



# Sinergias y continuidades en las políticas públicas relacionadas con enfermedades cardio-cerebro-vasculares. Medellín, Colombia, 2000-2013\*

---

## Synergies and Continuities in Public Policies Related to Cardio-cerebrovascular Diseases. Medellín, Colombia, 2000-2013

---

## Sinergias e continuidades nas políticas públicas relacionadas com doenças cárdio-cerebro-vasculares. Medellín, Colômbia, 2000-2013

Fecha de recepción: 26-01-2017 Fecha de aceptación: 20-04-2017 Disponible en línea: 30-05-2017  
doi:10.11144/Javeriana.rgps16-32.scpp

### Cómo citar este artículo:

López-López MV, Pastor-Durango MP, Arango-Tamayo GA. Sinergias y continuidades en las políticas públicas relacionadas con enfermedades cardio-cerebro-vasculares. Medellín, Colombia, 2000-2013. Rev Gerenc Polít Salud. 2017; 16 (32): 138-149. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.scpp>

María Victoria López-López\*\*  
María del Pilar Pastor-Durango\*\*\*  
Gustavo Alberto Arango-Tamayo\*\*\*\*

---

\* Artículo derivado de la investigación *Lógicas e interrelaciones en las políticas públicas orientadas al control de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares*, financiada por el CODI-Universidad de Antioquia (Código institucional de aprobación: CODI-8700-3271). Fecha: 17-02-2014 a 17-02-2016.

\*\* Socióloga, magister en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, México. Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. Autora principal. Dirección de correspondencia: Calle 64 N.º 53-09, Medellín, Colombia. Correo electrónico: mariavlopezlo@gmail.com

\*\*\* Enfermera, doctora en Ciencias de la Salud Pública, docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: ppastordurango@gmail.com

\*\*\*\* Sociólogo, magister en Ciencias Sociales de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) - México. Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: arangogus@gmail.com



## Resumen

*Objetivo:* analizar sinergias y continuidades entre acuerdos municipales relacionados con enfermedades cardio-cerebro-vasculares en Medellín, Colombia entre 2000-2013, como un proceso que trasciende la formalización del discurso. *Metodología:* estudio cualitativo, se revisaron 57 acuerdos y se realizaron doce entrevistas semiestructuradas a actores clave. *Hallazgos:* la formulación de algunos acuerdos partió de orientaciones externas o del diagnóstico local, lo que muestra continuidad y coherencia en la secuencia del ciclo de la política. Con respecto a la sinergia, proponen acciones para impactar positivamente las decisiones tomadas: construcción de alianzas y redes en los distintos niveles; desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación; estímulo a la participación ciudadana y mejoramiento del acceso a la atención en salud. *Conclusión:* el análisis implicó considerar relaciones entre políticas que contemplen acciones que incidan en las enfermedades cardio-cerebro-vasculares y posibiliten su continuidad por las condiciones presupuestales, administrativas y de ejecución.

**Palabras clave:** políticas públicas de salud; enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo; evaluación en Salud; Colombia; investigación cualitativa

## Abstract

*Objective:* to analyze synergies and continuities between municipal agreements related to cardio-cerebrovascular diseases in Medellín, Colombia between the years 2000-2013, as a process that goes beyond the formalization of discourse. *Methodology:* qualitative study, 57 agreements were reviewed and twelve semi-structured interviews were conducted with key stakeholders. *Findings:* the formulation of some agreements was based on external orientations or local diagnosis, which shows continuity and coherence in the sequence of the policy cycle. Regarding synergy, they propose actions to positively impact the decisions taken: building alliances and networks at different levels; development of information, education, and communication strategies; fostering citizen participation, and improving access to health care. *Conclusion:* the analysis involved considering relationships between policies that contemplate actions that have an effect on cardio-cerebrovascular diseases and enable their continuity given the budgetary, administrative, and implementation conditions.

**Keywords:** public health policy; cardiovascular diseases; risk factors; health evaluation; Colombia; qualitative research

## Resumo

*Objetivo:* analisar sinergias e continuidades entre acordos municipais relacionados com doenças cardíaco-cerebro-vasculares em Medellín, Colômbia entre 2000-2013, como processo que transcende a formalização do discurso. *Metodologia:* estudo qualitativo, 57 acordos foram revistos e realizaram-se doze entrevistas semiestructuradas a atores chave. *Achados:* a formulação de alguns acordos partiu de orientações externas ou do diagnóstico local, o que mostra continuidade e coerência na sequência do ciclo da política. No que diz respeito da sinergia, propõem ações para impactar positivamente as decisões tomadas: construção de parcerias e redes nos diferentes níveis; desenvolvimento de estratégias de informação, ensino e comunicação; estímulo à participação cidadã e melhoramento do acesso à atenção em saúde. *Conclusão:* a análise envolveu considerar relacionamentos entre políticas contemplando ações que incidirem nas doenças cardíaco-cerebro-vasculares e possibilitarem a sua continuidade pelas condições orçamentarias, administrativas e de execução.

**Palavras chave:** políticas públicas de saúde; doenças cardiovasculares, fatores de risco; avaliação em Saúde; Colômbia; pesquisa qualitativa

## Introducción

En el contexto político actual, los municipios, a través de sus administraciones, se constituyen en responsables directos de garantizar los derechos, mediante la planeación e implementación de programas y proyectos en los ámbitos económico, fiscal, social y, particularmente, en salud, siguiendo las directrices emanadas de la Constitución Política colombiana de 1991 (1), la Ley General de Seguridad Social en Salud —Ley 100 de 1993—(2), Ley 715 del 2001 (3), Ley 1438 del 2011 (4) y Ley Estatutaria de Salud 1751 del 2015 (5). De esta manera, se ha reconocido formalmente la salud como un servicio y un derecho de toda la población; por ello, en la formulación de las políticas debe tenerse presente la responsabilidad social con respecto a la salud-enfermedad y otros procesos vitales.

Las enfermedades cardio-cerebro-vasculares (ECCV) son un grupo de patologías crónicas no transmisibles, que afectan el corazón y los vasos sanguíneos cardiacos o cerebrales, e incluyen: hipertensión arterial, cardiopatía coronaria (infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y miocardiopatías. En el mundo, representan una de las principales causas de muerte (6); en Colombia constituyen un problema importante de salud pública por sus altas tasas de morbilidad y mortalidad (aportan el 28.7% de las defunciones por todas las causas), por su impacto negativo en la calidad de vida y por la discapacidad que generan (7), además de su relación con el envejecimiento. En los hombres, predominan la enfermedad cardíaca isquémica y la enfermedad coronaria —en el 2011 la enfermedad isquémica del corazón fue responsable de la muerte de 29 000 colombianos, en su mayoría hombres, con 16 000 casos. En promedio, cada día fallecieron ochenta personas por esta enfermedad—.

En las mujeres son más frecuentes las enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial (enfermedad cerebro-vascular e insuficiencia cardíaca) (8). El comportamiento de estas enfermedades en el municipio de Medellín, es similar al observado en el país. En su Plan de Salud Municipal 2012-2015, se reconoce que la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón ha tenido una tendencia ascendente en la última década (62.8 casos por 100 000 habitantes en el año 2000 hasta 72 en el 2010) (9). En respuesta a esta problemática, se han formulado algunas políticas orientadas a su disminución y control, tomando en cuenta que una parte de estas patologías obedece a condiciones modificables, y por tanto prevenibles, debido a que los factores que las predisponen son conocidos y de fácil control o intervención; entre estos se destaca la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad, niveles altos de colesterol y triglicéridos, el tabaquismo y el sedentarismo.

De acuerdo con distintos autores (10-12), las políticas públicas son un instrumento clave en el ejercicio de la gestión gubernamental, son la concreción de iniciativas y decisiones políticas con respecto a situaciones reconocidas socialmente como problemáticas y necesarias de intervenir. En su análisis es preciso tener en cuenta el diseño, las acciones propuestas, las intenciones de los gobernantes para transformar la realidad, los resultados alcanzados y las omisiones, así como la identificación de fases diferenciales y la interrelación entre el surgimiento, la formulación o diseño, la implementación y el seguimiento o evaluación; lo que se denomina el ciclo de la política.

Este artículo tiene como objetivo describir las políticas públicas relacionadas con las ECCV formuladas en Medellín en el periodo 2000-2013 y analizar sinergias y discontinuidades entre los acuerdos municipales, lo que permite comprender la articulación entre las



políticas como un proceso que va más allá de la formalización del discurso.

La comprensión de las sinergias y las discontinuidades en estas políticas públicas supone reconocerlas como proceso dinámico y relacional; parte de la pregunta acerca de la interacción entre las orientaciones para lograr el bienestar social, las guías de acción que se concretan en políticas e implican una representación o imagen de la realidad a intervenir, la percepción de los actores acerca del sistema, sus soluciones y propuestas y la organización de la implementación (13).

## Métodos

La investigación en la que se enmarca este artículo tiene un enfoque cualitativo, cuyas técnicas de recolección de información fueron: entrevistas semiestructuradas y revisión documental. Con las entrevistas se buscó recuperar las voces de actores políticos comprometidos en el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas públicas en Medellín. Los documentos se obtuvieron en bases de datos virtuales (web de la Administración Municipal de Medellín y del Concejo de Medellín) y en la biblioteca oficial Carlos Mauro Hoyos del Concejo de Medellín.

Se realizaron doce entrevistas (cinco concejales y siete funcionarios públicos, ejecutores de las políticas públicas en salud), en las cuales se tuvieron en cuenta los aspectos éticos indicados para la investigación social, tales como: consentimiento informado, compromiso voluntario y consciente, después de presentar los objetivos del estudio y los beneficios y riesgos de participar en este.

El análisis de documentos del Concejo de Medellín para el periodo 2000-2013 se centró en 57 acuerdos aprobados, relacionados con

las ECCV. Esta información se complementó con la revisión de los proyectos de acuerdo, las actas de discusión de estos, los planes de desarrollo municipal de los últimos cuatro periodos de gobierno y los lineamientos de políticas públicas nacionales —planes de desarrollo nacional y documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes)— en su relación con la política de salud.

Para el análisis de contenido se siguieron orientaciones propuestas por Gómez (14) y por Galeano (15), quienes contemplan, entre otras, las acciones de rastreo, inventario, muestreo de documentos disponibles, clasificación, selección, contextualización, valoración, análisis e interpretación, lectura cruzada y comparativa de los documentos, establecimiento de categorías de análisis, elaboración de memos analíticos y triangulación con las entrevistas.

Toda la información obtenida fue procesada y categorizada, mediante la transcripción de entrevistas y la construcción de una matriz con descriptores que clasifican cada acuerdo según su objeto de estudio, proyectos o programas, problemas identificados, población beneficiaria, vigencia, actores, resultados esperados, estrategias de evaluación, orientación de acción, concejales proponentes y ponentes, así como aspectos financieros y logísticos para implementar las políticas. La categorización en fichas de contenido permitió la complementación y triangulación de fuentes, lo cual dio como resultado la matriz de categorías emergentes. Para el análisis de las entrevistas se siguieron lineamientos propuestos por Strauss y Corbin (16), a partir de varios momentos: 1) transcripción, precodificación, selección de unidades significativas; 2) codificación abierta y axial; 3) construcción de categorías y subcategorías emergentes. La investigación base de este artículo contó con el aval del Comité de Ética

en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (acta 515 del 7 de mayo del 2013).

## Resultados

Al analizar algunos acuerdos municipales relacionados con ECCV durante el periodo de estudio, se encuentra continuidad y coherencia en cuanto a: la secuencia en el ciclo de la política, su formulación como respuesta a orientaciones de políticas externas o aquellas iniciativas locales, y luego sirven como base a políticas nacionales. Algunos acuerdos se formulan inicialmente como programa y luego se aprueban como políticas locales; otros, desde su inicio se diseñan como políticas y más adelante se concretan en programas y proyectos. Asimismo, del análisis de los acuerdos y las entrevistas a los actores clave emergen distintas acepciones del concepto de salud y se identifican sinergias en torno a la problemática de las ECCV, aunque esta no se mencione de manera explícita.

### La continuidad en las políticas públicas

Durante el periodo de estudio, las políticas locales en salud fueron diseñadas de acuerdo con las directrices nacionales e internacionales, promovidas especialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Constitución Política de 1991, las leyes colombianas específicas y los documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes). Estos acuerdos coinciden en la necesidad de garantizar el derecho a la protección y asistencia de las personas con respecto a la salud, lo cual muestra coherencia entre distintas políticas; asimismo, su aprobación orienta la gestión local, la organización y el funcionamiento de los municipios y la asignación presupuestal.

Los ejecutores de las políticas en salud hacen un reconocimiento explícito de los lineamientos internacionales que orientan sus acciones de prevención de ECCV, con énfasis en el control de factores de riesgo, como lo expresa uno de los participantes:

[...] nosotros enfatizamos en cumplir con las orientaciones que da la OMS en relación con intervenir los cuatro factores de riesgo, que son: la práctica de actividad física, la disminución del consumo de tabaco y del alcohol y el consumo adecuado de las cinco porciones de frutas y verduras al día. (EF8)<sup>1</sup>

De igual manera, los concejales destacan que en la formulación de los proyectos de acuerdo no se sigue un proceso lineal: internacional-nacional-local, sino que, en algunas oportunidades, las iniciativas de Medellín han orientado las políticas nacionales, como se describe a continuación:

Yo creo que inclusive nos adelantamos a la ley, nosotros aprobamos primero la prohibición del uso del tabaco en los establecimientos públicos en Medellín y años después es que nace la Ley [Ley 1335 del 2009 Ley Antitabaco]. (EC12)

Otra ruta identificada en el curso de las políticas públicas en salud es aquella que parte de la formulación de un plan, proyecto o intervención específica, y, posteriormente, se formaliza la política pública. Es el caso de los acuerdos que tienen como prioridad la población infantil: Plan integral para la infancia en el año 2001, programa Buen Comienzo y Consejo de Política de Infancia en el 2004 y, por último, Política Buen Comienzo en el 2011. En otros casos, se inicia con la aprobación de la política y luego se concreta su implementación en otros acuerdos, mediante

1 Códigos de entrevistas: E = entrevista, C = concejal, F = funcionario y número de la entrevista.



el establecimiento de programas; por ejemplo, en la protección de adultos mayores se parte de la Política Pública para la Población de la Tercera Edad en Medellín en el 2001, luego se institucionaliza el Foro Anual del Adulto Mayor en Medellín en el 2006 y el programa Canas al Aire en el 2010, en el cual se estimula la práctica del deporte, la lúdica y la recreación en la población de adultos mayores del municipio, teniendo en cuenta sus características económicas, sociales, culturales y de salud.

Se identificó una política que, de manera explícita, busca la prevención y el control de las ECCV, el Acuerdo 03 del 2007, el cual reconoce expresamente a estas enfermedades como una problemática de salud pública en la ciudad. En la exposición de motivos se resalta que ocupan los primeros lugares entre las causas de morbilidad y mortalidad, lo cual afecta las condiciones de vida de la población, y que están asociadas a factores como la edad, el sexo, la obesidad, el consumo de tabaco y las dietas con alto contenido de sal, azúcar y grasas. El objeto de esta política es prevenir su aparición, con el control primario de los factores asociados identificados en el diagnóstico de salud, el uso adecuado de los recursos disponibles, la articulación con las políticas nacionales e internacionales y con la normatividad vigente, teniendo en cuenta las competencias de los municipios.

Para los participantes en el estudio, las políticas locales logran mejores resultados cuando se formulan a partir de la articulación público-privada, el trabajo conjunto con la academia, las organizaciones y líderes sociales y con la comunidad en general, como lo expresa un concejal:

Bueno, la experiencia que yo he tenido [...] tiene mucho que ver con este tema de las políticas públicas, nosotros inclusive nos dimos

a la tarea con muchas personas y organizaciones académicas, gremiales, comunitarias en construir políticas públicas. Lo primero para nosotros [...] era convocar a muchos actores a que pensáramos sobre algunos temas, [...] yo la llamo en el buen sentido, una movilización que también ayuda... (EC1)

Con respecto a la importancia de las ECCV en la ciudad, los entrevistados resaltan la pertinencia de la formulación de políticas públicas que contribuyan al control de esta problemática; sin embargo, expresan preocupación por la poca difusión y la baja asignación presupuestal, lo que limita el logro de los objetivos propuestos. Así lo describe uno de los participantes:

El tema de las ECCV y la política pública, que es el Acuerdo 3 del 2007, digamos que sigue inmerso en el marasmo de lo que son las acciones de salud pública de este municipio. Son más importantes los programas de vacunación, que de hecho son muy importantes, también los programas de enfermedades de transmisión sexual, la vigilancia de la mortalidad materno-infantil, pero las ECCV, digamos que están ahí con algunos recursos, pero no está completamente desarrollada esta política pública siendo el 2007; yo diría, en mi sentir, que le falta mucho por desarrollarla. (EC4)

Para la implementación de esta política, en el acuerdo mencionado se proponen acciones individuales, tales como el monitoreo de signos y síntomas asociados a dichas enfermedades —colesterol, triglicéridos y presión arterial— y acciones colectivas como la Semana de Promoción y Prevención de las ECCV y el fortalecimiento de estilos de vida saludable —adecuada alimentación, ejercicio físico y evitar consumo de cigarrillo y bebidas alcohólicas—; igualmente, considera el mejoramiento de la red prestadora de servicios que facilite la atención en salud, la movilidad y el

deporte. Asimismo, se define la dirección por parte de la Secretaría de Salud y el Instituto de Deportes y Recreación de Medellín (Inder), con la participación de otras dependencias de la administración municipal, del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el municipio y el departamento, y del sector educativo en general.

Las acciones para la prevención de la morbilidad y la mortalidad por estas enfermedades mencionadas en el Acuerdo, no han tenido la resonancia ni el impacto social esperado, como si ocurre con otros programas o con las obras de infraestructura que perduran en el tiempo, involucran a gran parte de la población o son de obligatorio cumplimiento. Esta situación puede ser el reflejo de una limitada implementación o poca visibilidad de la política, o de los cambios en las prioridades para la gestión de las políticas por parte de los gobernantes, lo cual incide negativamente en la continuidad de las acciones. Al respecto, un concejal señala:

[...] el Acuerdo de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares, yo pienso que hay que revisarlo. Creo que los alcaldes que han tenido injerencia en estos temas se han motivado más por otras cosas, como construir puentes, hacer colegios de calidad, pero no se han preocupado porque existan centros de investigación para esto ¿será por los altos costos? O será porque esto no impactaría tan profundamente como una obra para su imagen, entonces, pienso que en este sentido estamos muy atrasados. (EC2)

Las etapas de seguimiento y evaluación, como parte del ciclo de las políticas públicas, están contempladas implícitamente para todos los acuerdos analizados, ya que hay dos que tratan sobre el reglamento interno del Concejo (2005 y 2009) y uno que crea el Observatorio de Políticas Públicas (2002). Sin embargo, del total de acuerdos analizados, solo nueve

contemplan explícitamente estas etapas, lo que se convierte en una circunstancia que incide negativamente en la continuidad de las acciones. En el Acuerdo 03 no se explicitan acciones encaminadas al seguimiento y la evaluación, aunque se destaca la vigilancia epidemiológica de la morbilidad y mortalidad por estas causas como un componente básico de su control.

Existe una política pública que creó el Observatorio de Políticas Públicas del Concejo para el seguimiento y control a su implementación (Acuerdo 22 del 2002). Sin embargo, los participantes coinciden en que resulta insuficiente para cumplir con esta misión, dada la cantidad de acuerdos municipales aprobados. Además, expresan que las prioridades para el control se definen de acuerdo con el monto del presupuesto asignado a la política o cuando la comunidad organizada se convierte en veedora y ejerce presión para el seguimiento o la actualización de la política. Es así como un participante manifiesta:

[...] yo creo que en ese proyecto tampoco hubo nunca comunidad organizada o al menos yo no la conozco. Distinto por ejemplo a la población LGTBI, que es organizada, o la de discapacidad, que se mantiene muy al pie para ver cómo va el desarrollo [...] Creo que hay que volver a recuperar esta política pública, porque es fundamental y porque creo que no se le está haciendo el riguroso seguimiento [...] (EC1)

En el análisis del ciclo de estas políticas se aprecia que este es un proceso dinámico, no lineal, el cual no siempre transcurre de manera secuencial por cada una de las etapas; ello depende de las prioridades en la agenda política local, de la voluntad de los gobernantes o de los decisores de política, así como de la participación de grupos organizados de la sociedad.



La contribución de las políticas al control de las ECCV depende de la coherencia interna entre formulación, implementación, evaluación y seguimiento, bajo la responsabilidad de la administración municipal y la participación intersectorial de otros organismos estatales, locales, regionales y nacionales, organizaciones no gubernamentales y empresas del sector privado.

La implementación de las políticas que buscan intervenir situaciones complejas, implica la formulación de otras políticas que las complementan, en la medida en que favorecen la transformación de la problemática inicial. En este sentido y dada la complejidad de las ECCV y las variadas condiciones que intervienen en sus manifestaciones y consecuencias, se identificaron algunos acuerdos que, sin proponérselo como objetivo específico, inciden en la prevención de estas enfermedades o en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, es decir, hacen sinergia con el Acuerdo 03 del 2007.

### **Sinergias en las políticas públicas para el control de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares**

Las políticas locales para el control de las ECCV son coherentes con las competencias del municipio, con las funciones del Concejo asignadas por Ley (17) y con la perspectiva con respecto al concepto de salud. En ellas se proponen acciones que hacen sinergia para impactar positivamente las decisiones tomadas. Entre estas se destaca la construcción de alianzas y redes en los distintos niveles, el desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación, el estímulo a la participación ciudadana y el mejoramiento del acceso a la atención en salud.

Con respecto a las diferentes aproximaciones al concepto de salud y las estrategias de

intervención de las ECCV, en los documentos revisados y en las entrevistas a concejales y funcionarios de la administración municipal se advierten dos perspectivas: la salud como ausencia de enfermedad y la salud como derecho. En la primera, cuando los acuerdos se refieren a lo cardio-cerebro-vascular, hacen alusión inmediata a la enfermedad y sus factores de riesgo asociados. En tal sentido, las políticas públicas centran las acciones propuestas en disposiciones para el control o eliminación de dichos factores en poblaciones vulnerables, es decir, priman las intervenciones preventivas con efectos inmediatos o en el largo plazo. Así lo señala uno de los participantes:

Sabemos que, si hay lactancia materna, a futuro disminuye el riesgo de obesidad en las madres. En los niños, sin desconocer que también hay factores genéticos, a través de la leche materna se disminuye a largo plazo el riesgo de obesidad, diabetes, hipertensión y enfermedades crónicas. (EF7)

En la segunda perspectiva, se reconoce a la salud como un componente del bienestar para la población en general. Las políticas propuestas involucran acciones colectivas de promoción de la salud con una mirada bio-sico-social e incluyente que, de manera indirecta, impactan lo CCV. Al respecto, uno de los participantes expresa:

Las políticas, yo creo que deben tener una garantía de que permanezcan en el tiempo, [...] pues obviamente lo que buscan es mejorar las condiciones de salud de las comunidades; y la salud es un derecho que tienen todos los ciudadanos, está garantizada en la Constitución Política y como tal se debe preservar. (EC5)

Algunos acuerdos buscan la promoción de la salud en grupos específicos de población, según el ciclo vital o la condición de discapacidad y otros, así como garantizar una vida



saludable para los habitantes de la ciudad, por medio del establecimiento de una relación implícita de continuidad y sinergia para el control y atención de las ECCV.

Para las niñas, los niños, los adolescentes y los jóvenes, se aprueban políticas que procuran el cuidado integral en diferentes ámbitos —salud, educación, saneamiento, sostenimiento básico y derecho de protección— y el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Estas políticas procuran evitar factores de riesgo, promover la calidad de vida y el desarrollo de hábitos y comportamientos saludables relacionados con la alimentación, la actividad física y el consumo de sustancias psicoactivas, en el marco de los derechos, el bienestar y la integración al entorno. Las mujeres de las áreas urbana y rural constituyen otro grupo poblacional prioritario. A partir del reconocimiento de sus necesidades y derechos se propone garantizar el bienestar con la intervención integral de su entorno y, además, facilitar la atención en salud y estimular el desarrollo de acciones para ellas y sus hijos.

En el interés por favorecer las condiciones de vida de los adultos mayores e impactar su deterioro físico y mental, ocasionado no solo por la edad, sino también por las enfermedades prevalentes, entre ellas las ECCV, se aprueba el programa Canas al Aire como política articuladora de programas y proyectos existentes en el municipio, relacionada con seguridad alimentaria, atención en salud, recreación y deporte. Llama la atención que en los documentos revisados y en las entrevistas se identificó que esta es la única política que surge por iniciativa de la comunidad, en este caso de los adultos mayores.

La situación de discapacidad como limitación permanente o temporal para el desplazamiento como consecuencia de las ECCV, ha

sido reconocida por los concejales como una necesidad para la formulación de políticas públicas que contribuyan al mejoramiento de la movilidad, la equiparación de oportunidades y el reconocimiento de derechos.

Los acuerdos que buscan garantizar una vida saludable y el acceso a los servicios de salud proponen acciones dirigidas a la seguridad y soberanía alimentaria y nutricional, el deporte, la lúdica y el control del consumo de tabaco. En el año 2003 se implementó en forma permanente el Programa Medellín Saludable, el cual define a la salud integral como la resultante de la cultura, los estilos de vida y los ambientes sanos y saludables. Está dirigido a la población escolar en el ámbito de las instituciones educativas y del hogar y busca desarrollar en los alumnos actitudes que construyan estilos de vida sana, propicien la creación y el mejoramiento de ambientes saludables para el control de factores de riesgo y la prevención de enfermedades.

Los participantes resaltan la importancia que han tenido las políticas públicas para elevar el nivel de vida de los y las ciudadanas de Medellín, y no solo aquellas centradas en personas o problemáticas específicas. Es así como lo expresa uno de los concejales entrevistados:

[...] El municipio hace unos esfuerzos enormes con políticas públicas que permitan llevarle saneamiento básico, agua potable, mejor calidad de vida, mejores entornos barriales, mejor vivienda y, lógico, generar ingreso a las familias, lo que va de la mano con tener buena salud [...] Yo diría que para calidad de vida se necesita el compromiso de todos ... (EC12)

Posteriormente al Acuerdo 3 del 2007, se identifican algunas políticas municipales en salud con el propósito explícito de promover



y prevenir la ocurrencia de ECCV. Entre estas, la implementación del sistema de bicicletas en el año 2009, considerado no solo una forma de movilidad, sino también una contribución de la actividad física al control de la obesidad y el sedentarismo. Asimismo, la creación de las Unidades Móviles de Salud en el 2008 busca garantizar el acceso a programas preventivos para el control de factores de riesgo de ECCV, tales como el monitoreo de presión arterial y del peso corporal.

Con base en lo anterior, puede afirmarse que las ECCV son una problemática sanitaria relevante desde el punto de vista epidemiológico y de prestación de servicios de salud en Medellín. Sin embargo, los participantes destacan que no es una preocupación explícita en la agenda de ciudad. A pesar de ello, en la revisión de los acuerdos se identifican algunos cuyo objeto contribuye a su prevención y control, en la medida que reconocen las dimensiones biológica, psicológica y social involucradas en dichas enfermedades y resaltan la importancia del autocuidado y la transformación del entorno.

## Discusión

La pregunta por las sinergias en las políticas públicas referidas a enfermedades cardio-cerebro-vasculares en Medellín implica un acercamiento a políticas públicas en salud que respondan a problemas específicos, como la etiología de estas enfermedades o el control de sus factores de riesgo y la identificación de políticas indirectamente relacionadas con esta problemática. Para el análisis de las continuidades en las políticas, es preciso reconocer el ciclo de la política como un proceso dinámico no lineal; es decir, con distintos puntos de inicio y diferentes desenlaces.

Las relaciones entre las políticas se tejen entre distintos problemas, intencionalidades o actores, de manera explícita o implícita, a lo largo del tiempo. Lo anterior sugiere que, más allá del análisis técnico del ciclo de las políticas, existe un contenido sociopolítico en la definición de las prioridades y en el accionar de los dirigentes y de la sociedad en su conjunto (18,19). En el caso de las ECCV, se proponen políticas que continúan vigentes durante varios periodos de gobierno, interrelacionadas en torno a la promoción de la salud y prevención de estas y otras enfermedades, todas enmarcadas en directrices impulsadas por organismos nacionales e internacionales.

Las políticas se concretan como productos históricos definidos por la estructura de relaciones sociales e intereses de grupos existentes en un marco institucional particular, referidas siempre a situaciones específicas o a problemáticas socialmente reconocidas. Del análisis del ciclo y la articulación de las políticas objeto de este estudio, emergen preguntas acerca de su incidencia en las condiciones de vida y en la construcción de tejido social (20), lo cual coincide con lo descrito por Bouzas-Lorenzo (21), en cuanto a la confluencia en el origen de la política de sectores demandantes de intervención, desarrollos normativos, nuevos actores, temas, necesidades y problemas tradicionales no resueltos, o en los cuales solo se ha incidido parcialmente.

El objeto de las políticas como una construcción social expresa la forma como se entiende la realidad social y las alternativas para transformarla. (22) En este estudio, las ECCV se enfocan de dos maneras: como un problema ligado a la presencia de factores y conductas de riesgo que implica intervenciones individuales o colectivas, cuyos responsables son las personas o el Estado, o como el desarrollo de acciones integrales

para el mejoramiento de las condiciones de vida y la construcción de ciudadanía, desde la garantía de los derechos fundamentales, responsabilidad central del Estado. (23) Este último enfoque se enmarca en los derechos económicos, sociales y culturales, establecidos en el título segundo de la Constitución Política de 1991 y en los artículos 1.º y 2.º de la Ley 1751 del 2015 (24), según la cual, la salud más que un servicio es un derecho fundamental, el cual es autónomo e irrenunciable, y contribuye a lograr una vida digna y de calidad en lo individual y en lo colectivo.

En la definición del objeto de la política para el control de las ECCV, hay que tener en cuenta que, si bien se habla de enfermedades, en el trasfondo no se refiere solo al daño biológico, sino también al proceso salud-enfermedad, determinado por las condiciones sociales e históricas de trabajo, nutrición, organización de la sociedad, referentes culturales y simbólicos, entre otros (25). Esta consideración busca superar el tratamiento tradicional de necesidad básica, se orienta a brindar posibilidades a las personas y a las comunidades para generar organizaciones que propendan por su reconocimiento y por la comprensión de las políticas como expresión de relaciones entre actores, contextos específicos y campo de responsabilidad (26). En este sentido, la política implica y desata una serie de decisiones y acciones determinadas por un número limitado de actores gubernamentales, poderes estatales, otros agentes políticos, grupos económicos y diversas organizaciones sociales que con sus interacciones cooperativas o conflictivas pueden distanciarse más o menos de la estrategia intencional de acción colectiva (10,27).

La transformación de la problemática de las ECCV es posible si las motivaciones para el diseño de la política son compartidas entre

quienes la formulan y quienes la ejecutan; si estos últimos mantienen su esencia al ponerla en marcha, porque consideran que ambas fases hacen parte de la misma; si se cumplen las condiciones de factibilidad incluidas en el diseño; si se hace seguimiento y evaluación y los cambios pertinentes para lograr su propósito. Lo anterior ilustra cómo las políticas locales son un ámbito de intereses, relaciones entre actores y traducciones de directrices a un espacio concreto como el de los proyectos y programas. De acuerdo con Pal (28), la política pública no es otra cosa distinta que el curso de la acción o inacción escogida por las autoridades públicas para hacer frente a uno o varios problemas interrelacionados. Esto confronta la pretendida linealidad entre la definición y la ejecución de las políticas.

Finalmente, en la comprensión de las lógicas e interrelaciones en las políticas públicas orientadas al control de las ECCV, se resaltan la vida y el proceso vital humano como centro de atención de las políticas. Por lo anterior, las intervenciones propuestas por el municipio requieren incluir en su plan de desarrollo económico, social y de obras públicas, intervenciones que contribuyan a la disminución de esta problemática y al control de sus factores de riesgo, de tal manera que cumpla con lo establecido en la Constitución Política del país.

Dada la preocupación de las políticas públicas en salud por la buena vida, y considerando que esta es holística y comprensiva en su totalidad, no es adecuado analizar las políticas orientadas a las ECCV de manera parcial e independiente, sino, por el contrario, considerar sus relaciones con otras políticas que contemplan acciones que incidan en ellas y por la posibilidad de continuidad, no solo por las propuestas, sino también por su dinámica en las condiciones presupuestales, administrativas y de ejecución.



## Referencias bibliográficas

1. República de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991. Gaceta Constitucional N.º 116 del 20 de julio de 1991.
2. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.148, 23 de diciembre 1993 [acceso: 10 de septiembre del 2014]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
3. Congreso de la República de Colombia. Ley 715 del 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 del 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diario Oficial 44.654, 21 de diciembre del 2001 [acceso: 10 de septiembre del 2014]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0715\\_2001.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html)
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 del 2011. Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N.º 47.957 [acceso: 10 de septiembre del 2014]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html)
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 del 2015. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 49.427 [acceso: 10 de septiembre del 2014]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)
6. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [acceso: 29 de enero del 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_ful](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_ful)
7. Silva FA, et al. Enfermedad cerebro-vascular en Colombia. Revista Colombiana de Cardiología; 2006;13(2):85-9.
8. Gómez LA. Las enfermedades cardio-vasculares: un problema de salud pública y un reto global. Instituto Nacional de Salud. Biomedica. 31(4):469-73 [acceso: 21 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/626>
9. Alcaldía de Medellín. Plan de Salud Municipal 2012-2015: Medellín, una ciudad saludable. Revista de la Secretaría de Salud Municipio de Medellín. 2012;5(1).
10. Aguilar LF. La hechura de las políticas, tercera edición. Grupo MAP Colección Antologías de Políticas Públicas; 2000.
11. Vargas Velázquez A. El Estado y las políticas públicas. Almudena Editores; 1999.
12. Roth-Deubel AN. Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Auroras; 2002.
13. Muller P. La producción de las políticas públicas. Innovar.1998;(12).
14. Gómez MA Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología. Rev Cien Hum. 1999; 6(20):103-13.
15. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2004.
16. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
17. Colombia: Ley de Competencias y Recursos (Ley 617 del 2001) y Ley 136 de 1994.
18. Roth Deubel AN. Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? Estud Polít. 2008;(33):67-91.
19. Arroyave Álzate S. Las políticas públicas en Colombia insuficiencias y desafíos. Revista del Departamento de Ciencia Política. 2011;(1):95-110.
20. Franco S. El quinto no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1999.
21. Bouzas Lorenzo R. Los caminos de la evaluación de políticas públicas: una revisión del enfoque RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas. 2005; 4(2):78-9.
22. Elder C, Cobb R. Formación de la agenda. En: Aguilar Villanueva L. Problemas públicos y agenda de gobierno, tercera edición. México: Porrúa; 2000. p. 77-103.
23. Gaviria-Díaz C. El derecho a la salud en Colombia. En: Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2001. p. 97-103.
24. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 del 2015. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 49.427 de febrero 16 del 2015 [acceso: 25 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://diario-oficial.vlex.com.co/vid/ley-estatutaria-1751-2015-557604374>
25. Franco S. Proceso vital humano - Proceso salud/enfermedad. Una nueva perspectiva. Ética, universidad y salud. Memorias del Seminario: Marco conceptual para la formación del profesional en salud. Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud; 1993.
26. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud, 1982(2):7-25.
27. Salazar C. Las políticas públicas. Santa fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Jurídicas - Fundación Cultural Javeriana; 1995.
28. Pal L. Public policy analysis: An introduction. Toronto: Methuen; 1987.