

Alternativas de futuro de la salud pública en el municipio de Bello (Antioquia)

Ana Cecilia Ortiz Z.¹
Luz Mery Mejía O.²

Resumen

Objetivo: explorar las alternativas de futuro de la salud pública del municipio de Bello en las dimensiones política, social, ambiental y económica. **Metodología:** estudio prospectivo realizado entre noviembre de 2003 y agosto de 2004 mediante enfoque cualitativo, utilizando la estrategia de grupo focal a partir de los anhelos, proyectos y temores de los actores sociales involucrados y su relación con las políticas de salud pública del orden internacional, nacional y local. Inicialmente se describió un escenario probable que presenta condiciones poco favorables para alcanzar la *salud para todos* y el desarrollo a escala humana, si no se modifican sustancialmente las dimensiones de la salud pública con participación social, compromiso y responsabilidad del nivel político y de otros sectores. Posteriormente se diseñaron cuatro escenarios alternos y las condiciones necesarias para lograrlos y se proyectó uno de ellos como *escenario deseable*.

En el estudio se destacaron más temores y anhelos, y gran parte de estos últimos y de los proyectos se relacionaron con los lineamientos de las conferencias internacionales sobre *salud para todos* y con directrices nacionales de salud pública. **Resultados:** se encontraron menos coincidencias con los programas propuestos en el actual plan de gobierno municipal, lo que genera mayor incertidumbre para los actores sociales.

Palabras clave

Salud pública, organización y políticas gubernamentales, planes de sistemas de salud, *salud para todos* en el año 2000, Bello (Antioquia)

1 Enfermera, magíster en salud pública, especialista en gerencia hospitalaria, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. E-mail: anital@epm.net.co
2 Administradora de empresas, magíster en salud pública, Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia; Hospital Marco Fidel Suárez.

Recibido: 24 de enero de 2005 Aceptado: 11 de abril de 2005

tiempo y recursos para reunir de nuevo a los mismos actores que habían asistido a los grupos focales.

Fuentes

En el estudio se considera fuente primaria las entrevistas realizadas a los actores sociales involucrados con la salud pública del municipio de Bello, clasificados en cinco grupos, así: 1) un grupo del nivel político: concejales y representantes de las secretarías de planeación, educación, bienestar social y tránsito; 2) un grupo de representantes de la comunidad: miembros de las juntas de acción comunal, de las asociaciones y alianzas de usuarios y de otras organizaciones de participación comunitaria; 3) un grupo de funcionarios técnicos de la Dirección Local de Salud y de las empresas sociales del Estado (ESE) de primer nivel del municipio; 4) un grupo de representantes de las aseguradoras del régimen contributivo y del régimen subsidiado que tienen presencia en el municipio de Bello; y 5) un grupo de directivos de las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio, tanto públicas como privadas.

Se utilizaron las siguientes fuentes secundarias: 1) los contenidos de las conferencias internacionales relacionadas con la *salud para todos*; 2) la Ley 715 de 2001; 3) los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y demás normas que regulan las acciones de salud pública en Colombia; 4) el plan de desarrollo del municipio de Bello 2001-2004; 5) el plan de gobierno municipal 2004-2007; y 6) los planes locales de salud del municipio de Bello de los periodos 2001-2003 y 2004-2007.

Recolección de la información

De la fuente primaria: los invitados a participar en los cinco grupos focales fueron seleccionados y distribuidos de acuerdo con la experiencia y desempeño en los niveles comunitario, técnico, de aseguramiento, político y directivo de la prestación de servicios de salud, quienes debieron estar dispuestos a participar y a ofrecer sus aportes para enriquecer el desarrollo de la investigación.² Los grupos focales se realizaron a partir de una guía estructurada y estandarizada con preguntas en torno a las dimensiones política, social, ambiental y económica de la

salud pública. Los criterios para seleccionar estas dimensiones se fundamentaron en la consideración de que la salud y la salud pública son resultado de la interrelación de múltiples factores, acciones y potenciales de los actores sociales. Además, se cree firmemente que las condiciones políticas, sociales, ambientales y económicas de un continente, una nación, una región o una localidad son determinantes y condicionantes del bienestar y de la calidad de vida de sus poblaciones. De igual manera se cree que la salud, la vida y el bienestar colectivo están profundamente relacionados con el saber y el hacer de la salud pública.³

En la revisión de las fuentes secundarias se analizaron los siguientes aspectos: 1) en las conferencias internacionales sobre promoción de la salud: los contenidos, lineamientos, directrices, compromisos y prioridades de los países para alcanzar la *salud para todos*; 2) en la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud: los lineamientos y políticas nacionales de salud pública; 3) en el plan de gobierno del municipio de Bello: las prioridades en salud pública e inversión social; 4) en los planes locales de salud de los dos últimos periodos: las políticas de salud, las estrategias, las metas, la inversión en salud y la evolución de algunos indicadores epidemiológicos y de gestión.

De acuerdo con Wolcott,⁴ para identificar los anhelos, proyectos y temores de los actores se tuvo en cuenta separar los datos en lugar de acumular la mayor cantidad posible, lo cual exigió revisarlos todo el tiempo. Esto requirió entresacar constantemente y tomar decisiones sobre cuáles datos debían incluirse. Tales estrategias se aplicaron para descubrir las esencias y luego revelarlas en un contexto suficientemente definido, tratando de incluir todo aquello que fuera posible describir. A cada grupo de preguntas se le asignó un número romano, mientras que cada pregunta específica fue identificada con la letra minúscula correspondiente (Ia, Ib, Ic, IIa, IIb, etc.).

Las respuestas de cada grupo focal se organizaron por dimensiones según la guía de preguntas previamente establecida. En las respuestas de cada dimensión se identificaron los anhelos, los proyectos y los temores de los actores sociales entrevistados,

mentación de las políticas en el contexto local, la insuficiencia e inadecuado uso de los recursos, las limitaciones para acceder a los servicios de salud, el detrimento de la salud pública a causa de las reformas y la privatización de los servicios de salud, la pobreza de la población, la primacía de los intereses particulares sobre los comunes y la falta de sentido de pertenencia por el municipio.

En la dimensión social, se reconocen anhelos comunes como el trabajo multisectorial comprometido, la seguridad alimenticia para los niños, las oportunidades de empleo, educación, recreación y cultura, la óptima utilización de los recursos, la garantía de atención en salud al binomio madre-hijo y la equidad en la aplicación del sisben. Se identificaron proyectos comunes, como los de desarrollar estrategias para la capacitación permanente, priorizar la educación en participación ciudadana en la población infantil, unir esfuerzos para implementar la estrategia de municipio saludable y escuela saludable, fortalecer los programas de educación sexual y promover el trabajo intersectorial para motivar la participación ciudadana. Los temores se relacionaron con la frágil participación de la comunidad condicionada a intereses personales, la politización de los procesos de participación, la preocupación por la desnutrición infantil y escolar, el embarazo en adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

En la dimensión ambiental se reconocieron los siguientes anhelos: compromiso intersectorial, protección de los recursos naturales y ausencia de corrupción. Los proyectos estuvieron referidos a la educación para la protección al ambiente, el control e incentivos a las empresas y los programas intersectoriales de protección ambiental. Se manifestaron temores como el impacto negativo causados por el relleno sanitario, la cárcel de Bellavista y el Hospital Mental; la carencia de políticas y acciones municipales de protección al ambiente; la falta de control a las empresas; la corrupción y el exceso de construcciones que han acabado con las zonas verdes; y el agotamiento de las reservas naturales.

En la dimensión económica los anhelos fueron la necesidad de conocer los planes de inversión social del municipio, el deseo de mejores recursos

para la inversión social; el buen uso de los escasos recursos disponibles; la mejora de los espacios para recreación y cultura; y las oportunidades de empleo. Llamó la atención la ausencia de proyectos en la dimensión económica, específicamente en los grupos de los niveles técnico y directivo. Además, se vislumbraron grandes temores de todos los actores respecto de las condiciones de pobreza, el desplazamiento, la violencia, la escasez de recursos, la falta de inversión tanto pública como privada y las pocas oportunidades de empleo. En todas las dimensiones, los actores involucrados manifestaron más temores y anhelos que proyectos y se pudo observar que ante la presencia de temores, surgían los anhelos y los proyectos como opción para superarlos.

Relación de los anhelos, los proyectos y los temores de los actores sociales con la *salud para todos*

Después de realizar un recorrido por las diferentes cumbres internacionales sobre *salud para todos* y de discurrir por los anhelos y los proyectos de los actores sociales involucrados con la salud pública, se observó lo siguiente: la declaración de Alma Ata (1978) tiene algunas coincidencias con los anhelos y los proyectos. Por ejemplo, con respecto a la definición de la responsabilidad del Estado para que se respete el derecho a la salud, se encontró relación con el anhelo de un mayor compromiso del nivel político. El compromiso de fortalecer en la gente la capacidad para resolver sus problemas de salud se relacionó con los proyectos de educación para la protección al ambiente, el desarrollo de estrategias para la capacitación permanente y la prioridad de la educación y la participación ciudadana. El anhelo de lograr el trabajo intersectorial coordinado y el proyecto de unir esfuerzos para implementar la estrategia de municipios saludables y motivar a la participación se relacionaron con el compromiso internacional de reconocer la intersectorialidad para alcanzar la salud. De igual forma, el anhelo de cobertura de servicios de salud y de promoción para toda la población se relacionó con la directriz de garantizar a todos el acceso a los servicios de salud.

Los lineamientos sobre “considerar la salud como un derecho fundamental y a las personas como objetivo principal de los servicios de salud, [y] desarrollar un concepto de salud integral que incluya su promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como reconocer y promover la eficacia de la medicina tradicional” no se pudieron relacionar con los anhelos y los proyectos de los actores.

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en 1986, cuyo resultado fue la Carta de Ottawa, se reconoció la promoción de la salud como un camino para lograr la *salud para todos*. Sus recomendaciones se relacionaron con los anhelos y proyectos de los actores sociales con respecto al concurso de todos los sectores para alcanzar el completo estado de bienestar. Los actores coincidieron con el anhelo de trabajo intersectorial y coordinado y con el proyecto de unir esfuerzos para implementar la estrategia de municipio saludable y motivar la participación ciudadana.

Los anhelos de coherencia entre la formulación de la política y su ejecución y la adecuación de la política internacional al contexto local se relacionaron con la recomendación de Ottawa sobre “formulación de una política sana”. Asimismo, los anhelos de educación, recreación y cultura y protección de los recursos naturales y el proyecto de controlar e incentivar a las empresas que protejan el ambiente y los programas intersectoriales de protección ambiental se relacionaron con la recomendación para la creación de ambientes favorables. Los proyectos relacionados con educación y participación comunitaria, así como el anhelo de efectiva participación comunitaria, se relacionaron con la recomendación del “reforzamiento de la participación comunitaria”.

Los proyectos de educación sexual y educación para la protección al ambiente se corresponden con la recomendación de “desarrollo de las aptitudes personales”, y la recomendación de “reorientación de los servicios sanitarios”, con los proyectos de fortalecimiento del autocuidado y la salud familiar, el trabajo por la salud pública y la educación en promoción de la salud; asimismo, con los anhelos de recuperación de las acciones de atención prima-

ria, la cobertura de los servicios de salud, la promoción de la salud para toda la población y la óptima utilización de los recursos disponibles y seguridad alimenticia.

La Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en Adelaida (Australia) en 1988, definió las prioridades de formular políticas públicas que apoyen las agendas de salud de la mujer, formular políticas integrales que garanticen el acceso de toda la población a una alimentación adecuada y formular políticas que controlen el consumo del tabaco y el abuso del alcohol. Dichas prioridades fueron relacionadas con los anhelos de garantía de la atención al binomio madre-hijo, la seguridad alimenticia para los niños, el mejorar los espacios para recreación y cultura y con los proyectos de educación sexual, trabajo con los niños y de autocuidado y salud familiar.

La Tercera Conferencia sobre Promoción de la Salud, realizada en Sundsval (Suecia), que hizo énfasis en los entornos saludables y en la importancia de la participación de la mujer en la formulación de las políticas se pudo relacionar con anhelos y proyectos de los actores orientados a la educación, al trabajo intersectorial, la adecuada utilización de recursos y el desarrollo de acciones específicas para la conservación del ambiente.

La Cuarta Conferencia sobre Promoción de la Salud, realizada en 1997, cuyo resultado fue la Declaración de Yakarta, incluyó el compromiso de los participantes de hacer uso de la mayor cantidad de recursos para asumir los factores determinantes de la salud en el siglo XXI. Consideró como determinantes de la salud los siguientes: la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso económico, el empoderamiento de la mujer, el ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto por los derechos humanos y la equidad. Tales determinantes se relacionaron con anhelos de educación, recreación y cultura, trabajo intersectorial coordinado, seguridad alimentaria, atención al binomio madre-hijo, oportunidades de empleo, protección a los recursos naturales, equidad en la aplicación del Sisben y con los proyectos de protección al ambiente.

En la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, de 1998, se adquirieron compromisos similares a las anteriores conferencias, por lo cual los anhelos y proyectos de los actores también fueron coincidentes.

En la Quinta Conferencia sobre la Promoción de la Salud, realizada en México en 2000, los compromisos adquiridos enfatizaron en la responsabilidad e inversión social y en el desarrollo científico para la promoción de la salud. Como en las anteriores conferencias, se insistió en el fortalecimiento de la comunidad y en la reorientación de los sistemas y servicios de salud. Sus planteamientos se relacionaron con los siguientes anhelos: trabajo intersectorial, participación comunitaria, inversión social, uso adecuado de los recursos, cobertura en los servicios de salud, recuperación de acciones de atención primaria y garantía de atención al binomio madre-hijo. Se correspondieron también con los proyectos de educación para la protección del ambiente, la participación ciudadana, la unión de esfuerzos, el trabajo con los niños y el autocuidado.

En este recorrido concurren los ocho objetivos de desarrollo para el milenio liderados por la ONU,⁷ en cuyo marco se realizó la Declaración de Brasilia en noviembre de 2003, la cual promueve el consenso político para la implementación de las metas del milenio en América latina y el Caribe. La declaración formula propuestas para los gobiernos, los legisladores, la sociedad civil y la comunidad internacional, basadas en los siguientes principios: 1) apropiación del programa por el país; 2) gobierno responsable y desarrollo dirigido; 3) presupuesto de inversión para llegar a los más pobres; y 4) política, no caridad, importancia de la meta ocho.⁸ Estas propuestas se constituyen en la adopción de los ocho objetivos planteados en la cumbre del milenio de las Naciones Unidas y se vincula a la celebración de los 25 años de la promulgación de la meta SPT 2000.

Tales objetivos pueden relacionarse con los anhelos y proyectos de los diferentes actores sociales involucrados referidos a la pobreza, a la igualdad de género, a la reducción de la mortalidad infantil, al mejoramiento de la salud de las madres, a la erra-

dicación de enfermedades transmisibles y a la garantía de sostenibilidad del medio ambiente.

Es de anotar que en Colombia no existe una política explícita de salud pública, por tanto, la orientación para desarrollar acciones propias de la salud pública es necesario desentrañarla de leyes, decretos, acuerdos, resoluciones y circulares. En consecuencia, y como resultado de la revisión de las resoluciones 4288 de 1996 y 412 de 2000 y de la Ley 715 de 2001, se asumieron como lineamientos nacionales de salud pública los contenidos de los mencionados documentos. En este orden de ideas, las competencias en salud pública a cargo del municipio se relacionaron con los siguientes anhelos y proyectos: la realización de diagnósticos, la adaptación e implementación de políticas y planes de salud; y la vigilancia y control de los factores de riesgo. Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se relacionaron con los anhelos de recuperación de acciones de atención primaria, la coherencia entre la formulación y la ejecución de la política y su adecuación en el contexto local, el compromiso político, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y la protección de los recursos naturales; de igual manera, se relacionaron con los proyectos de educación para la promoción de la salud y el cuidado del medio ambiente.

El plan de gobierno del municipio de Bello para el periodo 2004–2007 describe, entre sus dimensiones programáticas, acciones específicas de salud que se pretenden realizar a través de planes, programas y proyectos, los cuales se relacionaron con los anhelos de seguridad alimenticia, atención primaria, recreación y cultura, equidad, atención al binomio madre-hijo y con los proyectos referidos al trabajo por la salud pública, la promoción de la salud, la salud familiar, la participación ciudadana, la educación de niños y jóvenes y la capacitación permanente. Es conveniente anotar que los lineamientos de salud del plan de gobierno municipal 2004-2007 no evidencian la formulación de estrategias claves para la salud pública, como municipios saludables y trabajo intersectorial coordinado.

En síntesis, al relacionar los anhelos y los proyectos de los actores con las diferentes conferencias internacionales y con los lineamientos nacio-

nales y municipales de salud pública, se puede identificar que existen coincidencias especialmente en aquellos que se refieren a las estrategias propias de la dimensión social, lo que puede considerarse una oportunidad para consolidar el desarrollo de procesos pertinentes en las otras dimensiones. En las entrevistas se resaltó una gran cantidad de temores en todas las dimensiones, especialmente al comienzo de las respuestas; sin embargo, en su mayoría, los temores se convertían posteriormente en anhelos o en proyectos.

Escenarios

Escenario probable de la salud pública del municipio de Bello

De acuerdo con la interpretación y el análisis realizado sobre los anhelos, proyectos y temores de los entrevistados y después de definir las características más relevantes en cada dimensión, se realizó una configuración del escenario probable, sobre el supuesto de que tales características no serían modificadas o intervenidas en un período de tiempo menor a 10 años. Este escenario se construyó con base en los temores más relevantes identificados en las opiniones de los actores, de acuerdo con las cuatro dimensiones de la salud pública, dado que los anhelos y los proyectos no pasan de ser intencionalidades, en tanto que los temores responden más a las realidades descritas por los actores e interpretadas por las investigadoras. En el análisis horizontal de las características de cada una de las dimensiones se obtuvo un componente del escenario, que dio lugar al escenario probable, como resultado de la discusión sobre la interacción de los cuatro componentes.

El escenario probable se denominó *Precarias condiciones de salud pública* por vislumbrar un panorama altamente sombrío para la salud pública del municipio de Bello; pues desde las apreciaciones de los actores, aspectos como la lenta implementación de la política, la carencia de estrategias de coordinación intersectorial, la primacía de los intereses particulares sobre los comunes y los obstáculos para el acceso a los servicios de salud conducen a la pérdida de credibilidad y al detrimento

de la imagen del Estado en la localidad. Se evidenció además falta de empoderamiento por parte de las comunidades para ejercer sus derechos, cumplir sus deberes y asumir el rol de vigilancia y control de las instituciones de salud .

La carencia de políticas ambientales, el impacto negativo que se percibe por la ubicación del relleno sanitario de la Curva de Rodas, la cárcel de Bellavista y el Hospital Mental, así como el exceso de construcciones, muestran una tendencia hacia el deterioro ambiental. En la dimensión económica se vislumbra un bajo nivel de desarrollo, pues se muestra desde los actores una gran preocupación por la falta de empleo, la escasez de recursos y la falta de inversión social. Esta situación se agudiza cuando se confirma que el plan de gobierno municipal 2004-2007 no plantea en sus propuestas programáticas una política de salud pública claramente definida, en cambio, presenta una serie de programas desarticulados orientados a grupos poblacionales específicos. En este plan no se observa la intención de adoptar la estrategia de municipios saludables reclamada por varios grupos y no se identifica la voluntad de involucrar a todos los sectores en la búsqueda y definición de soluciones a los problemas de salud .

Escenario alterno 01. Para su construcción, se presumieron positivas las dimensiones política y ambiental y negativas, las probabilidades de las dimensiones social y económica. Bajo este supuesto, la adecuada implementación de la política puede mitigar los problemas de participación social, pues la motivación de las comunidades tiene fuerte relación con la efectividad en la ejecución de las políticas. Si existe una adecuada política ambiental, se presume la existencia de estrategias y acciones de conservación del ambiente, lo cual favorece la promoción de procesos productivos sustentables con mayor tendencia al desarrollo integral y sostenible, para evitar que el sector de la construcción se constituya en la única opción de generación de empleo y de inversión social. A su vez, los procesos productivos sustentables podrían favorecer la participación y el empoderamiento de la comunidad para resolver sus problemas. En este escenario se vislumbra un alto nivel de gobernabilidad.

Escenarios alternos 02 y 03. Para su diseño se tomaron como positivas las probabilidades de las dimensiones social y económica y como negativas, las dimensiones política y ambiental. Los aspectos positivos se suponen a partir de los anhelos y los proyectos de los actores y los negativos, desde sus temores. En la primera relación se presumió la dimensión social positiva caracterizada por una participación social efectiva, con conocimiento de derechos y deberes y con madurez política en los procesos de participación, enfrentada a una dimensión política negativa caracterizada por lenta implementación de la política, predominio de los intereses particulares sobre los colectivos y limitaciones para acceder a los servicios de salud. Se concluyó que la madurez política en el desarrollo de los procesos de participación, así como el conocimiento de las comunidades sobre sus derechos y deberes en salud, pueden generar como resultado una comunidad ampliamente informada y formada para defender su derecho a la participación en la formulación y ejecución de las políticas y para exigir a los gobernantes el cumplimiento de planes y programas sociales. Por tanto, se puede concebir desde las comunidades un movimiento que logre transformar los efectos de las probabilidades negativas de la dimensión política.

En la segunda relación, se partió del supuesto de tener condiciones favorables para la dimensión económica, tales como suficiencia de recursos, inversión social y oportunidades de empleo. en contraste con la posibilidad de encontrar condiciones negativas en la dimensión ambiental, relacionadas con la carencia de políticas ambientales y el impacto negativo generado por el relleno sanitario de la Curva de Rodas, la cárcel de Bellavista y el Hospital Mental, así como el exceso de construcciones. Para este caso se consideró la ocurrencia de dos eventos: el primero se supone en el caso de contar con adecuados recursos económicos pero no con la existencia de conciencia ecológica en la población; en tal situación, el evento que puede ocurrir es la ausencia de posibilidades para mantener adecuados ecosistemas debido al supuesto “desinterés por el cuidado del ambiente”. El segundo evento se plantea en el caso de considerar la influencia favorable

de “la comunidad empoderada” para transformar las condiciones negativas de la dimensión ambiental en positivas; ante este supuesto, se presume que la población puede desarrollar “interés por el cuidado al ambiente” en un contexto económico propicio.

La combinación de los escenarios intermedios relacionados con el empoderamiento de la comunidad y el interés o desinterés por el cuidado del ambiente dan lugar a los siguientes escenarios alternos: *comunidad empoderada y deterioro ambiental* y *comunidad empoderada y ecosistema estable*. Como resultado de la observación de anhelos y proyectos de los actores sociales, se parte de la conjetura de contar con todas las variables en positivo, lo que muestra un panorama ideal porque se plantea un alto nivel de gobernabilidad en la formulación e implementación de políticas sociales, amplia y efectiva participación ciudadana y un desarrollo económico sustentable, lo que puede generar una situación de salud pública considerablemente favorable en todas sus dimensiones. Este escenario se denominó *salud pública: convergencia participativa de intereses y acciones para el cuidado de la vida* y fue elegido como *escenario opuesto*.

Dicho escenario representa un fuerte desafío para los actores sociales, pues teniendo en cuenta las nuevas concepciones sobre salud y desarrollo, es bien sabido que los resultados en salud ya no dependen exclusivamente del sector salud, por tanto es una propuesta de convergencia participativa porque involucra a todos los actores sociales.

El desarrollo de este escenario requiere el esfuerzo de toda la sociedad, que se inicia con el individuo y se extiende a la familia, a las comunidades, a los servicios de salud y a otros sectores de la sociedad. Para que los habitantes del municipio puedan vivir una vida digna, larga, saludable y creativa, se requiere compartir intereses y actuar en consecuencia. Es preciso que los actores de los niveles político, comunitario, técnico, de la prestación de servicios y del aseguramiento comprendan la salud pública en todas sus dimensiones y construyan sus propios conceptos de salud y de bienestar a partir de la discusión, el análisis de su contexto y el estudio juicioso de las diferentes propuestas internacionales relacionadas con el sueño *salud para todos* y

de las corrientes del desarrollo en relación con la salud pública. Esta construcción de conocimiento les permitirá orientar la búsqueda de recursos para alcanzar un nivel de vida decente, lo cual requiere producción de riqueza social, generación de bienestar y acceso y distribución equitativa de bienes y servicios.

Cuidar la vida significa introducir principios nuevos relacionados con estilos de vida saludables del individuo, la familia, la escuela y otros espacios de convivencia donde se haga uso racional de los recursos naturales para garantizar un futuro sostenible a las generaciones venideras. Lo anterior implica sanear las relaciones intrasectoriales e intersectoriales, romper los obstáculos de la comunicación y garantizar la calidad en la prestación de servicios a la comunidad.

Discusión

La tarea de fortalecer los programas de educación en salud, en protección al ambiente, en derechos y deberes ciudadanos debe emprenderse desde la educación formal, con el fin de fomentar el empoderamiento y la autonomía en las comunidades, para que se logre una transformación cultural hacia los estilos de vida saludable y hacia la búsqueda permanente del bienestar colectivo. La ejecución de estas estrategias es un camino para avanzar en un proceso de desarrollo humano y social que contribuya a resolver las carencias contemporáneas en salud.

Es prioritario formar a los individuos que aspiran a ocupar —y que ocupan— cargos políticos en ética de la política, gestión municipal, desarrollo local, salud pública y desarrollo humano, para que comprendan la importancia de la salud en el desarrollo y del desarrollo en la salud de la población. Si estas personas reconocen la trascendencia de su papel para transformar los destinos del municipio, es de esperarse que emprendan acciones y desarrollen programas a partir del adecuado uso de los recursos, que generen cambios positivos en la población y que logren ganar autonomía para resolver los problemas del municipio con participación social.

Los anhelos de los actores sociales deben seguir siendo la potencia que motive la voluntad política y el motor que movilice fuerzas sociales conjuntas para emprender acciones de construcción colectiva de un futuro mejor. Un futuro donde todas las personas puedan vivir en armonía con la naturaleza, en paz, con suficiencia de recursos y con alternativas para lograr la salud y el bienestar. Es conveniente que la administración municipal tenga en cuenta los resultados de este estudio, para replantear y ajustar el plan de desarrollo y el plan local de salud para los años venideros con participación de los actores sociales involucrados.

Referencias

1. Mojica F. La prospectiva: técnicas para visualizar el futuro. Bogotá: Legis; 1991. p. 129-133.
2. Molina G. Grupo focal. En: Memorias del Seminario de Investigación Cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2001. p. 1-10.
3. Franco S. Teoría y práctica de la salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública 1995;12(2):63-76.
4. Wolcott H. Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2003. p. 50.
5. Muecke MA. Sobre la evaluación de las etnografías. En: Morse J. (ed.) Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2003. p. 219.
6. Bonilla E, Rodríguez P. La investigación en ciencias sociales : más allá del dilema de los métodos. Bogotá: Universidad de los Andes. Cede; 1997. p. 150-157.
7. Organización de las Naciones Unidas. (Artículo de internet). Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>. Consultado: 7 de agosto de 2004.
8. Organización Panamericana de la Salud. (Artículo de internet). Disponible en: <http://webstc.com/declaracionbrasil.htm>. Consultado: 17 de noviembre de 2004.

