuerdo en proceder con dicha actividad: Sí /___/ No /___/

Finalmente, la información que usted nos brinde será manipulada únicamente por los investigadores a cargo, siéntase libre de expresar sus ideas, y recuerde que en este espacio no hay respuestas correctas o incorrectas. Le agradecemos de antemano su colaboración.

E. Anexo N°5. Formulario de consentimiento informado I



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de Salud Pública

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a personas funcionarias de la Municipalidad de Cartago, para ser participantes de una investigación.

Diseño de una propuesta de lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

Nombre de los investigadores: Jefer Gaitán García y Wendy López Vargas

Código del/la participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Los investigadores: Jefer Gaitán García y Wendy López Vargas, ambos bachilleres en Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, están realizando su Trabajo Final de Graduación, bajo la modalidad de proyecto, para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.

A partir de este trabajo, se busca diseñar una propuesta de lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

A partir de la aplicación de una entrevista semiestructurada, se le realizarán una serie de preguntas sobre las capacidades institucionales municipales, específicamente de la Municipalidad de Cartago, necesarias para gestionar la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS. Para ello, se contará con una guía de preguntas generadoras que permitan dirigir el dialogo entre los investigadores y el entrevistado. Además, usted podría ser invitado a ser parte de un taller participativo, en el cual se buscará identificar elementos necesarios para el abordaje de esta Estrategia desde las capacidades institucionales de la Municipalidad de Cartago.

Su participación en la entrevista semiestructurada tendrá una duración máxima de 1 hora con 30 minutos, mientras que su participación en el taller participativo tendría una duración máxima de 2 horas con 30 minutos. Dichas actividades se llevarán a cabo entre los meses de abril a septiembre del año 2019.

Es importante aclarar que, su participación es voluntaria y que cualquier tipo de información que usted facilite es confidencial y anónima, es decir, sus datos personales no serán revelados en los resultados sistematizados de este trabajo de investigación.

Para la recopilación de la información que usted facilite, se tomarán notas escritas y se podrán realizar grabaciones en formato de audio, en caso de ser necesario. Favor indicar si se encuentra de acuerdo o no en que se realicen grabaciones de audio:

Estoy de acuerdo en que se realicen grabaciones de audio: (si) (no)

Una vez concluida la investigación, toda la información recopilada será resguardada por un periodo de cinco años, en dos dispositivos electrónicos (memorias USB), bajo el cuidado del investigador Jefer Gaitán García. Posterior a este periodo, la información será eliminada y/o destruida.

C. POSIBLES RIESGOS PARA EL PARTICIPANTE

La participación en esta investigación podría representar un riesgo mínimo a su persona, ya que puede sentir en algún momento incomodidad, ansiedad y/o fatiga con las preguntas que se le realicen. Por lo tanto, si en el proceso de aplicación surge algún tipo de molestia, favor comunicarlo a alguno de los investigadores.

Se recuerda que la información compartida será utilizada de manera anónima y con fines meramente académicos.

D. BENEFICIOS PARA EL PARTICIPANTE

Como resultado de su participación en esta investigación, no obtendrá algún beneficio económico y/o material. Sin embargo, con sus valiosos aportes será posible que los investigadores determinen lineamientos estratégicos que permitan incorporar la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

Una vez se obtengan los resultados de esta investigación, se le hará la respectiva invitación para conocer sobre los mismos.

E. VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, por lo que puede negarse a participar y/o retirarse en cualquier momento, sin perder ningún tipo de derecho ni ser sancionado de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD

Su participación en este estudio es confidencial. Los resultados (como por ejemplo extractos de lo que usted mencione durante alguna de las actividades) podrán aparecer en los resultados o discusión de la investigación. No obstante, en ningún momento y bajo ninguna circunstancia aparecerá su nombre y/o algún tipo de información personal.

Esta fórmula de consentimiento será el único documento con su nombre y éste siempre se mantendrá separado de los resultados sistematizados.

F. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización, usted debió haber hablado con los investigadores y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos como participante.

Si desea más información, puede obtenerla con la investigadora Wendy López Vargas, al correo electrónico: wendy.lopezvargas@auc.ac.cr, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm, ó puede consultar a la Escuela de Salud Pública al número telefónico 2511-8248, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

G. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata la investigación, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio:

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

F. Anexo N°6. Formulario de consentimiento informado II



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de Salud Pública

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a personas profesionales con conocimiento sobre la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS, para ser participantes de una investigación.

Diseño de una propuesta de lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

Nombre de los investigadores: Jefer Gaitán García y Wendy López Vargas

Nombre del/la participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Los investigadores: Jefer Gaitán García y Wendy López Vargas, ambos bachilleres en Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, están realizando su Trabajo Final de Graduación, bajo la modalidad de proyecto, para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.

A partir de este trabajo, se busca diseñar de una propuesta de lineamientos estratégicos que permitan la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

A partir de la aplicación de una entrevista semiestructurada, se le realizarán una serie de preguntas sobre la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS, así como de las capacidades institucionales con las que una municipalidad debe contar para gestionar dicha Estrategia. Para ello, se contará con una guía de preguntas generadoras que permitan dirigir el dialogo entre los investigadores y el entrevistado.

Su participación en la entrevista semiestructurada tendrá una duración máxima de 1 hora con 30 minutos, la cual se llevará a cabo entre los meses de abril a septiembre del año 2019.

Es importante aclarar que su participación es voluntaria y que cualquier tipo de información que usted facilite es confidencial y anónima, es decir, sus datos personales no serán revelados en los resultados sistematizados de este trabajo de investigación.

Para la recopilación de la información que usted facilite, se tomarán notas escritas y se podrán realizar grabaciones en formato de audio, en caso de ser necesario. Favor indicar si se encuentra de acuerdo o no en que se realicen grabaciones de audio:

Estoy de acuerdo en que se realicen grabaciones de audio: (si) (no)

Una vez concluida la investigación, toda la información recopilada será resguarda por un periodo de cinco años, en dos dispositivos electrónicos (memorias USB), bajo el cuidado del

investigador Jefer Gaitán García. Posterior a este periodo, la información será eliminada y/o destruida.

C. POSIBLES RIESGOS PARA EL PARTICIPANTE

Su participación en esta investigación podría representar un riesgo mínimo a su persona, ya que puede sentir en algún momento incomodidad, ansiedad y/o fatiga con las preguntas que se le realicen. Por lo tanto, si en el proceso de aplicación surge algún tipo de molestia, favor comunicarlo a alguno de los investigadores.

Se recuerda que la información compartida será utilizada de manera anónima y con fines meramente académicos.

D. BENEFICIOS PARA EL PARTICIPANTE

Como resultado de su participación en esta investigación, no obtendrá algún beneficio económico y/o material. Sin embargo, con sus valiosos aportes será posible que los investigadores determinen lineamientos estratégicos que permitan incorporar la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.

Una vez se obtengan los resultados de esta investigación, se le hará la respectiva invitación para conocer sobre los mismos.

E. VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, por lo que puede negarse a participar y/o retirarse en cualquier momento, sin perder ningún tipo de derecho ni ser sancionado de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

G. CONFIDENCIALIDAD

Su participación en este estudio es confidencial, los resultados (como por ejemplo extractos de lo que usted mencione durante alguna de las actividades) podrán aparecer en los resultados o discusión de la investigación. No obstante, en ningún momento y bajo ninguna circunstancia aparecerá su nombre y/o algún tipo de información personal.

Esta fórmula de consentimiento será el único documento con su nombre y éste siempre se mantendrá separado de los resultados sistematizados.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización, usted debió haber hablado con los investigadores y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos como participante.

Si desea más información, puede obtenerla con la investigadora Wendy López Vargas, al correo electrónico: wendy.lopezvargas@auc.ac.cr, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm, ó puede consultar a la Escuela de Salud Pública al número telefónico 2511-8248, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata la investigación, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio:

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

G. Anexo N°7. Áreas de la Municipalidad de Cartago

La Municipalidad de Cartago (2012), se compone de 11 Áreas, a saber:

- ❖ **Área Tributaria:** compuesta por la Dirección Tributaria y la Subdirección Área Tributaria; con las siguientes Dependencias: Comercial, Gestión de Medidores, Bienes Inmuebles, Cobro Administrativo, Urbanismo, Fiscalización Tributaria, Patentes, Actualización de Datos, Unidad Resolutoria y Plataforma de Servicios; para un total de 12 personas funcionarias (encargados del Área o la Dependencia).
- ❖ **Área Financiera:** compuesta por el Área Financiera y las siguientes Dependencias: Recursos Humanos, Archivo Central, Servicios Generales, Almacén, Contabilidad; para un total de 6 personas funcionarias (encargados del Área o la Dependencia).
- ❖ **Área Acueductos:** compuesta por el Área de Acueductos con la Dependencia de Ambiente; para un total de 2 personas funcionarias (encargados del Área o la Dependencia).
- ❖ **Área de Informática:** compuesta por el área Informática con la Dependencia de Biblioteca Digital Robótica; para un total de 2 personas funcionarias (encargados del Área o la Dependencia).
- ❖ **Área Seguridad Comunitaria:** compuesta por el Área de Seguridad Comunitaria con las siguientes Dependencias: Estacionómetros y Escuela Vial; para un total de 3 personas funcionarias (encargados del Área o la dependencia).
- ❖ **Área de Cultura y Comunicación:** compuesta por la Dirección Área de Cultura y Dirección; con las siguientes Dependencias: Deportes, Museo, Turismo y Anfiteatro, Protocolo, Divulgación y Centro Cívico por la Paz; para un total de 7 personas funcionarias (encargados del Área o la Dependencia).
- ❖ **Área de Planificación:** compuesta por la Dirección de Planificación; para un total de 1 persona funcionaria (encargado del Área).
- ❖ **Área de Operaciones:** compuesta por el Área de Operaciones; con las siguientes Dependencias: Alcantarillado Sanitario, Departamento de Higiene y Obras; para un total de 4 personas funcionarias (encargados del Área o la Dependencia).
- ❖ **Área Social:** compuesta por el Área Social, con las siguientes Dependencias: Oficina de Juventud, Intermediación Laboral, Oficina de Género, Mitigación de Desastres, Oficina de Atención a la Mujer y Oficina de Adulto Mayor; para un total de 7 personas funcionarias (encargados del Área o la Dependencia).
- ❖ **Unidad Técnica de Gestión Vial:** compuesta por el Área Técnica Vial; para un total de 1 persona funcionaria (encargados del Área).

**H. Anexo N°8. Análisis FODA del cantón de Cartago realizado por la
Municipalidad de Cartago en el año 2011**

Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de desempleo menor al promedio nacional, siendo la tercera provincia con menor desempleo y el tercer cantón de la provincia con menor desempleo. - Población con una alta escolaridad a nivel de provincia, con secundaria o más sobre el promedio nacional. - Índice de analfabetismo menor que el promedio nacional y por debajo de los demás cantones de la provincia. - Contar con la mayor extensión de protección forestal a nivel nacional (59.39% del total del territorio) y con menor peligro de deforestación. - Contar con un Parque Industrial (28 empresas están en Cartago que representa un 16 % del 100% nacional). - Brindar el 85% de la producción hortícola del país. - Experiencia en exportación de flores ornamentales. - Población urbana que muestra un crecimiento superior al índice nacional, con un mayor nivel de construcción respecto del indicador nacional. - Disponer de atractivos naturales, religiosos, históricos, ambientes protegidos y patrimoniales. - Contar con un sector agrícola muy amplio y zonas de gran interés turístico. - Contar con la sede principal del Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR). - Contar con niveles de pobreza más bajos que otros cantones de la provincia. - Disponer de buena cobertura de servicios sociales, como Bomberos, Cruz Roja, centros de asistencia en salud, entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> - El 98,70% de las empresas de Cartago, registradas en CCSS, son PYME. - Sector industrial que representa el 12.72% de las empresas registradas en Cartago y genera el 22.92% de empleo de la provincia. - Sector de servicios que representa el 43.77% de las empresas registradas en Cartago y genera el 33.97% del empleo de la provincia. - Aportar el 11% de las exportaciones a nivel nacional, lo que es una oportunidad de crecimiento empresarial. - Zona industrial con grandes posibilidades de expansión (nuevos proyectos). - Desarrollo de áreas residenciales que permiten el desarrollo de programas que dan al entorno urbano una mejor apariencia. - Comercio creciente que permite reunir esfuerzos para rescate del entorno. - Proyecto de construcción del alcantarillado sanitario del cantón, lo que permitirá mejores posibilidades de crecimiento. - Disponer de un servicio eléctrico brindado por la Municipalidad. - Alianza con JASEC para el desarrollo de proyectos de interés comunal. - Contar con Corporación Hortícola que favorece la organización de los agricultores. - Disponer de una Municipalidad que fomenta el bienestar y el desarrollo sostenido del Cantón.
Debilidades	Amenazas

<ul style="list-style-type: none"> - Red vial que presenta una insuficiente infraestructura vial, turística y comercial, unido a dificultades para la comercialización de productos, generando poco atractivo para inversiones externas. - Parte del sector comercial sin modernizarse (antiguo). - Desarrollo turístico limitado por escasez de hoteles con vocación turística. - Dificultad para el acceso a puertos y aeropuertos. - Pocos restaurantes y puntos de recreación. - Inexistencia de un ente que facilite una mayor articulación productiva. - Falta de cooperación productiva entre sectores. - Débil comunicación entre el sector industrial. - Falta de promoción turística del cantón en el extranjero. - Escasez de empleo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crecimiento en la inseguridad ciudadana. - Cobertura y caudal del acueducto de agua potable insuficiente para enfrentar el acelerado crecimiento urbano del Cantón y las posibilidades de expansión de la industria.
--	---

Fuente: elaboración propia con base en Plan de Gobierno 2012-2016 de la Municipalidad de Cartago.

J. Anexo N°10. Leyes y normas aplicables a los gobiernos locales en Costa Rica

Según la Municipalidad de Cartago (2014), las siguientes leyes o normas forman parte del marco normativo de un gobierno local en Costa Rica:

- Ley N° 6227, Ley General de Administración Pública y sus reformas.
- Ley N° 8131, Ley General de Administración Financiera y Presupuestos Públicos.
- Ley N° 7755, Control de las Partidas Específicas con cargo al Presupuesto Nacional.
- Ley N° 8422, Ley Contra la Corrupción y el Enriquecimiento Ilícito en la Función Pública.
- Ley N° 7428, Ley Orgánica de la Contraloría General de la República.
- Ley N° 7202, Ley de Sistema Nacional de Archivos y su Reglamento.
- Ley N° 7637, Ley de Notificaciones, Citaciones y Otras Comunicaciones.
- Ley N° 8508, Código Procesal Contencioso Administrativo.
- Ley N° 7135, Ley de la Jurisdicción Constitucional.
- Ley N° 8114, Ley de Simplificación y Eficiencia Tributaria.
- Ley N° 4755, Ley de Normas y Procedimientos Tributarios.
- Ley N° 8292, Ley General de Control interno.
- Ley N° 7494, Ley de Contratación Administrativa.
- Ley N° 6835, Ley de Pago de Anualidades.
- Ley N° 2, Código de Trabajo.
- Ley N° 4240, Ley de Planificación Urbana.
- Ley N° 833, Ley de Construcciones.
- Ley N° 6545, Ley de Catastro Nacional.
- Ley N° 5060, Ley General de Caminos Públicos.
- Ley N° 8554, Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos y su Reglamento.
- Ley N° 7509, Ley de Impuesto sobre Bienes Inmuebles.
- Ley N° 6849, Ley de Impuesto al cemento.
- Ley N° 10, Ley sobre la Venta de Licores.
- Ley N° 7972, Ley de Licores.
- Ley N° 7210, Ley de Zona Franca.

- Ley N° 7554, Ley Orgánica del Ambiente.
- Ley N°7788, Ley de Biodiversidad.
- Ley N°6084, Ley del Servicio de Parques Nacionales.
- Ley N° 7600, Ley de Igualdad de oportunidades.
- Ley N° 7142, Ley de Promoción Igualdad Real de la Mujer.
- Ley N° 8220, Ley de Proyección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites.
- Ley N° 3667, Ley Reguladora de la Jurisdicción contencioso Administrativa
- Normas sobre Presupuesto Público.
- Manual del Sistema de Gestión de Calidad.

K. Anexo N°11. Políticas internas de la Municipalidad de Cartago

Principales Políticas Institucionales del Gobierno local de Cartago

Política Institucional	Descripción
Alineamiento con las políticas Institucionales	Para garantizar que se planificará acorde con la GpRD y Gestión de Calidad.
Participación Ciudadana	Para Asegurar el involucramiento de los munícipes en el accionar del gobierno local, propiciando la atención de sus reales necesidades desde una planificación que fomente el bienestar del cantón.
Rendición de cuentas	Para garantizar una rendición de cuentas abierta y transparente sobre los compromisos adquiridos y los resultados logrados.
Servicios	Con el fin de proveer una prestación de servicios acorde con las necesidades de los ciudadanos.
Gerencia Municipal:	Para establecer como prioridad un liderazgo municipal que fomente el desarrollo del cantón desde acciones pensadas en la actualidad y las reales necesidades de los munícipes, desde una base ética, de transparencia y de apertura hacia al ciudadano.
Desarrollo humano	Con el fin de proveer mayores opciones, oportunidades y capacidades que propicien el desarrollo saludable del cantón, tanto de personas funcionarias municipales como de munícipes en general.
Gestión Ambiental	Con el fin de brindar educación y sensibilización ambiental para la protección y el rescate de la biodiversidad del cantón.
Ordenamiento Territorial:	Para fomentar un ordenamiento territorial equilibrado, sostenible y amigable con el ambiente.
Infraestructura	Para promover la creación de infraestructura pública moderna y el rescate de instalaciones públicas en estado de abandono o deterioro que permita la creación de nuevas áreas de esparcimiento y recreación.
Equidad de Género	Para suscitarla igualdad de oportunidades y de derechos entre hombres y mujeres mediante un enfoque de género en proyectos dirigidos a la comunidad en general.
Desarrollo Social, Calidad de Vida en Barrios y Distritos	Para garantizar un desarrollo social saludable desde: la participación ciudadana activa (para identificar y actuar sobre las reales necesidades del cantón), un enfoque de género, contribuciones al mejoramiento del sistema

	de salud cantonal (creación de EBAIS) y la generación de espacios públicos para la recreación de los munícipes.
Educación	Para contribuir en la educación formal e informal de la población del cantón.
Salud y Bienestar	Con el fin de propiciar bienestar y calidad de vida en el cantón, desde la promoción de estilos de vida saludable, la identificación de grupos sociales vulnerables, el apoyo al mejoramiento de servicios de salud público (como EBAIS), el fortalecimiento en el acceso a agua acta para el consumo humano, así como la reducción de focos de infección desde un mejor tratamiento en la recolección y desecho de residuos sólidos y líquidos.
Desarrollo Cultural	Para promover el respeto, la protección y el arraigo con el patrimonio cultura del cantón, desde la restauración del patrimonio cultural del cantón (como edificaciones con valor histórico), el acceso a actividades de interés cultura, así como el fomento y apoyo de agrupaciones artísticas en el cantón.
Desarrollo Económico Sostenible	Con el fin de fomentar la creación de fuentes de empleo en el cantón desde acciones que propicien la atracción de inversionistas generados de empleos locales, así como la promoción del turismo local sostenible y amigable con el ambiente.
Seguridad Humana	Para garantizar seguridad y protección a los munícipes desde la organización de comités de seguridad ciudadana y acciones reales, eficientes y efectivas para la seguridad y protección cantonal.

Fuente: elaboración propia con base en Planes Operativos Anuales de la Municipalidad de Cartago, periodo 2014-2019.

L. Anexo N°12. Lista de cotejo de actividades realizadas según plan de trabajo

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública
Licenciatura en Promoción de la Salud
Responsables: Bach. Wendy López Vargas y Bach. Jefer Gaitán García

Lista de cotejo sobre actividades planteadas para la realización del TFG

Actividad	Ejecución		Sistematización de la información (realizada en la semana posterior a la actividad)		Responsable
	<i>Cumple</i>	<i>No cumple</i>	<i>Cumple</i>	<i>No cumple</i>	
Negociaciones con Municipalidad de Cartago para establecer fechas (calendario) y lugar para la aplicación de instrumentos de recolección de datos.					
Recolección de datos mediante la técnica de análisis documental.					
Digitación y depuración de la información recuperada mediante el análisis documental.					
Análisis preliminar de la información depurada.					
Aplicación de instrumentos de recolección de datos de entrevistas semiestructuradas.					
Transcripción, digitación y depuración de la información recuperada en entrevistas semiestructuradas.					
Análisis preliminar de la información depurada.					
Análisis y discusión de los resultados obtenidos según los objetivos de la investigación					
Establecimiento de los lineamientos estratégicos para la incorporación de la EMS en la Municipalidad de Cartago					

M. Anexo N°13. Carta de aceptación de la Municipalidad de Cartago para realizar trabajo final de graduación



Municipalidad de Cartago, Área Social
Casa Municipal de la Salud-Accesibilidad
Tel.: 2550-4541
casadelasalud@muni-carta.go.cr

Cartago, 3 de diciembre de 2018.

AS-CS-019-2018

Dr. Mauricio Vargas Fuentes
Director
Escuela de Salud Pública
Universidad de Costa Rica

Estimado señor:

Después de saludarlo, le comunico formalmente mi compromiso de fungir como contraparte, en representación de la Municipalidad de Cartago, para el proyecto final de graduación: Lineamientos Estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago, de los estudiantes Wendy López Vargas y Jefer Gaitán García.

Sin otro particular y agradeciendo su atención me despido,

Atentamente

Dr. Marco Peraza Urbina
Encargado de Accesibilidad
Casa Municipal de la Salud
Municipalidad de Cartago
marcopu@muni-carta.go.cr

N. Anexo N°14. Documento “Lineamientos Estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago”

A continuación se presentan el documento titulado: *Lineamientos Estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago*, como producto obtenido del trabajo del Trabajo Final de Graduación llamado: *Propuesta de lineamientos estratégicos para la incorporación de la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago*.



Lineamientos Estratégicos para incorporar la Estrategia de Municipios Saludables de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Este texto cuenta con derechos reservados, por lo que no se permiten usos como la reproducción, grabación en distintos formatos y el uso comercial sin autorización de los autores. Solo están permitidos usos autorizados tal como el de la cita, amparados por la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos (Ley No. 6683).

CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN.....	5
II. JUSTIFICACIÓN.....	6
III. ASPECTOS TEÓRICOS BASE.....	8
IV. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA EMS DE LA OPS/OMS EN EL GOBIERNO LOCAL DE CARTAGO.....	14
1. LE 1. FORTALECER LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES DEL GOBIERNO LOCAL PARA LA GESTIÓN DE LA EMS DE LA OPS/OMS.....	15
2. LE 2. PLANTEAR UN MODELO DE PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD DESDE LO LOCAL.....	22
3. LE 3. ESTABLECER UN MODELO DE GESTIÓN MULTISECTORIAL.....	25
4. LE 4. ESTANDARIZAR PROCESOS DE EVALUACIÓN Y MONITOREO SOBRE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD GESTADAS DESDE LO LOCAL.....	28
V. PROCESO HACIA UNA CERTIFICACIÓN COMO MUNICIPIO SALUDABLE.....	30
VI. REFERENCIAS.....	32
VII. ANEXOS.....	34
A. ANEXO 1. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN PARA INCORPORAR LA EMS DE LA OPS/OMS EN LA MUNICIPALIDAD DE CARTAGO.....	34

LISTADO DE FIGURAS

Figura No 1. Aspectos que determinan la salud tanto individual como colectiva	8
Figura No 2. Aspectos que aborda la PS.....	9
Figura No 3. Fases de la EMS de la OPS/OMS	11
Figura No 4. Capacidades Institucionales Locales	12
Figura No 5. Lineamientos Estratégicos para incorporar la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago.....	14
Figura No 6. Niveles a adquirir en el proceso de certificación como Municipio Saludable	30
Figura No 7. Ruta para la certificación de la Municipalidad de Cartago como Municipio Saludable por parte de la OPS/OMS.....	31

LISRADO DE CUADROS

Cuadro No 1 Lineamientos estratégicos y líneas de acción para incorporar la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago	34
---	----

LISTADO DE SIGLAS



CIL	Capacidades Institucionales Locales
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EMS	Estrategia de Municipios Saludables
GL	Gobierno Local
LE	Lineamientos Estratégicos
MC	Municipalidad de Cartago
MS	Municipio Saludable
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PS	Promoción de la Salud

I. PRESENTACIÓN

Para comprender los Lineamientos Estratégicos (LE) propuestos para que la Municipalidad de Cartago (MC) incorpore la Estrategia de Municipios Saludables (EMS) de la OPS/OMS en su quehacer institucional, primero debe contextualizarse el surgimiento de dicha Estrategia.

Es preciso mencionar que esta nace en los años setenta, específicamente desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978). Durante dicha actividad, la salud fue considerada como eje fundamental y transversal en las acciones realizadas desde la esfera política, con el objetivo de promover y proteger la salud de los seres humanos. Sin embargo, es hasta en los años noventa que se coloca dicha Estrategia en el contexto Latinoamericano, evento que coincidió con dos hechos importantes que acontecían en la región: por una parte, el interés de mantener una equidad en materia de salud y por otra parte los procesos para fortalecer a los municipios como protagonistas del cambio social (Rosales, Julián y Quiroz, 2013).

En el contexto nacional, la EMS se empleó en el año 1993 en el Cantón de San Carlos, bajo el nombre de Cantón Ecológico y Saludable, como una iniciativa para abordar las problemáticas en salud desde una visión de movilización comunitaria (OPS, 2000), siendo la única experiencia registrada sobre esfuerzos realizados en el país con relación a la EMS.

Ahora bien, como parte de la visión de certificarse como un Municipio Saludable (MS), el Gobierno Local (GL) de Cartago consideró importante el desarrollo de un Trabajo Final de Graduación que aportará los insumos básicos para dicha acreditación.

Con base en esta premisa, se desarrolló una investigación en la que se exploró el desarrollo

de la EMS de la OPS/OMS en GL de 5 países de la región latinoamericana (Argentina, Brasil, Chile, México y Perú). A partir de esta revisión bibliográfica se extrajeron los principales factores de éxito o puntos en común que los GL de los países analizados comparten, los que a su vez los han catapultado como pioneros en el desarrollo de procesos en salud desde lo local. Aunado a lo anterior, se analizaron las Capacidades Institucionales Locales (CIL) de la MC, con el fin de identificar los espacios y recursos sobre los que se puede trabajar a la hora de incorporar la EMS de la OPS/OMS. La información se obtuvo a partir de entrevistas con personas funcionarias de la Municipalidad y de fuentes secundarias como informes de labores y Planes de Desarrollo Locales. Posteriormente, se cruzó la información y como resultado se obtuvieron los LE para incorporar la EMS en el GL de Cartago.

A partir de los LE que se describirán en este documento, se busca contribuir al desarrollo de procesos de salud que beneficien la calidad de vida de los munícipes de Cartago, desde espacios de diálogo, participación social y rendición de cuentas, por ejemplo. Estos lineamientos se enfocan en competencias, fortalezas y recursos municipales, con el fin de dar sostenibilidad a los proyectos que se gesten desde un enfoque de Promoción de la Salud (PS). En cuanto al ámbito organizacional, se pretende que la MC pueda marcar una hoja de ruta con miras a sensibilizar a sus personas funcionarias en temas de salud y, más específicamente, en temas de PS, con la intención que esto se vea reflejado en los servicios que oferta el GL, todo esto con el interés de contribuir en el deseo del GL de Cartago por certificarse como Saludable por parte de la OPS/OMS.

II. JUSTIFICACIÓN

Para el desarrollo y determinación de los LE para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la MC, se realizó una búsqueda sobre antecedentes de Municipios Saludables en la región Latinoamericana. Dichos antecedentes muestran que esta Estrategia tiene sus orígenes en Canadá, bajo el nombre de Ciudades Saludables, término con el que también se le conoce en países europeos.

Según Rivera, Málaga y Agudelo (2000), a nivel latinoamericano este movimiento inicia en Colombia, bajo el nombre de Municipios Saludables por la Paz. Además, estos autores explican que la EMS en las Américas se fundamenta bajo una gran trayectoria de participación y acciones comunitarias en salud, sustentada en procesos democráticos y en una marcada tendencia a la descentralización (Rivera, Málaga y Agudelo, 2000).

En América Latina, se habla sobre municipios saludables en lugar de ciudades saludables, debido a que el poder jurídico administrativo en el nivel local lo ejerce el gobierno local, entidad que tiene a su cargo no solo las zonas urbanas cabeceras de gobierno, sino también las zonas rurales circundantes bajo su jurisdicción.

Se debe recordar que con la declaración de la Carta de Ottawa, se pone en el escenario la necesidad de generar espacios saludables a nivel local. Por ello, la OPS/OMS propone dicha Estrategia, con el fin de que los países miembros se acojan e incluyan mecanismos que permitan la incorporación de la salud desde un ámbito comunitario, fomentado a su vez la participación ciudadana en dichos procesos.

Es en este momento donde las municipalidades, como organizaciones a cargo de la administración de los cantones, recobran importancia en la implementación de políticas y programas que contribuyan al bienestar social, pues constituyen el nivel de gobierno más cercano a los pueblos y cuentan con recursos para lograr importantes mejorías en la salud sin recurrir a otros niveles. Además, los GL también tienen posibilidades de influir sobre las condiciones de vida, a través de sus acciones en economía, empleo, cultura, recreación, educación, seguridad, ambiente, planeamiento urbano y organización comunitaria (Villalobos y Piedra, 1998).

Prosiguiendo con la idea de MS, la OPS/OMS elabora una guía básica para poner en práctica acciones que generen espacios saludables, conocida como Estrategia de Municipios Saludables (EMS), de la cual países como Brasil y Perú son pioneros en su implantación. No obstante, dicho instrumento describe de manera somera los requerimientos básicos para que un GL deba ser catalogado como un MS.

Debido a lo anterior, cada país que ha decidido fomentar MS en su territorio, desarrolló un proceso de sensibilización a nivel político e institucional, así como espacios de participación ciudadana, además de planificar proyectos desde la multisectorialidad. Es por ello que la EMS de la OPS/OMS es diferente en cada zona en la que se aplica, debido a las personas, la política local y la capacidad institucional característica de cada municipio y el sistema estatal al que pertenezcan.

Lo anterior, influye a nivel de región pues otorga libertad en cuanto a la definición de

estándares para certificarse como MS por parte de la OPS/OMS. A nivel país, la situación es similar, ya que la no existencia de una adecuación de dicha Estrategia y la no delimitación de los requerimientos mínimos que deben tener o potenciar una municipalidad para convertirse en una institución saludable, contribuye a que cada municipalidad pueda establecer lo que considere oportuno para ser un MS, lo que a su vez produce cierto grado de incertidumbre sobre el hecho de cómo y bajo qué criterios se puede considerar como tal. Lo anterior, incidiendo también en el interés de GL por promover salud integral en sus poblaciones desde esta Estrategia.

Como ya se ha mencionado, la MC tiene la iniciativa de incorporar la EMS de la OPS/OMS, contando con voluntad política por parte del jerarca de la institución para implementar la Estrategia en su gestión como gobierno local. Dentro de las razones por las que consideran importante incorporar esta Estrategia, en el accionar de este GL, se encuentra la relevancia que otorga esta municipalidad a fomentar salud desde un ámbito comunitario, haciendo frente a necesidades de salud pública como el envejecimiento poblacional del cantón, así como los altos índices de obesidad, sedentarismo y problemas ambientales que enfrenta (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2014).

Ahora bien, la EMS de la OPS/OMS además de ser escueta, ya que las fases que indica debe seguir un GL para convertirse en un municipio saludable son muy puntuales, por lo

que no brinda bases o lineamientos que indiquen a una municipalidad cuáles son los requerimientos mínimos necesarios con los que debe contar para optar por ser saludable, situación que ha llevado a que GL alrededor del mundo hagan adaptaciones de dicha Estrategia para poder sustentar sus acciones en pos de ser un MS.

Tomando como referente la importancia de la EMS de la OPSOMS para fortalecer la salud de las poblaciones, el interés de la MC por proyectarse como un MS y la falta de una base que establezca los requerimientos o pasos a seguir para optar por ser un GL saludable en Costa Rica, es que nace la importancia de establecer LE para incorporar la Estrategia en la MC, contribuyendo así a que este GL logre priorizar acciones en pro de fortalecer la salud integral de sus pobladores.

A modo de conclusión, es posible afirmar que debido a la generalidad del documento que brinda la OPS/OMS para la incorporación de la EMS en un GL, aunado a la escasa experiencia que existe en Costa Rica sobre esta, se debe elaborar una línea base que contemple las características particulares del sistema de salud costarricense, específicamente desde las capacidades institucionales de una municipalidad en temas de promoción de la salud y desarrollo social de las poblaciones, con el fin de facilitar al GL de Cartago incorporar la EMS en su quehacer institucional, lo cual se busca puntualizar desde LE para la incorporación de la EMS.

III. ASPECTOS TEÓRICOS BASE

Este apartado contempla los aspectos teóricos más relevantes para el desarrollo de los LE para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la MC.

Salud: la salud debe ser concebida desde un enfoque de equidad, en el que se propicien oportunidades según las necesidades de cada individuo, distribuyendo recursos de la mejor manera posible. Asimismo, la salud “[...]en su enfoque individual como comunitario se deben compartir las cargas que representa mantener a las personas como participantes para que en lo posible funcionen en la vida política, social y económica de la sociedad” (Vélez, 2007, p. 67), incrementando así la concepción de la salud como un constructo social que va desde lo individual hasta lo grupal.

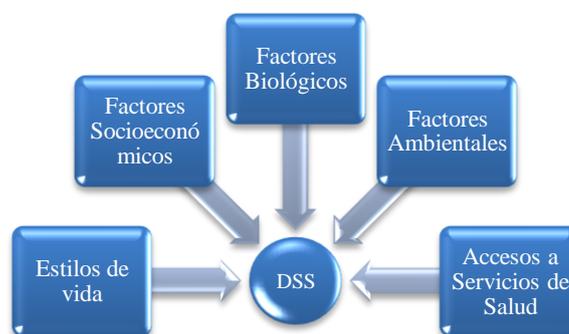
En consideración con lo anterior, la salud será entendida como un proceso complejo y dinámico, alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad, producto de mecanismos de adaptación y de la relación de diferentes factores de orden biológico, social, ambiental, político, económico e histórico (los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)) y en el cual aspectos como el acceso a servicios básicos (agua, electricidad, alimento, entre otros) son esenciales para el bienestar de las poblaciones.

Determinantes de la Salud: los DSS se encuentran inmersos en todas aquellas situaciones o circunstancias en las que se desenvuelven los seres humanos, por lo que juegan un papel preponderante en la definición de salud y en el acceso a bienestar de las poblaciones. Según Barragán (2007), los DSS comprenden “[...]los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios

sanitarios adecuados y los entornos físicos” (p. 171).

Figura No 23.

Aspectos que determinan la salud tanto individual como colectiva



Fuente: elaboración propia con base en Barragán (2007).

Ahora bien, el considerar los DSS como factores predominantes en el acceso a bienestar es importante en el desarrollo de acciones de PS, ya que permite fortalecer el concepto de salud como un aspecto que involucra a todas y cada uno de las personas que conforman una colectividad, quienes poco a poco se apoderan de su salud en miras de contribuir en el desarrollo de estrategias de acción para mejorar y promover un mayor acceso a salud, desde un enfoque de bienestar y reducción de inequidades.

Promoción de la Salud: el concepto PS, abordado en los últimos 30 años, ha contribuido en la expansión de los términos de salud y de bienestar, pues se alude que para lograr tener salud y bienestar es menester trabajar sobre los DSS, aspectos que le otorgan su razón de ser a la PS. Según la OMS en la Carta de Ottawa, la PS consiste en “[...]proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (1986, p. 2). Dicha concepción, como se puede apreciar, contiene en su génesis una

interpretación asistencialista, pues al indicar que “se debe proporcionar a los pueblos” se resta la importancia del abordaje en conjunto de los aspectos que verdaderamente necesita y prioriza una comunidad, así como la identificación conjunta de los recursos de los que ya dispone la colectividad para actuar sobre su propia salud.

Por lo tanto, la PS debe partir desde la participación comunitaria para la identificación de las necesidades reales en salud de los conglomerados, siendo a su vez un ente facilitador de comunicación horizontal entre instituciones (involucradas directa e indirectamente con la salud) y las comunidades.

Ahora bien, diferentes autores han realizado aproximaciones teóricas sobre cómo se puede entender la PS, tales como Sapag y Kawachi, quienes explican que la PS es un “Proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual” (2007, p. 141). Además, estos escritores agregan que la dimensión holística de la PS involucra el tema de desarrollo comunitario y que se debe favorecer la acción cooperativa de la comunidad para asegurar el acceso equitativo a educación, seguridad económica y apoyo social en el contexto de políticas públicas de acuerdo a objetivos de salud (Sapag y Kawachi, 2007).

Por su parte, Eslava-Castañeda aporta que la “Promoción de la Salud adquiere una consistencia propia ligada a las nociones de bienestar y calidad de vida” (2006, p. 111), concordando a su vez con Sapag y Kawachi (2007) en que la PS debe ser asumida como un proceso social y político que posibilita la construcción colectiva de la capacidad para

proteger y mantener la salud de las poblaciones.

Por su parte, Quesada y Picado (2010) concuerdan con los autores anteriores, pues consideran que las acciones de PS se constituyen en procesos políticos y sociales que buscan incidir en las condiciones ambientales, sociales, económicas, entre otras.

En consideración con todo lo anterior, la PS debe abordar la salud tanto individual (lo biológico) como colectiva (lo social), así como el nivel organizacional de los servicios de salud, priorizando acciones que involucren a las poblaciones y actores sociales para la identificación y actuación conjunta sobre los DSS, ejerciendo a su vez influencia real ante los gobiernos y organismos locales e internacionales afines a la salud de la colectividad.

Figura No 24.

Aspectos que aborda la PS



Fuente: elaboración propia.

En síntesis, para lograr una construcción y validación social de la salud, es necesario fomentar el compromiso por actuar en conjunto sobre la misma, para lo cual el abordaje desde un enfoque de DSS es primordial para la identificación de las reales necesidades en salud de los conglomerados. Por ello, se debe trabajar desde la PS, campo de acción que parte del fomento de la participación tanto de individuos de la sociedad como de las organizaciones comunitarias e instituciones de todos los sectores.

Para llevar la PS a las comunidades, la OMS (1986) enfatiza en el rol importante que juegan los gobiernos locales en los sistemas de salud, ya que estas instituciones son las que tienen el poder y el real acercamiento con los intereses, las problemáticas y las necesidades de los colectivos. Aunado a ello, en la Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se visualiza a la PS como un medio facilitador del desarrollo sostenible (OMS, 2016), lo que implica el ejercicio de la gobernanza local como una herramienta que permite a las comunidades y gobiernos generar acciones que busquen políticas en pro de la salud y la justicia social.

Para lograr lo anterior, la OPS/OMS proponen la EMS, la cual es considerada como una aliada para hacer PS, pues esta Estrategia compromete y vincula esfuerzos de organizaciones locales, autoridades y ciudadanía en general, para mejorar de manera constante las condiciones sociales que repercuten en la salud y bienestar de los habitantes.

Estrategia de Municipios Saludable de la OPS/OMS: la EMS de la OPS/OMS contribuye en la reafirmación del rol de la municipalidad como ente promotor del desarrollo local saludable y de cohesión social, factores fundamentales para el bienestar y la reducción de aquellas inequidades que afectan la salud de las personas.

Desde Alma-Ata, los países del mundo se marcaron como propósito compartido fundamental el desarrollo de acciones que permitieran el disfrute del mayor grado de salud en sus poblaciones, partiendo de la premisa de creación de estrategias globales aplicables a las diferentes naciones y considerando los distintos factores que permean la salud de sus conglomerados. Es así que surge la EMS de la OPS/OMS, como una propuesta innovadora que busca, mediante la

descentralización y procesos de democracia, contribuir en la identificación de las necesidades en salud de prioridad para las poblaciones, desde acciones consensuadas entre todas las partes que conforman una sociedad (Alessandro, 2002).

Un MS debe ser comprendido como un espacio territorial local, social y político en el que se puedan consolidar y enriquecer transformaciones justas y democráticas para la mayoría de los habitantes de una región, mediante el desarrollo de propuesta que fomenten la reducción de inequidades en salud y el incremento de la participación y el accionar de las comunidades. A su vez, un municipio saludable debe buscar el bienestar de las personas, así como la consolidación de sociedades democráticas, equitativas y solidarias (Alessandro, 2002).

También, un MS debe ejecutar acciones que involucren a los gobiernos en la importancia de fortalecer la participación social y la responsabilidad colectiva en cuanto el acceso a salud. Por lo tanto, un GL saludable debe incorporar la salud en su agenda de gobierno, trabajando desde una mirada multisectorial, impulsando el desarrollo de políticas públicas saludables y la creación de una estructura política que garantice la continuidad de las acciones planificadas y un mayor estado de bienestar de sus munícipes (Alessandro, 2002).

Fases para la implementación de la Estrategia de Municipios Saludable de la OPS/OMS: Según la OPS (2011), las fases para la implementación de la EMS son cinco, las cuales se puede observar en la figura número 3:

Figura No 25.

Fases de la EMS de la OPS/OMS



Fuente: elaboración propia.

- **Fase 1. Sensibilización:** es la fase inicial para implementar la Estrategia, por lo cual es importante realizar una declaración pública sobre el compromiso del gobierno local a realizar y ejecutar las acciones necesarias para proyectarse como un MS. Por lo tanto, en esta fase se debe promover un fuerte proceso de sensibilización comunitaria, identificando líderes, profesionales e instituciones comprometidas con la salud de las poblaciones.
- **Fase 2. Organización:** en esta fase se debe trabajar sobre el fortalecimiento del Consejo Local de Salud, quien será el encargado de liderar el proceso de diagnóstico de las condiciones en salud de la comunidad, así como de la planificación y eventual evaluación de alternativas de abordaje y/o de solución a las principales necesidades en salud identificadas.
- **Fase 3. Planificación participativa:** se tiene como premisa el desarrollo del plan de Salud local, el cual debe partir de un diagnóstico de las condiciones de salud de la comunidad y debe ir de la mano con los indicadores de desarrollo humano que persigue el GL. Este proceso diagnóstico se debe abordar desde un enfoque de DSS, para lograr una mayor comprensión de los

diferentes factores que permean la salud de las personas.

- **Fase 4. Ejecución:** corresponde la puesta en marcha del plan consensuado de salud, mismo que debe establecer prioridades en salud y los recursos de los que se dispone para el abordaje de las mismas. Por su parte, en esta fase se debe promover la generación de políticas públicas saludables, que brinden respaldo a las diferentes acciones planteadas para abordar la salud de las comunidades.
- **Fase 5. Monitoreo y evaluación:** esta fase corresponde al establecimiento del plan de monitoreo y de evaluación para las diferentes acciones a realizar a lo largo de la implementación de la estrategia. Esta fase es de suma importancia no solo para la valoración del cumplimiento o no con los requerimientos mínimos para optar por ser un municipio saludable, sino que también para poder contar con sistematización de experiencias que permitan la reproducibilidad de aquellos aspectos novedosos y/o de impacto que permitan conseguir mejores resultados al buscar proyectarse como un gobierno local saludable.

Al cumplir con las 5 anteriores fases, un GL pasa a convertirse en un MS, mismo que debe dar continuidad a estas fases, en un ciclo continuo de mejora en la búsqueda de contribuir en el bienestar de las comunidades.

Municipalidad: municipalidad se entenderá como aquel espacio territorial, social y político del cual se obtiene una comunicación más directa con las poblaciones, por lo que debe trabajar en función de contribuir con el bienestar de sus munícipes mediante el desarrollo de acciones democráticas y equitativas que beneficien a sus habitantes según las necesidades de prioridad para estos. Es así que, el gobierno local debe trabajar desde acciones que contrarresten la línea de pobreza, incrementando las posibilidades y el

acceso a los servicios básicos de salud para sus pobladores, lo cual es posible mediante un ejercicio de gobierno democrático, equitativo y solidario de los diferentes factores que confluyen en la cotidianidad del cantón (Alessandro, 2002).

Municipio Saludable: un MS es aquel GL que trabaja desde la PS para el incremento del bienestar de sus munícipes, propiciando acciones abordadas desde procesos multisectoriales que faciliten la identificación de aspectos esenciales a trabajar para la reducción de inequidades en salud. No obstante, un GL para proyectarse como MS no requiere de dirigir todas, o la mayoría de sus acciones, hacia el abordaje de condiciones sanitarias (prestación de servicios de salud de primer nivel por ejemplo), sino que debe involucrar a la salud como un eje transversal en sus acciones, desde un trabajo multisectorial que propicie el trabajo articulado para el desarrollo de propuestas que involucren la salud como un asunto de la colectividad, realizando acciones conjuntas para mejorarla y reforzarla.

Multisectorialidad: la multisectorialidad debe ser concebida como un enfoque que facilita las acciones de PS, ya que propicia el establecimiento de espacios para articular la gestión, la planificación, la negociación y la puesta en práctica de propuestas integrales para atender las necesidades prioritarias en salud de las poblaciones, teniendo como objetivo fundamental el incorporar la salud en la agenda de los gobiernos locales, impulsando la formulación e implementación a nivel local de políticas públicas saludables y la creación de una estructura mínima que garantice la continuidad y facilite el gerenciamiento de proyectos y la participación comunitaria (Ministerio de Salud de Perú, 2006).

Capacidades Institucionales Locales: las CIL se estudian a la luz de la clasificación que propone Rosas (2009), quien a su vez se basó

en las tipificaciones de Grindle (1997) y Cabrero (2004), pues esta clasificación se adecua al marco de análisis de CI de un GL. Dicha clasificación propone las dimensiones para el análisis de CI en una municipalidad que se observan en el gráfico número 4:

Figura No 26.

Capacidades Institucionales Locales



Fuente: elaboración propia con base en Rosas (2009).

1. Capacidad humana:

Remite a las potencialidades de las que dispone un GL en materia de talento humano, las cuales le permitan, según el perfil y área de formación específico de cada persona profesional, cumplir con metas y objetivos organizacionales de manera eficaz, eficiente y sostenible (Rosas, 2009). En esta dimensión se consideran aspectos como la preparación académica de las personas funcionarias, la experiencia laboral con la que cuentan, las capacitaciones y/o formación continua, los procesos o modo de contratación y la estabilidad de personas funcionarias y de equipos de trabajo.

2. Capacidad organizacional:

Relacionada con la capacidad del GL para lograr cumplir con sus metas y objetivos, es decir, el conjunto de elementos que dan forma a la estructura organizacional de una municipalidad (Rosas, 2009). En esta dimensión de capacidad institucional se debe valorar el tipo de estructura organizativa, las vías de comunicación empleadas, el liderazgo, el espacio geográfico que tiene a su cargo y las

características de la población que le corresponde atender.

3. Capacidad institucional:

Potencialidades del gobierno local para establecer y poner en práctica las reglas y normas que definen sus interacciones políticas y económicas (Rosas, 2009). En otras palabras, son las reglas formales de juego que delimitan el accionar municipal. Dentro de los elementos que se deben considerar en esta dimensión se encuentran la existencia, conocimiento y puesta en práctica de reglamentos municipales, el sistema de transparencia mediante rendición de cuentas, la eficiencia en el aprovechamiento de recursos y la eficacia en el alcance de metas establecidas.

4. Capacidad política:

Es la habilidad de las organizaciones gubernamentales para tomar en cuenta las demandas (necesidades) de la sociedad, analizando así opciones de política pública que favorezcan el desarrollo social. Por ello, se debe profundizar en el poder que tienen los GL dentro del aparato estatal para formular, implementar y evaluar política pública, lo que viene a ser la habilidad para desarrollar políticas locales.

Para que dichas políticas puedan ser viables, las instancias públicas requieren de apoyo de otras instituciones, por lo que es necesario analizar en esta dimensión la habilidad del gobierno local para crear alianzas externas con actores clave, así como instituciones privadas y públicas (Banco Interamericano de Desarrollo, 2017). Además, en el análisis de capacidad política, se hace necesario ahondar en la manera en cómo un gobierno local formula e implementa proyectos que busquen el desarrollo social.

5. Capacidad financiera:

Se refiere a cómo el GL organiza el presupuesto del que dispone, el cual es

menester para la puesta en práctica de todas y cada una de las acciones que plantee ejecutar, puesto que sin recursos financieros es muy difícil que un GL logre implementar política pública (Rosas, 2009). Desde esta dimensión, se deben considerar los procesos que la municipalidad desarrolla para generar ingresos propios (mediante impuestos, por ejemplo), así como la administración que se le da a los recursos que ingresan desde el Estado, siendo estos aspectos considerados como parte de la autonomía financiera de la que disfruta un gobierno local.

En términos generales, el concepto de capacidades institucionales locales se puede delimitar desde elementos como las competencias, las relaciones, las reglas, los recursos, el campo de acción y las funciones propias de las que disfrutaban las instituciones gubernamentales para fomentar el desarrollo social (Valenzuela, 2016), por lo que el analizar y fortalecer las CIL es de suma importancia para la viabilidad del accionar público, puesto que en el grado en como sean puestas estas potencialidades, así será la influencia y el grado de acción comunitaria que los gobiernos locales propicien en las poblaciones que tienen bajo su cobertura.

Es conclusión, las CIL deben enfocarse y/o abordarse desde procesos adaptativos fomentados y fortalecidos desde organizaciones públicas, para responder ante la complejidad y el dinamismo que representan las necesidades e intereses de los usuarios, desde mecanismos que permitan formular, ejecutar, monitorear y evaluar procesos afines a sistemas basados en la nueva gestión pública, desde principios y valores como eficiencia, eficacia y transparencia (Duque, 2012). Por lo tanto, las CIL deben permitir a las organizaciones resolver problemas y responder a las necesidades, desde el establecimiento de objetivos y metas que permitan la mejora de sus procesos en función de responder ante las demandas de sus municipios.

IV. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA EMS DE LA OPS/OMS EN EL GOBIERNO LOCAL DE CARTAGO

A continuación se presenta la línea base propuesta para que la MC pueda incorporar la EMS de la OPS/OMS y con ello obtener la certificación como MS por parte de la OPS/OMS.

En el proceso investigativo efectuado (del cual nace el presente documento), se observó la existencia de factores que permitieron y permearon el desarrollo de la EMS en gobiernos de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú. Una vez identificadas las grandes áreas que contribuyeron al desarrollo de la EMS en los países analizados, se contrarrestó dicha información con las Capacidades Institucionales Locales (CIL) de la Municipalidad de Cartago, lo cual dio pie para el planteamiento de **cuatro Lineamientos Estratégicos (LE)** que fungirán como base para que, paulatinamente, la Municipalidad incluya o fortalezca en sus acciones la salud y la Promoción de la Salud, hasta convertirse en un Municipio Saludable. Dichos LE se presenta en el siguiente gráfico:

Figura No 27.

Lineamientos Estratégicos para incorporar la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago



Fuente: elaboración propia.

Es necesario señalar que se plantea enmarcar los LE con las fases (**sensibilización, organización, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación**) que propone la guía de certificación de la OPS/OMS, con la finalidad de orientar mejor el proceso de certificación. Esto se explicará con mayor detalle en el apartado sobre el proceso hacia una certificación como MS.

Finalmente, se propone una categorización la cual tendrá como base los LE, otorgando a la municipalidad una escala según nivel de compromiso; dicha escala se define de la siguiente manera y se expondrá con mayor detalle en apartados posteriores:

- Al cumplir con el LE 1, se adquiere el nivel de “**Municipio Asociado**”.
- Al cumplir con el LE 2, se adquiere el nivel de “**Municipio Comprometido**”.
- Al cumplir con el LE 3, se adquiere el nivel de “**Municipio Gestor**”.
- Al cumplir con el LE 4, se adquiere el nivel de “**Municipio Saludable**”.

Con base en lo anterior, a continuación se procede a describir cada LE con sus respectivas líneas de acción.

1. LE 1. Fortalecer las capacidades institucionales del gobierno local para la gestión de la EMS de la OPS/OMS.

La Municipalidad de Cartago cuenta con los recursos humanos, físicos y espaciales para perfilarse como un MS. Sin embargo, es necesario que se fortalezcan las CIL de dicho GL, con el objetivo de iniciar un proceso de sensibilización desde lo interno de la estructura gubernamental como a lo externo (hacia los munícipes). Los factores de éxito para incorporar la EMS en diferentes países incluyen un proceso de apropiación y creación de una idea fuerza en torno a lo que significa ser MS. Para esto es fundamental que el talento humano de la institución se encuentre comprometido y crea en la importancia de desarrollar procesos de salud desde el GL.

En este primer momento se contemplan aspectos como la voluntad política y la existencia y apropiación de una base legal y política que permita al gobierno local desarrollar e incorporar en su accionar actividades en pro de la salud, tanto de sus colaboradores como de sus munícipes. Es necesario mencionar que el fortalecimiento de las CIL se vincula con la primera y segunda fase de la Guía de Certificación de la OPS/OMS. Ahora bien, para el desarrollo de este LE se determinan líneas de acción de acuerdo con cada capacidad institucional (organizacional, institucional, humana, política y financiera); esto con la intención de propiciar que lo establecido sea viable para la institución y que, eventualmente, sea concretado. A continuación se describen las líneas de acción para el LE 1:

• Desde la capacidad organizacional:

1. Disponer de voluntad política para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local

- Se debe contar con interés por parte del Jeraarca municipal y del Concejo Municipal para incorporar la EMS en el quehacer institucional de la Municipalidad. Para ello se recomienda el escudriñamiento de investigaciones (como el TFG del cual surge el presente documento) que expongan los beneficios en el desarrollo social y la salud integral de las poblaciones en gobiernos locales certificados como saludables por la OPS/OMS.

2. Formalizar el compromiso de asociación con la EMS de la OPS/OMS

- Mediante una carta de compromiso, firmada por el Alcalde y avalada por el Consejo Municipal. Dicho escrito debe explicitar el compromiso y la voluntad del gobierno local para fortalecer la promoción de salud y el desarrollo social del cantón desde la puesta en práctica de la EMS. Se recomienda realizar una ceremonia abierta al público en general, fomentado así el involucramiento de la comunidad con la Estrategia que desea implementar la Municipalidad.

3. Promover líneas de acción de promoción de la salud en los planes, programas y proyectos planificados y ejecutados por las diferentes Áreas de la Municipalidad

- Se deben incorporar, en todas las Áreas que componen el gobierno local, líneas que expliciten acciones de promoción de la salud para el desarrollo integral de las poblaciones. Estas líneas de acción pueden ser dirigidas tanto a un nivel organizacional (estructura interna) como a un nivel operativo (de servicio y atención a la comunidad), así como a los funcionarios municipales. Este proceso se puede viabilizar desde la GpRD que ejecuta la Municipalidad de Cartago, pues la misma facilitará la incorporación de la promoción de la salud como un eje transversal en el quehacer municipal, la cual será gestionada desde la EMS de la OPS/OMS.

4. Realizar un Mapeo de Actores Sociales clave para la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS en el cantón

- Se propone el desarrollo del Mapeo de Actores Sociales como herramienta facilitadora de futuras propuestas comunitarias, ya que facilita el reconocimiento de oportunidades y/o recursos, así como el dinamismo en las interacciones y los roles que desempeñan las diferentes partes que conforman determinada colectividad. Esto es clave para realizar acciones de promoción de la salud y desarrollo social, ya que ayuda a identificar y priorizar recursos para con ello desarrollar propuestas comunitarias en las que se involucren y articulen capacidades y potencialidades de la mayoría de actores sociales presentes, logrando con ello un mayor grado de empoderamiento comunitario.

5. Sensibilizar a actores sociales públicos y privados sobre la importancia de la EMS de la OPS/OMS para el desarrollo social y el bienestar de la comunidad

- Se deben ejecutar acciones (mesas de diálogo, conferencias, reuniones, simposios, entre otros) para difundir entre los diferentes sectores que forman parte del gobierno local la EMS de la OPS/OMS como una herramienta para la promoción de la salud y el desarrollo social de las poblaciones. Se recomienda que sean sesiones donde se cuente con representatividad tanto del sector público como del sector privado, así como de actores clave cantonales.

6. Fortalecer una comunicación estratégica interna y externa que favorezca la puesta en práctica de la EMS en el gobierno local

- Apoyándose de los mecanismos de comunicación e información de los que dispone el gobierno local como redes sociales, página web y correos electrónicos. Se recomienda la creación de una estrategia de comunicación que potencie la comprensión y el involucramiento, tanto de funcionarios municipales como de la comunidad en general, para con la EMS que el gobierno local gestiona.

7. Elaborar diagnósticos de bienestar poblacional para la confección de una línea base para la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS

- Se recomienda realizar desde una perspectiva de DSS, con el fin de poder identificar, desde una visión integral, los distintos factores que inciden sobre la salud de los pobladores, en dimensiones como accesibilidad a servicios de salud, estilos de vida (salud ambiental, salud mental, salud física, salud sexual, entre otros) y factores socioeconómicos (como acceso a educación y empleo). Para realizarlo se invita también a solicitar colaboración del Área Rectora de Salud, así como profesionales o estudiantes con formación en promoción de la salud.

8. Definir los servicios municipales de promoción de la salud y desarrollo social a ofertar en la comunidad

- Con el fin de delimitar la oferta que el gobierno local brindará a los municipios para promover el bienestar y el desarrollo integral de los mismos.

• Desde la capacidad institucional:

1. Actualizar la normativa interna para definir las funciones municipales para la promoción de la salud y el desarrollo social del cantón

- Se debe crear bases político-legales que respalden el accionar del gobierno local en materia de promoción de la salud, desarrollo social y bienestar de las poblaciones. Se propone la creación de una política cantonal de promoción de la salud que sirva como sustento legal para la viabilidad de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local (para la delimitación de recursos para su ejecución y la delimitación de los servicios a ofertar, por ejemplo).

2. Articular con líderes comunitarios, sectoriales y sociales para que sean voceros sobre las diversas acciones lideradas por el gobierno local para promover salud y el desarrollo social del cantón

- Se deben propiciar espacios de diálogo que favorezcan el involucramiento activo de todas o la mayoría de partes que conforman el gobierno local, para con ello favorecer la difusión de las acciones que el gobierno local gestiona en pos de promover salud y bienestar en el cantón, así como la identificación con mayor precisión de las necesidades, los intereses y las motivaciones de los munícipes para con la salud tanto individual como colectiva.

- Desde la capacidad humana:

1. Sensibilizar a los funcionarios municipales sobre la importancia de la EMS de la OPS/OMS para el desarrollo social del cantón

- Para ello se recomienda dotar a los funcionarios municipales de herramientas teórico-prácticas para la promoción de la salud y el desarrollo social cantonal, así como capacitarles sobre la EMS de la OPS/OMS. Para ello se recomienda crear directivas internas para el desarrollo de capacitaciones permanentes sobre la EMS de la OPS/OMS y la promoción de la salud.

2. Identificar necesidades, intereses y motivaciones sobre temas a abordar en las capacitaciones de la EMS de la OPS/OMS

- Mediante encuestas, mesas de diálogo, reuniones, entre otras, donde se identifique con los colaboradores municipales temas de interés o aspectos a profundizar para una mejor gestión e incorporación de la EMS de la OPS/OMS, así como de acciones de promoción de la salud para el desarrollo social del cantón.

3. Fortalecer las capacidades de los funcionarios municipales para la elaboración, monitoreo y evaluación de proyectos en salud

- A partir de los procesos de sensibilización, se considera pertinente que el talento humano de la Municipalidad tenga herramientas para generar información clave para el desarrollo del cantón, a partir de los procesos de monitoreo y evaluación de los proyectos existentes; asimismo, fortalecer las capacidades de los funcionarios municipales para el desarrollo de proyectos en salud contribuiría a generar acciones desde los recursos disponibles en el gobierno local.

- Desde la capacidad política:

1. Formular e implementar y evaluar proyectos de desarrollo social con enfoque de promoción de la salud

- Los cuales respondan a las necesidades en salud prioritarias del cantón. Se recomienda realizar una sistematización de los proyectos que ya gestiona el gobierno local que tenga relación con promoción de la salud y desarrollo social, los cuales sirvan como base de acciones ya gestadas por el gobierno local para potenciar el bienestar de los munícipes.

2. Promover la creación de un comité local de promoción de la salud

- El cual este conformado, idealmente, por representantes de diversos sectores que conformen el cantón: sector salud, sector educación, sector comercio, sector PYMES, entre otros; además de actores comunitarios clave. Este comité debe contar con respaldo por parte del gobierno local para tener injerencia en las acciones que se planifiquen desde la ejecución EMS de la OPS/OMS.

3. Generar alianzas estratégicas con universidades públicas y privadas para apoyo técnico, teórico y práctico que favorezca la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local

- Se invita establecer alianzas estratégicas con centros educativos dispongan de saberes para la capacitación y formación de capital humano en temas de promoción de salud y desarrollo social de la comunidad.

- Desde la capacidad financiera:

1. Viabilizar, en el marco de sus posibilidades, el aporte financiero para llevar a cabo las actividades de incorporación de la EMS de la OPS/OMS para la promoción de salud y el desarrollo social del cantón

- Se recomienda elaborar un informe sobre la situación actual de las finanzas municipales, con base en el PAO y, a partir de ello, definir estrategias de generación de ingresos para las acciones planificadas. Asimismo, se exhorta a precisar, desde normativas internas, la delimitación de recursos monetarios para la ejecución de la EMS de la OPS/OMS.

2. Establecer alianzas estratégicas que permitan el trabajo conjunto entre la Municipalidad de Cartago y las demás organizaciones presentes en el cantón, con la finalidad de obtener recursos para los diferentes proyectos en salud que se desarrollen desde el gobierno local

- Esta línea de acción se plantea con la finalidad de iniciar procesos de multisectorialidad y gobernanza local en salud. Se plantea que la Municipalidad de Cartago sea un ente articulador con capacidad de agrupar a diferentes instituciones, organizaciones y empresas en torno a la idea de generar procesos de salud y bienestar en el cantón y, así financiar y sostener proyectos relacionados con salud.

Tal como se muestra en las líneas de acción del LE 1, este primer momento es fundamental para generar un cambio en la cultura organizacional de la Municipalidad de Cartago (MC). Por ello, la voluntad política, identificar actores clave en el proceso y el compromiso organizacional son fundamentales para desencadenar la asignación de recursos y el compromiso del gobierno local, para que este pase a ser un sujeto activo en los procesos de salud y no solamente un socio estratégico.

Es importante rescatar que una vez que el municipio ha concluido con las acciones específicas concernientes al LE 1, se puede decir que ha superado las etapas de “*Sensibilización y organización*” de la guía de la OPS/OMS; esto significa que no solo el GL estará convencido de la importancia de impactar de manera positiva sobre los DSS del cantón, sino que la población en general ve necesario estos procesos. Es por ello que se puede hablar de que existe un “*Municipio Asociado*” y por tanto puede avanzar hacia el LE 2, mismo que se describe a continuación.

2. LE 2. Plantear un modelo de producción social de la salud desde lo local.

La salud es un producto social que se ve afectado por los DSS. Es por ello que los procesos intersectoriales y multisectoriales cobran relevancia. La articulación social se debe organizar en función del desarrollo social del cantón o municipio que se proyecta como saludable. Aspectos como el entorno educativo, el laboral y el comunal determinan el acceso a espacios saludables. El flujo constante de los DSS condiciona el modo en el que vive, se educa y trabajan las personas, es por ello que se considera fundamental que desde los GL se gesten políticas públicas con una visión de salud que permitan el desarrollo del más alto nivel de vida de la población y con ello reorientar las acciones hacia una producción social de la salud.

Es por ello que en el LE 2, se deben contemplar aspectos como la planificación estratégica y la puesta en marcha de proyectos de alto impacto social; para esto se requiere de las CIL de la municipalidad que en un primer momento deben ser fortalecidas (LE 1) por procesos de sensibilización y cambio organizacional. Cuando se plantea producir salud desde lo local, se propone cambiar la forma en la que la sociedad percibe su proceso de salud y enfermedad y ampliar la visión de este proceso en función de aquellos factores protectores que pueden ser potenciados para el máximo desarrollo social del cantón.

Ahora bien, se debe rescatar que el LE 2 se enmarca en la tercera fase de la Guía de certificación de la OPS/OMS, la cual corresponde a “*Planificación*”. De igual manera, para el desarrollo de este LE se determinan líneas de acción con la intención de propiciar que lo establecido sea viable para la institución y que, eventualmente, sea concretado. A continuación se describen las líneas de acción para el LE 2:

1. Crear leyes y políticas locales que garanticen el cumplimiento de acciones en salud, a partir de la voluntad política

- Una vez establecido el compromiso político del máximo jerarca municipal, se debe poner en marcha la creación de leyes locales en materia de bienestar y salud que sean aprobadas por el Concejo Municipal y que respalden la formulación de futuras políticas locales en materia de salud. Esto garantiza que al cambiar el gobierno de turno los proyectos, actividades o programas que se gestaron bajo la idea de Municipio Saludable no dejen de funcionar.

2. Plantear programas de salud en diversos grupos generacionales

- Esta idea surge con la intención de iniciar un cambio sobre la percepción de la salud en la población, iniciando desde las edades más tempranas y con ello crear en el imaginario colectivo la importancia de que el gobierno local desarrolle acciones en salud, tomando en cuenta diferentes grupos poblacionales. Se plantean proyectos a largo plazo, para que se pueda generar una línea base de los indicadores de salud y, a la vez evaluar los resultados de cada proyecto.

3. Realizar actualizaciones y capacitaciones en temas de salud con los actores clave que forman parte de la población sensibilizada

- A partir del mapeo de actores clave, se propone que los actores sociales tengan procesos de formación continua sobre temas de gestión y creación de política pública. Esto permitirá que los actores sociales sepan incluir las necesidades de la población en la agenda política de la Municipalidad.

4. Generar mesas de diálogo que sirvan como mecanismo de rendición de cuentas y potencien la participación social

- Esta línea de acción se relaciona con la formación continua de los actores sociales. Las mesas de diálogo deben funcionar como espacios para compartir conocimiento sobre las actividades que realiza cada actor social o institucional e incentiven a la población a asistir y solicitar una rendición de cuentas sobre los recursos empleados en el desarrollo de proyectos de índole social.

5. Definir una política local en materia de promoción de la salud que permita transversalizar la salud hacia los municipios

- Esta política debe estar estructurada con base en las posibilidades que tiene la municipalidad de asignar recursos a las acciones de materia de Promoción de la Salud. Además, esta política debe concordar con el marco legal de la municipalidad y con el ordenamiento jurídico en general y, finalmente, debe garantizar el derecho a la salud en la población del cantón.

6. Fomentar que la sociedad civil (grupos organizados y no organizados) posea mayores herramientas para que se involucre como miembro activo en la ejecución de la EMS de la OPS/OMS

- Se propone la generación de jornadas de educación y sensibilización sobre la EMS de la OPS/OMS como una herramienta para la promoción de la salud y el desarrollo social del cantón. En dichas jornadas se debe promover el involucramiento activo de la comunidad y se deben facilitar herramientas teórico-prácticas que potencien el accionar de los pobladores.

7. Promover el reconocimiento constitucional e institucional de la promoción de la salud para el desarrollo integral de las poblaciones

- Se recomienda potenciar, a nivel nacional, el reconocimiento de la promoción de salud como parte del accionar de los gobiernos locales del país, con el fin de generar normativa nacional que respalde las gestiones de las municipalidades que deseen certificarse como saludables por parte de la OPS/OMS. Para ello también se recomienda incentivar el análisis y la investigación de la legislación nacional e internacional sobre saberes y recursos esenciales en materia de promoción de la salud para la formulación de un marco normativo adecuado y actualizado que favorezca la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local.

8. Designar un referente y/o equipo técnico para llevar a cabo las actividades que se planifiquen en función de la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad

- El cual debe estar conformado por al menos un funcionario representante de cada Área Municipal. Deseable contar con al menos un representante del sector público o privado y de un representante comunitario. Además, se debe disponer de un profesional con amplio conocimiento de la EMS de la OPS/OMS, así como de promoción de la salud, DSS y desarrollo social.

9. Asignar recursos específicos para la sostenibilidad de proyectos, programas y políticas en salud

- Con base en el planeamiento que se realiza desde el PAO, se propone que la Municipalidad asigne un impuesto, importe o cuota específica para que se asigne al tema de promoción de la salud, tomando en cuenta pagos a profesionales y la logística de los proyectos que opere la Municipalidad de Cartago.

Como se puede observar en las acciones específicas que se plantean, en esta etapa la Municipalidad debe iniciar el proceso de “*planificación*” de las etapas de la guía de la OPS/OMS y orientar sus recursos hacia el desarrollo de proyectos o políticas locales que, a partir de los procesos de sensibilización previamente desarrollados, permitan a la ciudadanía acercarse a la institución y participar en los procesos de salud. Asimismo, estas acciones deben generar empoderamiento social y propiciar que los proyectos emergentes provengan de las necesidades sentidas de la población. En el momento en el que la Municipalidad de Cartago logre cumplir con dichas acciones, se puede hablar de que existe un “*Municipio Comprometido*” con la salud de los pobladores del cantón, dando paso al desarrollo del tercer lineamiento, el cual se describe a continuación.

3. LE 3. Establecer un modelo de gestión multisectorial.

El municipio al estar conformado por personas, se vuelve un punto de convivencia en el que confluyen ideologías, creencias costumbre y cultura, es por ello que al hablar de procesos de salud desde lo local, esto elementos puedan ser tomados en cuenta y se pueda dar voz a aquellos sectores de la sociedad que no están aglutinado en torno a la idea de MS. Con respecto a lo anterior, la gestión multisectorial es fundamental para la articulación de procesos sociales y la creación del imaginario local. Esto plantea que los actores que habitan en el municipio deban ser sujetos activos en el desarrollo local.

Es por ello que a partir del conocimiento sobre las capacidades de la Municipalidad de Cartago, se plantea un tercer lineamiento dirigido a promover la articulación sectorial e incentivar la participación no solamente de los munícipes, sino de las instituciones públicas y privadas y grupos organizados que se encuentren en el cantón, colocando a la Municipalidad como ese agente aglutinador que trabaja en pro de sus habitantes. Se plantea que este lineamiento se ejecute y se ponga en práctica desde el Consejo Cantonal de Coordinación Institucional (CCCI); asimismo, las acciones específicas requeridas para el desarrollo de este lineamiento deben incluirse en el Plan de Desarrollo Cantonal, con la finalidad de brindar mayor sostenibilidad a las acciones planteadas. Este LE 3, se enmarca en la cuarta etapa de la Guía de certificación de la OPS/OMS (“Ejecución”). A continuación se presentan las líneas de acción requeridas para cumplir con dicho LE:

1. Articular los distintos sectores del cantón, como el Ministerio de Salud, la CCSS, PANI, IAFA..., con la finalidad de potenciar los factores protectores presentes en el cantón

- La multisectorialidad implica el trabajo conjunto con diferentes sectores del cantón, es por ello que se propone la lógica de que sea el gobierno local el ente articulador que agrupe a instituciones como el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, El patronato Nacional de la Infancia y otros actores institucionales, alrededor de la idea de generar un municipio saludable. Esto permitiría que cada actor institucional asuma un rol participativo en la generación social de la salud.

2. Crear un comité multisectorial, con actores sociales e institucionales y grupos de la Sociedad Civil

- Este comité a diferencia de las mesas de diálogo, debe ser un espacio de organización institucional, donde participen los representantes de cada sector y compartan las diversas necesidades poblacionales. La finalidad es identificar cual es el actor más adecuado para desarrollar un proyecto específico y así evitar el recargo de funciones.

3. Capacitar a las organizaciones de la Sociedad Civil en temas de creación de política pública

- Conforme avanza el tiempo surgen nuevas necesidades o problemáticas. El desarrollo tecnológico y el cambio poblacional requieren de una planificación a largo plazo, es por ello que se plantea un proceso de capacitación continua en temas de creación/elaboración de política pública, permitiendo que las Organizaciones de la Sociedad Civil cuenten con las herramientas necesarias para incidir positivamente en la política local.

4. Mapear y apoyar los proyectos realizados por instituciones ajenas a la Municipalidad pero que impactan positivamente el bienestar de la población

- Esta idea se propone para evitar la duplicidad de acciones. Al existir un compendio sobre las actividades que se realizan en el cantón en temas de salud, se puede observar dónde existen vacíos que necesitan atención o bien, cuáles proyectos son importantes, pero se encuentran rezagados y requieren de apoyo de parte del gobierno local.

5. Elaborar proyectos con base en un proceso diagnóstico en el que se identifiquen las necesidades sentidas del cantón

- Esta premisa es fundamental en la planificación estratégica, las acciones que se realicen debe ser previamente validadas con la población, esta es la única manera de generar sentido de pertenencia hacia los procesos, por ello se plantea que el profesional a cargo de los procesos de salud dentro de la municipalidad deba tener en cuenta la voluntad, deseo y necesidades de la población y, trabajar en función de ellas. Por otra parte, se deben tomar en cuenta documentos como el ASIS del cantón, informes del INEC, entre otros documentos para generar la información base, necesaria para el desarrollo y toma de decisiones en salud.

6. Elevar los proyectos en salud al Comité Multisectorial con la finalidad de atraer apoyo, financiamiento y mayor impacto en los municipios

- Esta línea va en concordancia con la creación del Comité Multisectorial, la idea de que el gobierno local asuma un rol participativo en el proceso y que funcione como ente aglutinador. También incluye la búsqueda de medios para generar actividades en salud, por ejemplo patrocinios o apoyo de otras instituciones, independientemente de si son las encargadas directas de los proyectos.

7. Generar indicadores sociales para medir el impacto de los programas, proyectos y políticas en salud desarrolladas en el cantón

- A partir de los procesos diagnósticos y en vista de la amplitud que se plantea para cada proyecto, se genera una base de datos amplia que permite determinar cuáles indicadores sociales pueden generarse a partir de la información ya existente. Se plantea que tenga un impacto significativo en aspectos como el Índice de Desarrollo Humano cantonal.

8. Definir un área de la Municipalidad de Cartago, encargada de dar seguimiento al desarrollo de acciones en salud y, que posteriormente, asuma la certificación de Municipio Saludable e incorpore la EMS

- Dicha área puede ser colocada en el Departamento Social de la Municipalidad de Cartago. Es fundamental que en temas organizacionales, la Promoción de la Salud sea asumida y resaltada por la estructura municipal. En este departamento se plantea que se ubique el profesional especialista en temas de promoción de la salud.

Siguiendo la lógica de los niveles que adquiere la Municipalidad cada vez que logra efectuar un LE, se espera que a partir de este momento las acciones se encaminen hacia la ejecución de proyectos y la articulación social, lo cual podría impactar la forma en la que los munícipes perciben su proceso de salud enfermedad, ya que al existir una oferta de servicios enfocada en mejorar la calidad de vida de la población, desde los determinantes de la salud, permite la generación de indicadores sociales que posteriormente serán útiles para evaluar el desempeño de las acciones locales, es por ello que se puede hablar de un “*Municipio Gestor*”. Ahora bien, los tres lineamientos descritos con anterioridad implican acciones que deben ser constantemente evaluadas y reajustadas según sus particularidades, es por ello que se plantea un cuarto LE que se enfoca en el desarrollo de procesos evaluativos, tal como se describe a continuación.

4. LE 4. Estandarizar procesos de monitoreo y evaluación sobre acciones de promoción de la salud desarrolladas desde lo local.

Evaluar procesos o acciones, evidencia el desarrollo de fortalezas y cumplimiento de objetivos de una determinada actividad. Es por ello que se vuelve fundamental incorporar, en el proceso de certificación de la Municipalidad de Cartago como Saludable, acciones de esta índole. Como se ha descrito a lo largo de este documento, los LE elaborados para la MC se enmarcan en las fases de la Guía de Certificación de la OPS/OMS, es por ello que para este momento la Municipalidad deberá estar en la última etapa, la cual corresponde a “*Monitoreo y evaluación*”.

Al momento de alcanzar el LE 4, el gobierno local de Cartago debe tener en su cartera de servicios una amplia variedad de proyectos en salud, es por ello que debe garantizar que la razón de ser, que en un principio dio origen a dichos proyectos, se mantengan, caso contrario deberá realizar los ajustes pertinentes y adaptar sus acciones a los nuevos requerimientos sociales, es por ello que se plantean las siguientes líneas de acción:

1. Monitorear el desarrollo de la EMS de la OPS/OMS y realizar los ajustes necesarios para el cumplimiento de las metas y los objetivos estratégicos planteados

- Con el fin de identificar los aspectos de mejora y los aspectos de éxito en las diferentes etapas y acciones ejecutadas a lo largo de la ejecución de la EMS de la OPS/OMS.

2. Diseñar indicadores para valorar la eficacia y eficiencia de la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local

- Los cuales permitan evaluar el cumplimiento de metas institucionales para perfilarse como MS por parte de la OPS/OMS.

3. Sistematizar y socializar la información que resulte de la implementación de la EMS de la OPS/OMS

- Se recomienda la realización de informes periódicos (trimestrales) por parte de todas las Áreas que componen el gobierno local, en los cuales se especifiquen las acciones realizadas para promover salud y desarrollo social, las cuales deben ser sistematizadas por parte del equipo técnico encargado de la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local. Asimismo, se deben establecer medios de comunicación para informar a la población, de manera transparente, sobre el uso de recursos propios y/o donados a favor de la aplicación de la EMS de la OPS/OMS, así como de las acciones gestionadas para la promoción de la salud y el desarrollo social del cantón.

Como se puede observar, las acciones se orientan hacia la sistematización de información y generación de datos a partir de los proyectos que con anterioridad ha venido desarrollando el municipio. El reajuste constante permite identificar esos puntos álgidos que de no corregirse en el momento podrían entorpecer los procesos. Cuando el Gobierno Local de Cartago logre esta etapa, podrá ser certificado como un “*Municipio Saludable*”.

Para finalizar con este apartado, a modo de síntesis, en el **anexo número 1** se muestran los 4 LE con sus respectivas líneas de acción.

V. PROCESO HACIA UNA CERTIFICACIÓN COMO MUNICIPIO SALUDABLE

Al cumplir con cada LE y sus respectivas acciones específicas, la municipalidad adquirirá un nivel, hasta convertirse en Municipio Saludable, tal como se observa en la siguiente figura número 6:

Figura No 28.

Niveles a adquirir en el proceso de certificación como Municipio Saludable



Fuente: elaboración propia.

Para que un GL pueda certificarse como MS, existen una serie de etapas que, según la Guía de Certificación de la OPS/OMS, deben seguirse y cumplirse a cabalidad; sin embargo, como ya se ha mencionado en apartados anteriores de este documento, estos pasos o etapas tienden a ser poco claros. Es por ello que, para contribuir en la certificación de la Municipalidad de Cartago se elaboran LE necesarios para que dicho GL pueda alcanzar dicha certificación.

En consideración con lo anterior, se contempla que el proceso de certificación siga las etapas propuestas por la OMS/OPS, haciendo la salvedad de que cada etapa se relaciona con al menos un LE y sus respectivas líneas de acción. Asimismo, al cumplir con las acciones planteadas por cada LE, el GL subirá un nivel, hasta convertirse en Municipio Saludable.

Bajo esta lógica, se propone que el **LE 1**, que corresponde a “**Fortalecer las capacidades institucionales para la gestión de la EMS de la OPS/OMS**”, sea equivalente a las dos primeras etapas de la EMS de la OPS/OMS, es decir a “**sensibilización**” y “**organización**”. Asimismo, cuando la Municipalidad de Cartago haya logrado desarrollar las acciones específicas correspondientes a dicho LE, es tiempo de adquirir el nivel de “**Municipio Asociado**”, lo que significa que dicho GL ha presentado una carta de compromiso para perfilarse como un MS.

Las acciones anteriores permitirán que la Municipalidad de Cartago pueda avanzar hacia la siguiente etapa que plantea la EMS de la OPS/OMS, que en este caso sería “**planificación**”. En este momento el GL deberá iniciar con la ejecución del **LE 2**, que corresponde a “**Plantear un modelo de producción social de la salud desde lo local**”. Cuando las acciones específicas asignadas a dicho LE hayan sido desarrolladas satisfactoriamente, el GL de Cartago podrá avanzar de “Municipio

Asociado” a “**Municipio Comprometido**”, asegurando la reorientación de los servicios hacia un enfoque de bienestar y de PS.

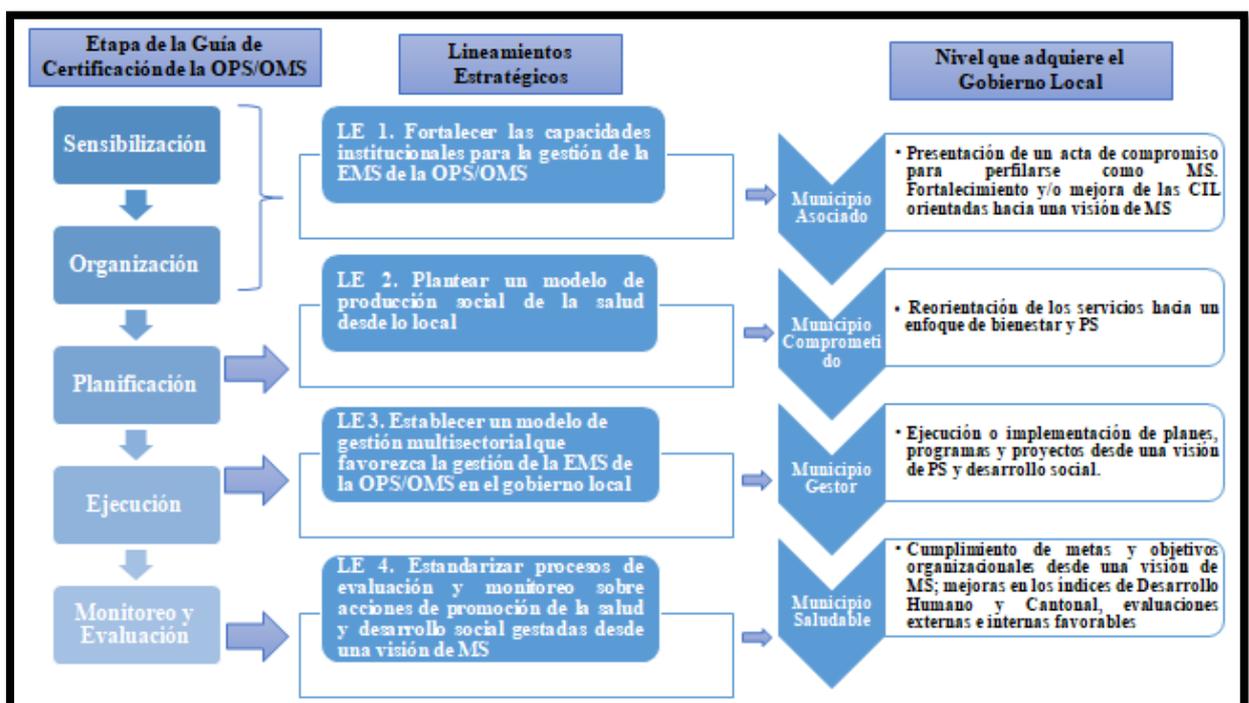
Posteriormente, cuando la Municipalidad pueda catalogarse como un “Municipio Comprometido” podrá continuar con la siguiente etapa de la EMS de la OPS/OMS, la cual corresponde a “**ejecución**”. En este punto, se deben desarrollar las acciones del **LE 3**, correspondiente a “**Establecer un modelo de gestión multisectorial que favorezca la incorporación de la EMS de la OPS/OMS**”. Al concluir las líneas de acción planteadas, la Municipalidad de Cartago podrá avanzar de “Municipio Comprometido” a “**Municipio Gestor**”. En este punto, el gobierno local tendrá la potestad de desarrollar e implementar programas en salud, acorde a las necesidades poblacionales.

Finalmente, la etapa de “**monitoreo y evaluación**” de la guía de la OPS/OMS, será completada cuando el **LE 4**, que corresponde a “**Estandarizar procesos de evaluación y monitoreo sobre acciones de promoción de la salud gestadas desde lo local**”, sea desarrollado a cabalidad. En este momento la Municipalidad de Cartago estará lista para pasar de ser un “Municipio Gestor” a un “**Municipio Saludable**”, donde, en un ideal, se podrán observar mejoras en los índices de desarrollo humano, además se podrán visualizar mejoras en el cumplimiento de metas y objetivos en temas de salud, de PS y de desarrollo social.

A modo de síntesis, en la figura número 7 se brinda un resumen de la ruta a seguir para que la Municipalidad, o la dependencia designada por esta, pueda ir recopilando información y avanzando hacia la certificación como MS por parte de la OPS/OMS.

Figura No 29.

Ruta para la certificación de la Municipalidad de Cartago como Municipio Saludable por parte de la OPS/OMS



Fuente: elaboración propia.

REFERENCIAS

- Alessandro, L. (2002). *Municipios saludables: una opción de política pública*. OPS. https://books.google.co.cr/books?id=jHqZBIDP7oIC&pg=PA30&lpg=PA30&dq=municipios+saludables+en+costa+rica&source=bl&ots=CPq0OUaoYr&sig=0UMJPoYPFYtikgVIUeBieSnwSQU&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi1t4jH7qHaAhWB61MKHfC8C_cQ6AEIWDAH#v=onepage&q=municipios%20saludables%20en%20costa%20rica&f=false
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2017). *Construyendo capacidades institucionales para implementar PDP: el caso de las políticas de promoción del diseño en la Argentina*. [Archivo PDF]. <https://publications.iadb.org/en/publication/14065/construyendo-capacidades-institucionales-para-implementar-pdp-el-caso-de-las>
- Barragán, H. (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. Universidad Nacional de la Plata. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4
- Duque, N. (2012). Análisis de factores de capacidad institucional en municipios pequeños de los departamentos de Boyacá y Cundinamarca. *Administración Universidad del Valle*, 28(47), 10-24. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-46452012000100002
- Eslava-Castañeda, J. (2006). Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 106-115. <http://www.redalyc.org/pdf/422/42209909.pdf>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). *Análisis de la situación de salud de Costa Rica*. [Archivo PDF]. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
- Ministerio de Salud de Perú. (2006). *Implementación de redes locales multisectoriales de desarrollo juvenil*. [Archivo PDF]. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/servicios/susaludesprimero/adolescente/doctecnicos/multisectorialidad.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Novena Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. [Archivo PDF]. <https://goo.gl/Jq7VX8>
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida*. [Archivo PDF]. http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Guiaesp.pdf

- Quesada, A. y Picado, L. (2010). *Aclarando las posiciones teóricas sobre el Enfoque en Promoción de la Salud: en busca de su efectiva implementación en el contexto actual*. [Archivo PDF]. <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/695/Art%C3%ADculo%20a%20la%20re%20vista%20de%20TS%2C%20Antioqu%C3%ADa%2C%20Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%2C%20doc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rivera, D., Málaga, H. y Agudelo, C. (2000). La Responsabilidad Social en la Estrategia de Municipios Saludables por la Paz. Estudio de Caso. *Salud Pública Colombia*, 2(3), 251-260. <file:///C:/Users/wen/Downloads/18884-61764-1-PB.pdf>
- Rosas, J. (2009). *Capacidades de los Gobiernos Municipales para Promover el Desarrollo Social. Primeros resultados del proyecto de investigación de la autora para la obtención de grado en la Maestría en Políticas Públicas de Gobiernos Locales de la Universidad de Guadalajara*. [Archivo PDF]. https://www.academia.edu/12583053/Capacidades_de_los_Gobiernos_Municipales_para_Promover_el_Desarrollo_Social
- Sapag, J. y Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista Saúde Pública*, 41(1), 139-49. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/20.pdf>
- Valenzuela, R. (2016). *El fortalecimiento de las capacidades institucionales como vía para implementar un Gobierno Abierto*. https://www.researchgate.net/publication/304969535_El_fortalecimiento_de_las_capacidades_institucionales_como_via_para_implementar_un_Gobierno_Abierto
- Vélez, A. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 63-78. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>
- Villalobos, L y Pierda, M. (1998). Reforma en la Salud en Costa Rica: Implicaciones en la gestión Municipal. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 6(1), 43-51. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591998000100004

VI. ANEXOS

A. ANEXO 1. Lineamientos estratégicos y líneas de acción para incorporar la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago

Cuadro No 27

Lineamientos estratégicos y líneas de acción para incorporar la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad de Cartago

Lineamientos Estratégicos (LE)	Acciones específicas
<p>LE I: Fortalecer las capacidades institucionales para la gestión de la EMS de la OPS/OMS</p>	<p>Desde la capacidad organizacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponer de voluntad política para la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local. - Formalizar el compromiso de asociación con la EMS de la OPS/OMS. - Promover líneas de acción de promoción de la salud en los planes, programas y proyectos planificados y ejecutados por las diferentes Áreas de la Municipalidad. - Realizar un Mapeo de Actores Sociales clave para la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS en el cantón. - Sensibilizar a actores sociales públicos y privados sobre la importancia de la EMS de la OPS/OMS para el desarrollo social y el bienestar de la comunidad. - Fortalecer una comunicación estratégica interna y externa que favorezca la puesta en práctica de la EMS en el gobierno local. - Elaborar diagnósticos de bienestar poblacional para la confección de una línea base para la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS. - Definir los servicios municipales de promoción de la salud y desarrollo social a ofertar en la comunidad. <p>Desde la capacidad institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualizar y armonizar la normativa interna para definir las funciones municipales para la promoción de la salud y el desarrollo social del cantón. - Articular con líderes comunitarios, sectoriales y sociales para que sean voceros sobre las diversas acciones lideradas por el gobierno local para promover salud y el desarrollo social del cantón. <p>Desde la capacidad humana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a las personas funcionarias municipales sobre la importancia de la EMS de la OPS/OMS para el desarrollo social del cantón. - Identificar necesidades, intereses y motivaciones sobre temas a abordar en las capacitaciones de la EMS de la OPS/OMS. - Fortalecer las capacidades de las personas funcionarias municipales para la elaboración, monitoreo y evaluación de proyectos en salud. <p>Desde la capacidad política:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formular, implementar y evaluar proyectos de desarrollo social con enfoque de promoción de la salud. - Promover la creación de un comité local de promoción de la salud. - Generar alianzas estratégicas con universidades públicas y privadas para apoyo técnico, teórico y práctico que favorezca la puesta en práctica de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local. <p>Desde la capacidad financiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viabilizar, en el marco de sus posibilidades, el aporte financiero para llevar a cabo las actividades de incorporación de la EMS de la OPS/OMS para la promoción de salud y el desarrollo social del cantón. - Establecer alianzas estratégicas que permitan el trabajo conjunto entre la Municipalidad de Cartago y las demás organizaciones presentes en el cantón, con la finalidad de obtener recursos para los diferentes proyectos en salud que se desarrollen desde el gobierno local.

<p>LE 2: Plantear un modelo de producción social de la salud desde lo local</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Crear leyes y políticas locales que garanticen el cumplimiento de acciones en salud. - Plantear programas de salud en diversos grupos generacionales. - Realizar actualizaciones y capacitaciones en temas de salud con los actores clave que forman parte de la población sensibilizada. - Generar mesas de diálogo que sirvan como mecanismo de rendición de cuentas y potencien la participación social. - Definir una política local en materia de promoción de la salud que permita transversalizar la salud hacia los munícipes. - Fomentar que la sociedad civil (grupos organizados y no organizados) posea mayores herramientas para que se involucre como miembro activo en la ejecución de la EMS de la OPS/OMS. - Promover el reconocimiento constitucional e institucional de la promoción de la salud para el desarrollo integral de las poblaciones. - Designar un referente y/o equipo técnico para llevar a cabo las actividades que se planifiquen en función de la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en la Municipalidad. - Asignar recursos específicos para la sostenibilidad de proyectos, programas y políticas en salud.
<p>LE 3: Establecer un modelo de gestión multisectorial</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Articular los distintos sectores del cantón, como el Ministerio de Salud, la CCSS, PANI, IAFA..., con la finalidad de potenciar los factores protectores presentes en el cantón. - Crear un comité multisectorial, con actores sociales e institucionales y grupos de la Sociedad Civil. - Capacitar a las organizaciones de la Sociedad Civil en temas de creación de política pública. - Mapear y apoyar los proyectos realizados por instituciones ajenas a la Municipalidad pero que impactan positivamente el bienestar de la población - Elaborar proyectos con base en un proceso diagnóstico en el que se identifiquen las necesidades sentidas del cantón. - Elevar los proyectos en salud al Comité Multisectorial con la finalidad de atraer apoyo, financiamiento y mayor impacto en los munícipes. - Generar indicadores sociales para medir los efectos y el impacto de los programas, proyectos y políticas en salud desarrolladas en el cantón. - Definir un área de la Municipalidad de Cartago, encargada de dar seguimiento al desarrollo de acciones en salud y, que posteriormente, asuma la certificación de Municipio Saludable e incorpore la EMS.
<p>LE 4: Estandarizar procesos de monitoreo y evaluación sobre acciones de promoción de la salud desarrolladas desde lo local</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorear el desarrollo de la EMS de la OPS/OMS y realizar los ajustes necesarios para el cumplimiento de las metas y los objetivos estratégicos planteados. - Diseñar indicadores para valorar la eficacia y eficiencia de la incorporación de la EMS de la OPS/OMS en el gobierno local. - Sistematizar y socializar la información que resulte de la implementación de la EMS de la OPS/OMS.

Fuente: elaboración propia.

*Lineamientos Estratégicos para
incorporar la Estrategia de
Municipios Saludables de la
OPS/OMS en la Municipalidad
de Cartago*

