



Contraloría
General de Medellín
Control eficiente, ciudad sostenible

SEGUIMIENTO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON SALUD

2021

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES DE SALUD CON RELACIÓN AL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA.....	6
2.1.	Análisis Cualitativo	6
2.2.	Análisis Cuantitativo	8
3.	FASE 1: VERIFICACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA	11
3.1.	Verificación Acuerdo 03 de 2007: “Política Pública para la prevención de la morbilidad por causas cardio-cerebro-vasculares”	11
3.2.	Verificación Acuerdo 05 de 2011: “Política Pública de Salud Mental y Adicciones”	14
3.3.	Verificación Acuerdo 90 de 2013: “Política Pública de atención integral a personas que padecen de cáncer”	20
3.4.	Verificación Acuerdo 25 de 2015: “Política Pública de Salud Bucal”	23
3.5.	Verificación Acuerdo 33 de 2015: “Política Pública integral de protección a personas que padecen de Parkinson”	25
3.6.	Verificación Acuerdo 144 de 2019: “Política Pública para la inclusión de Personas con Discapacidad”	27
3.7.	Verificación Acuerdo 41 de 2017: “Política Pública de intervención y terapia asistida con animales”	32
3.8.	Verificación Acuerdo 012 de 2020: Nueva “Política Pública de salud mental y adicciones”	34
3.9.	Resultado Fase I	38
4.	FASE II: CHEQUEO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA	40
4.1.	Implementación Acuerdo 03 de 2007: “Política Pública para la prevención de la morbilidad por causas cardio-cerebro-vasculares”	40
4.2.	Implementación Acuerdo 05 de 2011: “Política Pública de Salud Mental y Adicciones”	42
4.3.	Implementación Acuerdo 25 de 2015: “Política Pública de Salud Bucal”	43
4.4.	Implementación Acuerdo 41 de 2017: “Política Pública de intervención y terapia asistida con animales”	45
4.5.	Implementación Acuerdo 144 de 2019: “Política Pública para la inclusión de Personas con Discapacidad”	48
5.	FASE III: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA Y/O ACUERDO MUNICIPAL.....	50
5.1.	Seguimiento y evaluación Acuerdo 03 de 2007: “Política Pública para la prevención de la morbilidad por causas cardio-cerebro-vasculares”	52

5.2.	Seguimiento y evaluación Acuerdo 012 de 2020 antes Acuerdo 05 de 2011 “Política Pública de Salud Mental y Adicciones”	55
5.3.	Seguimiento y evaluación Acuerdo 90 de 2020 “Política Pública de atención integral a personas que padecen de cáncer”	59
5.4.	Seguimiento y evaluación Acuerdo 25 de 2015 “Política Pública de Salud Bucal”	60
5.5.	Seguimiento y evaluación Acuerdo 33 de 2015 “Política Pública integral de protección a personas que padecen de Parkinson”	61
5.6.	Seguimiento y evaluación Acuerdo 144 de 2019 “Política Pública para la inclusión de Personas con Discapacidad”	62
5.7.	Seguimiento y evaluación Acuerdo 41 de 2017 “Política Pública de intervención y terapia asistida con animales”	65
6.	CONCLUSIONES	66
7.	BIBLIOGRAFÍA	73
8.	ANEXOS	75
8.1.	Anexo 1: Actores por Política Pública	75
8.2.	Anexo 2: Indicadores según Planes Indicativos	76
8.3.	Anexo 3: Matriz C	76

1. INTRODUCCIÓN

Con el Resolución 152 de 2020 la Contraloría General de Medellín (CGM) crea el Grupo Seguimiento y Evaluación a las Políticas Públicas de la ciudad alineado a la nueva normativa que se tiene para el control fiscal territorial, especialmente las denominadas auditorias de desempeño, y de manera estratégica actuando desde su objeto misional de la entidad, el cual define la entidad se líder “...en la implementación de procesos para la evaluación de políticas públicas y en procesos de vigilancia ambiental, siendo reconocida por ejercer un control justo, eficiente y transparente, con una activa participación ciudadana”.

En este sentido, producto de las nuevas realidades el tema de la salud se convierte en objeto de análisis de primera línea en el contexto global y en la ciudad de Medellín, como eje del departamento y la segunda ciudad en importancia del país, y es por ello que la CGM, en cabeza de la Dra. Diana Carolina Torres, reconociendo estas nuevas realidades comienza a indagar por: la preparación de la ciudad para atender una Pandemia, así como la orientación que en temas de salud se ha venido teniendo durante los últimos años.

Con este panorama, se decide iniciar el seguimiento a las Políticas Públicas asociadas a la temática de salud entre las que se tienen:

- **Acuerdo 03 de 2007:** Por la cual se crea la Política Pública para la prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares en el municipio de Medellín.
- **Acuerdo 012 de 2020¹:** Por medio del cual se institucionaliza la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín, se derogan los Acuerdos 64 de 2005 y 05 de 2011, y se dictan otras disposiciones.
- **Acuerdo 90 de 2013:** Política Pública de atención integral a personas que padecen cáncer.
- **Acuerdo 25 de 2015:** Por medio del cual se adopta la Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín.

¹ En el transcurso de la evaluación y seguimiento realizado por la CGM, se formula la nueva Política Pública de Salud Mental y Adicciones (Acuerdo 012 de 2020), que deroga el Acuerdo 05 de 2011. Sin embargo, ambos acuerdos serán objeto de análisis en la primera fase de la Metodología, pero a partir de la segunda fase, al mencionar la Política Pública de Salud Mental y Adicciones estamos haciendo referencia al Acuerdo 012 de 2020.

- **Acuerdo 33 de 2015:** Por medio del cual se adopta la Política Pública integral de protección a las personas que padecen la enfermedad de Parkinson en el Municipio de Medellín.
- **Acuerdo 41 de 2017:** Por el cual se adopta la Política Pública de intervenciones y terapia asistida con animales para el municipio de Medellín y sus cinco corregimientos.
- **Acuerdo 144 de 2019:** Por el cual se actualiza la Política Pública para la Inclusión de las Personas con Discapacidad del Municipio de Medellín y se dictan otras disposiciones.

Sobre estas políticas se ha aplicado la metodología propuesta para el seguimiento y evaluación de las políticas públicas de la ciudad y que se consigna en la Resolución 152 de 2020, en las tres fases descritas en el documento, para el seguimiento de cada una de las políticas; adicionalmente, comprendiendo las particularidades y las complejidades que el análisis en temas de salud representa, se ha realizado un análisis comparativo entre el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 y los tres (3) últimos Planes de Desarrollo Territoriales con sus respectivos Planes de Salud en la ciudad de Medellín (de las administraciones municipales de: Aníbal Gaviria, Federico Gutiérrez y Daniel Quintero); con el objetivo de determinar el grado de alineación de los diferentes planes locales, con relación a las metas propuestas por el gobierno nacional en materia de salud.

De este modo, el presente documento iniciará con la comparación entre el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 y los tres (3) últimos Planes de Desarrollo Territoriales con sus respectivos Planes de Salud; y en los siguientes tres capítulos se abordará de manera independiente cada una de las tres fases propuestas para el seguimiento de las políticas enunciadas, 1) Verificación del cumplimiento de criterios de política Pública, 2) Chequeo de implementación de la Política Pública, 3) Evaluación y seguimiento de la Política Pública, pero comprendiendo que varias de las estrategias de implementación pueden estar interrelacionadas o pueden ser estrategia que se comparten para más de una de estas políticas.

Finalmente, en un sexto capítulo se tendrán las conclusiones donde se establecerán las posibles interrelaciones encontradas en la implementación, las diferencias en los hallazgos del estado de salud y las líneas de planeación en salud priorizadas por las alcaldías y sus relaciones o discrepancias con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública.

2. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PLANES DE SALUD CON RELACIÓN AL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

Para comenzar se tiene como objetivo determinar la alineación de los diferentes planes locales con las metas propuestas por el gobierno nacional en materia de salud, para esto se realiza la comparativo entre el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 y los 3 últimos Planes de Desarrollo Territorial con su respectivos Planes de Salud en la ciudad de Medellín.

Así, para desarrollar este análisis se contrastaron las metas de los planes de desarrollo, incluidos indicadores de producto y de resultado de cada uno de ellos, y a estos últimos se les encontró una correlación con una o varias metas del Plan Decenal de Salud Pública, lo que permitió determinar de manera cualitativa las metas propuestas por el gobierno nacional que no han sido tenidas en cuenta en el ámbito local. Y de manera cuantitativa, se determinaron los indicadores de los planes locales que, aunque están alineados con el Plan Decenal, su meta se encuentra por debajo de este, e incluso carecen de propuestas de mejora debido a que en algunos casos la meta es igual a la línea base.

2.1. Análisis Cualitativo

Algunos de los temas que no han sido incluidos con relación a las metas del Plan Decenal de Salud Pública son (cuadro 1): Años de vida perdidos por trastornos mentales, desnutrición en niños, sobrepeso, anemia, patógenos de alta transmisibilidad, infección respiratoria aguda, enfermedades transmitidas por vía sanguínea, consumo saludable (Frutas y verduras) y consumo de sal/sodio.

Cuadro 1. Metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 que se encuentran ausentes en indicadores de las respectivas líneas de salud de los Planes de Desarrollo 2012-2015, 2016-2019, 2020-2023.

	Meta	Dimensión	Componente
1	A 2021 reducir a 55 por 1.000 personas los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años.	Convivencia Social y Salud Mental	Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

2	A 2021 reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general.	Convivencia social y salud mental	Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia
3	A 2021, reducir a 2.60% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, y a 8,0% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.	Seguridad alimentaria y nutricional	Consumo y aprovechamiento biológico.
4	A 2015, disminuir a 35.9% la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres de 18 a 64 años; a 44.6% en mujeres de 18 a 64 años; y a 30.2% en mujeres de 13 a 49 años.	Seguridad alimentaria y nutricional	Consumo y aprovechamiento biológico.
5	A 2015, reducir a 20% la anemia en mujeres de 13 a 49 años, en las áreas urbanas y rurales.	Seguridad alimentaria y nutricional	Consumo y aprovechamiento biológico.
6	Reducir el promedio de escolares entre 5 y 12 años con anemia nutricional: a 32% en 2010 y a 23.9% en 2015. h. A 2015, reducir a 20% la anemia en niños y niñas menores de cinco años.	Seguridad alimentaria y nutricional	Consumo y aprovechamiento biológico.
7	A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva SSR desde un enfoque de derechos.
8	A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva SSR desde un enfoque de derechos.
9	A 2021, se logra un avance progresivo y sostenido en la implementación de planes regionales o locales para la prevención y la contención de los patógenos emergentes y re-emergentes de alta transmisibilidad y potencial epidémico en el 100% de las entidades territoriales.	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas
10	A 2021, se logra la reducción progresiva de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (incluida Neumonía), buscando llegar a una mortalidad por Neumonía de menos de 8,9 casos por cada 100.000 menores de cinco años.	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas
11	A 2021, se cuenta con el diseño, implementación y desarrollo progresivo de planes y programas territoriales de promoción y prevención de las enfermedades transmitidas por vía sanguínea.	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Condiciones y situaciones endo-epidémicas.

12	A 2021, incrementar el consumo diario de frutas y verduras en la población en general.	Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos.
13	A 2021, lograr una disminución del consumo de sal-sodio/persona/día a partir de la línea de base que se defina.	Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos.
14	A 2021, lograr la reducción relativa del 20% de los niveles aumentados de colesterol total (mayor a 190 mg/dl), en personas de 18 años o más, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.	Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes

De esto, la meta 9 llama la atención debido a la situación de pandemia actual por la que atraviesa el mundo, la cual ha demostrado la necesidad de implementar planes para la prevención y la contención de patógenos emergentes y reemergentes de alta transmisibilidad y potencial epidémico. Y aunque el Plan Decenal ya hablaba del tema desde el año 2012, no se pudo encontrar evidencia de que los gobiernos locales hayan tenido en cuenta dicha meta o recomendación, la cual incluso tampoco se ve reflejada en el actual Plan de Desarrollo y su anexo Plan de Salud.

Otra observación relevante es con relación al componente cuantitativo, donde se encontraron algunos indicadores que, aunque se alinean con las metas del Plan Decenal en términos cualitativos, sus metas se encuentran por debajo de este. Es importante recordar que el actual Plan de Desarrollo y su respectivo Plan de Salud tienen un horizonte temporal 2 años superior al Plan Decenal, motivo por el cual llama la atención que algunas de las metas a nivel local estén por debajo de las que ha propuesto el gobierno nacional para el año 2021.

2.2. Análisis Cuantitativo

Al comparar las metas a nivel nacional con las de orden local, es importante considerar los contextos y el nivel de ciertas problemáticas de ciudad. Motivo por el cual se puede comprender la dificultad de alinear por completo algunas de estas metas. Sin embargo, la ciudadanía espera un mayor compromiso en la reducción de ciertas problemáticas como lo son: el suicidio, la edad de inicio de SPA, homicidios por agresiones, tuberculosis, etc. Cuyas metas a 2023 no solo son inferiores a las del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021,

sino que además son muy similares a la línea base del año 2018. Y, no obstante, pese a las dificultades, la meta siempre deberá ser llegar al lineamiento nacional.

Cuadro 2. Grupo de indicadores presentes en el actual Plan Territorial de Salud 2020 – 2023 que no se alinean con las metas propuestas por el gobierno Nacional para el año 2021.

Meta Plan Territorial de Salud 2020 – 2023	Indicador	Tipo Indicador	Und. Medida	LB	Año LB	Meta 2023
Mantener la prevalencia (último año) de consumo de tabaco en la población de 18-69 años	Prevalencia de consumo de tabaco (último año)	Resultado	%	15,5	2015	12
Meta Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: A 2021, reducir al 10% el tabaquismo en personas de 18 a 69 años.						
Aumentar un 5% las coberturas en las acciones de prevención y detección temprana de las ENT	Cobertura en las acciones de prevención y detección temprana de las ENT	Producto	%	49,6	2018	54,6
Meta Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: A 2021, se incrementa en un 20% prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT, la salud bucal, visual y auditiva, desde la primera infancia, en entornos y programas sociales, a partir de la línea base que se identifique en el 2014.						
Disminuir la tasa de mortalidad por suicidio	Tasa mortalidad por suicidio	Resultado	Casos x 100 mil personas	6.8	2018	6,6
Meta Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: A 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes.						
Mantener la edad de inicio del consumo a SPA al menos en 14 años o mas	Edad de inicio de consumo de SPA	Resultado	Años	14	2019	14
Meta Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: A 2021 aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas.						
No aumentar en más de en 31,4 la tasa de mortalidad por agresiones (Homicidios)	Tasa mortalidad por homicidio	Resultado	Casos x 100 mil personas	31.4	2018	<31.4
Meta Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: A 2021 reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes.						
No aumentar la tasa de incidencia de violencia	Tasa de incidencia de violencia	Resultado	Casos por 100 mil personas	517.6	2018	<517.6

intrafamiliar	intrafamiliar					
Meta Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: A 2021, el 80% de los municipios del país operará el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar., A 2021 el 100% de los municipios del país implementan y operan el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar. (observación, se mantiene la meta)						
Incrementar el tiempo promedio de lactancia materna exclusiva en 50% con relación a la línea de base	Tiempo promedio de la práctica de la lactancia materna exclusiva en la ciudad de Medellín.	Resultado	Días	30	2019	45
Meta Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: A 2015, incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.						
Tasa de incidencia sífilis congénita igual o inferior 1,8 por 1000 nacidos vivos	Tasa de incidencia sífilis congénita	Resultado	Casos por 1000 nacidos vivos	1,8	2019	<1,8
Meta Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: Para el año 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.						
Tasa de transmisión materno infantil de VIH igual o inferior de 3 por 1000 nacidos vivos	La Tasa de transmisión materno infantil de VIH	Resultado	%	3	2017	<3
Meta Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: Para el año 2021, alcanzar y mantener el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.						
Reducir a menos de 3,0 por 100.000 habitantes de la ciudad la mortalidad por tuberculosis.	Tasa bruta de mortalidad por tuberculosis	Resultado	Casos x 100 mil personas	3,7	2018	3
Meta Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: A 2021, se logra la reducción progresiva a menos de 1,59 casos por 100.000 habitantes de la mortalidad por Tuberculosis TB en todo el territorio nacional.						

3. FASE 1: VERIFICACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA

Siguiendo la metodología propuesta con la CGM se examinan los criterios básicos de exclusión contruidos a partir de las teorías de políticas públicas (Roth, 2002) y, que advierten el control fiscal macro y que nos permiten definir si cada una de las políticas objeto de análisis cumple con los criterios que se señalan para ser denominada Política Pública.

Durante la FASE I se hace un proceso de identificación de aquellas políticas relacionadas con la temática de análisis, para este caso salud, y que son objeto de la metodología ya que han sido aprobadas por Acuerdo Municipal, y se aplica la Matriz A donde se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión del Acuerdo municipal en su construcción y contenido, se identifican los diferentes actores aclarando los beneficiarios y responsables.
- Análisis del problema público, se hace revisando el proyecto de acuerdo y los demás documentos allegados para la presentación y aprobación de la Política Pública como Acuerdo Municipal y el proceso de depuración del mismo, aquí entonces se identifica la articulación de los objetivos, el problema público o los escenarios que propician la política pública.
- Para el análisis de Actores o Participantes, se hace una primera aproximación a la coordinación y articulación de la institucionalidad, punto que se amplía en la FASE II, en la evaluación administrativa y económica. Además, se identifican los demás actores participantes de la política pública, los escenarios y los posibles juegos que la misma traza.
- En esta fase también se hace un análisis vertical del Acuerdo Municipal con las Políticas Públicas existentes a nivel nacional y departamental, de manera que guarden coherencia entre ellas, indispensable para este proceso.

Esto con el fin de verificar, si son o no efectivamente ser denominadas Políticas públicas.

3.1. Verificación Acuerdo 03 de 2007: “Política Pública para la prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares”

El Acuerdo 03-2007 identifica las enfermedades cardio-cerebrovasculares y los factores de riesgo que conllevan a estas patologías, como el principal problema público a atender. Este problema ha sido identificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la principal causa de muerte en el mundo, y dentro de las causas más importantes de estas enfermedades se identifican: una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. En este sentido la política pública tiene un enfoque de promoción y prevención del riesgo cardio-cerebrovascular y estipula implementar al menos 4 componentes básicos: Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, investigación y vigilancia epidemiológica. Por lo que ataca directamente las causas del problema.

Así, uno de los principales objetivos de la Política Pública es el de prevención de este tipo de patologías en personas con riesgo cardiovascular, por lo que se hace un gran énfasis en la promoción de la salud y estilos de vida saludables, motivo por el cual el INDER es parte responsable de esta estrategia, aspecto importante para tener en cuenta ya que se aborda la problemática más allá del enfoque médico biológico y se incluye una mirada integral del problema y sus respectivas soluciones.

Cuadro 3. Lista de Chequeo: Acuerdo 03 de 2007, “Política Pública para la prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares”

Acuerdo 03 de 2007			
“Por la cual se crea la Política Pública para la prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares en el municipio de Medellín”			
Sector: Salud			
Criterio	Si	No	Cuál / Cuáles
¿Se identifica un problema público a atender (u objetivo de intervención)?	X		Enfermedades cardio-cerebrovasculares y los factores de riesgo que conllevan a estas patologías.
¿Están correctamente determinadas las causas del problema?	X		Según la OMS las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo, y dentro de las causas más importantes de estas enfermedades se identifican: una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Motivo por el cual la política pública en su Artículo segundo, Menciona la necesidad crear el programa de promoción y prevención del riesgo cardio-cerebrovascular con al menos 4 componentes

		básicos: Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, investigación y vigilancia epidemiológica. Por lo que ataca directamente las causas del problema.
¿Se identifican actores involucrados en la PP?	X	Artículo quinto. Promover los mecanismos necesarios de participación y articulación entre el Municipio de Medellín, las Empresas Sociales del Estado del orden Municipal, las Entidades Promotoras de Salud, EPS del régimen subsidiado, La Secretaría de Salud Departamental y el Ministerio de la Protección Social. Motivar la participación activa de las entidades promotoras de salud, EPS del régimen contributivo, regímenes especiales, entidades administradoras de planes adicionales de salud, universidades públicas y privadas, sector educativo en general, sociedades científicas, asociaciones, corporaciones y fundaciones relacionadas con la política; igualmente todos los mecanismos de participación social en salud.
¿Se identifica la intervención de una autoridad pública?	X	Artículo segundo. Para el desarrollo de la política créase el programa de promoción y prevención en riesgo cardio-cerebrovascular para el Municipio de Medellín, como política pública dentro de la estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad – Plan de atención básica de la Secretaría de Salud, la cual será liderada por esta Secretaría y el INDER, articulada con las demás Secretarías y entes descentralizados.
¿Se identifica un sector o grupo objeto beneficiario de la PP?	X	Población en riesgo cardiovascular.
¿El objetivo de la PP tiene correspondencia con los objetivos del sector?	X	El objetivo que plantea la presente política pública es el de prevenir la aparición de enfermedades cardio-cerebrovasculares y realizar el control primario de los factores de riesgo que conllevan a estas patologías a través del diagnóstico de salud, y la priorización del perfil epidemiológico. Para esto la articulación con las políticas nacionales y departamentales y la normatividad vigente en la materia, será de gran importancia. En este sentido, tales objetivos fueron contrastados con las metas e indicadores del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, con los Planes de Desarrollo y sus respectivos Planes Territoriales de Salud, de la presente y pasada administración con el fin de identificar la correspondencia de esta política pública con los objetivos del sector. Algunos de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 son la reducción en un 25%

		<p>de la Hipertensión arterial, 20% en niveles de colesterol, el acceso a terapia farmacológica y asesoría para personas de 40 años o más con riesgo cardiovascular.</p> <p>El plan Territorial de Salud 2016 – 2019 plantea una estrategia de atención para población de alto riesgo cardiovascular denominada un “millón de corazones” y la meta de reducir Se logrará que la proporción de mortalidad temprana por Hipertensión arterial al 6%</p> <p>El actual Plan Territorial de Salud 2020- 2023 plantea disminuir 2% la proporción Mortalidad prematura por enfermedad hipertensiva (30-70 años).</p>
--	--	---

Realizada la lista de chequeo realizada en la fase I para la Política Pública prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares, se puede concluir que ésta cumple con la totalidad de elementos enunciados por la teoría y consignados en la matriz A de la metodología, para ser enunciada como “Política Pública”, es decir que, se evidencian tanto el problema público, el objetivo, los actores y la participación de la administración pública, posibilitando así que dicha política pública sea susceptible de análisis en la fase II.

3.2. Verificación Acuerdo 05 de 2011: “Política Pública de Salud Mental y Adicciones”

Para comenzar cabe anotar que este acuerdo 05 de 2011 deroga el Acuerdo 64 de 2005 y a su vez este será derogado por el acuerdo 012 de 2020, no obstante, para poder realizar un análisis completo de los resultados, en esta ocasión analizaremos en Fase I tanto el 05 de 2011 como el 012 de 2020, no obstante, los resultados e implementación (Fase II y Fase III) se analizarán desde los postulados de este acuerdo 05 de 2011.

La ciudad de Medellín ha entendido desde tiempo atrás que los problemas en la salud mental tienen una repercusión grave en la calidad de vida de las personas y representan un factor discapacitante que afecta incluso la productividad, en este sentido, se ve la importancia de formular la política pública de salud mental; Acuerdo 64 de 2005 como un primer intento por entender y abordar esta problemática. No obstante, la implementación de esta política pública sufrió algunas fallas estructurales y/o voluntades políticas. Así, por ejemplo; Nunca fue debidamente reglamentada, su operativización no tuvo la fuerza ni el impacto esperado,

y sus planteamientos no se acogieron a los lineamientos emanados del orden nacional y departamental en el campo de la salud mental y las adicciones (Consejo de Medellín, 2010). Motivo por el cual se tomó la decisión de actualizar la política pública de salud mental y en el año 2011 el Concejo Municipal expidió el Acuerdo 05 de 2011 “por medio del cual se modifica y se actualiza el acuerdo 64 de 2005 sobre la creación de la Política de Salud Mental y Adicciones para el Municipio de Medellín y se dictan otras disposiciones”

De igual forma la actual política pública nunca ha sido reglamentada (Secretaría de Salud-Alcaldía de Medellín, 2020a) por lo que el Plan Operativo de Salud Mental y Adicciones tampoco fue aprobado para su implementación, estas circunstancias pueden evidenciar falta de voluntad política por parte de la administración para ejecutar todas las acciones sugeridas desde el acuerdo 05 de 2011, las cuales facilitarían la implementación de la Política Pública y su impacto en la salud mental de los habitantes de Medellín, no obstante sobre esto profundizaremos en la siguiente fase.

Cuadro 4. Lista de Chequeo: Acuerdo 05 de 2011, “Política Pública de Salud Mental y Adicciones”

Acuerdo 05 de 2011			
“Por medio del cual se modifica y se actualiza el Acuerdo 64 de 2005 sobre la creación de la Política de Salud Mental y Adicciones para el Municipio de Medellín y se dictan otras disposiciones”			
Sector: Salud mental, economía, cultura, educación.			
criterio	Si	No	Cuál / Cuáles
¿Se identifica un problema público a atender (u objetivo de intervención)?	X		Se le da un nuevo enfoque a la atención de la problemática de salud mental en la ciudad, entendiendo que esta no se limita a procesos biológicos, sino que además involucra aspectos psicológicos y sociales. En este sentido se adopta la definición de salud mental proporcionada por la OMS: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". "...La problemática de salud mental a nivel nacional, departamental y municipal, representa un incremento significativo en la carga de morbilidad, incapacidad y mortalidad, lo que la ha posicionado en un 4to lugar dentro de las prioridades en salud pública. Los últimos estudios realizados a nivel de ciudad señalan la magnitud que han tomado algunos trastornos mentales, así como el incremento de factores de riesgo desde los ámbitos individual,

		familiar, escolar y comunitario que impactan negativamente la salud mental".
¿Están correctamente determinadas las causas del problema?	X	<p>Las causas del problema se determinan con base en dos estudios realizados por la alcaldía de Medellín, el primero es; "...El Estudio sobre Salud mental del adolescente realizado en 2006, en jóvenes de la ciudad de Medellín entre 9 y 19 años de instituciones públicas y privadas con una muestra de 3.133 individuos, arroja los siguientes resultados..."</p> <p>El segundo estudio es; "...Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes Escolarizados del Municipio de Medellín del Año 2007 arrojó los siguientes resultados..."</p> <p>Adicionalmente, se reconocen los problemas de diseño del Acuerdo 64-2006 (Anterior Política de Salud Mental) con relación a la limitada conceptualización del problema, centrado exclusivamente en trastornos mentales, desconociendo la amplitud del trabajo posible sobre la salud mental.</p>
¿Se identifican actores involucrados en la PP?	X	<p>Artículo Décimo Primero. Créase, la Dirección Técnica de Salud Mental y Adicciones del municipio de Medellín, adscrita a la Secretaría de Salud, la cual estará encargada de la coordinación, ejecución y seguimiento de los planes y programas de la Política de Salud Mental y Adicciones y quién a su vez realizará la función de secretario del Consejo Municipal de Política en Salud Mental y Adicciones.</p> <p>Artículo Décimo Cuarto. Créase un comité técnico adscrito a la Dirección Técnica de Salud Mental y Adicciones del municipio de Medellín, el cual trabajará por comisiones, integradas por representantes de diferentes dependencias y organizaciones según línea de trabajo. La conformación de las comisiones será definida en el Decreto municipal que reglamente esta política. El Director Técnico de Salud Mental y Adicciones del municipio de Medellín, quien lo presidirá, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un representante de la Secretaría de Educación. ● Un representante de la Secretaría de Gobierno. ● Un representante de la Secretaría de Cultura Ciudadana. ● Un representante de la Secretaría de Bienestar Social. ● Un representante de la Secretaría de

		<p>Desarrollo Social.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un representante de la Secretaría de Transportes y Tránsito. ● Un representante de los Centros de Atención a Drogodependencia de la ciudad. ● Un representante de la Personería. ● Un delegado de la Policía Metropolitana. ● Un representante del Instituto de Recreación y Deportes - INDER. ● Un representante de la Empresa Social del Estado Metrosalud. ● Un representante del Comité departamental de prevención de drogas y alcoholismo. ● Un representante de las Universidades que tengan facultad del área de la salud, con experiencia comprobada en salud mental y adicciones. ● Un representante de las ONG de la ciudad que trabajen en el campo de la salud mental y/o adicciones. ● Un representante de la Asociación Psiquiátrica Antioqueña. ● Un representante del Instituto de Bienestar Familiar Regional Antioquia. ● Un representante del grupo de salud mental de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.
<p>¿Se identifica la intervención de una autoridad pública?</p>	<p>X</p>	<p>Artículo Séptimo. De los responsables en la implementación de la Política de Salud Mental y Adicciones. El Consejo Municipal de Política en Salud Mental y Adicciones es el ente encargado de dirigir la implementación de la Política de Salud Mental y Adicciones y de la asesoría en su ejecución.</p> <p>Artículo Octavo. Conformación. El Consejo Municipal de Política de Salud Mental y Adicciones, estará conformado por los siguientes miembros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El Señor Alcalde o su delegado de rango directivo, quien presidirá las sesiones. ● El Secretario (a) de Salud, o su delegado de rango directivo. ● El Secretario(a) de Educación o su delegado de rango directivo. ● El Secretario (a) de Gobierno o su delegado de rango directivo. ● El Secretario (a) de Cultura Ciudadana o su delegado de rango directivo. ● El Secretario (a) de Bienestar Social o su delegado de rango directivo. ● El Secretaria (a) o de Desarrollo Social o su

		<p>delegado de rango directivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El Secretario (a) de Hacienda o su delegado de rango directivo. ● El Secretario(a) de Transportes y Tránsito o su delegado de rango directivo. ● El Director Técnico de Salud Mental y Adicciones, quien ejercerá la secretaría de dicho Consejo. <p>Parágrafo. La delegación no puede recaer en personas que por derecho propio formen parte del Consejo.</p>
<p>¿Se identifica un sector o grupo objeto beneficiario de la PP?</p>	X	<p>En general, habitantes de Medellín que requieran una de las siguientes líneas de intervención: Artículo Cuarto. De las Líneas de Intervención de la Política de Salud Mental y Adicciones. Violencias y otros problemas psicosociales, Consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones, Otras adicciones como la ludopatía, Trastornos mentales y/o del comportamiento.</p>
<p>¿El objetivo de la PP tiene correspondencia con los objetivos del sector?</p>	X	<p>El Concepto 52 de 2018 de la Secretaría General de la Alcaldía de Medellín se refiere al objetivo de la presente Política Pública en los siguiente términos: “...no se puede establecer con certeza a cuáles aspectos críticos se pretende orientar la Política Pública y, además, no recoge los puntos álgidos que la ciudad presenta en salud mental” Debido a la amplitud de los objetivos de la presente Política Pública, se contrastaron las metas e indicadores del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, con los Planes de Desarrollo y sus respectivos Planes Territoriales de Salud, de la presente y pasada administración.</p> <p>A nivel local, algunas de las metas planteadas en indicadores críticos no se correlacionan con las metas establecidas por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En algunos casos se encuentran por debajo e incluso la propuesta para el mejoramiento con respecto a la línea base es muy baja o nula. Es el caso de la tasa de mortalidad por suicidio, la edad de inicio del consumo de drogas ilícitas, y violencia intrafamiliar.</p> <p>Algunos indicadores propuestos por el gobierno nacional y que no se tienen en cuenta a nivel local son: El aumento en la frecuencia de uso de servicios en salud mental, y los años de vida perdidos por trastornos mentales.</p>

En síntesis, es una política pública que ha identificado un problema social desde una perspectiva amplia, puesto que ha entendido los problemas mentales más allá de la visión biológica sino también ha considerado factores psicológicos y sociales.

No obstante, entre los actores involucrados en la Política Pública El acuerdo 05 de 2011 establece la creación de la Dirección Técnica de Salud Mental y Adicciones y su respectivo Comité Técnico, pero pese a la importancia de estas instancias para la implementación de la Política Pública, estos nunca fueron creadas (Secretaría de Salud-Alcaldía de Medellín, 2020a), y en el año 2019 cuando se solicitó concepto de viabilidad fiscal por parte de la Secretaría de Hacienda con respecto a la creación de la Dirección Técnica, dicha secretaría emitió un concepto negativo debido a que no era compatible con las metas de sostenibilidad financiera y de disciplina fiscal de la entidad territorial (Secretaría de Hacienda-Alcaldía de Medellín, 2019).

En respuesta dada por la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud-Alcaldía de Medellín, 2020a) se especifica que, pese a no crearse la Dirección Técnica de Salud Mental y Adicciones, si se crearon espacios de articulación con actores clave para abordar temas relacionados con la política pública, un ejemplo fue: la Mesa de Expertos en Prevención del Consumo donde no solo se trabajaron temas y estrategias para su prevención sino también temas relacionados con la salud mental en general. Detalla la Secretaría de Salud que de este espacio surgieron comisiones de trabajo para discutir estrategias como la reducción de riesgos y daños para las personas consumidoras y surgieron otros espacios como la Mesa de adicciones químicas y no químicas. En vista de la no reglamentación del acuerdo de política pública, este espacio de articulación hizo las veces de comité técnico de salud mental y sesionó entre el 2018 y 2019. Aunque no se contaba con la Dirección Técnica esto no fue impedimento para que en el año 2019 la Secretaría de Salud considerara la importancia de este espacio y realizará dos sesiones del Comité Técnico de Salud Mental y adicciones para impulsar las acciones de la política.

De similar forma se identifica claramente una autoridad que interviene en la implementación de la Política Pública. Se trata de El Consejo Municipal de Política en Salud Mental y Adicciones quien es el ente encargado de dirigir la implementación de la Política de Salud Mental y Adicciones y de la asesoría en su ejecución. Sin embargo, esta instancia

tampoco fue creada debido a que el decreto reglamentario nunca fue aprobado ni firmado (Secretaría de Salud-Alcaldía de Medellín, 2020a).

Así, pese a las dificultades reseñadas, en lo que se refiere al diseño evaluado mediante la lista de chequeo realizada en la fase I para la Política Pública de salud mental y adicciones, se puede concluir que ésta cumple con la totalidad de elementos enunciados por la teoría y consignados en la matriz A de la metodología, para ser enunciada como “Política Pública”, y es susceptible de análisis en la fase II.

3.3. Verificación Acuerdo 90 de 2013: “Política Pública de atención integral a personas que padecen de cáncer”

La Política Integral de Protección a las personas diagnosticadas con cáncer, se enfoca especialmente en mujeres y niñas, y su principal objetivo es el de mitigar los efectos negativos en los aspectos sociales psicológicos y económicos que conllevan la pérdida de cabello producto de los tratamientos a este tipo de enfermedades. Y desarrolla los siguientes 3 componentes: a. Protección y prevención de la discriminación. b. Difusión, Comunicación y Redes de Apoyo Social. c. Responsabilidad Social Empresarial

Cuadro 5. Lista de Chequeo: Acuerdo 90 de 2013, “Política Pública de atención integral a personas que padecen de cáncer”

Acuerdo 90 de 2013 “Política Pública de atención integral a personas que padecen cáncer.”			
Sector al que beneficia la Política Pública: economía, salud mental.			
criterio	Si	No	Cuál / Cuáles
¿Se identifica un problema público a atender (u objetivo de intervención)?		X	El problema presentado en la exposición de motivos excede o está por fuera de la capacidad de respuesta directa por parte del gobierno local. De hecho, la solución que se propone son jornadas y campañas que promuevan la solidaridad ciudadana y de esta forma lograr incidir en la problemática identificada. Exposición de Motivos "Posterior a la detección de una enfermedad como el cáncer comienzan una serie de cambios insospechados, que golpean de manera significativa además del fisiológico, el estado anímico de las personas afectadas; y en el caso de las mujeres generalmente es un proceso más complejo, dadas las consecuencias físicas que

		<p>acarrean tratamientos como la Quimioterapia y/o radioterapia; las cuales tienen como consecuencia la caída del cabello en la persona que se somete a los mencionados tratamientos. Es de mencionar, que el cáncer a pesar de no tener distinción por sexo, raza, o condición social; si afecta con mayor agresividad a personas de estratos bajos, dada la imposibilidad o dificultad para iniciar y mantener tratamientos permanentes o reiterados en el tiempo. Por ello, acceder a una peluca para mitigar el impacto negativo de mostrarse ante la sociedad sin cabello; comercialmente se hace complejo y reducido a ciertos grupos sociales, puesto que este elemento oscila entre 1,5 y 2 millones de pesos".</p>
<p>¿Están correctamente determinadas las causas del problema?</p>	X	<p>La presente "política pública" realiza en general una consideración multidimensional de la problemática en cuestión, enfocándose en los aspectos sociales, psicológicos y económicos que el cáncer puede generar especialmente en las mujeres. Sin embargo, cuando se delimita el problema, se evidencia el enfoque de la problemática hacia las dificultades de acceso a una peluca y las consecuencias sociales y psicológicas que de ello derivan, reduciendo de esta forma el problema y el sentido mismo de la Política Pública que según el título busca una atención integral.</p>
<p>¿Se identifican actores involucrados en la PP?</p>	X	<p>Artículo 4. Componente de Difusión, Comunicación y Redes de Apoyo Social. Esta estrategia tendrá un componente de difusión y promoción liderado por la Secretaría de Comunicaciones de la Alcaldía, que buscará comprometer a los diferentes medios de comunicación existentes en la Ciudad, en las jornadas y campañas que se emprendan para hacer efectiva la estrategia. Se privilegiará la difusión a través de las redes sociales que son utilizadas por la población joven.</p> <p>Artículo 5. Componente de Responsabilidad Social Empresarial: La Administración Municipal facilitará el compromiso del sector privado.</p>
<p>¿Se identifica la</p>	X	<p>Artículo 6. El cumplimiento del presente</p>

intervención de una autoridad pública?			Acuerdo estará a cargo de las secretarías de las Mujeres, Inclusión Social y Familia y Salud.
¿Se identifica un sector o grupo objeto beneficiario de la PP?	X		Artículo 1. Adóptese en la Ciudad de Medellín, una Política Integral de Protección a las personas diagnosticadas con cáncer, especialmente enfocada en mujeres y niñas, con el fin de mitigar los efectos negativos en los aspectos sociales, psicológicos y económicos.
¿El objetivo de la PP tiene correspondencia con los objetivos del sector?		X	La política pública en su artículo primero menciona la promoción de una atención integral a las personas que padecen cáncer en la ciudad. Sin embargo, en el desarrollo del acuerdo solo se hace referencia a los efectos adversos que una quimioterapia puede traer en los cambios físicos de una persona (con la caída del cabello), así como los impactos psicológicos, sociales y económicos de resolver este problema. En ningún momento se mencionan otro tipo de intervenciones más orientadas por ejemplo al ámbito médico sobre el cual, si existen indicadores en el actual Plan de Salud Territorial, pero que la presente política pública no impacta, tales como; diagnóstico de cáncer de mama y cuello uterino, así como sus respectivos tratamientos.

En síntesis, el chequeo de la fase I del Acuerdo 90 de 2013 Atención integral al cáncer, cumple con tres de los seis criterios enunciados por la teoría y consignados en la matriz A de la metodología, para ser enunciada como “Política Pública”. Así, dicha “política pública” no será susceptible de análisis en la fase II. Pese a existir un problema de orden individual e incluso social como lo pueden ser los cambios fisiológicos y psicológicos que presentan las personas afectadas por el cáncer una vez inician el proceso de quimioterapia y especialmente las mujeres por la pérdida de cabello. No se identifica un problema público que sea parte de una agenda política de ciudad.

Otro de los aspectos importantes para considerar un acuerdo municipal como Política Pública es que se determinen correctamente las causas del problema y que además la respuesta sea acorde. En este caso, llama la atención que desde el título se habla de una atención integral a las personas que padecen cáncer, pero el acuerdo se enfoca en la pérdida

de cabello producto de la quimioterapia y la respuesta va desde campañas comunicacionales para promover la donación de cabello hasta la excepción de pico y placa, pero nunca se observa una real atención integral como lo referencia el título de la Política. Y finalmente, no existe ninguna correspondencia entre los objetivos del sector salud con el propósito del acuerdo 90 de 2013 Atención integral al cáncer.

3.4. Verificación Acuerdo 25 de 2015: “Política Pública de Salud Bucal”

La política pública de salud bucal surge en el marco del derecho constitucional a la salud y tiene como principal objetivo la articulación de actores y la integración de diferentes respuestas sociales para la promoción, protección de la salud, la prevención y recuperación de la enfermedad. Esta política tiene un enfoque familiar, comunitario y territorial, este ultimo de gran importancia debido a la focalización de la problemática en ciertos sectores de bajos ingresos en la ciudad.

Según el proyecto de acuerdo 331 de 2015, Medellín se ha convertido en un referente nacional, con relación a los índices de caries dental en niños y población escolar, ya que sus indicadores epidemiológicos se encuentran por debajo del promedio nacional e internacional. Sin embargo, estudios recientes como: VII monitoreo: caries dental y acceso a los servicios odontológicos en escolares de Medellín, 2009 y la Prevalencia de caries dental en preescolares con dentición decidua área Metropolitana del Valle de Aburrá. “Han revelado que la ciudad presenta un enmascaramiento del promedio global de la caries, debido a la concentración desigual por zonas y grupos sociales, producto de las inequidades sociales y las dinámicas de exclusión social” (Concejo de Medellín, 2015). Así, se puede observar que existe un desequilibrio en cuanto al acceso a la salud bucal de la población pobre y vulnerable de la ciudad, respecto a la población con capacidad de pago, por lo que uno de los componentes principales de la política pública es facilitar el acceso a los servicios odontológicos a través de una adecuada distribución de la oferta en el territorio.

Cuadro 6. Lista de Chequeo: Acuerdo 25 de 2015, “Política Pública de Salud Bucal”

Acuerdo 25 de 2015			
“Por medio del cual se adopta la Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín”			
Sector al que beneficia la Política Pública: Salud			
Criterio	Si	No	Cuál / Cuáles
¿Se identifica un problema público a atender (u objetivo de intervención)?	X		Altos niveles de inequidad social en la distribución de enfermedades bucales, donde el concepto de enfermedad bucal se entiende en un sentido amplio como: "un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y disfrute de las posibilidades de la vida".
¿Están correctamente determinadas las causas del problema?	X		Diferentes estudios epidemiológicos realizados en la ciudad demostraron la existencia de un desequilibrio en cuanto al acceso a la salud bucal de la población pobre y vulnerable de la ciudad, respecto a la población con capacidad de pago. El desequilibrio también se presenta en la concentración de enfermedades bucales en población vulnerable y de bajos estratos socioeconómicos.
¿Se identifican actores involucrados en la PP?	X		<ul style="list-style-type: none"> ● Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) ● ESE Metrosalud ● Instituciones de Educación Superior Secretaría de Salud del Municipio de Medellín con el acompañamiento del Comité Municipal de Salud Bucal y la acción transversal de las Secretarías de Educación, Cultura Ciudadana, Inclusión Social, Participación Ciudadana.
¿Se identifica la intervención de una autoridad pública?	X		Artículo 11. La responsabilidad de la ejecución del presente Acuerdo estará en cabeza de la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín con el acompañamiento del Comité Municipal de Salud Bucal; y la acción transversal de las Secretarías de Educación, Cultura Ciudadana, Inclusión Social, Participación Ciudadana y cualquier otra que tuviere lugar en el marco de la ejecución de la presente Política.
¿Se identifica un sector o grupo objeto beneficiario de la PP?	X		La política pública busca mejorar las condiciones de salud bucal de la población de Medellín en el marco del derecho fundamental a la salud, por lo que uno de sus principios rectores es la universalidad.
¿El objetivo de la PP tiene correspondencia con los objetivos del sector?	X		El objetivo que se plantea la presente política pública es el de articular actores con el fin de integrar diferentes respuestas sociales para la promoción, protección, prevención y recuperación de enfermedades bucales. Estos objetivos fueron

			<p>contrastados con las metas e indicadores del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, con los Planes de Desarrollo y sus respectivos Planes Territoriales de Salud, de la presente y pasada administración.</p> <p>Se encuentra que las metas propuestas por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 fueron consideradas en los diferentes componentes de la política pública, especialmente en lo relacionado a; cuidado y prevención, coordinación, seguimiento e investigación, tales componentes se ubican dentro de alguno de los ejes de la Política Pública. Sin embargo, a nivel nacional se plantea una meta sobre reducción de caries, mientras que a nivel local (el Plan Territorial de Salud) no se hace referencia al tema.</p>
--	--	--	---

En este sentido, la lista de chequeo realizada en la fase I para la Política Pública de Salud Bucal, muestra cómo se cumplen la totalidad de elementos enunciados por la teoría y consignados en la matriz A de la metodología y pasa a la Fase II del análisis.

3.5. Verificación Acuerdo 33 de 2015: “Política Pública integral de protección a personas que padecen de Parkinson”

La Política Pública integral de protección a las personas que padecen la Enfermedad de Parkinson surge con el fin de mitigar los aspectos sociales ligados al derecho a la salud que genera la enfermedad en los pacientes y sus familias. Esta a su vez integra los siguientes componentes: a) Mejorar el acceso a la atención en salud. b) Investigación e innovación. c) Difusión, comunicación y convocatoria a redes de apoyo social. d) Articulación con la política pública de discapacidad.

Cuadro 7. Lista de Chequeo: Acuerdo 33 de 2015, “Política Pública integral de protección a personas que padecen de Parkinson”

Acuerdo 33 de 2015			
“Por medio del cual se adopta la Política Pública integral de protección a las personas que padecen la enfermedad de Parkinson en el Municipio de Medellín”			
Sector al que beneficia la Política Pública: salud, salud mental, economía			
Criterio	Si	No	Cuál / Cuáles
¿Se identifica un problema público a atender (u objetivo de intervención)?	X		En la actualidad la enfermedad de Parkinson no tiene cura, y la presente iniciativa, aunque tiene un componente de investigación e innovación, no pretende resolver este problema. Sin embargo, si

		<p>enfatisa en que la enfermedad es la causante de un deterioro en la calidad de vida de quienes la padecen y de su núcleo familiar. Por lo que se hace énfasis en el papel de las terapias no farmacológicas que pueden neutralizar o minimizar los efectos de la enfermedad, mejorando así la calidad de vida.</p>
<p>¿Están correctamente determinadas las causas del problema?</p>	X	<p>En la exposición de motivos se refieren a la enfermedad de Parkinson en los siguientes términos: “La enfermedad de Parkinson es crónica, discapacitante y progresiva. Además, en la actualidad, es incurable. Estas características la convierten en un modelo de enfermedad en la que el objetivo principal de la atención sanitaria y del tratamiento es mantener o mejorar la calidad de Vida del individuo enfermo y sus allegados” Lo anterior evidencia que existen unos límites sobre los cuales el Estado y los servicios médicos pueden intervenir, por lo que la propia naturaleza de la enfermedad hace que se convierta en la causa de un problema que afecta la calidad de vida de las personas que la padecen y sus allegados. Problema acerca del cual existen evidencias científicas sobre la viabilidad de su intervención por medio de terapias no farmacológicas que mejoran la calidad de vida de los pacientes.</p>
<p>¿Se identifican actores involucrados en la PP?</p>	X	<p>Dentro del componente de investigación e innovación que tiene el presente acuerdo, se incluyen establecimientos públicos y privados, hospitales, centros de salud, y medios de transporte para que realicen acciones que convoquen el desarrollo de nuevas tecnologías. Además, se busca promover la participación ciudadana organizada para la intervención activa de la política pública. Finalmente se articula con la política pública de discapacidad.</p>
<p>¿Se identifica la intervención de una autoridad pública?</p>	X	<p>“Artículo 2o. ...la Administración Municipal; en cabeza de: la secretaría de Salud, la secretaria de Inclusión Social y Familia y la secretaría de comunicaciones o las dependencias que haga sus veces”.</p>
<p>¿Se identifica un sector o grupo objeto beneficiario de la PP?</p>	X	<p>“ARTÍCULO 2o. Serán beneficiarios de la política pública las personas que padecen la enfermedad de Parkinson y su núcleo familiar de apoyo al paciente, los cuales serán objeto de atención...”</p>
<p>¿El objetivo de la PP tiene correspondencia con los objetivos del</p>	X	<p>El objetivo de la política pública es mitigar los aspectos sociales que genera la enfermedad en los pacientes y sus familias. Focalizando sus</p>

sector?		<p>estrategias hacia el mejoramiento de la calidad de vida. En este sentido es coherente con el artículo 366 de la Constitución Nacional; “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado...” Así mismo, si se aborda el concepto de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) tiene especial relevancia debido al impacto que las condiciones sociales, económicas, y ambientales, etc. pueden tener en el desarrollo o persistencia de las enfermedades. Sin embargo, para el caso de la Política Pública de enfermedad de Parkinson existe un enfoque conceptual diferente y gira entorno a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) concepto global que se refiere a los aspectos de la calidad de vida que están directamente relacionados con el estado de salud, es decir una relación inversa a la sugerida por el concepto de los DSS.</p>
----------------	--	--

En síntesis, el chequeo de la fase I de la Política Pública de enfermedad de Parkinson cumple con la totalidad de los criterios enunciados por la teoría y consignados en la matriz A de la metodología, para ser enunciada como “Política Pública”. Así, dicha política pública será objeto de análisis en la fase II.

3.6. Verificación Acuerdo 144 de 2019: “Política Pública para la inclusión de Personas con Discapacidad”

La discapacidad: Es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, coherente este concepto con lo establecido por la OMS, La Convención Sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006).

Así mismo, Colombia incorpora al bloque de constitucionalidad los avances del derecho internacional, como la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, Ley 1346 de 2009, y los marcos normativos y de Políticas Públicas en Colombia se adoptan tres atributos fundamentales como son: 1. El individuo en desarrollo constante, 2. El ambiente que rodea a este individuo, 3. La interacción dinámica entre el

individuo y el ambiente. Donde, el objetivo fundamental es el reconocimiento de la dignidad humana como uno de los principios rectores de esta Política Pública, igualdad de todas las personas ante la ley y el acceso a los derechos, libertades y oportunidades sin ningún tipo de discriminación.

Cuadro 8. Lista de Chequeo: Acuerdo 144 de 2019, “Política Pública para la inclusión de Personas con Discapacidad”

Acuerdo 144 de 2019			
“Por el cual se actualiza la Política Pública para la Inclusión de las Personas con Discapacidad del Municipio de Medellín y se dictan otras disposiciones”.			
Sector: Es una Política Pública transversa, en tal sentido involucra todos los sectores.			
criterio	Si	No	Cuál / Cuáles
¿Se identifica un problema público a atender (u objetivo de intervención)?	X		La necesidad de oportunidades sin discriminación y la igualdad en derechos de la población en situación de discapacidad
¿Están correctamente determinadas las causas del problema?	X		El Acuerdo 86 de 2009, fue actualizado por el Acuerdo 144 de 2019 y en la exposición de motivos se explican las causas de la actualización de la Política Pública, con el fin de articularla con las de su misma especie de los niveles departamental y nacional, así como con los planes, programas, proyectos, estrategias y acciones del sector público y privado que involucren a las personas con discapacidad y su grupo familiar, atendiendo a lo dispuesto por la Ley 1145 de 2007, para así contribuir al reconocimiento y ejercicio de sus derechos, libertades y oportunidades y capacidades, a partir de la atención de sus necesidades y la eliminación de las barreras que limitan su inclusión y participación. Esta actualización se presenta como una oportunidad acorde a los avances políticos y conceptuales de los últimos años en la concepción de la discapacidad. Adicionalmente responde a necesidades actuales de la población con discapacidad y a los cambios normativos que se han generado, también se debe a las necesidades y voces diversas de las personas con discapacidad y sus familias, las organizaciones de y para las personas con discapacidad y diversos actores interesados en el tema de discapacidad en inclusión, tanto a nivel local, nacional e internacional.
¿Se identifican actores involucrados en la Política Pública?	X		Artículo 37. Sistema Municipal de Discapacidad de Medellín. El Sistema Municipal de Discapacidad de Medellín (SMDM), estará conformado por el conjunto de orientaciones, normas, políticas públicas del orden nacional, departamental y local; programas, proyectos, actividades y recursos; y las instituciones públicas, las instancias de participación de

		<p>esta Política Pública, las organizaciones de la sociedad civil y los demás actores que contribuyan al reconocimiento y ejercicio de los derechos, libertades, oportunidades y capacidades de las personas con discapacidad.</p> <p>Del SMDM también hace parte el Sistema Municipal de Información para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Y lo conformarán los siguientes niveles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos o quien designe el alcalde como la dependencia encargada de coordinar el Sistema Municipal de Discapacidad de Medellín. 2. El Comité Municipal de Discapacidad, CMD. 3. El Comité de Accesibilidad de Medellín. 4. Los Comités Comunales y Corregimentales de Inclusión, CCCI. 5. Las Mesas de trabajo de esta Política Pública. 6. Las Redes Zonales de Discapacidad. <p>Artículo 46. Comité Municipal de Discapacidad (CMD). Se constituye como la máxima instancia de deliberación, gestión y seguimiento a los planes, programas y proyectos de la Política Pública para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en el Municipio de Medellín y del Plan Municipal.</p> <p>Artículo 49. Comités Comunales y Corregimentales de Inclusión (CCCI). Son espacios democráticos de participación, planeación, deliberación y gestión para que las personas con discapacidad, sus familiares y cuidadores, organizaciones que trabajan por la discapacidad y diferentes actores de desarrollo social de la comuna o corregimiento, identifiquen y establezcan acciones que posibiliten visibilizar el tema de discapacidad en el territorio y contribuyan al goce pleno en condiciones de igualdad y equidad de todos los derechos.</p> <p>Artículo 51. Mesas de Trabajo de la Política Pública para la Inclusión de las Personas con Discapacidad de Medellín. Son las instancias de articulación interinstitucional e intersectorial, constituidas como espacios para el acompañamiento técnico, análisis y seguimiento a la implementación de los ejes, estrategias y líneas de acción que componen esta Política Pública.</p>
<p>¿Se identifica la intervención de una autoridad pública?</p>	<p>X</p>	<p>Artículo 44. Comité de Accesibilidad de Medellín. Confórmese el Comité Municipal de Accesibilidad como máximo organismo consultivo en materia de accesibilidad del Municipio de Medellín. Estará compuesto por:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Infraestructura Física. • Secretaría de Movilidad. • Secretaría de Comunicaciones. • Departamento Administrativo de Planeación. • Secretaría de Seguridad y Convivencia – Subsecretaría de Espacio Público. • Secretaría de Educación. • Secretaría de Gestión y Control Territorial. • Metro de Medellín. • Metroplús. • Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos. • EDU. • ISVIMED. • Una persona con discapacidad física con conocimiento o que desde su experiencia pueda aportar al tema de accesibilidad, el cual será designado por el CMD una vez realizada su postulación. • Una persona con discapacidad visual con conocimiento o que desde su experiencia pueda aportar al tema de accesibilidad, el cual será designado por el CMD una vez realizada su postulación. • Una persona con discapacidad talla baja con conocimiento o que desde su experiencia pueda aportar al tema de accesibilidad, el cual será designado por el CMD una vez realizada su postulación. • Una persona con discapacidad auditiva con conocimiento o que desde su experiencia pueda aportar al tema de accesibilidad, el cual será designado por el CMD una vez realizada su postulación. • Una persona con discapacidad intelectual con conocimiento o que desde su experiencia pueda aportar al tema de accesibilidad, el cual será designado por el CMD una vez realizada su postulación. • Una persona con discapacidad sordociega con conocimiento o que desde su experiencia pueda aportar al tema de accesibilidad, el cual será designado por el CMD una vez realizada su postulación. • Una persona con discapacidad múltiple con conocimiento o que desde su experiencia pueda aportar al tema de accesibilidad, el cual será designado por el CMD una vez realizada su postulación.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Una persona con discapacidad psicosocial con conocimiento o que desde su experiencia pueda aportar al tema de accesibilidad, el cual será designado por el CMD una vez realizada su postulación. <p>Parágrafo 1. De acuerdo con el principio de coordinación contemplado en el artículo 6 de la Ley 489 de 1998, serán invitados de acuerdo con el tema a tratar, otras instituciones o entidades públicas del orden municipal, departamental, nacional o internacional que tengan conocimientos, competencia y/o corresponsabilidad con el tema de accesibilidad.</p> <p>Parágrafo 2. La Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos, o quien haga sus veces, será la dependencia encargada de adelantar las acciones de acompañamiento y asesoría al Comité de Accesibilidad, las demás Secretarías y entidades descentralizadas que lo integran, diseñarán e implementarán el plan de trabajo anual</p>
<p>¿Se identifica un sector o grupo objeto beneficiario de la Política Pública?</p>	X	<p>Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contempladas en el presente Acuerdo Municipal cobijan a todas las personas con discapacidad del Municipio de Medellín, así como a su grupo familiar, las organizaciones de la sociedad civil de y para personas con discapacidad y las entidades públicas ubicadas en las comunas y corregimientos del Municipio de Medellín. De igual forma, busca la articulación con aquellas organizaciones y entidades que tengan radio de acción en el Municipio de Medellín relacionadas con el tema de discapacidad.</p>
<p>¿El objetivo de la Política Pública tiene correspondencia con los objetivos del sector?</p>	X	<p>Es coherente con la Constitución Política de Colombia, en sus artículos 13, 17 y 47, Ley 1145 de 2007, por medio de la cual se organiza el Sistema de Nacional de Discapacidad, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad - adoptada en Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, Ley Estatutaria 1618 del 27 de febrero de 2013, CONPES de Discapacidad 166 de diciembre 9 de 2013, Política Publica Departamental de Discapacidad e Inclusión Social en el Departamento de Antioquia 2015-2025. Se pueden aplicar para el goce efectivo de los derechos fundamentales, propender por la inclusión social y la protección de las personas que presenten algún tipo de discapacidad, busca además la NO discriminación hacia ellas. El objetivo fundamental es el reconocimiento de la dignidad humana como uno de los principios rectores de esta Política Pública, igualdad de todas las personas ante la ley y el acceso a los derechos, libertades y oportunidades sin ningún tipo</p>

			de discriminación.
--	--	--	--------------------

En resumen, el chequeo de la fase I de la Política Pública de Discapacidad cumple con los seis criterios enunciados por la teoría y consignados en la matriz A de la metodología, en tal sentido puede ser enunciada como “Política Pública” y cumple para ser sujeto de análisis en la fase II.

3.7. Verificación Acuerdo 41 de 2017: “Política Pública de intervención y terapia asistida con animales”

La presente Política Pública busca intervenir a población vulnerable a través de un conjunto de acciones terapéuticas dirigidas a mejorar la calidad de vida, aumentando el desarrollo de capacidades, generando nuevas alternativas terapéuticas, que contribuyan a que las personas y sus comunidades obtengan bienestar a través del vínculo con los animales.

Cuadro 9. Lista de Chequeo: Acuerdo 41 de 2017, “Política Pública de intervención y terapia asistida con animales”

Acuerdo 41 de 2017			
“Por el cual se adopta la Política Pública de intervenciones y terapia asistida con animales para el municipio de Medellín y sus cinco corregimientos”			
Sector: Género, el sistema penal adolescente, salud mental y discapacidad.			
Criterio	Si	No	Cuál / Cuáles
¿Se identifica un problema público a atender (u objetivo de intervención)?	X		La inclusión social es uno de los problemas que busca enfrentar el presente acuerdo, adicionalmente se identifican una serie de problemas según los subgrupos objeto a quienes se dirige la Política Pública; en general estos problemas están relacionados con la salud mental, física, social y emocional del ser humano. Esta Política Pública busca establecer una alternativa complementaria que promueva mejoras en el funcionamiento físico, social, educativo, emocional, cognitivo y terapéutico de la persona.
¿Están correctamente determinadas las causas del problema?	X		Más que determinar las causas del problema, la motivación principal de la presente Política Pública es promover soluciones Alternativas y Complementarias a las problemáticas de la salud mental, física, social y emocional del ser humano. Soluciones que cuentan con un amplio marco conceptual, investigaciones y experiencias

		internacionales que prueban la eficacia de dichas intervenciones con animales. Sin embargo, para el caso específico de la equinoterapia para la población en situación de discapacidad, se reconoce el problema de la desigualdad social que sufre esta población en la ciudad de Medellín, y por ende la necesidad de que desde el sector público se promuevan estas políticas.
¿Se identifican actores involucrados en la PP?	X	<p>Actores externos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema Penal 2. Centros Geriátricos 3. Instituciones Educativas 4. Población vulnerable (mujeres víctimas de violencia) 5. Instituciones de atención a personas con discapacidad <p>Actores de gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Secretaría de Medio Ambiente ● Secretaría de Salud ● Secretaría de Juventud ● Secretaría de Gobierno ● Secretaría de Inclusión Social ● Secretaría de Educación ● Secretaría de Mujeres ● Unidad de Atención Integral al Discapacitado
¿Se identifica la intervención de una autoridad pública?	X	<p>Actores de gobierno que intervienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Secretaría de Medio Ambiente ● Secretaría de Salud ● Secretaría de Juventud ● Secretaría de Gobierno ● Secretaría de Inclusión Social ● Secretaría de Educación ● Secretaría de Mujeres ● Unidad de Atención Integral al Discapacitado <p>*Las secretarías enumeradas, intervienen en algún programa que desarrolla la Política Pública. Sin embargo, no se identifica una jerarquía o responsable directo de la ejecución y/o coordinación del presente acuerdo. Aspecto relevante ya que, al intervenir 7 secretarías, es importante contar con un actor que coordine los diferentes programas contemplados en la Política Pública. Según el artículo 5, la Secretaría de Salud será responsable (Solo) en el marco de sus competencias. Sin embargo, el presente acuerdo tiene competencias más allá del sector salud.</p>
¿Se identifica un sector o grupo objeto beneficiario de la PP?	X	Mujeres víctimas de violencia de género, Jóvenes judicializados en el sistema penal adolescente, Jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, Adulto mayor institucionalizado, Hombres y

			mujeres que padecen estrés postraumático, personas en situación de discapacidad.
¿El objetivo de la PP tiene correspondencia con los objetivos del sector?		X	Los objetivos de la presente política pública al ser tan amplios (soporte emocional, transformación e inclusión social) no tienen correspondencia directa con los objetivos de algún sector en específico. El presente acuerdo puede considerarse innovador ya que en pocas ciudades del país se ha implementado una política pública sobre intervenciones asistidas con animales, por lo que a nivel de gobiernos regionales o nacional no existen referentes para encontrar una correlación entre los diferentes objetivos. El Artículo 3 donde se definen los objetivos, debe ser revisado ya que menciona entre otros: el bienestar animal, cuidado y/o tenencia responsable, y capacitación del recurso humano. Que, si bien son elementos importantes en la ejecución de la Política Pública, no pueden ser considerados objetivos de la misma, y podrían desarrollarse dentro del mismo acuerdo, pero en un artículo diferente al de los objetivos.

Posterior a la lista de chequeo realizada en la fase I para la Política Pública de intervención asistida por animales, se puede concluir que ésta cumple con 4 de los 6 elementos enunciados por la teoría y consignados en la matriz A de la metodología, para ser enunciada como “Política Pública”, uno de los criterios que no se cumple es el de la autoridad pública, debido a que no existe un actor que coordine la totalidad de acciones que contempla la política, y adicionalmente no se encontró correspondencia con los objetivos del sector salud en planes regionales y nacionales. Sin embargo, dicha política será susceptible de análisis en la fase II debido a que se evidenció ejecución presupuestal en la vigencia correspondiente al seguimiento y evaluación (2012 – 2020).

3.8. Verificación Acuerdo 012 de 2020: Nueva “Política Pública de salud mental y adicciones”

Pese que nunca se reglamentó la anterior Política Pública de Salud Mental y Adicciones (Acuerdo 05 de 2011), si se intentó realizar una modificación con el Proyecto de Acuerdo 139 de 2018, sobre el cual existe El concepto 052 de 2018 de la Alcaldía de Medellín sobre la viabilidad jurídica del proyecto de acuerdo en el que concluye lo siguiente:

“No es viable desde el punto de vista jurídico, pues la materia que se pretende regular es de iniciativa de la Administración Municipal, sin embargo, teniendo en cuenta lo sugerido por la Secretaría de Salud y el Departamento Administrativo de Planeación y que tanto el Concejo de Medellín como la Administración poseen proyectos para actualizar la referida política Pública que se encuentran muy adelantados, la iniciativa podrá presentarse de manera conjunta entre el Concejo y la Administración” (Personería de Medellín, 2020).

Por lo anterior se archiva el proyecto y se presenta una nueva iniciativa de actualización de la política pública a través del Proyecto de Acuerdo 008 de 2020 el cual responde a la Política Pública de Salud Mental Nacional, adoptada mediante Decreto 4886 del 2018, en donde se establece, además, su adopción por parte de departamentos y municipios, hasta el año 2021. Ya se cuenta con el concepto de viabilidad por parte de la Personería de Medellín en la cual se expresa lo siguiente:

“Según el estudio que hace este despacho al Proyecto de Acuerdo No. 008 de 2020 "Por medio del cual se institucionaliza la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín, se derogan los acuerdos 64 de 2005 y 05 de 2011, y se dictan otras disposiciones." es viable el trámite para el debate de dicho proyecto, tanto en competencia, como en unidad de materia, de conformidad con la Constitución Nacional, la Ley y demás disposiciones relacionadas con el derecho a la salud” (Personería de Medellín, 2020).

Cuadro 10. Lista de Chequeo: Acuerdo 012 de 2020, Nueva “Política Pública de Salud Mental y Adicciones”

Acuerdo 012 de 2020			
Por medio del cual se institucionaliza la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín, se derogan los Acuerdos 64 de 2005 y 05 de 2011, y se dictan otras disposiciones.			
Sector al que beneficia la Política Pública: Salud mental, economía, cultura, educación.			
Criterio	Si	No	Cuál / Cuáles

<p>¿Se identifica un problema público a atender (u objetivo de intervención)?</p>	<p>X</p>	<p>Artículo 2. Objeto. La Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín busca promover el derecho a la salud mental a través de un abordaje integral e integrado, la gestión sectorial, transectorial y comunitaria para mejorar el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes.</p>
<p>¿Están correctamente determinadas las causas del problema?</p>	<p>X</p>	<p>La exposición de motivos establece claramente la necesidad de modificar la Política Pública de Salud Mental y Adicciones (Acuerdo 05 de 2011): “Es necesario adaptar la Política Pública en Salud Mental y Adicciones con base en la Resolución 4886 del 2018, con base en los enfoques de derecho, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital, todo ello con fundamentos en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de atención primaria en salud. Concluye entonces la Administración Municipal que se hace necesario derogar y crear una nueva Política Pública de Salud Mental y Adicciones del municipio de Medellín en concordancia con los nuevos lineamientos Nacionales de tal manera que cuente con la aprobación de los diferentes actores sociales y gubernamentales del municipio”.</p>
<p>¿Se identifican actores involucrados en la PP?</p>	<p>X</p>	<p>Artículo 16. Constitución de Mesas de Trabajo. Se constituirán Mesas de Trabajo integradas por actores relevantes en el abordaje de los temas de salud mental y adicciones.</p> <p>Parágrafo: Serán invitados/as permanentes a las Mesas de Trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos representantes de las universidades públicas con énfasis en salud mental • Dos Representantes de las universidades privadas con énfasis en salud mental • Un representante de Hospitales Públicos • Dos representantes de las IPS de Psiquiatría • Un representante de organizaciones sociales (de Mujeres, de personas mayores, de atención en adicciones y/o salud mental, entre otras) • Un representante de Veedurías o movimientos sociales • Representantes de COPACOS • Representantes de las EAPB • Un/a representante de los Observatorios de salud mental y discapacidad • Representantes técnicos de las secretarías corresponsables. • Un/a representante de Entidades o personas naturales o jurídicas que manifiestan su interés de participar en

		estas Mesas de trabajo.
¿Se identifica la intervención de una autoridad pública?	X	<p>Artículo 10. Instancias de Decisión y Operación. La Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín se consolida en el Consejo De Gobierno como máxima instancia, es el organismo asesor y de consulta de la administración presidido por el alcalde o la alcaldesa.</p> <p>La coordinación, planificación y desarrollo de espacios de Construcción Y Gestión Intersectorial Estará A Cargo del Comité Municipal de Salud Mental y Adicciones.</p> <p>Artículo 11. Comité Municipal De Salud Mental Y Adicciones, estará conformado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El/la secretario/a de Salud o su delegado/a • El/la secretario/a de Inclusión Social, familia y Derechos Humanos o su delegado/a. • El/la secretario/a de Cultura Ciudadana o su delegado/a • El/la secretario/a de Seguridad y Convivencia Ciudadana o su delegado/a • El/la secretario/a de Educación o su delegado/a • El/la secretario/a de Juventud o su delegado/a • El/la secretario/a de Desarrollo Económico o su delegado/a • La Secretaría de las Mujeres o su delegado/a • Dirección Técnica de Buen Comienzo o su delegado/a • Gerente o delegado/a Instituto de Deportes y Recreación de Medellín. INDER.
¿Se identifica un sector o grupo objeto beneficiario de la PP?	X	<p>En General, Habitantes de Medellín que Requieran una de las siguientes líneas de intervención: Artículo 8. Líneas de Intervención.</p> <p>Línea 1. Consumo de sustancias psicoactivas, trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y otros trastornos adictivos.</p> <p>Línea 2. Convivencia y formas de violencia.</p> <p>Línea 3. Trastornos, problemas mentales y epilepsia.</p>
¿El objetivo de la PP tiene correspondencia con los objetivos del sector?	X	<p>Los objetivos de la nueva Política Pública de salud mental y adicciones se correlacionan con los del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 al incluir los enfoques desde los cuales se deben abordar la problemática, y adicionalmente tiene correspondencia con la Resolución 4886 de 2018 del Ministerio de Protección Social por la cual se adopta la política nacional de salud mental, en la cual se enfatiza en la necesidad de la integralidad de las acciones, tal como lo hace la nueva Política Pública de salud mental y adicciones.</p>

Producto de la lista de chequeo realizada en la fase I para la nueva Política Pública de salud mental y adicciones, se puede concluir que ésta cumple con la totalidad de elementos enunciados por la teoría y consignados en la matriz A de la metodología, para ser enunciada como “Política Pública”, es decir que, se evidencian tanto el problema público, el objetivo, los actores y la participación de la administración pública, posibilitando así que dicha política pública sea susceptible de análisis en la fase II.

3.9. Resultado Fase I

Para las temáticas relacionadas con salud, se encuentra que 5 de las 7 Políticas identificadas y relacionadas en la siguiente tabla cumplen con todos los criterios.

Tabla 1. Inventario de Políticas Públicas que cumplen con los criterios de Fase I

Acuerdo	Título	# de criterios con los que cumple
25 de 2015	Por medio del cual se adopta la Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013-2022	6 de 6
03 de 2007	Por el cual se crea la política pública para la prevención de la morbilidad por causas cardio-cerebro-vasculares en el municipio de Medellín.	6 de 6
05 de 2011	Por medio del cual se modifica y se actualiza el acuerdo 64 de 2005 sobre la creación de la Política de Salud Mental y Adicciones para el Municipio de Medellín y se dictan otras disposiciones	6 de 6
33 de 2015	Por medio del cual se adopta la política pública integral de protección a las personas que padecen la enfermedad de Parkinson en el Municipio de Medellín	6 de 6
12 de 2020	Por medio del cual se institucionaliza la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín, se derogan los Acuerdos 64 de 2005 y 05 de 2011, y se dictan otras disposiciones.	6 de 6

Tabla 2. Inventario de Políticas Públicas que no cumplen con los criterios de Fase I

Acuerdo	Título	# de criterios con los que cumple
90 de 2013	Política pública de atención integral a personas que padecen cáncer	3 de 6
41 de 2017	Por el cual se adopta la política pública de	4 de 6

Intervenciones y Terapia Asistida con Animales para el municipio de Medellín y sus cinco Corregimientos. ²	
---	--

² Pese a no contar con el cumplimiento de todos los criterios, se continua con su análisis en Fase II debido a que se evidencia ejecución presupuestal.

4. FASE II: CHEQUEO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA

En la FASE II identificamos los instrumentos y procedimientos que se han desarrollado para la implementación de las Políticas Públicas para hacer posible una transformación de la realidad a través de acciones empleando diferentes herramientas, tales como las reglamentaciones, planes, programas y proyectos que fueron creados como respuesta a problemáticas de la sociedad, buscando dar solución y generando impactos positivos.

Concluida la Fase I de la Metodología CGM, se definió que cinco de los siete acuerdos analizados, en el marco de las problemáticas relacionadas con salud, cumplen con los criterios descritos en la Matriz A por lo que pueden ser denominados como Política Pública e iniciaron su implementación. En este sentido, el primer paso para realizar el seguimiento de Fase II de la Política Pública es el de identificar el tipo de implementación, si es “Botton Up” de abajo hacia arriba o “Top Down” de arriba hacia abajo, es decir la política surge y se implementa desde la ciudadanía o desde la administración. Luego se utiliza la Matriz C (Anexo 2) en la cual se consignan cada una de las actividades realizadas por la administración municipal y que impactan directamente en la ejecución de las políticas, se analizan patrones en común, tipos de iniciativa (institucional o ciudadana), y responsables de la implementación.

4.1. Implementación Acuerdo 03 de 2007: “Política Pública para la prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares”

Para comenzar, es importante recordar que esta Política Pública tiene dos principales objetivos; contribuir a la prevención de enfermedades cardio-cerebro-vasculares y realizar el control primario de los factores de riesgo a través del diagnóstico de salud. En este sentido, se encontraron acciones y proyectos coordinados desde EL INDER y la Secretaría de Salud, respectivamente, durante todo el periodo de estudio 2012 – 2020.

Cuadro 11. Matriz B de chequeo estado del Acuerdo 03 de 2007 “Política Pública de para la prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares”

Acuerdo 03 de 2007. “Por el cual se crea la política pública para la prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares en el municipio de Medellín”.	
Sector: Salud	
Estado de la Política Pública	En implementación
	El acuerdo fue sancionado el 15 de abril de 2007, y se evidencian actividades relacionadas durante todo el periodo de seguimiento y evaluación (2012-2020).
Modelo de implementación	Button – Up
	Desde el Acuerdo 03-2007 Se indica una amplia participación de todos los actores del sector salud, particularmente el INDER y la Secretaría de Salud implementan respectivamente actividades deportivas y físicas en todos los grupos etarios, así como promoción de la salud con actividades educativas y visitas a los hogares. Artículo Quinto. Promover los mecanismos necesarios de participación y articulación entre el Municipio de Medellín, las Empresas Sociales del Estado del orden Municipal, las Entidades Promotoras de Salud, EPS del régimen subsidiado, La Secretaría de Salud Departamental y el Ministerio de la Protección Social. Motivar la participación activa de las entidades promotoras de salud, EPS del régimen contributivo, regímenes especiales, entidades administradoras de planes adicionales de salud, universidades públicas y privadas, sector educativo en general, sociedades científicas, asociaciones, corporaciones y fundaciones relacionadas con la política; igualmente todos los mecanismos de participación social en salud.

La política pública para la prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebrovasculares data del año 2007, momento en que existe una gran preocupación sobre los efectos de estas enfermedades en la salud pública. Según la OMS las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo por lo que se insta a los gobiernos a asumir enfoques preventivos que pueden ayudar a salvar muchas vidas. En este sentido se enmarca la política pública para la prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares de Medellín, la cual posee (4) componentes básicos: Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, investigación y vigilancia epidemiológica. En los respectivos planes de acción 2012 a 2020 se encontró evidencia principalmente de dos componentes de la política; Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, con una amplia participación ciudadana.

Acorde con esto, actualmente uno de los principales proyectos de la Política Pública apunta al desarrollo desde un abordaje integral para la prevención de las enfermedades

crónicas no transmisibles, donde las campañas de promoción, la vigilancia epidemiológica y el funcionamiento de las rutas de atención son el pilar de este proyecto, que va al núcleo problemático que reseña la Política, no obstante este es solo uno de los proyectos de implementación que tiene la Política, que se concentra en la prevención y no en la atención.

Desde la Formulación del Acuerdo 03 de 2007, contempla un modelo de implementación “Botton Up” (de abajo hacia arriba), el cual se enfatiza en su artículo quinto donde se invita a promover los mecanismos necesarios de participación y articulación con una gran diversidad de actores públicos, privados y comunitarios. Lo que resulta coherente con la esencia misma de la Política, que apunta a la prevención y en este sentido, debe ser implementada desde la base, ya que de lo contrario no se lograría el objetivo mismo.

4.2. Implementación Acuerdo 05 de 2011: “Política Pública de Salud Mental y Adicciones”

La política pública de salud mental y adicciones surge por primera vez en el año 2005 por lo que ya son más de 15 años de implementación, en los cuales se han presentado dos grandes actualizaciones, la primera en el 2011 y la última en el 2020, ambas con el objeto de corregir debilidades propias de las formulaciones previas y alinearse con las nuevas normativas de orden nacional sobre el tema de salud mental y adicciones.

Cuadro 12. Matriz B de chequeo estado del Acuerdo 05 de 2011 “Política Pública de Salud Mental y Adicciones”

Acuerdo 05 de 2011: Por medio del cual se modifica y se actualiza el Acuerdo 64 de 2005 sobre la creación de la Política de Salud Mental y Adicciones para el Municipio de Medellín y se dictan otras disposiciones.	
Sector: Salud mental, economía, cultura, educación.	
Estado de la Política Pública	En implementación
	Se ha implementado desde que se sanciono el Acuerdo 64 de 2005, Actualmente se encuentra en estudio el Acuerdo 012 de 2020 que actualiza e institucionaliza la PP.
Modelo de implementación	Top-Down
	Desde la Secretaría de Salud y de Secretaría de Inclusión Social y Familia y DDHH, Se han desarrollado diferentes actividades para la implementación de esta política pública: tales como: consultorios amigables, centros de escucha, atención psicosocial individual, vinculación de las familias en actividades de prevención de consumo,

	etc.
--	------

Pese a su larga trayectoria e interés de las diferentes administraciones por esta Política Pública, esta nunca se ha reglamentado, ni tampoco se crearon las instancias establecidas en el Acuerdo 05 de 2011 necesarias para una correcta implementación. Sin embargo, se ha logrado implementar al menos a través de los siguientes proyectos institucionales:

- Abordaje integral de atención sociosanitaria, salud mental y adicciones
- Conformación de redes sectoriales, intersectorialidad y transectorialidad
- Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización
- Gestión territorial y participación social en salud
- Cultura del cuidado para una Medellín saludable

Todos y cada uno de los proyectos mencionados anteriormente desarrollan actividades que inciden directamente sobre indicadores de resultado y producto presentes en los Planes Territoriales de Salud y Plan Decenal de Salud 2012 – 2021.

Así mismo, según la teoría, el modelo de implementación de esta política pública puede definirse como “Top Down” (de arriba hacia abajo), debido a que se establece una instancia denominada: Consejo Municipal de Política en Salud Mental y Adicciones (integrado exclusivamente por parte del gabinete del alcalde), quien es el ente encargado de dirigir la implementación de la Política de Salud Mental y Adicciones, coordinar con las demás secretarías y de la asesoría en su ejecución. No obstante, es importante resaltar que dicha instancia nunca fue creada (Secretaría de Salud-Alcaldía de Medellín, 2020a), por lo que la implementación y respectiva asesoría en la ejecución de la política, no ha logrado tener la articulación interna que se buscaba desde un inicio y se ha dejado como proyectos institucionales.

4.3. Implementación Acuerdo 25 de 2015: “Política Pública de Salud Bucal”

La política pública de salud bucal surge como resultado de un proceso participativo y de construcción colectiva, que se dio entre los años 2012 y 2014 bajo el lema “LA BOCA CONVOCA”, en este proceso hicieron parte más de 40 instituciones y organizaciones

sociales (Consejo de Medellín, 2015), que participaron de modo regular y constante en la formulación, incluyendo:

- Actores de la academia
- Gestión de los servicios de salud (EPS/IPS)
- Programas sociales de la ciudad
- Dependencias gubernamentales
- Estrategias de salud pública
- Empresas del sector productivo y comercial
- Organizaciones sociales, comunitarias y gremiales.

Cuadro 13. Matriz B de chequeo estado del Acuerdo 25 de 2015 “Política Pública de Salud Bucal”

Acuerdo 25-2015. Por medio del cual se adopta la Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013-2022	
Sector: Salud mental, economía, cultura, educación	
Estado de la Política Pública	En implementación
	Existe un documento anexo al acuerdo denominado Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal 2013-2022. Sin embargo, es en el año 2016 cuando por primera vez se vieron indicadores relacionados a la presente Política Pública en un Plan Territorial de Salud y cuya meta contempló una implementación del 30%. El actual Plan Territorial de Salud 2020-2023 parte de una línea base del 62% de implementación en el año 2019 y estableció la meta de un 100%.
Modelo de implementación	Button – Up
	El objetivo principal de la Política Pública es la de articular actores para integrar respuestas sociales, en este sentido se realizó un proceso de construcción y bajo el lema “LA BOCA CONVOCA”, más de 40 instituciones y organizaciones sociales participaron en la formulación de la Política Pública. Uno de los principios orientadores es la “Gestión Participativa” de cada uno de los actores.

Aunque la política pública de salud bucal entra en vigor en el año 2015 a través del Acuerdo Municipal 22. Ya desde tiempo atrás se estaba trabajando en su diseño y formulación, fue un proceso que se desarrolló entre septiembre de 2012 y marzo de 2014 y se orientó como un proceso participativo donde el propósito fue articular respuestas

institucionales y sociales de los actores de la práctica odontológica de la ciudad y de otros actores sociales interesados en la promoción de la salud, para responder a las necesidades de la población de forma integral e intersectorial (Concejo de Medellín, 2015).

El Acuerdo 25 de 2015 está integrado por un documento denominado “Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal para Medellín 2013 – 2022” en el cual se recogen todos los referentes históricos, normativos y conceptuales, así como estrategias, objetivos, metas e indicadores que permitirán avanzar en la garantía del derecho a la salud bucal. En este documento además se describen en detalle las acciones a realizar según cada uno de los ejes que componen la Política Pública.

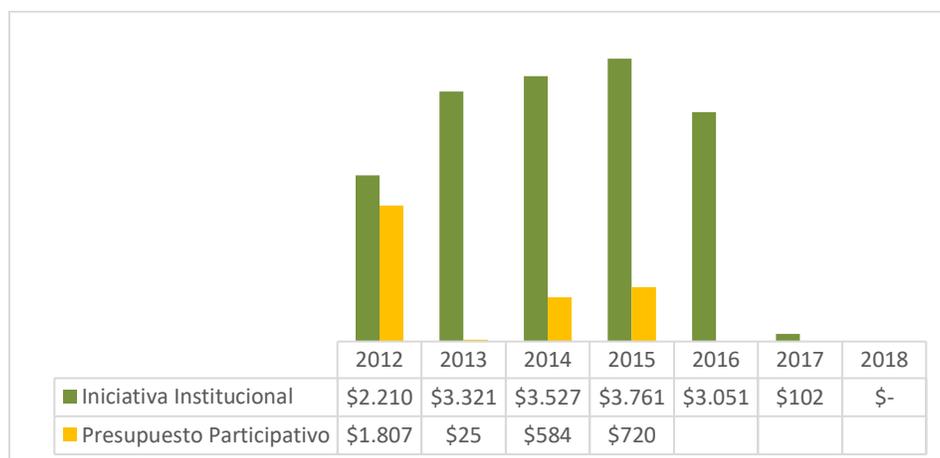
Un importante actor involucrado en el desarrollo e implementación de la política pública es el Comité Municipal de Salud Bucal creado por medio de la Resolución 06 de 2015. Sin embargo, de este solo se tiene evidencia de su operación durante el año 2020 en donde se han realizado 3 reuniones de seguimiento a la política pública con corte a 31 de agosto del 2020 (Secretaría de Salud-Alcaldía de Medellín, 2020a). De esta manera, en lo que respecta a la implementación de esta Política se evidencia un modelo de implementación Botton – Up, debido al amplio consenso y participación entre diferentes sectores de la sociedad públicos y privados.

4.4. Implementación Acuerdo 41 de 2017: “Política Pública de intervención y terapia asistida con animales”

El presente acuerdo identifica una serie de problemáticas relacionadas con la salud mental, física, social y emocional del ser humano. El objetivo es establecer una alternativa complementaria que promueva mejoras en el funcionamiento físico, social, educativo, emocional, cognitivo y terapéutico de la persona. Para esto siete secretarías intervienen en algún programa que desarrolla el acuerdo municipal. Sin embargo, no se identifica una jerarquía o responsable directo de la ejecución y/o coordinación de éste, así como una correspondencia con los objetivos del sector salud, motivo por el cual no puede considerarse como una Política Pública.

Una de las debilidades de este acuerdo municipal radica en la falta de una coordinación entre la gran cantidad de actores que intervienen, se estipula que la secretaria de Salud hace el papel de coordinador solo dentro de su competencia. Sin embargo, el acuerdo estipula actividades que van más allá del área de la salud, como aquellas relacionadas con la convivencia. Pese a esto, se encontró evidencia física y financiera de su ejecución por medio del programa denominado “Ser Capaz”, el cual tiene con un alto componente de participación ciudadana en el presupuesto participativo del 2012, y en los años siguientes se consolida como programa institucional hasta 2017, justamente el año en que se adopta la política pública de terapia asistida con animales. Es decir, los recursos para cumplir con los objetivos del programa “Ser Capaz” se ejecutaron antes de que se adoptara como política pública, y una vez se adoptó como tal, ya no se destinaron recursos.

Gráfico 1. Ejecución financiera del programa "Ser Capaz"



Fuente: Construcción propia, datos de la Ejecución de gastos municipio de Medellín 2012-2020

Nota: Datos en millones de pesos

El programa “ser capaz” que incide directamente en la Política Pública de terapia asistida con animales, comparte también acciones e inversiones con la Política Pública de Discapacidad, este aspecto ha sido tenido en cuenta de forma especial, al momento de determinar la ejecución de gastos por Política Pública, distribuyendo el presupuesto de los programas y proyectos compartidos entre ambas políticas.

Cuadro 14. Matriz B de chequeo estado del Acuerdo 41 de 2017 “Política Pública de intervención y terapia asistida con animales”

Acuerdo 41 de 2017 - Por el cual se adopta la política pública de Intervenciones y Terapia Asistida con Animales para el municipio de Medellín y sus cinco Corregimientos	
Sector: Género, el sistema penal adolescente, salud mental y discapacidad	
Estado de la Política Pública	Implementada
	Se implementó entre 2012 y 2017.
Modelo de implementación	Button – Up
	La implementación de intervenciones o terapias asistidas con animales se implementó al menos desde el año 2012 con un alto componente de participación ciudadana, consolidándose como un programa institucional: “Ser Capaz” y tuvo una financiación de \$19.107 millones hasta el 2017, año en el que se crea la Política Pública y por lo cual se esperaba continuidad en la implementación y financiación, pero se detiene por completo.

Durante el periodo Analizado (2012 – 2020) se encontró actividades e inversión solo hasta el año 2017, enfocadas especialmente en la rehabilitación de personas con discapacidades. Es decir, en la actualidad esta Política Pública no se encuentra en implementación, sin embargo, durante el periodo que se implementó, se hizo bajo un modelo “Button Up” de (abajo hacia arriba), debido a la alta participación ciudadana.

Cuadro 15. Matriz D: Implementación de la NO Política Pública. Acuerdo 41 de 2017

Implementación de la NO Política Pública. ¿Quién la implementa?	Fuentes de financiación y monto
Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos	\$19 mil millones invertidos entre 2012 y 2017, justo antes de que se formulara como política pública. La inversión se hizo como programa “ser capaz”

De todos los responsables de la implementación de esta política pública, solo la Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos ejecutó acciones enmarcadas dentro del Acuerdo 41 de 2017, dejando por fuera estrategias que buscaban impactar a una población objetivo mucho más amplia, como por ejemplo: Mujeres víctimas de violencia de género, Jóvenes judicializados en el sistema penal adolescente, Jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, Adulto mayor institucionalizado, Hombres y mujeres que padecen estrés postraumático. Para estas poblaciones se esperaba desde la Política Pública un trabajo articulado con los siguientes actores, pero no sucedió: Secretaría del Medio Ambiente,

Secretaría de Juventud, Secretaría de Gobierno, Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Secretaría de las Mujeres, Centro De Bienestar Animal La Perla.

4.5. Implementación Acuerdo 144 de 2019: “Política Pública para la inclusión de Personas con Discapacidad”

En la Política Pública de Salud Bucal son importantes para definir su modelo de implementación dos ejes: 1. Fortalecimiento y Transformación de lo Público, desde el cual se busca entre otros asuntos, la articulación entre los actores involucrados en temas relacionados a la discapacidad; 2. Participación Social y Política para la incidencia y la toma de decisiones desde el cual se busca acompañar las instancias de participación ciudadana, de y para personas con discapacidad en Medellín, promoviendo su articulación, movilización e incidencia en el territorio. Dado lo anterior, se puede afirmar que existe un alto componente participativo en esta política Pública, desde su formulación, así como en su implementación.

Cuadro 16. Matriz B Fase II: Estado de la Política Pública. Acuerdo 144 de 2020

Acuerdo 144 de 2019 - Por el cual se actualiza la Política Pública para la Inclusión de las Personas con Discapacidad del Municipio de Medellín y se dictan otras disposiciones.	
Sector: Es una Política Pública transversa, en tal sentido involucra todos los sectores.	
Estado de la Política Pública	Ya se Implementó En implementación desde el año 2009 cuando se crea el Acuerdo 86 de 2009 Por medio del cual se adopta la política pública en discapacidad para el municipio de Medellín, pero que fue derogada y actualizada por el Acuerdo 144 de 2019.
Modelo de implementación	Button – Up La implementación de esta Política Pública se hace con un alto grado de participación ciudadana y la conformación del Sistema Municipal de Discapacidad, evidencia el perfil participativo de la Política Pública de Discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> • La Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos o quien designe el alcalde como la dependencia encargada de coordinar el Sistema Municipal de Discapacidad de Medellín. • El Comité Municipal de Discapacidad, CMD. • El Comité de Accesibilidad de Medellín. • Los Comités Comunales y Corregimentales de Inclusión, CCCI.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Las Mesas de trabajo de esta Política Pública.• Las Redes Zonales de Discapacidad. |
|--|---|

Según el seguimiento a los Planes de Acción, el 76% de las actividades que inciden en esta Política Pública se realizan por iniciativa ciudadana a través del presupuesto Participativo. En general, algunas de las principales actividades que se realizan en el marco de esta Política son: centros de actividad física, juegos deportivos, inclusión escolar, subsidios, y rehabilitación. Todo lo anterior, permite identificar la Política Pública de discapacidad bajo un modelo de implementación “Button Up” de (abajo hacia arriba), debido a la alta participación ciudadana, la cual incluso se presentó desde su diseño.

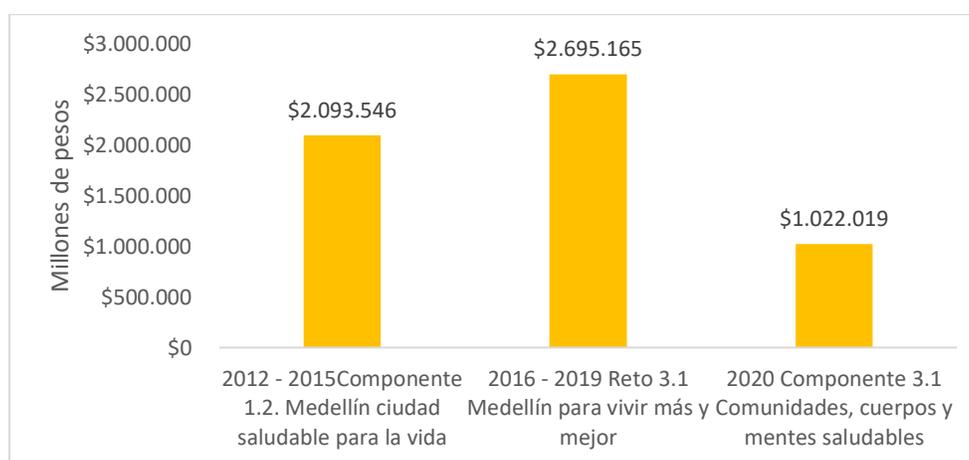
5. FASE III: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA Y/O ACUERDO MUNICIPAL

Esta fase se desarrolla en dos grandes momentos; en el primero se identifica la inversión realizada en cada uno de los proyectos que inciden en las Políticas Públicas de salud y luego se verifica el comportamiento de los indicadores claves en cada una de estas políticas, relacionados con sus respectivos proyectos y actividades para el periodo 2012-2020.

En los últimos 9 años Medellín ha tenido un presupuesto público total de \$44 billones, de éstos se han destinado \$5.8 billones para la inversión en los componentes de salud en los planes de desarrollo municipales, donde encontramos recursos directamente destinados por la Secretaría de Salud (cuyo presupuesto total incluido funcionamiento e inversión asciende para este periodo a \$5.9 billones) y otros que atendiendo esta temática son destinados desde diferentes Secretarías o dependencias como Inclusión Social, Mujeres, INDER, etc.

\$805.820 mil millones de los \$5,8 billones invertidos se destinaron a la implementación de 5 de las 7 políticas públicas en salud aprobadas en la ciudad, lo cual equivale al 1,8% del presupuesto total y el 13,8% de la inversión en salud.

Gráfico 2. Inversiones en los componentes de Salud de los Planes de Desarrollo

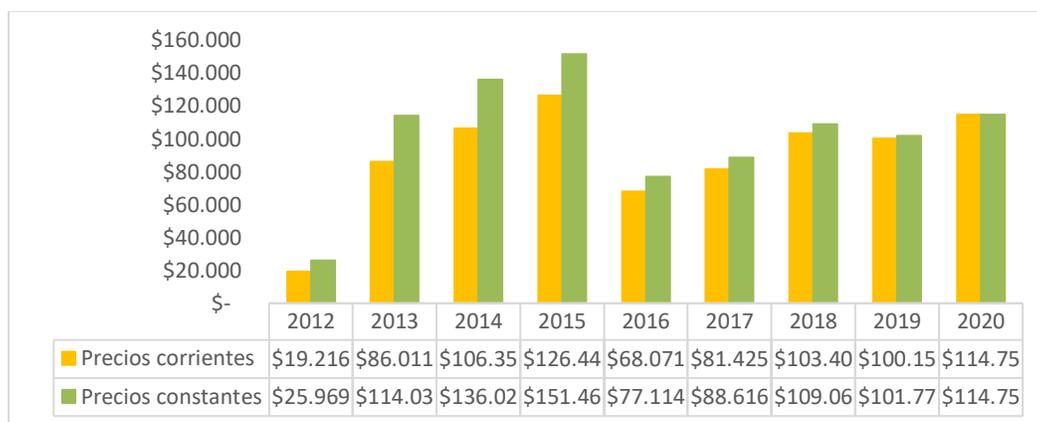


Fuente: Informes de rendiciones de Cuentas

El año con mayor inversión en las políticas públicas de salud fue 2015 donde la inversión a precios corrientes alcanzó \$126.440 millones del presupuesto total de inversión de la ciudad y la menor ha sido la de 2012 que a precios corriente fue de \$19.216 millones. Sin embargo,

lo que llama la atención es como, luego de una senda creciente entre 2012 y 2015, para 2016 y 2017 se evidencia una disminución a cerca de la mitad del presupuesto y luego parece tomar una senda de estabilización entre 2018 y 2020 con una inversión promedio a los \$106.000 millones.

Gráfico 3. Ejecución del presupuesto en Políticas Públicas de Salud 2012-2020



Fuente: Ejecución de gastos municipio de Medellín 2012-2020

Desagregando la inversión que se ha realizado de manera directa por decisión institucional y la que ha sido decidida por la comunidad mediante presupuesto participativo encontramos que: la Política Pública de Discapacidad es en la que mayor inversión se ha realizado con un total de \$230.983 millones de pesos, de los cuales 61% se realizó desde la institucionalidad y el 39% se definió por presupuesto participativo. Le sigue la inversión en salud bucal con \$217.149 millones, con el 71% desde la institucionalidad y el 29% por presupuesto participativo y en tercer lugar está la Salud Mental con \$215.841 millones de pesos, con el 91% del presupuesto desde la institucionalidad.

Por su parte, las dos con menor inversión han sido: la Política Pública Cardio-Cerebro-Vasculares con \$52.485 millones de peso, de los cuales el 94% fueron recursos desde la institucionalidad y la Política Pública de Terapia Asistida con \$19.107 millones de pesos, de los cuales el 84% son desde la institucionalidad y 16% de Presupuesto Participativo. Mientras que para las Políticas Públicas de atención integral a personas que padecen cáncer y la Política Pública integral de protección a las personas con la enfermedad de Parkinson no logra rastrear inversión directa de la municipalidad ni directamente, ni por presupuesto participativo. Finalmente se tienen \$70.255 millones invertidos de forma transversal a través

de Presupuesto Participativo, pero que no es posible diferenciar porque apunta a más de una de las Políticas objeto de estudio.

En terminos generales, la inversión realizada en 3 de las 5 políticas analizadas es muy similar (Salud mental y adicciones, discapacidad, y salud bucal) juntas representan el 83% de los recursos invertidos para las políticas públicas de salud, pero muestran diferencias al momento de analizarse la fuente del recurso, por ejemplo: la Política de Salud Mental y Adicciones tiene la mayor inversión de recursos institucionales y la menor proveniente de Presupuesto Participativo, mientras que las Políticas de Discapacidad y Salud Bucal tienen un mayor interes por parte de la ciudadanía y se refleja por su priorización mediante presupuesto participativo.

Gráfico 4. Ejecución Presupuesto Institucional por Política Pública 2012-2020



Fuente: Ejecución de gastos municipio de Medellín 2012-2020

Nota: Los resultados que se presentan son producto de una agrupación según criterios técnicos de la CGM e información oficial de la Alcaldía de Medellín

5.1. Seguimiento y evaluación Acuerdo 03 de 2007: “Política Pública para la prevención de la morbilidad por causas cardio-cerebro-vasculares”.

Con una de las inversiones más bajas de las políticas de salud analizadas, la Política Pública para la prevención de la morbilidad por causas cardio-cerebro-vasculares en Medellín contó para los últimos nueve años con \$ 52.485 millones, de los cuales \$3.312 millones fueron definidos desde presupuesto participativo, cifra que llama la atención, debido

a que es muy inferior a la inversión institucional en esta Política y a que las actividades por iniciativa ciudadana representan el 45% de todas las actividades relacionadas con la Política Pública en los planes de acción analizados. En otras palabras, los pocos recursos desde el presupuesto participativo van dirigidos a una mayor variedad, y que los destinados desde la inversión institucional se concentran en actividades más grandes.

Adicionalmente, dicha baja inversión se da pese a que las enfermedades cardio cerebro vasculares son una de las principales causas de muerte en el mundo y Colombia. Y la inversión más alta que se tuvo en el periodo de análisis se da durante la administración 2012 – 2015, esta inversión estuvo ligada a reducir y prevenir los riesgos derivados de dichas enfermedades, a través de los proyectos como: “Salud en el Hogar” que con una inversión de 26 mil millones entre 2013 y 2016 promovía la estrategia de Atención Primaria en Salud, y el proyecto de “Fortalecimiento de la actividad física saludable” que con una inversión de \$14 mil millones de pesos también entre los años 2013 y 2016 promovía el desarrollo de actividades físicas en el territorio en todos los grupos etarios.

Entre 2016 y 2020 se creó el proyecto *“Desarrollo del abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles”*, el cual aparentemente le apuntaba a los objetivos de la política, y por ende esperaba una incidencia directa en la reducción de enfermedades cardio-cerebro-vasculares, la inversión destinada a este proyecto solo representa el 1% de la ejecución presupuestal total de la Política Pública con una inversión total entre 2016 y 2020 de \$573 millones de los \$49 mil millones que por inversión institucional se ejecutaron.

Así, la Política Pública apunta a fortalecer los estilos de vida saludable y así lograr una reducción en las mortalidades relacionadas a estas causas (cardio-cerebro-vasculares). No obstante, entre el periodo 2012-2020 se observa solo mejora en dos de las 9 causas de mortalidad relacionadas con estas afecciones, los resultados positivos se encuentran en la mortalidad por diabetes y en las enfermedades isquémicas del corazón, el resto de las causales e incluso el total muestran una tendencia creciente, lo que hace necesario revisar los alcances y las acciones de implementación que se están realizando, ya que no están impactando sobre el resultado final esperado con una política de esta índole.

Tabla 3. Mortalidad por enfermedades relacionadas con afecciones cardio-cerebrovasculares en Medellín 2012-2020

	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	Gráfico
302 Enfermedades hipertensivas	290	269	384	682	672	768	731	815	789	
303 Enfermedades isquémicas del	1.884	1.802	1.895	1.743	1.870	2.001	1.961	1.887	1.885	
304 Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de	235	277	244	301	296	286	289	350	381	
305 Paro Cardíaco	1									
306 Insuficiencia cardíaca	117	112	128	157	182	193	218	246	291	
307 Enfermedades cerebrovasculares	829	820	831	843	807	870	888	843	893	
308 Aterosclerosis	5	6	5	1	5	4	3	7	9	
309 Las demás enfermedades del sistema circulatorio	132	158	170	166	151	175	185	174	210	
601 Diabetes mellitus	378	329	327	283	300	281	313	263	330	
Total	3.871	3.773	3.984	4.176	4.283	4.578	4.588	4.585	4.788	

Fuente: Construcción propia a partir de datos DANE - Estadísticas Vitales

En este mismo sentido, al analizar por grupos de edad la mortalidad por estas causas, con la hipótesis de que estaban relacionadas con el envejecimiento poblacional que comienza a experimentar la ciudad, nos encontramos con la desalentadora noticia de que no es producto totalmente de este proceso natural, porque pese a que los datos sí se incrementan para los mayores de 65, en general la tendencia es así para los mayores de 5 años, aunque con variabilidades, en tal sentido toma fuerza la importancia de fortalecer la Política.

Tabla 4. Mortalidad por enfermedades relacionadas con afecciones cardio-cerebrovasculares en Medellín 2012-2020 por Grupo de edad

Año	Menor 1 año	De 1-4 años	De 5-14 años	De 15-44 años	De 45-64 años	De 65 y más	Edad desconocida	Total
2012	7	1	3	116	731	3010	3	3871
2013	6	4	5	105	706	2946	1	3773
2014	5	3	2	134	706	3133	1	3984
2015	4	2	2	101	769	3298	0	4176
2016	4	3	4	130	796	3346	0	4283
2017	6	3	4	126	791	3648	0	4578
2018	2	2	4	129	773	3678	0	4588
2019	4	2	3	111	818	3647	0	4585
2020	0	0	6	131	759	3892	0	4788
Gráfica								

Fuente: Construcción propia a partir de datos DANE - Estadísticas Vitales

Y continuamos con los resultados desalentadores producto de la implementación de esta Política Pública, tenemos que considerando que uno de los principales objetivos de esta Política Pública es la prevención de la enfermedad, tenemos desde los Planes Indicativos 2012-2015 y 2016-2019 un indicador que puede permitir el seguimiento a dicho objetivo y se trata de los “Años de vida potenciales perdidos (AVPP) por enfermedad evitable”. Se

puede observar que la línea base se redujo al igual que la meta de los Planes de Desarrollo Municipal, pero los avances en el indicador aumentaron (siendo este un indicador de sentido decreciente, cualquier aumento representa un retroceso). En este caso, no se ha logrado el objetivo de reducir el número de años de vida potenciales perdidos por enfermedad evitable, pese a este resultado la actual administración no contempló dentro de su Plan Indicativo este indicador³.

Gráfico 5. Años de vida potenciales perdidos (AVPP) por enfermedad evitable



Fuente: Construcción propia según Seguimiento a los Planes de Acción 2012-2020

5.2. Seguimiento y evaluación Acuerdo 012 de 2020 antes Acuerdo 05 de 2011 “Política Pública de Salud Mental y Adicciones”.

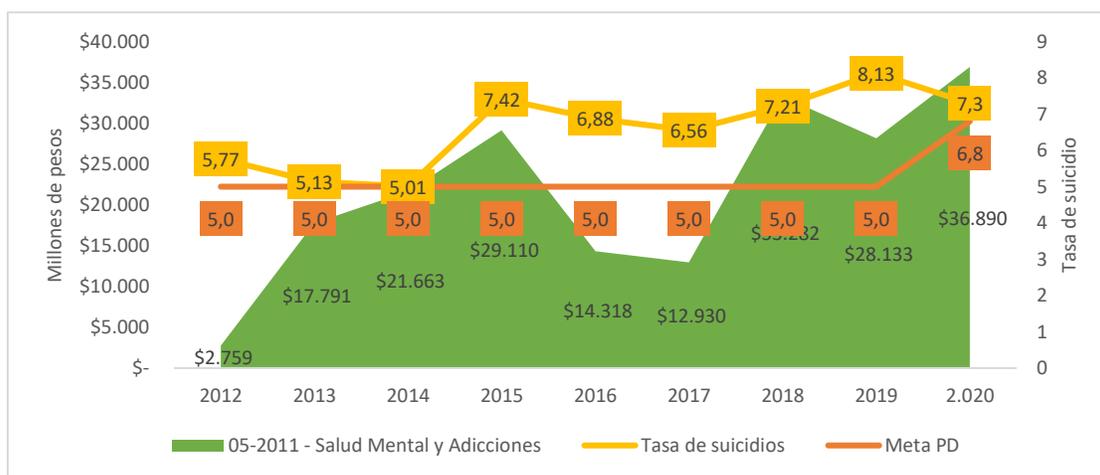
La Política Pública de Salud Mental y Adicciones ha definido esta problemática social desde una perspectiva amplia, entendiendo que los problemas mentales van más allá de la visión biológica, y ha incluido factores psicológicos y sociales que influyen en el bienestar mental. Así mismo, ha tenido una de las inversiones más alta entre todas las políticas públicas del sector salud analizadas, con un total de \$215.841 millones.

Pese a esta importante inversión, los indicadores no ceden y la problemática continua siendo uno de los temas críticos para la ciudad, porque la tasa de suicidio que ha crecido 2,36 puntos porcentuales en 9 años, según datos de Medicina Legal. Entre los años 2012 y 2019 la meta planteada era lograr la reducción a una tasa de 5 casos por cada 100.000 habitantes,

³ Actualmente el indicador al que se le hace seguimiento se denomina: “El Índice de Años de vida potencialmente perdidos por mortalidad evitable **por vacunación, prevención, saneamiento ambiental o medidas mixtas**” (Negrilla propia) y es muy diferente al indicador analizado, ya que el actual es mucho más amplio, por lo que se pierde trazabilidad con los seguimientos realizados en administraciones pasadas.

no obstante, no se logra cumplirla en este tiempo y la alternativa de solución del nuevo gobierno en 2020, en vez de propender su logro, opta por ajustar la meta a 6,8 casos por cada 100.000 habitantes (recordando que lo deseado para este indicador no es incrementar la mortalidad sino disminuirla), lo cual le apunta a las necesidades del Gobierno local de cumplir con su Plan de Desarrollo, más no a una mejora real de la ciudadanía que debería ser el principal objetivo. Finalmente, existe una falta de consistencia en las cifras reportadas por la administración, pues para el año 2018 presenta una línea base de 6,8 (convertida en meta), y en ese mismo año el documento de Análisis de Situación de Salud de la Salud Mental y Convivencia 2005-2018 presenta una cifra de 5,9. Por lo que se hace énfasis en la necesidad de reforzar la calidad del dato para realizar un correcto seguimiento a esta problemática.

Gráfico 6. Inversión Política Pública vs meta y tasa de suicidio en Medellín.

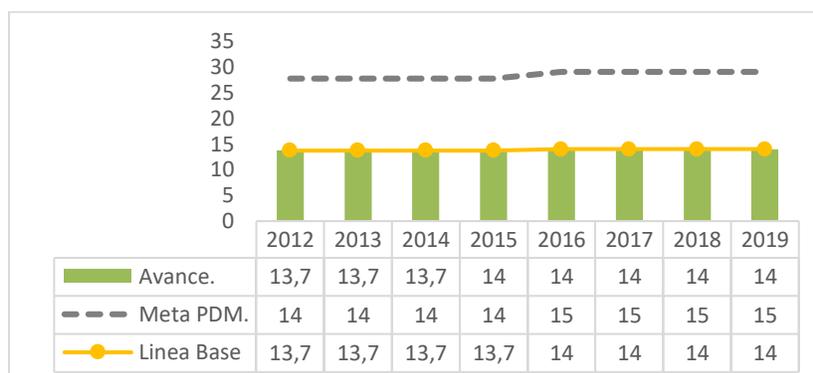


Fuente: Medicina Legal y Ejecución de gastos municipio de Medellín 2012-2020

Nota: Tasa por 100 mil personas

Por su parte en el tema de adicciones, es necesario iniciar por advertir las dificultades para acceder a la información, lo que puede obstaculizar el diseño de acciones efectivas. Se conoce que el Plan decenal tiene como meta: “a 2021 aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas”, mientras que el Plan Territorial tiene como meta a 2023 una edad promedio de 14 años, es decir, muy por debajo del objetivo nacional. Sin embargo, es importante resaltar que sobre este tema en Medellín existen dos indicadores: el primero en sentido amplio el “Promedio edad inicio de consumo de sustancias psicoactivas” y el segundo es específico a un tipo de sustancia “Edad de inicio del consumo de marihuana”.

Gráfico 7. Edad de inicio del consumo de marihuana



Fuente: Elaboración propia con datos de los Planes Indicativos.

Con relación al indicador de “Edad de inicio del consumo de marihuana” del Gráfico 7, se puede observar un incremento en todos los sentidos (Línea Base, Meta del PDM, y Avance), resaltando además, que la meta del Plan de Desarrollo Municipal sobre el consumo de marihuana busca acercarse cada vez más a la meta del Plan Decenal de Salud Pública sobre el consumo de sustancias Psicoactivas (15,5 años). Sin embargo, en la actual administración se dejó de hacerle seguimiento al indicador de edad de inicio de consumo de marihuana, pues no hay evidencia de su inclusión en el Plan Indicativo y el Plan Territorial de Salud. Actualmente se enfocan los esfuerzos en el indicador genérico para todas las sustancias psicoactivas, tal como lo contempla el Plan Decenal y al cual se le hace seguimiento desde el año 2016.

No obstante, no es claro el motivo por el que la actual administración decide reducir la meta al indicador de “Promedio edad inicio de consumo de sustancias psicoactivas” que entre 2016-2019 se ubicó en la edad de 15 años, y aunque las cifras reportadas desde el documento “Análisis de Situación de Salud de la Salud Mental y Convivencia 2005-2018” muestran una tendencia en el aumento de la edad promedio a 15,27 años para el 2018, la meta se reduce a 14 años, lo que representa un retroceso en materia de Planeación, no obstante, no fue posible acceder a datos sobre el comportamiento real, más allá de la meta.

En este sentido, es importante recordar que la prevención de adicciones a cualquier tipo de sustancia psicoactiva requiere de intervenciones en el entorno cercano a la población

vulnerable, como por ejemplo las redes de Madres Preventoras⁴ que existieron durante el cuatrenio 2016-2019 pudieron haber incidido positivamente en la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas, pues de estas redes alcanzaron a ser parte 2.223 madres (Departamento Administrativo de Planeación, 2019), quienes fueron capacitadas para fortalecer la prevención del consumo.

Por otro lado, al analizar la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento se encuentra que esto tiene una incidencia cada vez mayor en Medellín, según El Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud 2020, existe una tendencia al aumento en el número de casos tanto en hombres como en mujeres representando para el año 2018 un incremento en el 50% de los casos de mortalidad asociados a estos eventos.

Gráfico 8. Mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento. Medellín 2012-2018



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2018.

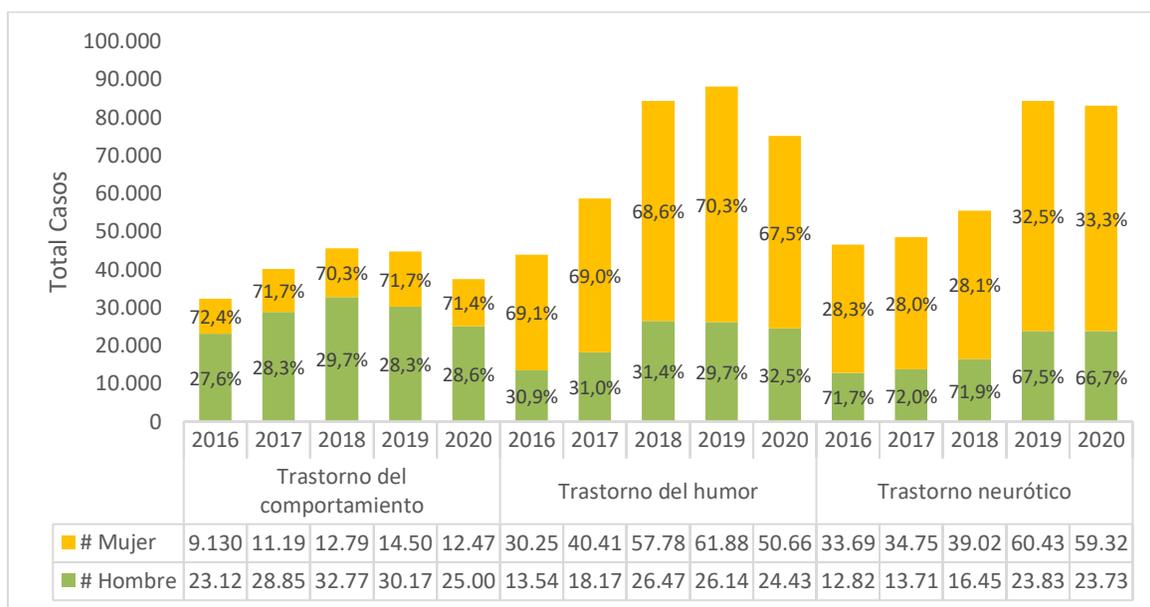
Tal como se indicó en el apartado de análisis comparativo entre Los Planes Territoriales de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, las administraciones locales no han considerado la necesidad de realizarle seguimiento a indicadores que el gobierno nacional considera importantes en materia de Salud Mental y Adicciones, tales como:

- A 2021 reducir a 55 por 1.000 personas los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años.
- A 2021 reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general.

⁴ Pese a que el indicador se cumplió en un 111,2% no existe evidencia (en los Seguidimientos a los Planes de Acción) de estas redes y/o capacitaciones por parte de la administración a las madres preventoras.

Finalmente, de los 3 grupos de trastornos mentales, las mujeres presentan mayor prevalencia en dos de estos (Trastorno del humor y Trastorno neurótico), mientras que los hombres la tienen en trastornos del comportamiento, los cuales tienen una leve tendencia a reducir al igual que los trastornos del humor que, mientras que los trastornos neuróticos tienen un considerable incremento desde el año 2018, como se observa en Gráfico 9.

Gráfico 9. Trastornos mentales por sexo en Medellín 2016 - 2020



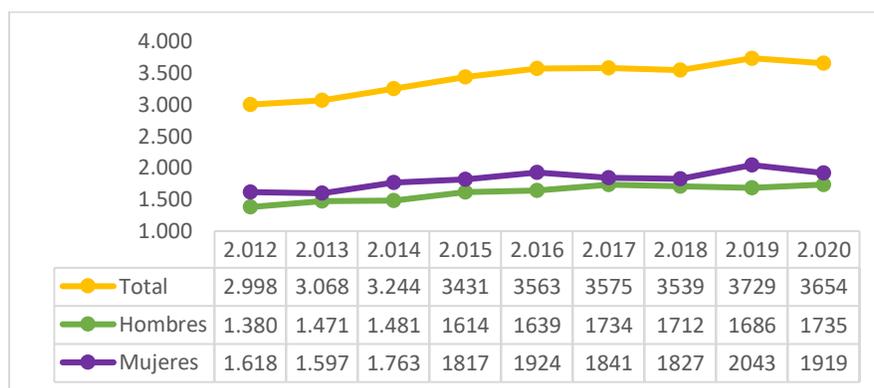
Fuente: Secretaría de Salud - Alcaldía de Medellín. (2021). Respuesta a derecho de petición, radicado 202130360905

5.3. Seguimiento y evaluación Acuerdo 90 de 2020 “Política Pública de atención integral a personas que padecen de cáncer”.

Este acuerdo denominado como “Política Pública de atención integral a personas que padecen cáncer”, carece de los conceptos técnicos para llevar tal denominación ya que se concentra en campañas psicológicas y apoyos para la adquisición de pelucas, con el fin de mejorar las condiciones psicosociales de los pacientes. Sin embargo, se queda corta en su objetivo y no le apunta a una atención integral como su nombre lo indica. Adicionalmente, se ha encontrado que esta Política no ha recibido inversión desde la institucionalidad y las ejecuciones que se encuentran obedecen a acciones de particulares o empresas privadas.

No obstante, de una política pública integral, se esperaría entre otras cosas la reducción de la mortalidad por cáncer, pero al analizar los resultados asociados a este indicador se evidencia un leve incremento a lo largo del periodo de análisis, afectando ligeramente más a las mujeres que a los hombres. Pero lo que si queda claro con estos datos es la necesidad que tiene la ciudad por una verdadera Política Pública Integral para las personas que padecen de cáncer.

Gráfico 10. Defunciones relacionadas con Cáncer de Medellín total y por sexo



Fuente: Construcción propia a partir de datos DANE - Estadísticas Vitales

5.4. Seguimiento y evaluación Acuerdo 25 de 2015 “Política Pública de Salud Bucal”.

Esta política surge como un proceso participativo cuyo propósito ha sido articular respuestas institucionales y sociales para responder a las necesidades de la población de forma integral e intersectorial. Diferentes estudios demostraron la existencia de un desequilibrio en cuanto al acceso a la salud bucal de la población pobre y vulnerable de la ciudad, motivo por el cual el eje vertebral de esta Política Pública es la “Reorientación del modelo de atención con enfoque familiar, comunitario y territorial”, donde el objetivo principal es acercar los servicios de salud bucal al territorio ampliando acceso y cobertura. En este sentido, dicha estructuración participativa ha sido coherente con la inversión que asciende a un total de \$217.149 millones de los cuales \$64.008 millones han sido priorizados por la comunidad desde el programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo, lo que es reflejo de la importancia que la comunidad da a este tema y las necesidades existentes.

Dentro de los Planes Indicativos 2016-2019 y 2020-2023 no hay muchas referencias de

seguimiento a la Política Pública de Salud Bucal a través de alguna batería de indicadores, en el Anexo 2 se detallan algunos indicadores transversales y uno genérico que habla particularmente sobre el seguimiento a la Política de Salud Bucal, mas no sobre acciones o resultados concretos. Sin embargo, en Los Planes Territoriales de Salud si es posible encontrar algunos indicadores que inciden de forma directa o indirecta en esta política, tales como; “% Cobertura de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y crónicas”, “Número de alianzas con organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT, a nivel local”, y “Prevalencia de la población sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia Índice de Caries Dental (COP=0)”, todos dentro del programa “Abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles” en el cual se realizan actividades como, ortodoncias, prótesis dentales, promoción de la salud oral, campañas, y jornadas en instituciones educativas, todas enfocadas dentro de los objetivos de la Política Pública de Salud Bucal.

Finalmente, el indicador usado para darle seguimiento a esta Política es: “Política de salud bucal implementada” que para el cuatrienio pasado se tenía la meta de un 30% de implementación y la actual administración partió con una línea base del 62%, y según el seguimiento al Plan Indicativo a diciembre de 2020 se ha logrado ejecutar el 71,4% de esta Política Pública.

5.5. Seguimiento y evaluación Acuerdo 33 de 2015 “Política Pública integral de protección a personas que padecen de Parkinson”.

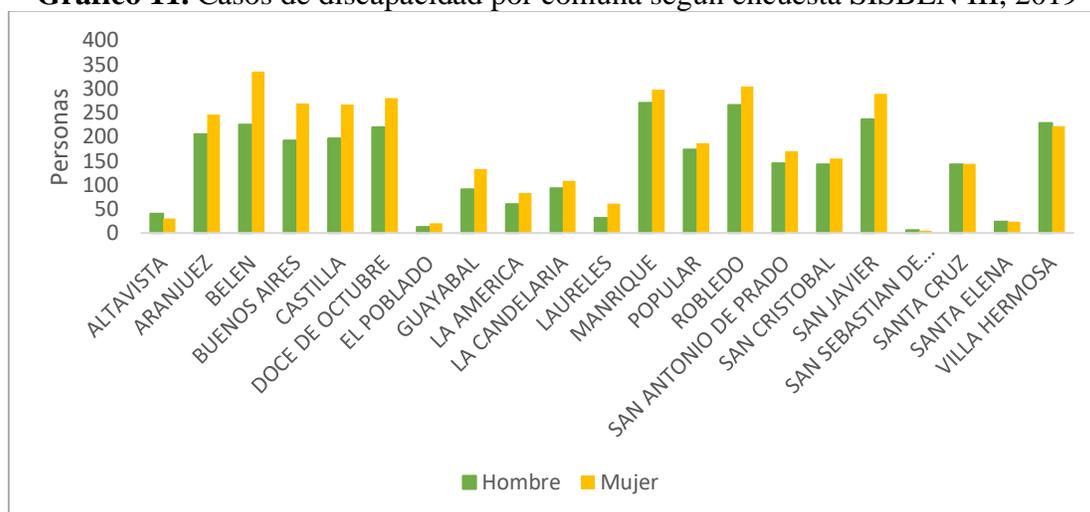
Esta Política en su formulación contiene un componente de investigación e innovación, y aunque en la actualidad esta enfermedad no tiene cura, sí es la causante de un deterioro en la calidad de vida de quienes la padecen y de su núcleo familiar. Por otro lado, aunque este acuerdo cumple con todos los criterios para ser considerado un Política Pública, no se encontró evidencia física y financiera de ejecución. Dado lo anterior, se podría afirmar que no ha existido una real intervención del problema público.

5.6. Seguimiento y evaluación Acuerdo 144 de 2019 “Política Pública para la inclusión de Personas con Discapacidad”.

La Política Pública para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad del Municipio de Medellín (Anteriormente Acuerdo 86 de 2009), se actualiza según lo dispuesto por la Ley 1145 de 2007 con el fin de contribuir al reconocimiento y ejercicio de sus derechos, libertades, oportunidades y capacidades, a partir de la atención de sus necesidades y la eliminación de las barreras que limitan su inclusión y participación. Así, esta Política tiene un alto componente de inclusión social y de articulación con los demás programas del Plan de Desarrollo, con un gran número de proyectos y actividades relacionadas, bajo el propósito de incluir a esta población en los diferentes espacios e instancias que logran incrementar su goce efectivo de derechos.

Como antecedente, la población de Medellín para 2018, según el censo DANE de ese mismo año era de 2.372.330 personas, de las cuales 148.803 tenían alguna discapacidad, los que corresponde al 6.3% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2018). En contraste con datos del censo del año 2005, se observa un incremento de un punto porcentual (Secretaría de Salud-Alcaldía de Medellín, 2020b) entre ambos periodos.

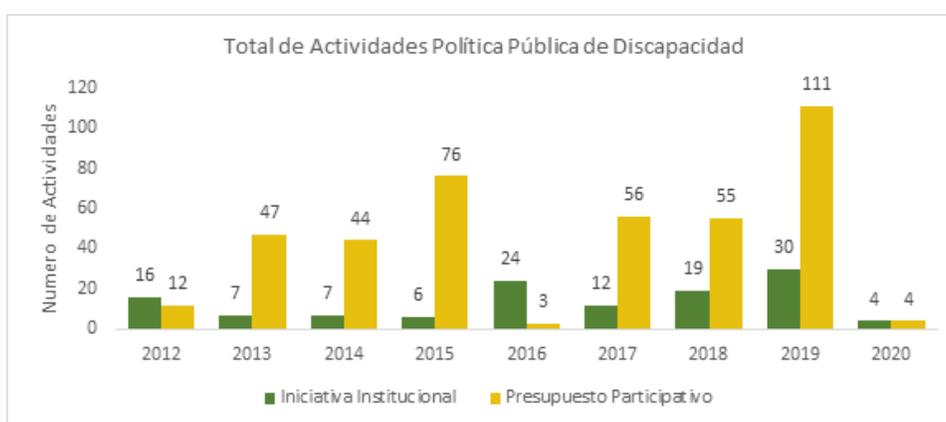
Gráfico 11. Casos de discapacidad por comuna según encuesta SISBEN III, 2019



Fuente: Metadata, Discapacidad por barrio en la encuesta del SISBEN III año 2019

En el siguiente gráfico se puede observar que esta es la política con el mayor número de actividades desarrolladas desde los Planes de Acción del municipio, dentro de las analizadas, así como la de mayor inversión si se suma el presupuesto institucional y de iniciativa ciudadana asciende a un total de \$230.983 millones, es decir, es una Política Pública con un gran interés por parte de la administración y de la comunidad, lo que se ve reflejado en el alto presupuesto que se le asigna desde el programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo que suma para los nueve años de análisis \$91.005 millones.

Gráfico 12. Total de Actividades Política Pública de Discapacidad



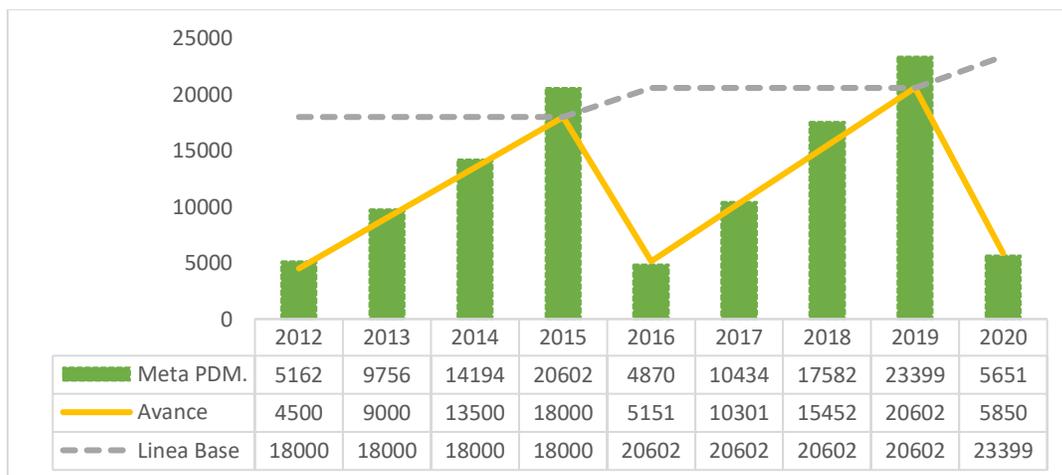
Fuente: Elaboración propia según Seguimiento a los Planes de Acción 2012-2020

No obstante, cabe anotar que para 2020 se observa una reducción en el número de actividades desarrolladas (un año después de la formulación de la Política Pública) y el presupuesto pasa de \$31 mil millones en 2019 a \$32 mil millones. Lo que significa que después de formulada la política, se reagruparon las actividades y se aumenta ligeramente la inversión, sin embargo, los resultados aún no son claros, un poco producto de la pandemia que dificulta el desarrollo de algunas acciones.

Al analizar algunos de los indicadores presentes en las 3 administraciones se tiene las “Personas con discapacidad, familiares y cuidadores atendidos en procesos de habilitación, rehabilitación y equiparación de oportunidades” el cual tiene como forma de cálculo No Acumulativo, por tanto se reinicia cada cuatrienio, lo importante en este indicador es que su meta siempre sea creciente, tal como se aprecia en el Gráfico 13 el indicador denominado Personas con discapacidad, familiares y cuidadores atendidos en procesos de habilitación, rehabilitación y equiparación de oportunidades la meta siempre se cumple y en muchos casos

se sobrepasa en el último año de gobierno cada gobierno, y se espera que esto suceda con la administración que apenas inicia.

Gráfico 13. Personas con discapacidad, familiares y cuidadores atendidos en procesos de habilitación, rehabilitación y equiparación de oportunidades.



Fuente: Elaboración propia con datos de los Planes Indicativos.

Otro de los indicadores que trae el plan indicativo para hacer seguimiento a esta Política Pública es la “Actualización y mantenimiento del censo de Discapacidad” el cual se encuentra presente en los planes indicativos 2012-2015 y 2016-2019. En la actual administración no se le está haciendo seguimiento a este indicador que permite una caracterización de la población en situación de discapacidad, y por tanto la posibilidad de focalizar las acciones emprendidas desde la Política Pública. No obstante, esta ha cambiado entre un periodo y otro lo que imposibilita su comparabilidad.

Finalmente, uno de los principales retos que tiene la actual implementación de la Política Pública con relación a uno de sus objetivos; es lograr una mayor articulación entre los proyectos, indicadores y responsables de la ejecución. Así por ejemplo en la pasada administración 7 secretarías y/o dependencias tenían a su cargo la implementación de acciones o el cumplimiento de indicadores relacionados a la Política Pública de Discapacidad, mientras que actualmente solo se relacionen 3 Secretarías lo que debería facilitar el proceso, pero también podría reducir las garantías para esta población.

5.7. Seguimiento y evaluación Acuerdo 41 de 2017 “Política Pública de intervención y terapia asistida con animales”.

Esta Política que tiene como objetivo establecer una alternativa complementaria que promueva mejoras en el funcionamiento físico, social, educativo, emocional, cognitivo y terapéutico de la persona, comparte acciones e inversiones con la Política Pública de Discapacidad. Como se dijo en el apartado anterior ha tenido dificultades en los temas de coordinación interinstitucional. No obstante, mediante el programa “ser capaz” se ha tenido incidencia directa en la Política Pública.

De esta forma, cabe aclarar que el hecho de compartir acciones con la Política Pública de Discapacidad ha sido un aspecto tenido en cuenta de forma especial, al momento de determinar la ejecución de gastos por Política Pública, distribuyendo el presupuesto de los programas y proyectos compartidos entre ambas políticas. Respecto a la Fase III de esta política, uno de los principales insumos para realizar su análisis es la existencia de indicadores tanto desde el Plan Indicativo, como a nivel regional y nacional. Sin embargo, no se encontró algún indicador que de forma directa se relacione con esta Política Pública, por tal motivo no se realiza ha podido avanzar en este análisis, pero de forma indirecta las actividades desarrolladas desde el programa "Ser Capaz" pudieron haber incidido en el indicador de "personas con discapacidad atendidas en procesos de rehabilitación, y equiparación de oportunidades", el cual mostró un cumplimiento de las metas a lo largo del periodo de estudio y cuyo análisis más detallado puede encontrarse en la Fase III de la Política Pública de Discapacidad.

6. CONCLUSIONES

Revisión general

En los últimos 9 años la ciudad ha tenido una inversión considerable hacia las Políticas Públicas de salud (\$805.820 mil millones de pesos) logrando llegar con atención y servicios a los sectores y grupos poblacionales para los cuales fueron diseñadas. En general, las actividades e indicadores de producto avanzan conforme la inversión. Sin embargo, los resultados muchas veces presentan un comportamiento inverso, es decir, el problema público continúa agudizándose.

Existen grandes retos en materia de accesibilidad, periodicidad, y calidad de la información, los cuales muchas veces no dependen de la administración local de forma exclusiva, sino también de entidades del orden regional y/o nacional e incluso de la academia, grupos de investigas o entidades privadas. No obstante, la implementación de una política pública exige también por parte del ejecutor, un monitoreo amplio y constante de indicadores que se vean reflejados desde los Planes Indicativos, Planes Territoriales de Salud u otro sistema de seguimiento, que sean trazables en el tiempo y especialmente de acceso público, con el fin de impulsar la transparencia y participación ciudadana en temas tan importantes como las Políticas Públicas en salud.

Conclusiones frente al análisis del Acuerdo 25 de 2015 Salud bucal

Uno de los principios orientadores de esta política fue la Gestión Participativa de cada uno de los actores, pues en su diseño e implementación siempre se ha contado con la presencia de diferentes sectores que intervienen en la salud bucal, como: IPS, EPS, Sociedad Civil y Universidades. Así mismo, la implementación y articulación que ha logrado alcanzar esta política pública se debe no solo a la voluntad política, sino también que desde su formulación se convocó actores de diferentes sectores y niveles para el desarrolló de un Plan de Acción que facilitaría posteriormente su implementación, éste se encuentra consagrado en el documento de “Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal para Medellín 2013–2022”, en este se detallan todas las estrategias y acciones que se deben llevar acabo para el logro de los objetivos.

Dentro del grupo de Políticas Públicas de salud, esta es la segunda con mayor inversión,

con un total de \$217.149 millones de pesos de los cuales \$64.008 millones han sido priorizados por la comunidad desde el programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo, lo que es reflejo de la importancia que la comunidad da a este tema y las necesidades sentidas que se reflejan. Por otra parte, esto también evidencia un adecuado diseño desde su formulación, ya que uno de los principales ejes de acción en los lineamientos de la Política Pública es el de Reorientación del modelo de atención con enfoque familiar, comunitario y territorial.

Frente al indicador usado para hacerle seguimiento a esta Política, desde la administración, es; “Política de salud bucal implementada” que para el cuatrienio pasado (2016-2019) se tenía la meta de un 30% de implementación, no obstante, la actual administración partió con una línea base del 62%, y según el seguimiento al Plan Indicativo a diciembre de 2020 se ha logrado ejecutar el 71,4% de esta Política Pública.

Conclusiones frente al análisis del Acuerdo 90 de 2013 atención integral a personas que padecen de cáncer

Entre el grupo inicial de Políticas Públicas de salud, se encontraba el acuerdo 90 de 2013. Sin embargo, al aplicar el chequeo contemplado en la Fase I de la metodología, se determinó que no cumple con varios de los criterios para definirse como Política Pública; no existe un problema público, no se definieron correctamente las causas del problema y no hay correspondencia con los objetivos del sector.

Pese a existir un problema de orden individual e incluso social como lo pueden ser los cambios fisiológicos y psicológicos que presentan las personas afectadas por el cáncer una vez inician el proceso de quimioterapia y especialmente las mujeres por la pérdida de cabello, tal situación no es considerada como un problema público que sea parte de una agenda política de ciudad, como si lo puede ser el cáncer y mucho menos se le puede denominar como “integral”.

Finalmente, en la revisión de los documentos de Seguimiento a los Planes de Acción de la alcaldía de Medellín 2012-2020, no se encontró evidencia alguna de la ejecución de este acuerdo municipal o de destinación alguna de recursos desde lo público.

Conclusiones frente al análisis Acuerdo 33 de 2015 integral de protección a personas que

padecen de Parkinson

El chequeo de la fase I de la Política Pública de enfermedad de Parkinson cumple con seis de los seis criterios enunciados por la teoría y consignados en la matriz A de la metodología, para ser enunciada como “Política Pública”. Por tanto, es susceptible de análisis en la Fase II de la metodología. Sin embargo, en la revisión de los documentos de Seguimiento a los Planes de Acción de la alcaldía de Medellín 2012-2020 no se encontró evidencia física y financiera de ejecución. Dado lo anterior, se podría afirmar que no ha existido una real intervención del problema público y que no es posible rastrear acciones que hablen de su implementación desde la administración municipal, quizás existan acciones desde lo privado, pero no fueron posibles de rastrear.

Conclusiones frente al análisis Acuerdo 41 de 2017 Intervención y Terapia asistida con animales

El chequeo de la fase I de este acuerdo municipal evidencia que este acuerdo municipal cumple con 4 de los 6 criterios enunciados por la teoría y consignados en la matriz A de la metodología, para ser enunciada como “Política Pública”. No cumpliendo con los siguientes dos criterios: no existe una autoridad que coordine la implementación de TODA la Política Pública, y no hay correspondencia con los objetivos del sector.

Pese a que según la metodología no puede considerarse como una Política Pública, este acuerdo municipal es susceptible de análisis en la Fase II, debido a que se encontró evidencia física y financiera (\$19.107 millones de pesos invertidos) de su implementación por medio del programa denominado “Ser Capaz”, el cual tiene con un alto componente de participación ciudadana en el presupuesto participativo del 2012, y en los años siguientes se consolida como programa institucional hasta 2017, justamente el año en que se adopta la política pública de terapia asistida con animales. Es decir, los recursos para cumplir con los objetivos del programa “Ser Capaz” se ejecutaron antes de que se adoptara como política pública, y una vez se adoptó como tal, ya no se destinaron recursos.

Conclusiones frente al análisis del Acuerdo 03 de 2007 morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares

Esta Política Pública fue sancionada el 15 de abril de 2007, y se evidencian actividades

relacionadas durante todo el periodo de seguimiento y evaluación 2012-2020. Su modelo de implementación “Botton Up” (de abajo hacia arriba) ya que contempla la participación y articulación con una gran diversidad de actores públicos, privados y comunitarios

El Acuerdo 03 de 2007 “Por la cual se crea la Política Pública para la prevención de la morbimortalidad por causas cardio-cerebro-vasculares en el municipio de Medellín” tiene una larga trayectoria como Política Pública, y responde a una problemática que ha sido identificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la principal causa de muerte en el mundo. Se encuentra por tanto alineada con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Sin embargo, algunas metas y/o indicadores presentes en este plan nacional están ausentes a nivel local como; disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, el incremento del consumo diario de frutas y verduras, la disminución del consumo de sal-sodio/persona/día, y la reducción de los niveles de colesterol. De incluirse estas metas en los Planes Indicativos y/o Territoriales de Salud, podrían ser de gran utilidad para realizar un seguimiento más detallado de la Política Pública.

Pese a su larga trayectoria y a que es un problema público que está en aumento, la inversión para esta Política Pública se ha reducido en los últimos años. En este sentido, proyectos como: “Salud en el hogar” y “Fortalecimiento de la actividad física saludable” que juntos representaron una inversión de \$41.103 millones de pesos durante los años 2012 a 2016, quedaron sin inversión en el año 2017, precisamente en ese año surge el proyecto “Desarrollo del abordaje integral para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles” el cual busca precisamente impactar positivamente todo este tipo de enfermedades crónicas no transmisibles pero cuya inversión entre 2017-2020 de \$572 millones de pesos, no es comparable con la que se hizo años anteriores en los proyectos ya mencionados.

Con relación a los indicadores de esta Política Pública, anteriormente se mencionó la ausencia de estos y/o metas contempladas en el Plan Decenal de Salud Pública y que a nivel local no se han incluido en los Planes Indicativos y Planes Territoriales de Salud. No obstante, algunos indicadores que si se contemplan en estos últimos planes presentan 2 observaciones: cambios en la unidad de medida que no permiten la trazabilidad en el tiempo y aumento de las metas para indicadores de sentido decreciente, Este tipo de situaciones en los indicadores, representan un desafío al momento de realizar cualquier seguimiento y evaluación a una

Política Pública.

Frente a las defunciones relacionadas con las causas cerebro vasculares en Medellín, existe un incremento constante año tras año durante todo el periodo analizado, por lo que es un problema público totalmente vigente en la ciudad y es necesario que la administración retome las acciones e inversiones contempladas dentro de la Política Pública.

Conclusiones frente al análisis del Acuerdo 05 de 2011 Salud Mental y Adicciones

La primer Política Pública sobre Salud Mental y Adicciones fue el Acuerdo 64 del año 2005, por lo que es la Política con mayor trayectoria dentro del grupo de salud, también es la que ha sufrido más actualizaciones, la primera con el Acuerdo 05 de 2011 y la segunda con el Acuerdo 12 de 2020. En ambos casos se buscaba subsanar ausencias y enfoques que no se habían considerado inicialmente y que los avances en la literatura sobre el tema consideraban importantes, así por ejemplo se pasa de un enfoque donde la atención de la problemática de salud mental se limita a procesos biológicos, a uno, donde además se involucran aspectos psicológicos y sociales. También este proceso de actualización respondió a la necesidad de adaptar la Política Pública en Salud Mental y Adicciones con base en la Resolución 4886 del 2018, la cual incluye los enfoques de derecho, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Una de las mayores falencias en la implementación de esta Política Pública es su falta de reglamentación, las dos primeras versiones facultaban al alcalde para reglamentar el acuerdo en un lapso no mayor a tres (3) y seis (6) meses respectivamente, pero en ninguno de los casos sucedió. Este paso desempeña un papel importante en la implementación de una política, ya que presenta los detalles técnicos, la creación de instancias, la fuente de los recursos, etc, que permiten a las administraciones actuar con mayor coordinación y certeza. No obstante, ha existido cierta voluntad política para su implementación la cual se ve reflejada en la inversión que ha tenido esta Política Pública, un total de \$215 mil millones de pesos, principalmente ejecutados entre 2018 y 2020, sin embargo la falta de reglamentación puede incidir en acciones desordenadas que no necesariamente de orienten puntualmente a la atención del problema público.

Al analizar los proyectos con mayor inversión encontramos que resalta el de “Fortalecimiento a la red pública en salud con calidad y humanización” el cual contempla la

adecuación de la red de hospitales públicos para la atención en Salud Mental, con un presupuesto ejecutado de \$90 mil millones de pesos entre los años 2017 y 2020. Adicionalmente se tienen los siguientes proyectos que igualmente han incidido en la implementación de esta Política y son: “Jóvenes por la vida”, “Buen vivir en familia y comunidad”, “Atención diurna en centro vida”, entre otros.

Pese a la alta inversión, algunos de los indicadores claves de esta Política Pública continúan en aumento o han tenido modestos avances; al indicador de “mortalidad por suicidio” se le han adaptado las metas para poder dar cumplimiento, pero en general es un indicador que no se da, y el de “edad de inicio de consumo de marihuana” aun está lejos de acercarse a la meta recomendada por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y difícilmente se podrá conocer su cumplimiento ya que la actual administración no lo contempló dentro de su Plan Indicativo. Sin embargo, se han presentado avances considerables (100%) en la implementación de la “Estrategia para la prevención del primer consumo” entre los años 2019 y 2020.

Conclusiones frente al análisis del Acuerdo 144 de 2019 inclusión de Personas con Discapacidad.

Se debe tener en cuenta que para el nivel nacional se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad por medio de la Ley 144 de 2007, aspecto que establece sobre la agenda política la importancia y necesidad de adoptar políticas Públicas específicas para esta población, es así, como en el año 2009 se formula el Acuerdo 86 “Política pública de discapacidad para el municipio de Medellín”, pero que fue derogada y actualizada por el Acuerdo 144 de 2019, donde un aspecto fundamental es la articulación entre programas y dependencias de la misma administración, así como otros actores de orden local, regional y nacional, de carácter público o privado.

El modelo de implementación de esta Política Pública es “Botton Up” (de abajo hacia arriba), ya que existe un alto grado de participación ciudadana que se puede evidenciar en la conformación del Sistema Municipal de Discapacidad, estos son algunos de sus miembros: Los Comités Comunales y Corregimentales de Inclusión (CCCI), Las Mesas de trabajo de esta Política Pública, Las Redes Zonales de Discapacidad. Sobre la implementación de esta Política durante el periodo 2012-2020 es necesario advertir que ha sido la que más recursos

de inversión ha recibido con un total de 23.983 millones. En este sentido, según el seguimiento a los Planes de Acción, el proyecto con mayor inversión es el “Desarrollo de estrategias para la inclusión en el sistema escolar” con \$ 44 mil millones, pero en general existen 80 proyectos que inciden sobre temas de discapacidad, y la gran mayoría vinculados a Presupuesto Participativo (76%), lo que muestra que esta como la Política de Salud Bucal en gran medida se sostienen por la intención ciudadana.

Respecto a los indicadores para su seguimiento, debemos reconocer que cuenta relativamente con un gran número de indicadores relacionados los planes indicativos, especialmente de producto. Sin embargo, son poco trazables entre un periodo y otro debido a los constantes cambios que se realizan entre las diferentes administraciones. Uno de los Indicadores a los que se le hace seguimiento durante todo el periodo de análisis 2012-2020 es el de “Personas con discapacidad, familiares y cuidadores atendidos en procesos de habilitación, rehabilitación y equiparación de oportunidades” el cual viene cumpliendo con las metas trazadas en cada administración. No obstante, en la actualidad no se le esta haciendo seguimiento al indicador de “Actualización y mantenimiento del censo de Discapacidad”, el cual permite una caracterización de la población en situación de discapacidad, y por tanto la posibilidad de focalizar las acciones emprendidas desde la Política Pública.

7. BIBLIOGRAFÍA

Concejo de Medellín. (2010). Proyecto de acuerdo 313 de 2010 “Por medio del cual se modifica y se actualiza el acuerdo 64 de 2005 sobre la creación de la política de Salud Mental y Adicciones para el Municipio de Medellín y se dictan otras disposiciones”

Concejo de Medellín. (2015). POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD BUCAL MEDELLÍN 2013-2022. Recuperado de: <https://www.slideshare.net/ConcejoMDE/politica-publica-salud-bucal>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, (2018). Geovisor CNPV 2018. Recuperado de: <https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/>

Secretaría de Salud - Alcaldía de Medellín. (2020a). Respuesta a derecho de petición, radicado 202000001735

Secretaría de Salud - Alcaldía de Medellín. (2020b). Análisis de Situación de Salud – ASIS.

Secretaría de Hacienda - Alcaldía de Medellín. (2019). Concepto de viabilidad fiscal. Radicado No. 201920046868

Personería de Medellín. (2020). Concepto de viabilidad del proyecto de acuerdo 008 de 2020. Radicado No. 2020011860315EE

Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Ministerio de Salud y Protección social. Bogotá, 2013. Recuperado <https://www.minvivienda.gov.co/sites/default/files/documentos/plan-decenal-de-salud.pdf>

Concejo de Medellín. (2015). *Acuerdo 25 de 2015 CONMED*. Astrea Medellín. Recuperado de: https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/a_conmed_0025_2015.htm

Concejo de Medellín. (2007). *Acuerdo 03 de 2007 CONMED*. Astrea Medellín. Recuperado de: https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/a_conmed_0003_2007.htm

Concejo de Medellín. (2013). *Acuerdo 90 de 2013 CONMED*. Astrea Medellín. Recuperado de: https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/a_conmed_0090_2013.htm

Concejo de Medellín. (2011). *Acuerdo 05 de 2011 CONMED*. Astrea Medellín. Recuperado de: https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/a_conmed_0005_2011.htm

Concejo de Medellín. (2017). *Acuerdo 41 de 2017 CONMED*. Astrea Medellín.

Recuperado de:

https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/a_conmed_0041_2017.htm

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1: Actores por Política Pública

25-2015 - Salud Bucal	Secretaría de Salud
	<i>Organizaciones Gremiales</i>
	<i>Prestadores de Servicios de Salud Habilitados</i>
	<i>Instituciones Educativas</i>
	<i>Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)</i>
	<i>Comité Municipal de Salud Bucal</i>
	<i>El Observatorio Nacional de la Salud Bucal y la Práctica Odontológica</i>
03-2007 - Morbimortalidad	Secretaría de Salud
	<i>Instituto de Deportes y recreación de Medellín (INDER)</i>
90-2013 - Atención Cáncer	Secretaría de Comunicaciones
	Secretaría de las Mujeres
	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos
	Secretaría de Salud
05-2011 - Salud Mental	Secretaría de Salud
	<i>El Consejo Municipal de Política en Salud Mental y Adicciones</i>
41-2017 - Terapia Asistida	Secretaría del Medio Ambiente
	Secretaría de Juventud
	Secretaría de Gobierno
	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos
	Secretaría de Salud
	Secretaría de Educación
	Secretaría de las Mujeres
	Centro De Bienestar Animal La Perla
33-2015 - Enfermedad de Parkinson	Secretaría de Salud
	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos
	Secretaría de Comunicaciones
12-2020 - Salud Mental (Nueva)	COMITÉ MUNICIPAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.
	Secretaría de Comunicaciones
	Secretaría de Salud
	Secretaría de Seguridad y Convivencia
	Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos
	Secretaría de la Juventud

	<i>Secretaría de las Mujeres</i>
	<i>Policía Nacional</i>
	<i>Actores de las Mesas de Trabajo Permanentes:</i>
	<i>Universidades públicas y privadas con énfasis en salud mental</i>
	<i>Hospitales Públicos</i>
	<i>IPS de Psiquiatría</i>
	<i>Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)</i>
	<i>COPACOS</i>
	<i>Observatorios de salud mental y discapacidad</i>

Construcción propia con base en documentos y acuerdos de cada política pública.

8.2. Anexo 2: Indicadores según Planes Indicativos

8.3. Anexo 3: Matriz C de Salud