Artículo Original / Original Article

Análisis del proceso técnico político de la ordenanza municipal para promoción de salud de Quillota

Analysis of the political and technical process of the Quillota municipal ordinance for health promotion

Catalina González-Hidalgo¹. <https://orcid.org/0000-0003-3480-3453>

Marcela Ferrer². <https://orcid.org/0000-0001-8211-1457>

Lorena Rodríguez-Osiac^{3*}. <https://orcid.org/0000-0002-7732-2580>

Jacqueline Araneda⁴. <https://orcid.org/0000-0002-0415-2920>

Paola Quezada⁵. <https://orcid.org/0000-0002-9491-721X>

Annette Beaumont⁶. <https://orcid.org/0000-0002-2428-8518>

1. Food Behavior Research Center. School of Nutrition and Dietetics. Faculty of Pharmacy. University of Valparaíso. Av. Gran Bretaña 1093. Valparaíso, Chile.

2. Sociology Department. Faculty of Social Sciences. University of Chile, Santiago, Chile.

3. School of Public Health, Dr. Salvador Allende G. Faculty of Medicine, University of Chile, Santiago, Chile.

4. Nutrition and Public Health Department. Faculty of Health and Food Sciences, University of Bio-Bío, Chillán, Chile.

5. Development and Innovation Unit, Communal Planning Secretary, Municipality of Quillota, Quillota, Chile.

6. School of Nutrition and Dietetics, Faculty of Pharmacy, University of Valparaíso, Valparaíso, Chile.

*Dirigir correspondencia: Lorena Rodríguez Osiac, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Independencia 1047, Santiago, Chile.

Email: lrodriguezosiac@gmail.com

Este trabajo fue recibido el 28 de septiembre de 2020.

Aceptado con modificaciones: 14 de diciembre de 2020.

Aceptado para ser publicado: 25 de enero de 2021.

RESUMEN

Para contribuir a la vida sana de la comunidad y en atención a las recomendaciones nacionales e internacionales para combatir la obesidad y sus consecuencias, en 2017 la Municipalidad de Quillota promulgó una Ordenanza de Promoción de Salud para favorecer entornos alimentarios saludables y para la práctica de actividad física. No está descrito en qué consiste y cuáles son las dificultades para establecer este tipo de normativas locales. El objetivo de este estudio fue analizar el proceso técnico y político que culminó en la generación de esta Ordenanza como ejemplo para el resto de los municipios del país. Con un diseño cualitativo, exploratorio y retrospectivo se recolectó información a través de entrevistas, grupos focales y diálogos participativos. Se realizó un mapeo de actores y el análisis de las lecciones aprendidas, considerando barreras y facilitadores. Los resultados muestran que la Ordenanza representó un desafío para la toma de decisiones que habilitaron su consolidación tanto en términos de gestión técnica como en los niveles de poder. Entre las lecciones aprendidas destaca la relevancia de un escenario político favorable, un equipo técnico competente y con liderazgo, y la fuerte articulación intersectorial; siendo clave la voluntad de las autoridades municipales y la negociación con sectores de oposición. La participación comunitaria activa fue un punto de compleja implementación.

Palabras clave: Comunas saludables; Intersectorialidad; Participación comunitaria; Promoción de salud.

ABSTRACT

With the aim of improving the health of the community and given national and international recommendations to combat obesity and its consequences, in 2017, the Municipality of Quillota enacted a Health Promotion Ordinance to promote

healthy food environments and physical activity practices. The ordinance is not specifically detailed, nor are the difficulties in establishing such local regulations described. Thus, this study intended to analyze the technical and political processes that generated this ordinance, which may serve as an example for other municipalities.

The information collection was made through interviews, focus groups, and participatory dialogues, using a qualitative, exploratory, and retrospective design. Actors mapping and lessons learned analysis, considering barriers and facilitators found, was conducted. The results show that the ordinance consolidation presented a challenge to the decision-making management at the technical and empowerment levels. Lessons learned include favorable political scenarios, a competent technical team, and strong cross-sectoral articulation. Two key factors were the municipal authorities' resolution and negotiation with opposition sectors. Active community participation was a point of complex implementation.

Keywords: Community participation; Health promotion; Healthy regions; Intersectorality.

INTRODUCCIÓN

En Chile la prevalencia de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. El Mapa Nutricional de la Junta Nacional de Auxilios Escolar y Becas (JUNAEB), muestra que esta prevalencia alcanza al 50,9% de niños y niñas de primero básico, al 60% en quinto básico y al 47,6% de adolescentes de primer año de enseñanza media¹. Estas cifras posicionan a nuestro país en el sexto lugar a nivel mundial y en el primer puesto Latinoamericano respecto a obesidad en dicha población. Esta situación se perpetúa y empeora a través del curso de vida y se asocia a una epidemia de enfermedades no transmisibles (ENT), reflejada en la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017), que señala que el 74,2% de la población mayor de 15 años se encuentra con sobrepeso u obesidad, mientras que el 12,3% y el 27,6% podrían presentar diabetes mellitus o hipertensión arterial respectivamente².

La malnutrición por exceso y las ENT están condicionadas en gran medida por el ambiente (entorno) comunitario^{3,4}. La población está expuesta a un patrón alimentario de tipo occidental estrechamente relacionado con los ambientes alimentarios, que determinan una alta disponibilidad y acceso a alimentos industrializados ultra-procesados^{5,6}, bajos en fibra, altos en energía, grasas saturadas, sodio y azúcares refinados. Por otro lado, una buena parte de las actividades domésticas, laborales, estudiantiles, de transporte y de esparcimiento de la vida moderna, se realizan en forma sedentaria, lo que constituye un factor adicional para el desarrollo de estas condiciones^{7,8,9}.

Para hacer frente a la epidemia de obesidad y de ENT, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda realizar cambios estructurales en los ambientes comunitarios, así como fortalecer la promoción de salud y la participación ciudadana en los territorios, planteándose estas acciones como claves para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible^{10,11,12}. Bajo este paradigma, el Estado de Chile ha implementado diversas estrategias, programas y legislaciones para combatir esta epidemia, recogiendo las recomendaciones de la OMS, mejorando los ambientes comunitarios tanto alimentarios como para favorecer la práctica de actividad física.

Entre las acciones tomadas destaca la Ley 20.670 que crea el Sistema Elige Vivir Sano que promueve estilos de vida saludables y coordina políticas públicas de largo plazo¹³; la Ley 20.606 Sobre la Composición Nutricional de

los Alimentos y su Publicidad, que establece el etiquetado frontal de advertencia "alto en" obligatorio para los alimentos con exceso de energía, azúcares, sodio y grasas saturadas; y además prohíbe la publicidad dirigida a menores de 14 años y la venta al interior de las escuelas, de alimentos "alto en"¹⁴; la Política Nacional de Alimentación y Nutrición¹⁵ que entrega el marco de referencia para el desarrollo de regulaciones, estrategias, planes, programas y proyectos en materia de alimentación y nutrición y establece 8 ejes de acción necesarios; y la Estrategia, Municipios, Comunas y Comunidades Saludables cuyo objetivo es fortalecer el rol del municipio como actor estratégico para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de la población, en conjunto con la comunidad e intersector¹⁶.

Parte de la implementación de estas acciones recae en la administración municipal, que, a través de ordenanzas, resoluciones locales que dicta el Alcalde con acuerdo del Concejo Municipal, regulan el quehacer comunal, lo que ha representado un desafío ignorado de gestión técnica y política para los equipos y autoridades municipales, quienes han debido superar una serie de barreras poco conocidas e incluso algunas insalvables, que muchas veces dilatan esta implementación y la hacen fracasar, impidiendo conseguir el impacto poblacional esperado. Esto constituye una brecha de conocimiento que atenta contra el éxito de diversas iniciativas estatales para promover estilos de vida saludable.

En este contexto, la Municipalidad de Quillota bajo el lema de propiciar la "felicidad y bienestar de sus habitantes", consigue promulgar una Ordenanza Municipal de Promoción de Salud que aborda de manera integral el ambiente comunitario, promueve la alimentación saludable y la práctica actividad física, y complementa las estrategias y leyes citadas. Lo anterior mediante restricciones al comercio ambulante de alimentos no saludables, ampliando el horario de los complejos deportivos municipales, y abriendo proyectos para mejorar los entornos comunales, constituyéndose en un ejemplo para otros municipios del país

Este estudio fue financiado por el Gobierno de Chile a través del fondo "Chile de Todas y Todos 2018" del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Proyecto Código 136818), y tuvo como objetivo analizar el proceso y la gestión técnica y política que culmina con la promulgación en 2017 de la Ordenanza Municipal de Promoción de Salud de la Comuna de Quillota (en adelante la Ordenanza)¹⁷, considerando las

barreras salvadas y los actores involucrados, como forma de aportar a procesos similares, de otras comunas del país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación tuvo un enfoque metodológico cualitativo de alcance exploratorio retrospectivo¹⁸. La unidad de análisis correspondió al proceso técnico-político de construcción de la Ordenanza.

El equipo investigador definió tres dimensiones de análisis¹⁹, una dimensión político-administrativa referida al proceso de elaboración de la Ordenanza considerando su origen, actores involucrados y el apoyo político; una dimensión técnica sobre la organización del trabajo comunal y el contenido de la Ordenanza; y una dimensión social, referida al conocimiento de la Ordenanza por parte de la comunidad y la percepción respecto de su participación en el proceso.

En una primera etapa se recolectó información desde fuentes secundarias tales como documentos y decretos municipales, e informes de actividades y actas de reuniones de los equipos técnicos y políticos. Así también se obtuvo información en esta primera etapa, a partir de entrevistas semiestructuradas a tres actores relevantes, el alcalde, la profesional encargada de la Unidad de Promoción de Salud Comunal, y el director del Departamento de Salud Municipal. La entrevista semiestructurada²⁰ se planificó para indagar sobre las tres dimensiones planteadas e identificar actores clave del proceso de desarrollo de la Ordenanza. Se incluyeron además preguntas de contraste. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

En una segunda etapa se realizaron grupos focales que también fueron grabados y transcritos, utilizando una

pauta de preguntas construidas en base a las 3 dimensiones establecidas que fue validada con expertos, con los profesionales de la Mesa Intersectorial de Promoción de Salud Comunal, así como con comunidades educativas (apoderados, escolares y profesores), con adultos mayores y con vendedores ambulantes de alimentos.

Posteriormente se realizaron diálogos participativos comunitarios con estos mismos grupos y con promotoras de salud comunitarias y administradores de kioscos escolares. Estos diálogos participativos se basaron en las recomendaciones de aplicación gubernamentales²¹ para darles flexibilidad y regulación, evitando la captura de agenda (que hablen siempre los mismos), pero proporcionando un ambiente de confianza para que los y las participantes pudieran entregar sus puntos de vista en forma dinámica y ordenada. Las opiniones se registraron en una ficha de sistematización con las ideas fuerza emitidas respecto de las tres dimensiones de estudio²².

Los participantes de las entrevistas, grupos focales y diálogos fueron convocados desde las instancias municipales mediante llamados telefónicos, correo electrónico, redes sociales e invitaciones personales; al inicio de cada sesión, se informaron los objetivos del estudio, se explicó la metodología y se les solicitó consentimiento informado para la aplicación y grabación. En el caso de participantes menores de edad, se pidió su asentimiento además del consentimiento informado del padre, madre o adulto responsable²³. Se tomaron todos los resguardos para garantizar la confidencialidad de la identidad de los/las participantes, de las opiniones emitidas, de la información reportada y de la base de datos que la contenga²⁴.

El detalle de los participantes para cada técnica de producción de información se resume en la tabla 1.

Tabla 1. Participantes en técnicas de producción de información.

Técnicas	Grupo comunitario objetivo	Hombres	Mujeres
Grupos focales	Mesa Intersectorial primer grupo	0	4
	Mesa Intersectorial segundo grupo	2	8
	Apoderados	0	5
	Escolares	8	2
	Adultos mayores	0	7
	Vendedores ambulantes de alimentos	1	7
Diálogos participativos	Mesa Intersectorial	3	6
	Comunidad escolar	8	26
	Promotoras comunales de salud	0	4
	Administradores de kioscos escolares	1	6
	Adultos mayores	1	13
Entrevistas	Alcalde de la Municipalidad de Quillota	1	0
	Profesional encargada de la Unidad de Promoción de Salud Municipal	0	1
	Jefe del Departamento de Salud, Municipalidad de Quillota.	1	0

En una tercera etapa se realizó el análisis de la información recopilada y de las lecciones aprendidas, destacando fortalezas y debilidades y los factores que pudieron influir como facilitadores o barreras^{25,26}; se construyó un mapeo de actores clave, definiendo roles, posición respecto de la Ordenanza (neutral, apoyo, oposición) y grado de poder de decisión o influencia (alto, medio, bajo)²⁷; y se elaboró una línea de tiempo del proceso. Esta etapa reúne data relevante para el desarrollo de ordenanzas municipales.

RESULTADOS

Los resultados se presentan por dimensión: política-administrativa, técnica y social.

Dimensión Política-Administrativa

La construcción de la Ordenanza consistió en un complejo procedimiento técnico-político, participativo e intersectorial. El proceso tuvo una duración de dos años, iniciándose en 2015 y culminando con la promulgación de la Ordenanza en 2017 (Figura 1).

Los actores involucrados en esta dimensión fueron el equipo técnico de la Unidad de Promoción de Salud de la Municipalidad de Quillota, la Mesa Intersectorial de Promoción de Salud, la Comisión de Salud y Educación de la Gobernación, la Mesa Intersectorial de Etiquetado Nutricional de la Autoridad Sanitaria Provincial –creada

para implementar la Ley 20.606– las Unidades de Renta y Patentes, de Inspectores y de Jurídica de la Municipalidad de Quillota, representantes de grupos comunitarios, el Alcalde y el Concejo Municipal (Cuadro 1).

El año 2015 la Municipalidad de Quillota constituyó, mediante Decreto Municipal, un equipo gestor intersectorial de promoción de salud, cuyo objetivo fue la elaboración del Plan Estratégico Trienal de Promoción de Salud 2016-2018, como parte de la estrategia ministerial de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. En 2016, a este equipo gestor se sumaron representantes de otras unidades municipales y de atención primaria de salud, así como representantes provinciales y de la Gobernación, pasando a llamarse Mesa Intersectorial de Promoción de Salud, la que quedó liderada por el equipo de promoción de salud municipal y adquirió la responsabilidad de construir y gestionar una ordenanza de promoción de salud para la comuna de Quillota. A fines de 2016 la Mesa Intersectorial presentó una propuesta preliminar de Ordenanza, la que posteriormente fue enviada a las Unidades de Jurídica, de Patentes y de Inspectores, de la Municipalidad, para su revisión. Posterior a esto, se presentó a otros grupos de interés, como las promotoras comunales de salud, los administradores de kioscos escolares y los representantes de los vendedores ambulantes de alimentos, todos los cuales se verían afectados por las nuevas medidas de la Ordenanza.

Figura 1: Línea de tiempo del proceso de construcción de la Ordenanza Municipal de Promoción de Salud de Quillota.

Cuadro 1. Actores clave del proceso de construcción de la Ordenanza Municipal de Promoción de Salud de la Municipalidad de Quillota.

Actor clave/Rol	Miembros
Unidad de Promoción de Salud/Liderazgo y elaboración documento	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo técnico de promoción de salud de la Municipalidad de Quillota.
Mesa Intersectorial de Promoción de Salud/Desarrollo de la Ordenanza	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo técnico de promoción de salud de la Municipalidad de Quillota. • Depto. Educación Municipal, representante Programa Escuelas Saludables para el Aprendizaje, y representantes de colegios y jardines municipales. • Depto. Salud Municipal, representado por los nutricionistas de todos los Centros de Atención de Salud de la Comuna. • Dirección de Desarrollo Comunal, representado a través de Chile Crece Contigo y la Oficina de Juventud. • Gobernación Provincial de Quillota, Unidad de Participación. • Secretaría Regional Ministerial de Salud, encargada promoción salud.
Mesa Intersectorial de Etiquetado Nutricional/ Desarrollo de la Ordenanza	<ul style="list-style-type: none"> • Gobernación Provincial de Quillota. • Fondo de Solidaridad e Inversión Social. • Servicio Nacional de Capacitación y Empleo. • Centro de Desarrollo de Negocios. • Centro Regional de Estudios de Alimentos Saludable. • Instituto de Desarrollo Agropecuario. • Secretarías Regional Ministerial de Salud, Educación, Economía, Agricultura.
Comisión de Salud y Educación/ Desarrollo de la Ordenanza	<ul style="list-style-type: none"> • Gobernación Provincial de Quillota. • Secretaría Regional Ministerial de Salud. • Departamento Municipal de Salud. • Departamento Municipal de Educación.
Unidades municipales de apoyo/Asesoría legal	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de rentas y patentes. • Unidad de inspectores municipales. • Unidad jurídica.
Representantes de grupos comunitarios/ Socialización	<ul style="list-style-type: none"> • Promotoras comunales de salud de Escuela de Salud Comunitaria, Secretaría Regional Ministerial de Salud. • Administradores de kioscos escolares • Vendedores ambulantes de alimentos.
Autoridad y Consejo municipal/Tomadores de decisión	<ul style="list-style-type: none"> • Alcalde • Concejales

Hacia fines de 2017, una nueva propuesta consensuada por los actores consultados fue presentada al Concejo Municipal, que postergó su aprobación por considerar que se requería un análisis más profundo dada la relevancia de la normativa y el cabildeo en su contra de algunos grupos afectados, sin embargo, en una nueva presentación y con apoyo del Alcalde, la Ordenanza logró ser aprobada antes del cierre de 2017. La puesta en marcha de la nueva normativa se inició en enero de 2018. En la figura 2 se visualizan los actores clave, sus posiciones respecto a la Ordenanza y su situación de poder respecto de su aprobación o rechazo. Cabe destacar que el apoyo del Alcalde tuvo gran relevancia para convencer a todos los sectores de la decisión final y aprobación de la Ordenanza.

Dimensión Técnica

La Ordenanza mediante 5 apartados y 21 artículos aspira a “crear las condiciones que permitan una vida sana y bienestar para todos y todas, en todas las edades, impulsando la alimentación sana y actividad física, y el desarrollo de proyectos de entornos saludables” focalizándose en los establecimientos educacionales y espacios públicos. Sus contenidos se ajustaron al sello de bienestar y felicidad del Municipio de Quillota, en torno a tres ejes: alimentación saludable, actividad física y entornos sanos, incluyendo el cumplimiento cabal de la Ley 20.606 y la regulación de la venta de alimentos no saludables alrededor de las escuelas¹⁷.

De acuerdo con las percepciones de los distintos actores

consultados, la organización para el diseño de la Ordenanza se fue gestando sobre la marcha tanto de manera formal como informal. Como se describió en el acápite previo, la Mesa Intersectorial liderada por el equipo de promoción de la Municipalidad de Quillota, fue central para la gestión e impulso inicial, conformando equipo, articulando los distintos sectores, generando consensos y redactando la propuesta inicial en base a las recomendaciones nacionales (Ministerio de Salud) e internacionales y a las escasas ordenanzas de promoción existentes en ese momento, en el país.

Un aspecto que fue destacado por varios actores fue el liderazgo del equipo de promoción comunal, que tiene la fortaleza técnica, pero también directiva, puesto que, en este Municipio a diferencia de otros, depende más directamente del Alcalde.

Como ya se dijo el apoyo del Alcalde fue clave según los actores consultados: “No, lo que pasa es que se les iba a presentar a los departamentos (municipales), pero en un momento dijimos que fuera con el Alcalde y el hecho de que fuera la Autoridad de alguna manera de los otros departamentos, porque cuando tú ibas a los departamentos siempre preguntaban quiénes son y que hacen aquí (...) Claro, pero tu después puedes decir yo ya fui a hablar con el Alcalde” (Grupo Focal Mesa Intersectorial).

Dimensión Social

En términos generales, todos los actores consideraron positivamente la Ordenanza; como fortaleza destaca la

Figura 2: Mapa de actores clave involucrados en la construcción técnica y política de la Ordenanza Municipal de Promoción de Salud de Quillota.

adecuada coordinación intersectorial; como dificultad la gran burocracia municipal; y como debilidad insuficiente difusión de los contenidos y de la justificación de la Ordenanza hacia los grupos de interés, tales como los equipos municipales no directamente vinculados y la comunidad. Por ejemplo, muchas de las personas participantes del estudio asociaron el contenido de la Ordenanza con la salud, con alimentación sana, pero no lo relacionaron con actividad física, ni entornos comunitarios que faciliten las decisiones saludables. Para muchos actores, el alto precio de los alimentos saludables es clave en las decisiones de compra y consumo. Así mismo se hizo énfasis en la noción de libertad de elección, considerando que la Ordenanza no debiese prohibir la venta de comida no saludable afuera de los establecimientos educacionales. Los administradores de kioscos escolares manifestaron apoyar la Ordenanza, ya que complementa la prohibición de venta de alimentos “alto en” al interior de la escuelas (Ley 20.606), con la restricción afuera de la escuela. Por su parte los vendedores ambulantes son contrarios a la regulación, les preocupa su situación laboral y económica, la consideran injusta y discriminatoria, porque aborda solo la venta ambulante de alimentos no saludables, pero no incluye al sector formal como tiendas de conveniencia, almacenes y supermercados. Las promotoras comunales de salud piensan que estas medidas restrictivas pueden aumentar la cesantía.

Los y las estudiantes no consideran la relevancia del cambio del ambiente alimentario que persigue la Ordenanza, y piensan que “la gente seguirá consumiendo comida chatarra”, pues la

adopción de hábitos saludables depende de cada persona: *“tení que darte cuenta de que cuando uno quiere comer algo, lo compra igual, no importa que esté ilegal y todo eso”* (Grupo focal Escolares).

La participación social en el diseño y formalización de la Ordenanza fue escasa según todos los entrevistados y consultados. Para algunos, la importancia de la participación no solo radica en el ejercicio democrático, sino también en su valor instrumental, pues puede contribuir a mejorar los procesos de recepción por parte de la comunidad: *“Si a ti te imponen algo(...) hay que hacer esto y esto, ya viene con una base, entonces a esa base tú tienes que hacerla replicar al resto y de repente ahí falla algo, que la gente dice no, (...) En cambio, de repente, dando la oportunidad a gente de ir y participar, aunque la decisión o las palabras que diga la persona no tenga ninguna injerencia a lo mejor (...) pero participó, esa parte es importante”* (Grupo focal apoderados).

Una cuestión muy significativa es que muchos participantes señalaron que la Ordenanza debió haber incluido temas de educación sexual, consumo de drogas y salud mental, y no sólo alimentación y actividad física.

Lecciones aprendidas

Los resultados entregan un conjunto de lecciones aprendidas, que se agrupan en 4 ámbitos: barreras, debilidades, fortalezas y facilitadores en la construcción y gestión de la Ordenanza (Figura 3).

Figura 3: Lecciones aprendidas para la construcción y gestión de la Ordenanza Municipal de Promoción de Salud de Quillota.

Entre las barreras se encuentra la complejidad en la coordinación entre algunos departamentos del municipio, así como la lejanía administrativa entre la Unidad de Promoción y el Departamento de Salud. A nivel de la comunidad, la barrera más importante fue el débil convencimiento y el rechazo de algunos actores, como se ha descrito.

Respecto a las debilidades, se observa un proceso caracterizado por una escasa convocatoria y difusión hacia la población. También se evidenció dificultad para posicionar el tema en la agenda, pasaron casi 2 años para que se lograra la aprobación de la Ordenanza.

En cuanto a las fortalezas destaca el esfuerzo por el trabajo intersectorial articulado y el liderazgo del equipo de promoción de salud municipal; ambas cosas se ven reflejadas en la amplia constitución de la Mesa Intersectorial y en su eficiente funcionamiento.

En cuanto a los aspectos facilitadores, la iniciativa surgió en un momento y contexto nacional favorable, puesto que la epidemia de obesidad estaba posicionada como un problema de salud pública relevante, y se contaba con evidencias y normativas nacionales que dieron sustento al desarrollo de este proceso normativo. Contribuyeron también el alto compromiso del equipo técnico municipal, de las comunidades escolares y del Alcalde y sus Concejales, así como el lema comunal de “felicidad y bienestar de sus habitantes”.

DISCUSIÓN

El enfoque cualitativo de este estudio permitió conocer e interpretar el proceso de construcción de una ordenanza municipal de promoción de salud, en cuanto a prácticas y percepciones de los propios actores técnicos y políticos, y de la comunidad representada por profesores, apoderados, estudiantes y adultos mayores. Esta información y sus conclusiones permitirán a otros municipios que deseen avanzar en Ordenanzas de este tipo, comprender mejor los factores intervinientes y los actores involucrados en el proceso, y anticiparse a las barreras y dificultades aprovechando mejor posibles facilitadores y oportunidades.

La Ordenanza de Quillota es el resultado de un arduo trabajo de gestión, coordinación, negociación y acuerdos, entre los equipos comunales y provinciales de promoción, de salud, de educación y administrativos, y autoridades políticas locales, y grupos de la comunidad que serían directamente afectados por la Ordenanza.

El propósito de la normativa es mejorar los entornos comunitarios para contribuir a instalar estilos de vida saludable en la población, pero implica algunas restricciones de libertades que no siempre son fáciles de consensuar, puesto que se enfrentan con la noción profundamente arraigada en la sociedad de que tenemos derecho a elegir. Esta noción, propia del modelo neoliberal, desconoce que esa libertad está limitada por factores sociales, económicos, de acceso y de disponibilidad, entre otros.

Las recomendaciones internacionales para la promoción de salud llaman a potenciar el trabajo local y la participación

e integración social empoderando a la población para que ejerza mayor control sobre los determinantes de su propia salud²⁸. Además, se refuerza el rol que cumplen los Alcaldes en la creación y aplicación de mecanismos para proteger la salud de sus comunidades, promoviendo el bienestar mediante políticas públicas, tal como señala la Declaración de Shangai sobre la promoción de la salud y el desarrollo sostenible²⁹, y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre municipios, ciudades y comunidades saludables, enfocadas a formular políticas públicas saludables como ordenanzas, acuerdos, resoluciones, etc., a partir de las necesidades sentidas y expresadas por la población^{30,31}.

En la misma línea de la Ordenanza de Promoción de Salud de la Comuna de Quillota, países en todo el orbe han impulsado acciones tendientes a mejorar la salud de los pueblos. A nivel internacional, existe la experiencia del Consenso de Alcaldes de Copenhague que fue adoptado en la Cumbre de Alcaldes de la Red Europea de Ciudades Saludables de la Organización Mundial de la Salud en Copenhague Dinamarca, comprometiéndose a fomentar la salud y el bienestar a través de la gobernanza, el empoderamiento, la participación y la equidad en todas las políticas locales, promoviendo instancias legislativas y acciones para la salud, como son las ordenanzas³².

En América Latina también existen experiencias referidas al impulso de normativas locales para mejorar el ambiente que rodea a las personas. Argentina, en su Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, en el componente promoción de la salud, promueve el desarrollo de ordenanzas municipales especialmente referidas a regular el consumo de tabaco y de sodio³³. Asimismo, Ecuador ha elaborado un Manual para la Certificación de Municipios Saludables, en el que destacan como ejes de trabajo, la existencia y aplicación de ordenanzas para regular las ventas de alimentos en la vía pública (vendedores ambulantes) y el consumo de tabaco en espacios cerrados³⁴.

En Chile la Estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, coordinada por el Ministerio de Salud, se enfoca en proveer las condiciones necesarias para una vida sana en el contexto comunitario. Esta estrategia constituye un proceso de ejercicio de ciudadanía, en la cual los derechos de las personas que viven en una comuna son reconocidos como tales por quienes son los responsables de la ejecución articulada y focalizada de políticas públicas y de las autoridades¹⁶. Alineados con esta Estrategia, diferentes municipios han implementado normativas sobre estilos de vida saludable, tales como Santa Cruz, Peñalolén, Puente Alto y Arauco, entre otras^{35,36}. No obstante, ninguna de estas iniciativas ha publicado la sistematización del proceso de construcción de sus ordenanzas y llama la atención que tan pocas comunas en el país hayan seguido estos lineamientos ministeriales, probablemente debido a las dificultades halladas en el proceso y que en nuestro estudio logramos establecer. En nuestro análisis, entre las

fortalezas del proceso de construcción de la Ordenanza de Quillota destacan su innovación social, la gestión en base al liderazgo y la articulación intersectorial. Entre los aspectos facilitadores resalta el compromiso del Alcalde y la voluntad política de los tomadores de decisiones. Pero también encontramos debilidades y barreras, entre ellas la principal la falta de participación social amplia; el discurso neoliberal hegemónico en la sociedad chilena, que representa un obstáculo para la aceptación de regulaciones; y el rechazo por parte de aquellos que ven amenazada su fuente de ingresos y perciben discriminación en contra de su labor (vendedores ambulantes de alimentos vs comercio establecido).

En razón a los hallazgos, la recomendación es insistir en la necesidad de promover la participación ciudadana para permear los fundamentos de los contenidos de la ordenanzas (por qué priorizar la alimentación y actividad física) y la forma de intervenir el ambiente comunitario (más oportunidades para la práctica de actividad física y la prohibición de venta de alimentos no saludables en algunos espacios protegidos), legitimando las normativas y dando la opción a la comunidad de manifestar otros temas de interés como los que surgieron en el estudio, salud mental, salud sexual y consumo de drogas. Se propone como estrategia la incorporación de diálogos participativos, que generan espacios de encuentro entre la ciudadanía, las autoridades y los equipos técnicos. El grado de apoyo social puede incidir en el proceso de implementación de políticas públicas de distinto nivel, lo que en el caso de la Ordenanza de Quillota, debería ser motivo de una investigación futura.

CONCLUSIÓN

La gestión de una Ordenanza Municipal que promueve la vida sana, pero que restringe libertades en pos de las mejoras de los ambientes alimentarios, no es un proceso sencillo de efectuar. Las orientaciones y regulaciones de nivel nacional son relevantes para su impulso, así como la intersectorialidad efectiva a nivel local, las competencias y liderazgo técnico y el apoyo político. Por otra parte, la participación ciudadana activa e informada, es clave a la hora de contar con soporte social para sortear las barreras y opositores a estas normativas.

Financiamiento. Este estudio fue financiado por el Gobierno de Chile a través del Fondo Chile de Todas y Todos 2018 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Proyecto Código 136818).

Agradecimientos. Las autoras agradecen la valiosa contribución de las profesionales que efectuaron el trabajo de campo: Soc. Rosario Gaymer, Dra. Nelly Baeza, Pdsta. Pamela Simonetti y Nta., MSc Ximena Palma; y la colaboración voluntaria de Valentina Westwood, estudiante de Nutrición y Dietética de la Universidad de Valparaíso. Agradecemos de manera especial al alcalde de Quillota Dr. Luis Mella Cajardo por abrirnos los espacios para realizar este estudio. También agradecemos al director del Departamento de

Salud de Quillota Lcdo-TS Victor Alvarado, a la Dra. Ximena Maldonado, la cientista política Valeria Quijada y la Lcda-TS Paula Herrera y a todo el equipo de la Mesa Intersectorial de Promoción de Salud de la Municipalidad de Quillota por colaborarnos con la información necesaria.

Conflictos de interés. Las autoras declaran que no tienen conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. National Board of School Aid and Scholarships. Nutritional map 2019. JUNAEB, Santiago of Chile; 2019. <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/03/Mapa-Nutricional-2019-1.pdf>
2. Ministry of Health. National Health Survey Report (ENS) 2016- 2017. MINSAL, Santiago of Chile; 2017. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
3. Araneda J, Pinheiro A, Rodríguez L. An updated look about food environments and obesity. *Rev Chil Salud Publica*. 2020; 24: 67-71.
4. Mikkelsen B, Williams J, Rakovac I, Wickramasinghe K, Hennis A, Shin HR et al. Life course approach to prevention and control of non-communicable diseases. *BMJ*. 2019; 364: 1257.
5. Vío F, Albala C, Kain J. Nutrition transition in Chile revisited: mid-term evaluation of obesity goals for the period 2000-2010. *Public Health Nutr*. 2008; 11: 405-412.
6. Rosenheck R. Fast food consumption and increased caloric intake: A systematic review of a trajectory towards weight gain and obesity risk. *Obes Rev*. 2008; 9: 535-547.
7. Biro FM, Wien M. Childhood obesity and adult morbidities. *Am J Clin Nutr*. 2010; 91: 1499S-1505S.
8. González-Hidalgo C. Analysis of foods advertised to childhood audience on Chilean television. *Salud Publica Mex*. 2017; 59: 691-700.
9. Gonzalez C, Atalah E. Regulation of food advertising on television for the prevention of childhood obesity. *Arch Latinoam Nutr*. 2011; 61: 296-301.
10. Pan American Health Organization/World Health Organization. Promotion health in the Americas. Annual report of the Director-2001. Official Doc. No. 302. Washington, D.C.: PAHO, 2001. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18714>
11. World Health Organization. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development. *Health Promot Int*. 2017; 32: 7-8.
12. Mohammed AJ, Ghebreyesus TA. Healthy living, well-being and the sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2018; 96: 590-590A.
13. Ministry of Social Development; Undersecretary of Social Services. Law 20.670 Create the System Choose to Live Healthy. Library of the National Congress, Chile; 2013. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1051410>
14. Ministry of Health; Undersecretary of Public Health. Law 20.606 On nutritional composition of food and its advertising. Library of the National Congress, Chile; 2012. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1041570>
15. Ministry of Health; Undersecretary of Public Health; Healthy Public Policies and Promotion Division; Nutrition and Food Department. National food and nutrition policy. MINSAL, Santiago of Chile; 2017. http://www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/BVS_POL%C3%8DTICA-DE-

- ALIMENTACI%C3%93N-Y-NUTRICI%C3%93N.pdf
16. Ministry of Health; Undersecretary of Public Health. Healthy municipalities, communes and communities. Technical guidance. MINSAL, Santiago of Chili; 2015. [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20OT%20FINAL\(3\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20OT%20FINAL(3).pdf)
 17. Municipality of Quillota. Municipal health promotion ordinance for the Quillota district. Quillota, Chili; 2017. <https://www.quillota.cl/web/transparencia/wp-content/uploads/decretos/2017/11/8662%20SE%20APRUEBA%20ORDENANZA%20MUNICIPAL%20DE%20PROMOC.%20DE%20SALUD%20PARA%20LA%20COMUNA%20DE%20QUILLOTA.pdf>
 18. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. Eur J Gen Pract. 2018; 24: 9-18.
 19. Ministry of Health; Undersecretary of Assistance Networks; Primary Care Division. Health promotion. MINSAL, Santiago of Chili; 2016. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf
 20. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. The interview, a flexible and dynamic resource. Inv Ed Med. 2013; 2: 162-167.
 21. Ministry of Health; Undersecretary of Assistance Networks; Department of Citizen Participation and User Treatment. Technical guidelines for participatory citizen dialogues. MINSAL, Santiago of Chili; 2015. http://200.72.129.100/transparencia/transparencia_activa/doc_participacion_ciudadana/Orientaciones_tecnicas_dialogos_ciudadanos_participativos_2015.pdf
 22. Mínguez X. Methods of dialogue with large groups. Tools to deal with complexity. Rev Estud Soc. 2015; 51: 186-197.
 23. Ferrer, M. Providing information on risks and benefits of biomedical research in the informed consent process. Complexities and challenges. Rev Chil Neuropsicol. 2010; 5: 46-58.
 24. Anguita V, Sotomayor M. Confidentiality, anonymity? The other promises of research. Acta Bioethica. 2011; 17: 199-204.
 25. Armstrong R, Waters E, Roberts H, Oliver S, Popay J. The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health. J Public Health (Oxf). 2006; 28: 384-389.
 26. Wilson MG, Lavis JN, Travers R, Rourke SB. Community-based knowledge transfer and exchange: Helping community-based organizations link research to action. Implement Sci. 2010; 5: 33.
 27. Fernandez M, Ruiter R, Markham C, Kok G. Intervention mapping: Theory and evidence-based health promotion program planning: perspective and examples. Front Public Health. 2019; 7: 209.
 28. Rissel C. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world: What is it all about? NSW Public Health Bull. 2005; 16: 156-158.
 29. World Health Organization. Ninth world conference on health promotion. Shanghai, China: WHO; 2016: 21-24. <https://www.who.int/mediacentre/events/2016/health-promotion/es/>
 30. Pan American Health Organization/World Health Organization. Healthy municipalities and communities. Argentina: PAHO/WHO; 2002. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6249/2002-ARG-municipios-saludables.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
 31. Pan American Health Organization. Guide for healthy municipalities step by step. Asunción, Paraguay: PAHO; 2011. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10114/Municipios%20Saludables.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 32. World Health Organization. Phase VII of the WHO European Network of Healthy Cities 2019-2024. Spain: WHO; 2019. http://recs.es/wp-content/uploads/2020/12/Documento_OMS_final-reducido.pdf
 33. Government of Argentina. Healthy Argentina National Plan. Municipal actions for the promotion of healthy eating, physical activity and the fight against tobacco. Argentina; 2013. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento163.pdf>
 34. Government of Ecuador. Ministry of Public Health. Healthy municipalities in Ecuador. Manual for the certification of municipalities. Guidance for municipal authorities and technicians. Quito, Ecuador; 2016. https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=desarrollo-sostenible-y-salud-ambiental&alias=704-municipios-saludables-en-el-ecuador&Itemid=599
 35. Salinas J, Correa F, Vío del Río F. Regulatory framework for promoting healthy food intake in basic schools in Chile. Rev Chil Nutr. 2013; 40: 274-282.
 36. Municipality of Arauco. Decree 4352 Municipal ordinance on promoting of healthy lifestyles in the Arauco district. Library of the National Congress, Chili; 2018. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1119477>