



DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS COMUNAS

Informe final

Licitación Pública N° 757-483-L112



Santiago de Chile

RESUMEN

El presente informe da cuenta del estudio realizado por la consultora Katalejo Investigaciones Sociales, en conjunto con el Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana del MINSAL, durante los meses de diciembre 2012 y enero 2013, un estudio cualitativo desarrollado en cuatro comunas de la Región Metropolitana y que se centró en el funcionamiento y la gestión de sus Planes de Promoción de la Salud.

La gestión de los planes a nivel local se encuentra condicionada por ciertos atributos de orden nacional. En primer lugar, hay una ausencia de un marco conceptual que oriente las acciones que se realizan. En segundo lugar, está la incapacidad de instalar el tema como un eje transversal de la agenda pública y, por ende, de las políticas públicas. En tercer lugar, hay una tensión con la medicina tradicional, lo que no ha permitido que se instale como una prioridad del sistema de salud.

De alguna manera, estos rasgos se replican a nivel comunal, generándose un escenario donde la promoción no constituye una prioridad para la autoridad política, ni tampoco un eje transversal de la política municipal. A esto se suma el escaso grado de “institucionalización” que tiene la gestión en promoción de la salud, de modo que los jóvenes equipos que impulsan el tema lo hacen en base a su propia voluntad. Esta situación también es homologable a los encargados del plan, quienes además de esta función tienen varias otras, quedando la promoción relegada a un segundo plano.

Los resultados señalan que en el contexto actual, no es posible catalogar como más adecuado uno por sobre otro modelo de gestión institucional¹, ya que en ambos modelos se presentan buenas y malas prácticas. Por lo demás, las condiciones externas al modelo influyen de forma gravitante en el buen desarrollo del plan. Dentro de las principales, se puede nombrar la voluntad política de las autoridades municipales en tanto un factor importante pero extremadamente circunstancial, y por otro lado, la capacidad de coordinación y trabajo intersectorial en sus distintos niveles (municipal, equipo ejecutor, comunitario y organizaciones públicas y privadas externas a la municipalidad).

Un punto crítico del funcionamiento del plan el pasado año 2012, fue la excesiva demora con la que los recursos económicos se hicieron operativos en las comunas. Independiente de las partes involucradas y las responsabilidades de esta situación, lo cierto es que afectó de forma negativa el desarrollo del plan, el cual en la mayoría de las comunas debió ser ejecutado durante los últimos meses del año.

Todas las comunas estudiadas, priorizaron el trabajo en el sector educacional. En cuanto a las temáticas de trabajo², no es posible hacer generalizaciones y más bien cada comuna priorizó una u otra dependiendo de las demandas y necesidades de su territorio, sumado a las capacidades del equipo ejecutor.

¹ Administración del plan de promoción en alguna unidad municipal o radicada en los centro de salud.

² Alimentación saludable, actividad física y espacios libres de humo de tabaco.

INDICE

I.	INTRODUCCION	4
II.	MARCO TEORICO	5
II.1	Promoción de la salud	5
II.2	Antecedentes promoción de la salud en Chile	8
II.3	Experiencias en promoción de la salud a nivel comunitario	9
III.	OBJETIVOS	12
III.1	Objetivo general	12
III.2	Objetivos específicos	12
IV.	METODOLOGIA	13
Fase 1:	Entrevistas semiestructuradas	13
Fase 2:	Estudios de casos	13
Fase 3:	Construcción de indicadores	14
V.	TRABAJO DE CAMPO	16
VI.	RESULTADOS	17
VI.1	Política/programa nacional	17
VI.2	Gestión municipal	20
VI.3	Presupuesto	24
VI.4	Programa/actividades	25
VI.5	Infraestructura	28
VI.6	Trabajo intersectorial y asociatividad	29
VI.7	Evaluación y proyección	33
VII.	PROPUESTA DE INDICADORES	35
VIII.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
IX.	BIBLIOGRAFIA	41
X.	ANEXO: PAUTAS DE ENTREVISTAS	43

I. INTRODUCCIÓN

La presente propuesta técnica, la consultora Katalajo Investigaciones Sociales Ltda., busco dar cumplimiento de los requerimientos de la licitación pública N° 757-483-L112 expuesta en el portal mercado público por el Ministerio de Salud (MINSAL).

El Ministerio de Salud ha desarrollado acciones de Promoción de la Salud durante el periodo 1998 – 2011, que incorporan estrategias intersectoriales de promoción en el marco de los objetivos sanitarios.

Las acciones del Programa de Promoción de la Salud, se enmarcan en el Plan Nacional de Salud 2011 – 2020, a través del objetivo estratégico N° 3. Este se refiere a factores de riesgo vinculados a la meta de “Salud Óptima”, cuyo indicador mide el número de factores protectores presentes en la población asociados a estilos de vida saludable.

La Promoción de la Salud, -función esencial de la Salud Pública-, realiza acciones directas con las personas y el ambiente y acciones político - estratégicas de carácter regulatorio destinadas a incidir en la mejoría de la calidad de vida. Para ello y con el fin de fortalecer los procesos para el desarrollo de la Promoción de Salud en el país, es necesario destacar las experiencias de buenas prácticas sobre la incorporación de la promoción de salud en la gestión municipal.

A partir del año 2011, las orientaciones de promoción de la salud se centran en la necesidad de generar políticas locales con foco colectivo. En efecto, la dimensión estructural de las acciones de promoción de la salud se refiere a una serie de medidas que instalan condiciones estables y que constituyen mayores oportunidades para que personas, familias y comunidades accedan a la práctica de la promoción de la salud (alimentación saludable, actividad física y vida libre de humo de tabaco) con estrategias que no sólo influyen en las temáticas priorizadas gubernamentalmente, sino que apoyan el desarrollo de factores protectores a través del enfoque psicosocial y la participación ciudadana.

El incremento de las prácticas de actividad física y alimentación saludable forman parte de las metas del Programa de Promoción; diversos factores de contexto, sociales e individuales influyen en la consecución de estos objetivos. Para ello, se propone levantar un modelo que permita dar seguimiento a las intervenciones de promoción de salud en el espacio local, con el fin de monitorear los procesos y resultados de la Promoción de Salud en el país.

En términos formales, este informe comienza con el marco teórico donde se reúne evidencia sobre la promoción de la salud y se destacan algunas experiencias a nivel latinoamericano y europeo. Le siguen los objetivos del estudio, luego la metodología, el trabajo de campo, el análisis de los resultados, una sección de propuesta de indicadores, las conclusiones y recomendaciones, y, por último, la bibliografía.

II. MARCO TEÓRICO

II.1 Promoción de la salud

El debate público en torno al concepto de promoción de la salud tiene sus primeros antecedentes en la década de los setenta, cuando se difunde el informe *“A new perspective on the health of Canadians (Canadá, 1974)*. En este documento queda claro que las acciones de los servicios sanitarios no eran suficientes para responder a las demandas de toda la población, lo que atentaba contra el deseo de lograr una población y un ambiente sano.

La *I Conferencia Mundial de Promoción de Salud (Ottawa, 1986)* es un paso trascendental en el ámbito de la promoción, al proponer 5 acciones:

- Elaborar una política pública saludable.
- Crear entornos de apoyo.
- Fortalecer la acción comunitaria.
- Desarrollar las habilidades personales.
- Reorientar los servicios sanitarios.

Podemos ver que la salud pasa a ser valorada como algo más que la ausencia de enfermedad, transformándose *“en un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas”*³. Se trata, por ende, de un proceso de transferencia de competencias y capacidades desde el sistema sanitario hacia la comunidad, de manera que ésta sea capaz de forjar y promover un estilo de vida saludable, que implica a la persona, familia y entorno.

Posteriormente, tenemos la difusión de la *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (OMS: 2004)*. En ella, se insta a los Estados miembros a *“impulsar la formulación y promoción de políticas, estrategias y planes de acción nacionales para mejorar el régimen alimentario y alentar la actividad física”*.

La Carta de Bangkok (2006), por su parte, es la que rige en la actualidad el tema de la promoción de la salud, siendo asumida como un derecho fundamental de las personas y como un determinante de la calidad de vida, el cual abarca el bienestar espiritual y material. En términos concretos, se le asume como: *“capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud (...) Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud”*.

En la última década, es posible ver la aparición de una corriente de académicos latinoamericanos (Sanabria, Chapela, entre los principales), los cuales tienen una mirada crítica hacia la labor de los organismos internacionales que se han implicado en el tema. A su juicio, estas organizaciones no han sido capaces de impulsar un debate conceptual sobre la promoción de la salud que permita integrar otros puntos de vista y que, paralelamente, contribuya a

³ Carta de Ottawa, 1986

actualizar nociones tan importantes en este campo, como son los conceptos de cuerpo y salud. En sus propias palabras: *“Los discursos en promoción de la salud frecuentemente aparecen como si partieran de acuerdos conceptuales. Sin embargo, la práctica que sustentan revela profundas diferencias en concepciones, significados, beneficiarios y fines lo que revela una lucha por ganar capital en el campo de la promoción de la salud. Un ejemplo de esto es el conflicto educación en salud/promoción de la salud”*

En esa línea, Sanabria (2007) nos recuerda las diferencias que existen entre la promoción de la salud y la educación para la salud, las cuáles comienzan a percibirse en la medida que se entiende a la promoción como *“un nuevo paradigma”*, y no solamente como una mera *“estrategia o función esencial de la Salud Pública”*.

Remontarse a los orígenes de la educación para la salud es otra alternativa para diferenciar ambos conceptos. En efecto, sus orígenes se circunscriben a la Segunda Guerra Mundial, cuando pasa a formar parte de las acciones sanitarias de los Gobiernos Nacionales. En ese marco, el foco estuvo puesto en el higienismo, la rehabilitación y la asistencia hacia la población. En forma paralela, pero ya en la década de 1970, surge un nuevo enfoque de la educación para la salud, con una mirada más crítica. Los reparos apuntan a la ineficacia que han tenido las acciones que se han realizado y la escasa participación que tiene la población general.

Las reflexiones de Chapela (2007) permiten avanzar aún más en la diferenciación del concepto de promoción de la salud. En el curso del propio desarrollo del concepto ha ido emergiendo, en paralelo, el componente político que le trasunta. Si bien se ha intentado mantener la discusión en el terreno de lo *“técnico”*, lo cierto es que el hecho que la promoción apele por el empoderamiento de la población (y de los otros actores que no son parte del sector público) implica poner en el centro de la discusión la forma como se transfieren las capacidades y conocimientos que permitirían empoderar a la población. En sus propias palabras: *“la mirada profunda a la promoción de la salud descubre que para lograr las condiciones básicas para su acción se requieren cambios en políticas, sistemas y servicios de salud favorables al ejercicio del poder de la población”*.

Por su parte, el concepto de *“abogacía en promoción de la salud”* (advocacy) cabe entenderlo como: *“una estrategia incorporada en el modelo de abordaje de Promoción de la Salud, que combina acciones individuales y sociales destinadas por un lado, a superar resistencias, prejuicios y controversias y por otro lado, busca conseguir compromisos y apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa”*.

Entender los orígenes de la promoción de la salud, avanzar en la diferenciación de ciertas estrategias al interior de este campo que pueden aportar en su propia consolidación - como son la educación para la salud y la abogacía en promoción de la salud- son pasos importantes a la hora de replantearse el significado actual del término. En esa misma dirección, y siguiendo a la corriente crítica latinoamericana, resulta conveniente rescatar el sentido que se le quiso dar a la promoción en la carta de Otawa, donde hubo la suficiente voluntad política como para reconocer el *“poder de los individuos expresado en su capacidad para identificar y lograr sus aspiraciones individuales y colectiva”*.

Precisamente, para efectos de este estudio, adoptaremos dicha definición, entendiéndola entonces, como: *“un proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él”*.

II.2 Antecedentes promoción de la salud en Chile

El desafío de promover la salud tiene una enorme vigencia en Chile, toda vez que nos enfrentamos a una transición epidemiológica que torna prioritarios problemas de salud como el cardiovascular, salud mental, cáncer y accidentes, constituyéndose en los mayores responsables de la Carga de Enfermedad del país (“Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible”, MINSAL-PUC 2007). En los tres problemas principales de salud se identifican como principales determinantes la alimentación, el consumo de tabaco, los factores psicosociales y ambientales, y la actividad física.

Estudios realizados por Salinas y Vio (2003)⁴; Crovetto y Vio (2009)⁵, indican los comienzos de la promoción de la salud en Chile en 1998, cuando las autoridades gubernamentales crean el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud e implementan el Plan Nacional de Promoción de la Salud Vida Chile. Ambos precedentes darían paso, en 2001, a la implementación del programa Plazas Vida Chile. Luego, tenemos la promulgación de los *“Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010”* donde se proyectaba como meta para el 2010 reducir el sedentarismo en un 7% en la población mayor de 15 años. Por último, se encuentra la *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2010-2020*. En ella observamos que uno de los objetivos estratégicos del MINSAL consiste en “desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población”. El cumplimiento de este objetivo será evaluado en base a la consecución de metas; dentro de estas, y en el contexto de este estudio, son de interés aquellas que se relacionan con la promoción de la alimentación saludable, actividad física y espacios libres de humo de tabaco:

- Aumentar en 20 por ciento la prevalencia de al menos 5 factores protectores en la población mayor de 15 años. De 35,6 por ciento a 42,7 por ciento al 2020.
- Reducir en 5 por ciento la prevalencia proyectada de consumo de tabaco (último mes) en población de 12 a 64 años. De 40,9 por ciento a 35,6 por ciento.
- Disminuir en 10 por ciento la prevalencia de obesidad en menores de 6 años. De 9,6 por ciento a 8,6 por ciento.

⁴ Judith Salinas y Fernando Vio. “Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria”. Departamento de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud de Chile, 2003. Visto en julio 2012, en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n4/18134.pdf>

⁵ Mirta Crovetto y Fernando Vio. “Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: lecciones aprendidas y proyecciones futuras”. Revista chilena de nutrición, 2009. Visto en agosto 2012, en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182009000100004&script=sci_arttext

- Aumentar en 30 por ciento la prevalencia de actividad física suficiente en la población entre 15 y 24 años. De 23,1 por ciento a 30 por ciento.

II.3 Experiencias en promoción de la salud a nivel comunitario

El área de estudio de la promoción de la salud de la población, tanto su implementación como su desarrollo, es relevante, y a la vez compleja.

La importancia de la promoción de la salud local ha sido destacada en variados documentos de la OMS desde la década de los 70. La Carta de Ottawa, por ejemplo, abogó por el fortalecimiento de la participación comunitaria como estrategia para lograr tanto equidad como una mejor salud, a través de acciones tales como el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, la planificación en salud y la implementación de estrategias de promoción de la salud (WHO, 1986). La promoción de la salud abarca ítems alojados en distintos sectores del funcionamiento de un país, y a distintos niveles dentro de un mismo sector. Esta amplitud de áreas determina la complejidad del análisis. En términos generales, existe un enfoque hacia la prevención de enfermedades y lesiones organizado desde “arriba hacia abajo” en los programas, impulsado por actores externos en colaboración con las comunidades; y existe otro dirigido a los determinantes de la salud que se centra en la creación de capacidad dentro de la comunidad, y que surge a nivel de base en la comunidad, de “abajo hacia arriba” (MITTELMARK, 1999).

En lo que sigue, se presenta el resumen de tres experiencias respecto a la implementación y desarrollo de promoción de la salud a nivel de municipalidades, dos de ellas en el contexto latinoamericano.

La primera de ellas (JANSSON, 2010) analiza de manera retrospectiva, y a través de metodología cualitativa, el proceso de instalación de la promoción de la salud en 4 municipios de Suecia, entre los años 1990 y 2006. Conceptualmente divide al proceso en iniciación, acción y logros; y en cada uno de ellos identifica factores tanto internos como externos que inciden en el buen desarrollo del proceso.

Respecto a la *iniciación* del proceso de promoción de la salud, aparecen dos ejes centrales: los elementos internos y externos que dan origen al proceso (principalmente temas y necesidades detectadas localmente, por sobre los lineamientos políticos a nivel nacional); y la existencia de catalizadores del proceso, en los que destaca la presencia de personas dentro de la municipalidad con entusiasmo particular por los temas de promoción y la ocurrencia de eventos de repercusión local, dentro de los elementos internos; y el financiamiento, las estadísticas a nivel local y la información de la prensa, dentro de los externos.

Existen visiones contrapuestas respecto a la mejor forma de determinación de las *acciones* a seguir en promoción de salud: una visión centralizada y clarificada permite alinear esfuerzos disgregados en distintas unidades dentro del nivel municipal, pero, por otro lado, puede obstaculizar la capacidad de un departamento de tomar la iniciativa y actuar, ya que cualquier medida primero necesitaría apoyo central. Las distintas experiencias informadas no permiten conclusiones unívocas.

Finalmente, los *logros* entendidos como cambios organizacionales permanentes en el tiempo de la organización, las estructuras y las estrategias de las actividades de promoción de la salud, son influidos principalmente por la formulación de objetivos amplios, explícitos y bien arraigados dentro de la institución.

Una segunda experiencia (ATKINSON, 2005), da cuenta de un análisis comparativo de dos sistemas de salud descentralizados, Chile y Brasil, mediante el estudio de casos de 8 municipios, escogidos por su característica urbano/rural y por su grado de implementación de promoción en salud (básico/avanzado). Sin embargo, sólo da cuenta de los aspectos del macronivel que afectan la gestión de la promoción de salud a nivel municipal.

Se encontró una amplia variedad de extensión y forma de los sistemas locales de promoción y prevención, a través del estudio de distintas prestaciones en los municipios. El análisis se realizó a través de la comparación de elementos considerados “clave”: estructura del sistema de salud (a nivel nacional y a nivel local), intersectorialidad, recursos humanos y la introducción del enfoque de salud familiar.

Algunos factores del nivel nacional fueron identificados como relevantes en las diferencias encontradas entre los países. El primero de ellos pareciera el más importante: la estructura global del sistema de salud vertical (Chile) versus horizontal (Brasil). Se considera que las estructuras altamente jerarquizadas permiten desarrollar una mayor conciencia del tema de promoción de salud (que es considerado un segundo factor), pero presentan las desventajas de ser incompatibles con iniciativas locales, y el peligro que los programas de promoción sean considerados un conjunto adicional, aparte de las actividades que se financian a través del sistema vertical de manera habitual. Junto a ello se observa un sesgo importante de actividades en el Chile urbano (tercer factor), lo que pudiese estar relacionado con el primer factor, a través de las posibilidades de construir capacidad a nivel local (un cuarto factor) que es menor en áreas rurales y en sistemas verticales. Por último, se determina que las estrategias para atraer recursos humanos (cuarto factor) resultan relevantes en cuanto la mayor descentralización en Brasil permite mayor status de la carrera de los funcionarios en municipios urbanos.

También se determinaron factores comunes, y a la vez relevantes, en ambos países: la organización del sistema de salud local dentro de una estructura descentralizada; la matriz de gestión y trabajo en equipo en los centros de salud; la ambivalencia sobre el valor de descentralización dentro del municipio; el enfoque de bola de nieve v/s cobertura total de la promoción de salud; y la importancia de los vínculos con el sector educativo, enfocados en la siguiente generación.

Finalmente, se presenta el análisis cualitativo de 4 programas de promoción en actividad física en la ciudad de Bogotá, Colombia (MENA-BEJARANO B, 2006), a través de categorías propuestas por el investigador, y que concluye principalmente con las fortalezas de cada experiencia.

El programa *Muévete Bogotá (MB)*, desarrollado por el Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD), se considera uno de los principales programas en el ámbito local, regional y nacional, al punto que ha logrado reconocimiento internacional. Está enfocado hacia la práctica regular de actividad física, utilizando las actividades de la vida diaria, los ratos de ocio y el tiempo libre como espacios fundamentales para su desarrollo; en diversos ambientes (escuela y

trabajo). Contempla realización de eventos masivos de promoción y divulgación de la actividad física mediante la implementación de actividades que evalúan y diagnostican la condición física de las personas. Ha obtenido ahorro en costos médicos, mayor productividad laboral, menor ausentismo, mayor rendimiento académico en estudiantes, disminución de enfermedades y riesgos profesionales, mayor bienestar y placer

El programa *Salud y Calidad de Vida de la Localidad de Engativa*, es una iniciativa que surge como resultado de un convenio institucional entre la Alcaldía local y la Universidad Nacional de Colombia, y que aborda la promoción de salud en población con enfermedades crónicas no transmisibles. Consiste en etapas de evaluación y posterior intervención a través de estrategias motivacionales, según categorización de pacientes, para mejorar la práctica de actividad física, en el contexto de falta de atención suficiente para los problemas derivados de estas enfermedades. Junto a ello se programaron sesiones comunitarias en los barrios, cumpliendo estándares internacionales de suficiencia de actividad física.

El programa *Tercera Edad y Atención al Discapacitado*, también del IDRD, se encuentra centrado en población adulta mayor, busca prevenir la discapacidad, manteniendo a la población dentro de las localidades sin dependencia a otras personas. Se han gestionado recursos de otras instituciones. La estrategia utilizada es a través de formación de “multiplicadores” en los mismos adultos mayores.

El programa *Proyectos y modelos de políticas de juventud e intervención*, dependiente del Departamento Administrativo de Acción Comunal, está dirigido a la población juvenil, a través de la participación directa de los jóvenes en la toma de decisión municipal en lo relacionado con la recreación y el esparcimiento. Aunque estos proyectos no realizan acciones encaminadas exclusivamente hacia la actividad física, si la promueven y contemplan los ambientes.

A modo de corolario, en esta acotada revisión, podemos ver la exposición de diversas experiencias en contextos variados, y con distintas metodologías. Con todo, se puede observar que resultan habituales algunos elementos, como la preocupación por la relevancia que efectivamente le otorga al tema de la promoción el nivel “central” o “nacional”, y la autonomía que tienen los sistemas locales para gestionar los recursos asignados

Lo expuesto permite analizar y comparar a la luz de la experiencia internacional reportada, los principales hallazgos de nuestro estudio.

III. OBJETIVOS

III.1 OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar y conocer la gestión e implementación de los planes en promoción de la salud a nivel local (comunal), considerando la opinión de los actores involucrados en su ejecución y desarrollo.

III.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- i. Conocer y caracterizar los planes y las intervenciones en promoción de la salud, implementados a nivel local.
- ii. Identificar factores que facilitan y obstaculizan la gestión e implementación de los planes de promoción de salud a nivel local.
- iii. Conocer la percepción de las autoridades (regionales, municipales) de los equipos ejecutores, beneficiarios y del entorno comunitario respecto a las intervenciones en el campo de la promoción de la salud a nivel local.
- iv. Identificar y proponer indicadores relacionados con la promoción de la salud a nivel local.
- v. Generar recomendaciones que permitan fortalecer la implementación de planes de promoción de la salud a nivel local.

IV. METODOLOGÍA

En atención a los objetivos planteados, se realizó un estudio exploratorio-descriptivo, de tipo cualitativo, el cual se centró en 4 comunas de la Región Metropolitana. Los criterios de elección de las comunas fueron dos:

- Tipo de administración en el área de la salud: Por un lado, comunas en donde el encargado de la implementación del plan se encuentre físicamente en espacios municipales como Departamento, Dirección y/o Corporación, y por otro lado aquellas comunas donde éste se ubique en Centros de Salud (Consultorio, CESFAM, etc.)
- Comunas consideradas como “Experiencias destacadas” o “no destacadas” en la implementación del plan en promoción de la salud desde la perspectiva del MINSAL.

El siguiente cuadro resume los criterios aludidos:

	Experiencia destacada	Experiencia no destacada
Administración Municipal	Comuna 1	Comuna 3
Administración Centro de Salud	Comuna 2	Comuna 4
Total	4	

El trabajo de campo, por su parte, se extendió durante 7 semanas y consideró las siguientes etapas y actividades.

FASE.1.- Entrevistas semi-estructuradas

El propósito de esta actividad fue contar con la visión profesional y técnica de las autoridades y los académicos ligados al campo de la promoción de la salud y, en particular, conocer su opinión respecto a la implementación de las intervenciones que a este efecto se desarrollan. A partir de una pauta previamente elaborada, se efectuaron 4 entrevistas entre los siguientes perfiles:

- Autoridad o profesional de la SEREMI SALUD R.M
- Investigadores y/o académicos ligados al área de la promoción de la salud.

FASE.2.- Estudios de casos

En total son cuatro los estudios de casos que se desarrollaron en la región Metropolitana. Los estudios de casos consisten en una batería de técnicas que se desarrollan en un contexto acotado. En el marco de esta investigación correspondieron al territorio en el cual se llevaron a cabo las intervenciones en promoción.

Los estudios de casos se efectuaron recurriendo a las siguientes técnicas y actividades:

ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS:

En total, se efectuaron entre 7 y 10 entrevistas en cada comuna, las cuales correspondieron a los siguientes perfiles de entrevistados:

- Director y/o profesional del área de la salud municipal
- Director y/o profesional del área de educación municipal
- Director y/o profesional del área del deporte municipal
- Equipo ejecutor de la intervención
- Beneficiarios

OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE:

Se observaron aquellas intervenciones que se encontraban en plena ejecución.

REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN SECUNDARIA:

Se reunió la evidencia levantada en la evaluación de las intervenciones, para luego proceder a sistematizar y analizar dicha información.

FASE 3.- Construcción de Indicadores

Debido a que la encuesta CASEN es la única que tiene representatividad comunal en Chile, se realizó un proceso tendiente a la construcción de indicadores que articule los ya validados por la encuesta CASEN 2009 con otros nuevos que fueron propuestos en base a las metas del objetivo 3 del Plan Nacional de Salud 2011-2020. Estos indicadores se centraron en tres aspectos:

- Consumo de tabaco
- Actividad física
- Alimentación saludable

A continuación se presenta el objetivo 3 y las metas que aluden a los temas antes mencionados:

“3) Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.

Metas:

- Aumentar en 20 por ciento la prevalencia de al menos 5 factores protectores en la población mayor de 15 años. De 35,6 por ciento a 42,7 por ciento al 2020.
- Reducir en 5 por ciento la prevalencia proyectada de consumo de tabaco (último mes) en población de 12 a 64 años. De 40,9 por ciento a 35,6 por ciento.
- Disminuir en 10 por ciento la prevalencia de obesidad en menores de 6 años. De 9,6 por ciento a 8,6 por ciento.
- Aumentar en 30 por ciento la prevalencia de actividad física suficiente en la población entre 15 y 24 años. De 23,1 por ciento a 30 por ciento.

Los indicadores fueron categorizados en base a áreas o dimensiones de búsqueda. Estas son el área de “salud”, “educación”, “entorno físico”, y “asociatividad”. Entendiendo que la práctica de deporte y de actividad física contribuye al desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, ésta temática será transversal a todas las dimensiones, de forma tal que hubo indicadores en éste ámbito en varias dimensiones.

Se propone una cantidad importante de indicadores por cada área, con el objetivo de generar un modelo evaluativo y de monitoreo comunal consolidado y con aplicabilidad nacional. Se señalan además áreas respecto de las fuentes de información secundaria donde estos indicadores podrían ser levantados.

Adicionalmente, se considero una sistematización de información secundaria, de carácter internacional, con el afán de identificar experiencias internacionales que a nivel comunal fueran destacadas⁶.

⁶ Las reflexiones de esta sistematización fueron integradas en la parte del marco teórico.

V. TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo se extendió desde diciembre 2012 hasta enero del 2013 y se desarrolló íntegramente en la región Metropolitana. En conformidad con la propuesta metodológica, el estudio consideró la ejecución de 4 entrevistas semi-estructuradas entre los siguientes perfiles:

- Profesionales de la SEREMI SALUD R.M (2).
- Investigadores y/o académicos ligados al área de la promoción de la salud (2).

El siguiente cuadro da cuenta en detalle de las entrevistas logradas:

	Institución	Cargo
1	SEREMI SALUD RM	Profesional
2	SEREMI SALUD RM	Profesional
3	Universidad de Chile	Académica, Escuela de Salud Pública
4	INTA	Investigador y Académico universitario

A esto, se sumó los estudios de casos en 4 comunas de la Región Metropolitana, donde se entrevistaron a los encargados de la promoción de la salud, jefes del área de salud, beneficiarios, encargados de educación y de extraescolar.

El siguiente cuadro da cuenta del detalle de las entrevistas logradas:

Lugar/ comuna	Tipo de experiencia	Perfil entrevistado	Numero entrevistados
Comuna 1	Destacada/ Adm. Municipal	Encargado plan	1
		Equipo Ejecutor	5
		Director Dpto. Salud	1
		Beneficiarios	3
Comuna 2	Destacada/ Adm. Centro de Salud	Encargado plan	1
		Equipo Ejecutor	5
		Directora Salud	1
		Beneficiarios	3
Comuna 3	No Destacada/ Adm. Municipal	Encargado plan	1
		Equipo Ejecutor	5
		Beneficiarios	2
Comuna 4	No Destacada/ Adm. Centro de Salud	Encargado plan	1
		Equipo Ejecutor	5
		Directora Salud	1
Total			35

El período en el cual se llevó a cabo el trabajo de terreno no fue conveniente ya que la mayoría de las comunas habían puesto término a sus actividades de promoción. Al margen de limitar las posibilidades de observar las actividades en terreno (observación no participante), este hecho dificultó el acceso a los "beneficiarios", a lo cual se sumó el período estival.

VI. RESULTADOS

VI.1 POLÍTICA/PROGRAMA NACIONAL: PRINCIPALES DEFINICIONES y CARACTERÍSTICAS

La gestión municipal en la promoción de la salud está condicionada por las definiciones que, desde el nivel central o nacional, han adoptado las diferentes autoridades públicas. En casi dos décadas este tema ha pasado por diferentes estadios en virtud del énfasis y la importancia que le han conferido las autoridades.

Las entrevistas efectuadas nos permiten conocer ciertas características de la política y/o programa nacional a lo largo de sus dos décadas de desarrollo en Chile, las cuales tienen una directa incidencia en la forma como actualmente se ejecutan las acciones a nivel comunal.

Una primera característica que mencionan los entrevistados es la falta de un marco conceptual unívoco que sustente la política y/o programa. Esta característica es coherente con lo expuesto en el marco teórico, de modo que esta indefinición es un rasgo que ha acompañado la evolución del concepto, más allá de las fronteras nacionales.

“Si se enuncia como objetivo estratégico el desarrollo de política pública lo que debe estar puesto ahí es bajo qué modelo, en forma explícita, y no está dicho de forma explícita”
Profesional, SEREMI RM

Otra característica planteada es la incapacidad que los impulsores de la promoción han demostrado como para situarlo como un tema transversal de la agenda pública y política. En consecuencia, el concepto no ha logrado permear a la institucionalidad pública en general, permaneciendo asociado a la política sectorial del MINSAL, un patrón que, por cierto, también se replica a escala local.

“En circunstancias que si tú piensas de la perspectiva de salud pública y promoción de la salud, mucho más tienen que ver con la salud de las personas- por ejemplo- el diseño de las viviendas sociales del Ministerio de la Vivienda o el diseño de los planes educativos en los colegios que lo que puede hacerse desde los consultorios”
Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

La escasa fuerza que tiene el tema en la agenda pública nacional se manifiesta en la normativa que actualmente le rige, la que carece de incentivos para que las empresas e instituciones se constituyan en “lugares promotores de la salud”, esto se debería a dos motivos:

- En primer lugar, son acciones que tienen un carácter voluntario.
- En segundo lugar, el procedimiento para la certificación es excesivamente burocrático.

“Es que la institución, la escuela o, cierto, el lugar de trabajo no tiene ningún incentivo para ser acreditado, ni monetario, ni reconocimiento social, ni vinculación con otros aspectos, no tiene ninguno, entonces, se hace difícil, además, porque es súper complejo”
Profesional SEREMI RM

La promoción de la salud en Chile también ha tenido que lidiar con el rechazo que despierta en la medicina tradicional, existiendo una tensión entre aquellos profesionales que no le ven cabida dentro de la medicina alópata y aquellos otros profesionales, generalmente más jóvenes, que la valoran como un dispositivo fundamental de la salud en general. Por cierto, esta tensión se expresa en el caso de las 4 comunas estudiadas, y en coherencia con esto, es una característica reiterada el hecho de que los equipos en promoción de salud se formen de profesionales jóvenes, los cuales deben lidiar con la reticencia de los equipos médicos instalados en los centros de salud comunal.

Por último, otro de los puntos que no ha favorecido la gestión municipal, es la falta de continuidad que ha tenido el programa a nivel nacional y regional. De este modo, los reiterados cambios en las directrices y orientaciones que le definen no han permitido que se consolide como un programa municipal.

“Al año siguiente no te daban plata para la continuidad de ese proyecto sino que te decían “No, este año vamos a trabajar actividad física”. Entonces esta cuestión a los equipos locales los desorientó y los desanimó”

Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

Sumado a esto, existe la noción dentro de las autoridades en salud y los encargados de promoción, de que en la actualidad el plan es mucho más restrictivo que en el pasado, otorgándoles menos libertad de acción y limitando las actividades.

“Los presupuestos son escasos, es menos de lo que hemos tenido en años anteriores, o sea, si esto lo remontamos a cuatro cinco años es menos y está, a mi gusto, muy acotado a algunas condicionantes, hay como poca libertad de acción en algunas temáticas que pudieran ser propias nuestras. O sea, los condicionantes los ponen ellos, los exponen y hay que trabajar en esas áreas, o sea, viene muy amarrado en los últimos años”.

Autoridad de Salud. Comuna 4.

Como contrapartida, hay dos aspectos de la promoción de la salud en Chile que son valorados favorablemente por los entrevistados y que se constituyen en referentes importantes a la hora de proyectar la promoción de la salud como política pública.

El primero tiene que ver con su instauración como política de Estado durante el Gobierno de Ricardo Lagos, una política que tuvo la virtud de tener un carácter transversal (intersectorial), tal como ocurrió con otros programas nacionales⁷.

En sintonía con lo anterior, se destaca la alta inversión que se efectuó en la formación y capacitación de capital humano.

“Ese fue su momento de gloria porque eso dio cuenta de un trabajo de diez años que se había hecho y que culminaba en este compromiso del Estado... del noventa al dos mil, en que se formaron esos recursos humanos en promoción de la salud, porque ahí se invirtió mucho y yo creo que fue muy bueno”

Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

⁷ Los entrevistados mencionan, por ejemplo, al programa Chile crece contigo.

Por último, hay otros actores institucionales que son reconocidos por el papel que actualmente desarrollan en la promoción de la salud. Los entrevistados destacan a las siguientes:

a. Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI):

“Hoy día, por ejemplo, hay un poco más de 60 jardines infantiles en la región metropolitana intervenidos en promoción de salud”
Investigador, INTA

b. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB):

“La JUNAEB tiene un programa, y espero que lo sigan teniendo, que es un plan de habilidades para la vida, que es un programa precioso de prevención y promoción de la salud mental en niños preescolares”
Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

c. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA)

“El INTA es un caso de éxito comunicacional, en el ámbito de la alimentación con la campaña 5 al día. Ellos trabajaron muy bien el tema de la comunicación en promoción de la salud”
Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

VI. 2 GESTIÓN MUNICIPAL

Históricamente, la gestión municipal en promoción de la salud ha estado vinculada a los centros de salud de las comunas, donde el encargado, en general, ha sido un asistente social o nutricionista. Este profesional desempeña sus funciones de manera muy limitada, por un lado, tiene un escaso tiempo destinado a la promoción y, por otro lado, se trata de un programa más dentro de otros tantos que debe ejecutar. Esta realidad es transversal a las 4 comunas investigadas.

“Promoción de la salud viene de un trabajo que se desarrolló hace mucho tiempo en los servicios de salud, en los centros de salud. Antes del 2005 el encargado de promoción estaba radicado en el centro de salud, era asistente social”
Profesional SEREMI R.M

“El problema es mi posición en el centro. Yo tengo 44 horas, pero no sólo estoy encargada de esto, entonces siempre quedo con la sensación de que se podría hacer más pero por tiempo, no puedo hacer un plan más grande.”
Encargada del Plan, Comuna 4.

Paralelamente, ha surgido otro modelo organizacional que ha situado al encargado al interior del Departamento, Dirección o Corporación de Salud, en DIDECO u otra repartición municipal. En este punto, hay un desencuentro en los planteamientos de los entrevistados, ya que para algunos este modelo ofrece mayor rentabilidad en términos de gestión que el modelo tradicional, mientras que para otros no marca diferencias.

“Del punto de vista de los objetivos estratégicos, mejor que se quede en el municipio, un convenio directamente con el municipio y con las unidades que corresponden”
Profesional SEREMI R.M

Ambos modelos comparten el hecho de estar escasamente institucionalizados, es decir, predominan las acciones voluntarias -personales y grupales- de funcionarios al interior de los municipios o centros de salud, por sobre un funcionamiento orgánico que dé cuenta de las gestiones en promoción de la salud y las articule con el resto de las acciones municipales y de salud local.

El presente estudio no permite asegurar con contundencia si un modelo es mejor que el otro, ya que se presentan experiencias destacadas y no destacadas en ambos modelos de gestión. Por lo demás, en todas las comunas, independiente del modelo o del grado de éxito, es posible distinguir buenas y malas prácticas en el marco de la promoción de salud; y por otro lado, existen una serie de condicionantes que rebasan el modelo de gestión, que juegan un rol trascendental.

Dentro de estos factores, la voluntad política de la autoridad municipal, en sus diferentes escalafones, juega un rol gravitante. En el nivel más alto, el hecho de que el alcalde considere el tema de la promoción de salud como prioritario, evidentemente será un factor positivo. Se observa que aquellos alcaldes que son profesionales de la salud tienen una mayor propensión a darle relevancia al tema. Esta situación se replica a la autoridad de Salud o Educación a nivel comunal (director de Departamento, Dirección o Corporación de Salud o Educación) y al director del centro de salud.

La voluntad política es un rasgo circunstancial que dependerá del liderazgo que ejerzan las autoridades en la materia, como de su capacidad de delegar tareas y funciones. Lo que es claro, y sobre lo cual si hay un relativo acuerdo entre los entrevistados, es que cuando la “voluntad política” está presente en determinada autoridad, la cual por cierto tiene la capacidad de “tomar decisiones”, es bueno que el encargado del plan esté cerca de dicha autoridad.

“...nosotros estamos pidiendo que el encargado impacte en la política pública y en el cargo, y ese impacto va a depender mucho de a cuanta distancia esté el encargado de promoción con la autoridad que puede tomar la decisión, y ni siquiera estamos pensando en el alcalde, estamos pensando en representantes de educación y salud”

Profesional SEREMI R.M

Existe, sin embargo, otro factor menos volátil que sí determina una buena implementación del plan y que se presentó en ambas comunas exitosas. Esto es la capacidad de “coordinación” que demuestra el encargado del plan, el equipo ejecutor y todas otras aquellas personas, (dentro y fuera de la municipalidad), organizaciones e instituciones que jueguen un rol importante en su ejecución. En el fondo, esto refiere a la claridad de cómo proceder para efectuar una actividad determinada, a quién dirigirse para uno u otro requerimiento. En este punto, el concepto de intersectorialidad en sus distintos niveles es trascendental.

“Es relativo, aquí hay dos direcciones. Yo me entiendo directamente con las direcciones o con la encargada de Promoción, con la directora de salud, con la directora de educación o con la encargada comunal de Promoción dependiendo de lo que necesite... Cuando es de ejecución, me entiendo con los directores de escuela o de centros de salud”.

Profesional equipo ejecutor. Comuna 2.

En el caso de las comunas donde el encargado del plan se encontraba en el centro de salud (CESFAM), se reiteró la característica de tener un equipo en promoción de salud al interior de cada uno de ellos, equipos que, por lo demás, presentan lógicas de organización y realidades totalmente disímiles. Cada equipo, a su vez, está coordinado por un encargado de promoción. El problema es que las realidades de cada CESFAM y sus posibilidades de acceso a recursos son disímiles, de forma tal que aquel en el que se situaba el encargado de promoción oficial de la comuna contaba con recursos para implementar el plan, a diferencia de los otros. En las dos comunas que tienen este modelo, declararon que no contaban con recursos y que incluso desconocían si estos existían o no, razón por la cual se dificultaba la realización de actividades ya que funcionaban en base al voluntarismo, recursos propios, disponibilidad y el nivel de compromiso del equipo ejecutor.

Además de este problema, otro rasgo que se repitió en las dos comunas, es que cada equipo realiza sus actividades en promoción exclusivamente en el territorio que le corresponde a su CESFAM, no existiendo un trabajo conjunto ni una comunicación con el equipo presente en los otros.

Las dificultades para organizar actividades también es una característica que se repite en las comunas donde la gestión del plan radica al interior de alguna unidad municipal. Al igual como sucede con el modelo de los “centros de salud”.

La falta de una estructura organizacional que respalde y garantice la gestión de los encargados y del equipo ejecutor, incide en que a nivel general predomine una suerte de activismo o

voluntarismo, el que descansa en los pocos profesionales que confían en la importancia de la promoción.

“Es lo que en muchas partes se ha convertido, que es un activismo por la promoción pero con pequeños hitos que en el fondo no le dan la continuidad y el sentido que debiera tener”
Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

“Yo creo que gran parte del compromiso, ha sido de los encargados comunales, no de la autoridad, poco compromiso del aparataje municipal”
Profesional SEREMI R.M

El hecho de que la gestión responda a un activismo de los encargados y ejecutores de los programas implica que sus capacidades y conocimientos sean vitales para llevar a cabo una gestión eficiente y satisfactoria. En ese marco, los entrevistados expertos y representantes de la SEREMI, mencionan una serie de cualidades que son relevantes a la hora de definir el perfil que debería tener un encargado de la promoción a nivel comunal, cuáles son:

- a. Conocimientos sobre administración municipal: Estar al tanto de los procedimientos internos y quienes son las personas encargadas de cada área en particular. En base a estos conocimientos, ser capaz de coordinar al equipo ejecutor con eficacia logrando dar respuestas rápidas sobre los canales formales que se deben realizar para efectuar una determinada actividad.

“...ella se maneja bien en los procedimientos, conoce a la gente, por lo tanto esos tiempos que en otras comunas se pueden traducir en meses, ella lo traduce en semanas”
Profesional SEREMI R.M

- b. Conocimiento sobre la realidad local y deseable contacto con ésta: Identificación de las organizaciones sociales que operan en la comuna, cuáles de ellas están comprometidas en la materia y en qué medida pueden aportar al cumplimiento de los objetivos. En este contexto, las principales organizaciones sociales que este estudio arrojó como trascendentes para el plan son las Corporaciones de Desarrollo Local (CDL) y las juntas de vecinos.
- c. Conocimientos sobre diseño de proyectos: En lo fundamental, se trata de conocer otras fuentes de financiamiento y sus mecanismos de asignación de recursos. Asimismo, es positivo involucrar a las organizaciones sociales en estos procesos y postular de forma conjunta a dichos fondos, situación que se presentó en una de las comunas destacadas.

“Si define un problema a nivel comunitario, y requiere recursos obviamente que tiene fondos concursables para poder postular, y presentarlo según las bases, pero con una orientación que es del programa de promoción de la salud”
Profesional SEREMI R.M

- d. Conocimientos sobre planificación. Capacidad para definir cómo, cuándo, con quién y cómo evaluar. Es de vital importancia hacer partícipes en dichos procesos de planificación y evaluación a todos los integrantes del equipo ejecutor.

“Aquí hay un tema importante, es el tema de los tiempos, nosotros el 2013 estamos pidiendo al encargado que nos planifique entre enero y febrero, para que puedan tener mínimo 7 o 6 meses de ejecución durante el año”.

Profesional SEREMI R.M

- e. Habilidades sociales: Empatía, carisma, capacidad de dirigir equipos y, en especial, capacidad de coordinación, tanto interna (municipio, dirección, departamento o corporación, centro de salud) como externamente (organizaciones comunitarias y colegios).

“...él tenía un carisma muy especial, porque encantaba a la gente de DIDECO, a los adultos mayores, entonces lograba mover varias cosas porque además era inteligente “

Profesional SEREMI R.M

“Promoción de salud todo lo que quiera dentro del consultorio, porque es el ente que maneja el consultorio, pero de ahí para afuera, ya no lo maneja como promoción, debe vincularse con otras institucionalidades”

Investigador INTA

- f. Capacidad de comunicar e informar sobre la gestión realizada, tanto a nivel interno del municipio y todas sus posibles divisiones que podrían vincularse con el plan de promoción (adulto mayor, deportes, salud, SECPLAC, etc.), como a nivel de organizaciones comunitarias y beneficiarios del plan.

“Tiene que ver mucho como se comunica lo que se hace. Porque no es que todo se esté haciendo mal, hay mucho que se hace bien... Como no se planifican las estrategias de comunicación en promoción de la salud, se hacen como por defecto entonces la gente cree que hacer un folleto es hacer comunicación, y eso es un instrumento no es la comunicación en sí misma”

Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

Muchas de estas características son extensivas también a los profesionales del equipo ejecutor. El activismo de ellos, y del encargado del plan, es fundamental para el buen desarrollo de éste, ya que todos se desempeñan de forma voluntaria, como una actividad anexa a sus funciones habituales. En cuanto a sus profesiones, estas fueron: nutricionistas, psicólogos, matronas, profesores de educación física, asistentes sociales, kinesiólogos y dentistas. En dos de las comunas, se sumaban al equipo ejecutor de forma constante alumnos en práctica de universidades que tuviesen alguna de las profesiones señaladas.

Si bien el estudio evidenció la importancia de darle mayor trascendencia al trabajo intersectorial por sobre las capacidades individuales, lo cierto es que de mantenerse el actual modelo durante este nuevo año entrante, las características nombradas son consideradas como positivas pensando en el perfil ideal del encargado municipal del plan de promoción.

VI. 3 PRESUPUESTO

En este punto, se presentan rasgos similares en las 4 comunas estudiadas. En primer lugar, todos consideran insuficiente el presupuesto para ejecutar el plan dispuesto por el MINSAL a través de la SEREMI. A este recurso económico, las comunas agregan los recursos humanos expresados en los profesionales que componen el equipo ejecutor, más recursos materiales para la realización de las actividades, ya sean estos implementación (colchonetas, radios, etc.) o infraestructura (estadios municipales, plazas, etc.). En el marco de este estudio, sólo dos de las comunas (ambas exitosas) añadían a este presupuesto recursos económicos provenientes de otras dependencias municipales (educación y deportes principalmente).

“Esta estrategia de cofinanciamiento es la fortaleza del plan”.
Encargada del plan. Comuna 1.

Un segundo rasgo común, es la crítica respecto a que en términos operativos, los recursos se hacen reales en los últimos meses del año. En tal sentido, los procesos burocráticos que van en primer lugar entre el MINSAL y la SEREMI, luego entre la SEREMI y la comuna y por último entre la dependencia municipal donde llegue el recurso económico y quien realizará determinada actividad, es un camino demasiado lento y burocrático que en la práctica condiciona la ejecución del plan a los últimos 3, 4 o 5 meses del año.

“Siempre tenemos la dificultad, y yo creo que te va a salir en las otras comunas cuando entrevistes, es el tema de que las platas nunca llegan a tiempo”
Encargada del plan. Comuna 4.

“...la estructura municipal de la corporación es tan compleja, que al final ella necesita el recurso económico, que fue aprobado y programado para el día 21 de septiembre, a ella perfectamente le puede llegar en noviembre, termina ella haciendo la actividad a costa de recursos propios”
Profesional SEREMI R.M

También, desde el punto de vista financiero, es importante tener presente la escasa prioridad que se le concede al tema de la promoción de la salud, siendo relegado a un segundo plano en virtud de otras prioridades del área de la salud.

“El 99, 9 por ciento de nuestro recursos humanos y presupuestarios están destinados a atender la salud de las personas, a reparar la salud, tratamiento y a la prevención y el cero como tanto por ciento en promoción de la salud”
Profesional, SEREMI RM

Es común que los integrantes de los equipos ejecutores en todas las comunas declaren que no cuentan con suficientes recursos económicos para realizar las actividades.

Una última característica se presentó en ambas comunas en donde el “encargado oficial” del plan se encontraba en algún CESFAM, y donde los equipos de los otros CESFAM presentes en la comuna declararon que no contaban con recursos para realizar actividades. En términos concretos, sucede que los recursos son utilizados sólo por el CESFAM al cual ingresan, no generándose una transferencia de fondos hacia los otros.

VI. 4 PROGRAMA/ ACTIVIDADES

La falta de continuidad que históricamente ha tenido el trabajo de promoción es, a juicio de los entrevistados, uno de los principales problemas que hay que enfrentar. En este sentido, los lineamientos que provienen desde el nivel central y regional no han contribuido a la consolidación de un programa estable y coherente de actividades, antes bien lo que prima es un cambio continuo en las directrices que en modo alguno favorece la continuidad.

Así como hay discontinuidad en lo que se hace, también, existe discontinuidad respecto a quienes participan. A pesar que actualmente el plan fija sus espacios de trabajo en lo comunitario, laboral y educacional, existen discrepancias en los entrevistados respecto al grupo objetivo al cual deberían dirigirse las acciones de promoción, mencionándose los siguientes perfiles:

- Público o población general. Para algunos entrevistados, la población general es el grupo objetivo en virtud de los componentes que integran la promoción.

“Por lo tanto, el paraguas de promoción de salud es muy amplio, entonces, las políticas comunales deben atender a todos los grupos etáreos y a todas las necesidades que demande ese grupo”
Investigador, INTA

- Población juvenil. La falta de participación social de los jóvenes se expresa ciertamente en el campo de la promoción de la salud. Como consecuencia, la promoción ha ido adquiriendo un sesgo que se vincula a las demandas de los adultos mayores y de las organizaciones sociales de la salud⁸, lo que, a juicio de algunos entrevistados, termina siendo totalmente contraproducente.

“Qué es lo que a mí me gustaría, ver más y creo que sería súper potente para la promoción de la salud son grupos de gente más joven [...] entonces en los viejitos el diagnóstico se convierte en que quieren tener especialistas en la atención primaria, que quieren tener un mamógrafo, un consultorio, que quieren que hayan más visitas domiciliarias”
Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

- Autoridades o “tomadores de decisiones”. Este perfil es mencionado por los entrevistados de la SEREMI R. Metropolitana, quienes plantean que la política pública, tal cual está concebida, es el instrumento que reclama acciones dirigidas hacia este sector, de manera que ellos se convenzan de la necesidad de incorporar el tema en sus áreas de trabajo.

“El grupo objetivo al cual debiera dirigirse este tema y siendo coherente con la definición del programa políticas públicas, el grupo objetivo son los tomadores de decisión, a quién debo convencer de todo este tema es a alcaldes, director de algún programa, son a ellos”
Profesional SEREMI R.M

Más allá de estas opiniones, el estudio dio luces sobre los espacios que están privilegiando actualmente las comunas. Tomando en cuenta la realidad observada en las 4 comunas, los

⁸ Por ejemplo, la Asociación de Diabéticos de Chile.

espacios de trabajo a los que se les dio prioridad, en orden decreciente, son los siguientes: educacional, comunitario y laboral.

El concentrar el trabajo en los colegios responde a diversos factores, entre estos, el hecho de que varias de las metas del plan se centren en este grupo etario, el ser un público cautivo y constante lo cual hace más fácil programar y realizar las actividades, así como la evaluación de la consecución de logros, la buena disposición por parte de los colegios para efectuar este tipo de actividades, y por último, la facilidad para generar coordinaciones con estos ya sea directamente entre el equipo ejecutor y el colegio, o teniendo como intermediario al Departamento, Dirección o Corporación de Educación, dependiendo de la realidad de la comuna.

Las principales actividades que se desarrollan al interior de los establecimientos educacionales son las ferias saludables y concursos respecto a una determinada temática en promoción de salud. Esto a su vez se ve potenciado en el caso de algunas de las comunas, por la existencia de kioscos saludables al interior de ciertos colegios municipales.

“A ver, el grueso de las actividades diría yo está apuntando... o sea, para nosotros siempre es importante reducir siempre los riesgos, las probabilidades de enfermar, por lo tanto, apuntamos a los niños. Nuestro lineamiento en tabaco es principalmente niños y adolescentes”
Encargada del plan. Comuna 4.

Un problema que se destaca en el marco de las actividades e intervenciones en el ámbito educacional, es que si bien en varios casos efectivamente el trabajo efectuado por los equipos es bueno, multidisciplinario y sistemático, sucede que debido al funcionamiento interno de los colegios, con sus respectivos períodos de vacaciones, muchos de los logros que se han alcanzado durante el año en términos de hábitos alimenticios principalmente, se ven coartados por las prácticas culinarias de las familias de los infantes durante los períodos estivales, produciéndose de esta forma un choque cultural entre lo promocionado por el espacio educacional y el familiar.

En el ámbito comunitario, en las 4 comunas las actividades se realizaron en juntas vecinales, dependencias municipales o plazas en general próximas a los centros de salud, el público estuvo compuesto preferentemente por dueñas de casa, y las actividades fueron coordinadas en forma conjunta con organizaciones comunitarias (juntas vecinales y Consejo de Desarrollo Local principalmente). Principalmente consistieron en ferias saludables y/o jornadas informativas.

En cuanto al espacio laboral, en todos los casos las actividades fueron menores y se efectuaron en dependencias municipales (CESFAM, Dirección, Departamento o Corporación de Salud, Alcaldía, etc.). En la mayoría de las comunas, estas actividades consistieron en ferias saludables, pequeños concursos internos o jornadas informativas orientadas a la promoción de salud en sus diversas temáticas.

Respecto de las temáticas de trabajo definidas por el plan (alimentación saludable, tabaco y actividad física), no es posible establecer una jerarquización común a las 4 realidades estudiadas, de forma tal que el énfasis en una u otra temática dependieron de las competencias del equipo ejecutor, y de las demandas y necesidades concretas de cada comuna.

Otra constatación que vale la pena destacar, ya que marca una diferencia entre comunas destacadas o no destacadas, es la realización de actividades en donde se abarquen al mismo tiempo una o más temáticas, y en cuyo diseño y realización participen profesionales de diversas disciplinas. Este rasgo pudiese ser considerado como una buena práctica en el marco de la promoción, en oposición a la situación detectada en las comunas no destacadas, en donde los profesionales del equipo se dividían las temáticas en relación a sus profesiones, de forma tal que, por ejemplo, el o los kinesiólogos se encarguen de tabaco, la nutricionista de alimentación saludable, etc., no existiendo un trabajo multidisciplinario ni en el diseño ni en la ejecución de la actividad.

Desde la perspectiva de algunos de los entrevistados, el hecho de que el plan en promoción venga circunscrito sólo a tres temáticas de trabajo, es una realidad que juega en contra de la incorporación de otras temáticas que podrían ser incorporadas y que demandan trabajo en promoción. Dentro de estas, la mencionada en forma más recurrente es “salud mental”.

Por último, y como característica común a todas las comunas, las fechas en donde se centran la mayor parte de actividades en el marco de promoción son los últimos meses del año, lo cual se debe a que es este momento cuando los recursos se hacen operativos en términos reales a nivel municipal. Antes de esta fecha, en algunas comunas de igual forma se realizan actividades de promoción, pero los recursos provienen de otras fuentes.

VI. 5 INFRAESTRUCTURA

En las cuatro comunas, la principal actividad vinculada a dotación de infraestructura en el marco del plan, ha sido la instalación de plazas saludables. Una diferencia que se da entre comunas destacadas y no destacadas, dice relación con quienes han coordinado estos procesos. En ambas, han trabajado en forma conjunta representantes del equipo ejecutor (asistentes sociales principalmente) con profesionales de otras dependencias municipales (SECPLAC y DIDECO fundamentalmente). En el caso de las comunas destacadas, se han sumado a este proceso, representantes de la comunidad, ya sean dirigentes de juntas de vecinos o del Consejo de Desarrollo Local.

Otra diferencia entre experiencias destacadas y no destacadas, es que en las primeras, las plazas saludables han sido utilizadas para realizar actividades en el marco del plan. Asimismo, en el caso particular de una comuna destacada, además de la dotación de plazas saludables, se ha coordinado con la división municipal de educación, y a través de esta con los colegios, para que en cada establecimiento educacional se disponga de un espacio (generalmente una sala) especialmente adecuado para la realización de actividades de promoción.

VI. 6 TRABAJO INTERSECTORIAL y ASOCIATIVIDAD

Desde la perspectiva de los expertos y representantes de la SEREMI R. Metropolitana entrevistados, hay una debilidad manifiesta en la capacidad de concebir la promoción de la salud como un eje transversal de la política local, lo que implica que en la mayoría de los municipios de Chile no haya un trabajo intersectorial al respecto.

“Transversal en el sentido, que yo te decía al principio, esto debiera cruzar como estrategia todos los programas sociales, no sólo los programas de salud...Una de las estrategias fundamentales en la promoción de la salud es la intersectorialidad, y si esta estrategia no se asume como importante, como eje central de la mejoría de la salud de las personas, probablemente no va a funcionar nada que venga del sector salud mismo”

Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

La asociatividad también es un capital importante a la hora de gestionar la promoción de la salud a nivel municipal, ya que ella permite facilitar el acceso hacia la población objetivo, más allá de los usuarios del sistema de salud.

“En promoción de salud, cuando los consultorios realizan acciones, pero no se ponen de acuerdo con las juntas de vecinos, o no se ponen de acuerdo con los colegios colindantes, o con los clubes deportivos colindantes, termina siendo una acción aislada, que llegan al que visitó al consultorio no más”

Investigador, INTA

Esta asociatividad interpela, a su vez, a varios actores institucionales y organizacionales:

- Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). También conocida como “comunidad organizada”.
- Organizaciones no Gubernamentales (ONG).
- Otras instituciones públicas.

Las entrevistas permiten concluir que la asociatividad, al igual que la intersectorialidad, es un rasgo poco frecuente a la hora de gestionar la promoción de la salud en las comunas.

Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) no han tenido la oportunidad de valorar la importancia del tema, ya sea por desconocimiento o desinterés.

“Yo creo que la organización comunitaria, la sociedad civil tampoco tiene mucha conciencia de que tiene un rol importante en la promoción de la salud”

Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

“Primero, es la propia persona, la gente lo reconoce, pero si yo digo que no tengo tiempo, pero veo 2, 3 teleseries al día, tengo tiempo para dedicarme a eso”

Investigador INTA

Si bien la mayoría de las OSC no han sido capaces de internalizar el tema de la promoción, hay algunas pocas que, por el contrario, se han transformado en impulsores claves. Es el caso de ciertas fundaciones y corporaciones, como por ejemplo, la fundación EPES (Educación Popular en Salud).

Las organizaciones no gubernamentales, por su parte, han jugado un rol mucho más preponderante en la gestión de la promoción de la salud a escala local, al punto de superar, en varios casos, la gestión que al respecto realizan los municipios.

“Yo conozco casos en que las ONG’s en los barrios han sido mucho más potentes para sacar adelante proyectos de promoción de la salud, de defensa de derechos de las personas, más que la institucionalidad de salud o más que la institucionalidad municipal”
Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

Por último, hay que tener presente la relación que el municipio establece con los otros actores de la institucionalidad pública. La relación con el MINSAL y, en particular, con la SEREMI R. Metropolitana de salud, lentamente, se ha ido fortaleciendo a partir de la conformación de equipos técnicos que están a cargo del tema. Esta tendencia se repite en el plano financiero, de manera que los encargados de finanzas de la Seremi y de los municipios comienzan a tener un diálogo directo.

“Reforzar la coordinación entre equipo técnico de promoción, con finanzas, con jurídico, yo creo que le ha servido a ellos también mejorar sus procesos internos, al ministerio, porque cuando hablamos de promoción, el programa que estamos desarrollando no podemos desarrollar solamente lo técnico.”
Profesional SEREMI R.M

Ahora bien, más allá de las opiniones vertidas por los expertos, en relación a lo observado en las 4 comunas estudiadas respecto a este tópico, es posible distinguir buenas y malas prácticas en el marco de la promoción de salud. En términos analíticos, es posible separar niveles de intersectorialidad.

a. Nivel municipal

Refiere a la capacidad de articular el trabajo en promoción con divisiones municipales diferentes a salud, tales como educación, deportes, OPD, etc. Tanto las comunas destacadas como las no destacadas generan este vínculo, sin embargo la calidad de éste y la traducción en un adecuado trabajo planificado, es la diferencia. En una de las comunas destacadas por ejemplo, existe un comité de promoción de salud, el cual es liderado por el alcalde y en el que además participan el secretario general y los directores de salud y de educación.

“Si, aquí mismo está el Departamento de salud porque, si bien la promoción tiene que ser intersectorial, cuesta involucrar a los otros sectores y habitualmente quien lleva el fuerte en la parte de Promoción de Salud... O sea, hemos tenido buenas evaluaciones, lo que nos hemos propuesto lo hemos cumplido, ahora, creo que se podrían hacer más cosas si se logran involucrar más sectores”
Autoridad de Salud. Comuna 4.

Cabe mencionar también que dentro de los posibles aliados en el marco de la promoción a nivel municipal, es la división de Educación la que en la actualidad más participa en la ejecución del plan. En las comunas destacadas por ejemplo, Educación y Salud trabajan de forma conjunta el plan aunando esfuerzos y recursos. En las no destacadas, también se produce un trabajo conjunto con educación pero no a nivel de división municipal de

educación, sino que de forma directa entre el equipo ejecutor y los colegios, los cuales en general cuentan con un encargado de salud con quien se coordinan las actividades.

b. Nivel equipo ejecutor

Consiste en la planificación y realización conjunta y coordinada de las actividades de promoción, por parte del equipo ejecutor. Esto significa, que para realizar una actividad en un espacio determinado (laboral, educacional o laboral), y respecto a una o más temáticas (alimentación saludable, actividad física o tabaco), es preferible que se generen equipos de profesionales multidisciplinarios con el objetivo de hacer más potente y provechosa la intervención. Este ideal efectivamente se cumple en el caso de algunas comunas, sin embargo, en otras sucede que cada profesional del equipo asume un tema de intervención y lo trabaja en forma particular y aislada en relación con los otros profesionales. Asimismo, en el caso de aquellas comunas donde la promoción se trabaja desde los CESFAM, cada uno de estos poseía su propio equipo de trabajo y trabajaba en forma independiente del otro CESFAM, lo cual evidentemente tampoco es el ideal.

c. Nivel comunitario

Consiste en la capacidad que debiesen tener los equipos de promoción para incorporar a las OSC, en la planificación y ejecución de las actividades. En este sentido, la organización más recurrente con la cual trabajan los consultorios son los CDL, realidad transversal a todas las comunas investigadas. Sin embargo, la diferencia está en la modalidad de este trabajo, en el grado de involucramiento y coordinación que se logra con estos. Como una experiencia destacada, podemos mencionar que en una de las comunas el equipo ejecutor postulaba a fondos externos al presupuesto para el plan de promoción, en conjunto con el CDL perteneciente a su territorio.

“...la feria de promoción, postulamos a proyectos, va en beneficio directo de los usuarios. De hecho, el año pasado postulamos al proyecto de una fonda saludable”
Beneficiario vicepresidente CDL, Comuna 2.

d. Nivel organismos y/o instituciones externas a la municipalidad

Ya sea en relación con organismos públicos o privados, algunas de las comunas establecen, o lo hicieron durante el pasado cercano, relaciones de cooperación y trabajo conjunto en el marco del plan. Dentro de estos organismos se pueden mencionar las universidades; tanto en comunas destacadas como no destacadas, e independientemente de su administración, se dio el caso de que había alumnos en práctica de diversas casas de estudios superiores, quienes trabajaban junto a profesionales del equipo ejecutor para llevar a cabo las actividades.

La otra institución privada con la cual en algunas comunas existía un vínculo, son las empresas privadas. En general esta relación debe ser ventajosa tanto para el plan de promoción como para la empresa, cuyos aportes la mayoría de las veces consiste en implementación o insumos para las actividades.

“Con la empresa privada hay una aceptación, pero solamente si tú le entregas algo. Yo voy a hacer una visita y les digo: oye ¿Sabes? Que quiero ir a hacer una charla de alimentación saludable y deportes. Ah, ya, pero no me van a enganchar, pero si yo les digo. Además de eso, voy ir a colocar una inyección de la influenza.”
Profesional equipo ejecutor. Comuna 2.

En cuanto a vínculos con organismos públicos externos a la municipalidad, en el caso de algunas comunas efectivamente existía este vínculo, pero en general estaba a su vez mediado por alguna división municipal. Por ejemplo, en el marco del plan en una comuna se habían realizado actividades conjuntas con personal del IND, pero esta relación era mediada por deportes o por educación (extraescolar) quienes también participaban de la actividad. En general, el espacio donde esto sucede es el educacional.

Dentro de los organismos públicos que se relacionan con la comuna en el marco del plan, esta la SEREMI, con quien la relación es de dependencia y cooperación. En este sentido, y en congruencia con lo expresado por las autoridades representantes de la SEREMI entrevistados, desde la óptica de las comunas, también se constata una muy buena relación y disposición mutua para solucionar problemas y trabajar a la par. Evidentemente hay aspectos que mejorar, pero en general la relación se considera buena y de mutua confianza y cordialidad.

VI. 7 EVALUACIÓN Y PROYECCIÓN

Los entrevistados expertos y de la SEREMI coinciden en señalar que hay un énfasis en la rendición financiera, tanto a nivel nacional, regional y local. Este punto relega a un segundo plano la evaluación de impacto, u otro tipo de evaluaciones centradas en el cumplimiento de objetivos y metas.

“Mira, uno de los problemas del punto de vista de gestión es que efectivamente al final, más que estar evaluando el cumplimiento de los indicadores, el cumplimiento de los logros, de las metas, establecidas técnicamente, estamos cerrando procesos administrativos, financieros, jurídicos...”

Profesional SEREMI R.M

Para algunos, la evaluación es un factor que está jugando en contra del tema, ya que los cambios en la promoción de la salud sólo son perceptibles en el largo plazo. Lo anterior, pone en jaque a la institucionalidad pública, en especial, a partir de la demanda que la opinión pública y algunos sectores políticos realizan en orden a demostrar resultados rápidos, efectivos y eficientes.

“Entonces lo que más atenta contra esto es que no se ha comprobado que tenga un efecto más allá del activismo, de que confluya un montón de gente, que se han formado organizaciones”
Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

Desde la percepción de los ejecutores presentes en las comunas, se presentan distintas visiones. En algunas comunas, se consideran adecuadas las evaluaciones requeridas por la SEREMI, mientras que en otras señalan que estas son excesivas en su frecuencia y minuciosidad, lo que finalmente juega en contra de la ejecución del plan. A este factor, se suma además la baja cantidad de horas que los profesionales cuentan para dedicarle a promoción y la baja importancia que tiene este tema en cuanto a prioridades en el marco de la salud municipal.

“...hay que tomar ochenta paps, entonces no podemos detener horas de matrona para promover estilos y vida saludable si en realidad lo que se está priorizando es que se tomen los paps, para que no haya cáncer al bebe, o para que no haya cáncer cérvico-uterino. Entonces ese es el grave conflicto, como te decía yo, todos los equipos aquí están motivados y les interesa, pero la prioridad es lo asistencial, así como las horas que son, son solo de promoción, porque no hay, porque no está programada, no hay recursos para eso....”

Encargada del plan. Comuna 2.

“...las comunas deberían poder decir más. Porque viene súper acotado. Ahora viene con una cantidad de indicadores, y subtítulo y del subtítulo... mucha burocracia para tan poca plata... es demasiada poca confianza en la comuna respecto de las actividades. Además acá hay una trayectoria, no estamos inventando nada... primero, la plata que mandan no alcanza para nada y segundo la cantidad de supervisores es mayor que la plata que están supervisando. Del punto de vista de la gestión me parece ineficiente”.

Encargado del Plan. Comuna 1.

Al margen de lo anterior, se puede ver que las evaluaciones se centran en saber cuánto se gastó y en qué consistió la actividad. Tampoco las evaluaciones están destinadas a saber qué divisiones municipales están ejecutando los recursos y como estos son divididos dentro de los

centros de salud. De realizarse este tipo de evaluación, probablemente se evitarían casos de comunas en donde sólo un CESFAM accede a los recursos del plan.

Respecto del proceso evaluativo de las actividades, en algunas de las comunas se dio el caso de que los profesionales partícipes del equipo ejecutor, desconocían la existencia de éstos, pese a ser ellos mismos los realizadores de las actividades. Evidentemente este no es el panorama ideal ya que la visión de ellos debiese ser considerada en el marco de la evaluación.

Por último, en cuanto a la proyección del plan para el año entrante, en todas las comunas se señala que esto dependerá de los lineamientos a nivel central que envíe la SEREMI, sumado a las necesidades y el trabajo ya realizado a nivel comunal, más la voluntad y orientaciones que estimen adecuadas las autoridades municipales. De parte de los equipos ejecutores, un rasgo común es manifestar su compromiso con el trabajo en promoción, expresado en su motivación y voluntad para seguir trabajando durante el nuevo año.

VII. PROPUESTA DE INDICADORES

Como se expresa en la metodología, los indicadores propuestos a continuación buscan evaluar el cumplimiento de las metas del objetivo 3 de plan nacional de salud 2011 – 2020, que se relacionan con alimentación saludable, actividad física y espacios libres de humo de tabaco en las comunas. Con estos fines, los posibles indicadores han sido divididos en las siguientes áreas:

a) Área Salud

Fuentes: Casen 2009. Corporación o departamento de salud, Consultorios y servicio salud metropolitano respectivo, Planes de Salud Comunales.

- Índice de obesidad según grupo etario.
- Índice de enfermedades respiratorias según grupo etario.
- Índice de enfermedades cardiovasculares según grupo etario.
- Índice de alcoholismo según grupo etario.
- Índice de sedentarismo según grupo etario.
- Índice de embarazo adolescente.
- Índice de nutrición.
- Índice de tabaquismo

b) Área Educación

Fuentes: Corporación o departamento de educación y colegios subvencionados y municipalizados. MINEDUC.

- Promedio de horas de educación física por semana en ciclo básico y media, en escuelas subvencionadas y municipalizadas.
- Promedio de profesionales de educación física por alumno(a) en escuelas subvencionadas y municipalizados x nivel escolar (básica y media).
- Número de escuelas municipales con implementación de “Kioskos saludables”.
- Presencia actividades deportivas extra-programáticas por ciclo básico y media, en colegios subvencionados y municipalizados
- Presencia de campañas de vidas saludable.
- Presencia de “plazas saludables” en colegios

c) Área entorno físico

Fuentes: Direcciones de obras municipales, SECPLAN, MINSAL, PLADECO, oficina de patentes municipales, Subsecretaría de salud pública y subsecretaría de previsión social.

- Kilómetros de ciclovías por número de habitantes en la comuna.
- Cantidad de plazas saludables por número de habitantes en la comuna.
- Cantidad de estadios o recintos deportivos públicos por número de habitantes en la comuna.

- Metros cuadrados de Áreas verdes, por n° de habitantes en la comuna.
- Cantidad de lugares de trabajo acreditados como promotores de la salud
- Existencia de lista de restaurantes libres de humo y empresas acreditadas como libres de humo.

d) Área Asociatividad

Fuente: IND.

- Cantidad de Clubes deportivos vigentes en la comuna.

Queda pendiente para próximos estudios evaluar en terreno la factibilidad real de levantar los indicadores propuestos a nivel comunal, así como también, la posible incorporación de nuevas áreas y/o indicadores, todo esto con el objetivo de constituir un modelo de evaluación de cumplimiento de metas en el marco del Plan Nacional de Salud 2012 – 2020.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La “Promoción de Salud”, en tanto política pública, se encuentra en plena etapa de construcción, no logrando aún ser acuñado de forma consistente, ni en la política nacional, regional y/o local.

Hay ciertas características de la promoción de salud a nivel nacional que inciden en la forma como esta se ejecuta a nivel comunal. Además, de los constantes cambios de lineamientos efectuados en los últimos años desde el nivel central, otro factor que juega en contra es el *ethos* propio del mundo de la salud, el cual tradicionalmente se ha orientado por una visión asistencialista y curativa donde el concepto de promoción es relegado a segundo plano.

Por otro lado, vemos que hay un desconocimiento generalizado sobre que es “promoción de la salud”, lo que se refleja, por ejemplo, en las actuales normativas que rigen la materia, en las cuales no hay una definición expresa. De alguna manera la discusión respecto al tema ha quedado relegada a un segundo plano, imponiéndose las prioridades que devienen desde la medicina alópata. En este sentido, el desafío es permear la agenda pública nacional, instalando el tema en los medios de comunicación y apelando a la población general a través de acciones de su vida diaria.

Otra de las características que inciden en el plano local, es la discontinuidad que hay en los lineamientos que imperan en la materia. En general, los continuos cambios terminan desorientando a los ejecutores de la promoción a nivel comunal.

Tanto el *ethos* imperante en el mundo médico, la desinformación respecto a la promoción de la salud y los continuos cambios en sus lineamientos han jugado en contra de la “institucionalización” de la temática. Ante la ausencia de un modelo organizacional, lo que se constata es el voluntarismo u activismo de profesionales de la salud a nivel local (médico, nutricionista, kinesiólogo, odontólogo, matrona), los cuales se han encargado de la promoción, gestionando sus actividades en las pocas horas libres de trabajo.

En consecuencia, la promoción se encuentra en estado de mutación, sumergida en un proceso de cambio generacional, y en consecuencia con esto, en su mayoría son los profesionales jóvenes quienes si le otorgan importancia al tema de la promoción, y que por lo mismo, conforman los equipos ejecutores del plan. El desafío entonces a nivel de política pública es aprovechar esta energía institucionalizando medidas (cargos, incentivos, beneficios, etc.) que transiten en esta línea.

Otro obstáculo importante es que el concepto de promoción se asocia de forma inmediata al área de salud, siendo que debiese ser transversal a otros espacios, tales como educación o deportes. Esta noción atenta contra las posibilidades del trabajo intersectorial.

Respecto a los dos modelos de gestión institucional estudiados (encargado del plan dentro del centro de salud o al interior de alguna división municipal, siendo esta generalmente del área de salud), no es posible asegurar el mejor funcionamiento de uno por sobre otro. Más bien es posible constatar buenas y malas prácticas en ambos modelos, lo cual es congruente con el hecho de que ambos cuenten con experiencias de comunas destacadas y no destacadas.

Tomando en cuenta lo expuesto, y como una forma de buscar nuevas alternativas conducentes a un mejor trabajo en promoción, emerge la propuesta de contar con un coordinador intersectorial que se encargue del tema.

“Entonces, a lo mejor hay que tener un coordinador intersectorial, que ponga de acuerdo al ministerio de educación, al ministerio de salud, en este tipo de iniciativas, para que se dejen de decir que esto es un problema de salud, o que este es un problema de educación”

Investigador, INTA

Si bien la propuesta está formulada a nivel central, evidentemente puede llevarse al plano comunal, es decir, contar con un profesional encargado de promoción de salud que cuente con dedicación exclusiva y cuya función sea actuar como coordinador, articulando los recursos y ejecutando actividades en promoción que vinculen, por cierto, a distintas divisiones municipales que pudiesen involucrarse, así como también a organizaciones comunitarias y organismos públicos o privados externos a la municipalidad. De esta forma, se le daría mayor centralidad a la promoción, no dejándola solamente sujeta a la voluntad política, y se la desvincularía como algo exclusivo de salud situándola en un estadio más transversal.

“En el PLADECO es donde convergen todos los intereses de la comuna; ahí debiera estar presente el tema de promoción como un eje transversal. Visto desde las distintas perspectivas y distintos estamentos que trabajan en el municipio”

Académica, Escuela de Salud Pública, U Chile

Ante la ausencia de una institucionalidad concreta que se encargue de la promoción, los entrevistados recomiendan ciertas características que deben ser consideradas a la hora de fortalecer los equipos de gestión en promoción de la salud:

- a. Conocimientos sobre administración municipal
- b. Conocimiento sobre la realidad local y contactos con las organizaciones de base
- c. Conocimiento sobre diseño de proyectos
- d. Conocimiento sobre planificación
- e. Habilidades sociales
- f. Capacidad de comunicar

En cuanto al presupuesto, los principales problemas son la insuficiencia de éste a ojos de los encargados del plan, el retraso de ingreso de éste en términos operativos a nivel comunal, lo cual evidentemente condiciona la ejecución del plan relegándolo a los últimos meses del año, y la mala administración que algunas comunas hacen de él, concentrándose los recursos en una parte del territorio municipal.

Desde la óptica de algunos de los entrevistados una de las posibles soluciones que emergieron de este estudio consiste en cambiar los tiempos de ejecución del plan y su correspondiente entrega de recursos. Concretamente, el cambio consistiría en ejecutar el plan entre los meses de marzo y noviembre, de forma tal que diciembre fuese un mes de evaluación y formulación del plan para el próximo año. De esta manera, los recursos ingresarían en marzo y habría mayor cantidad de tiempo para realizar actividades.

Otra alternativa planteada por los entrevistados es extender el plazo de ejecución de los convenios, de tal manera que los gastos sean consistentes en el tiempo. Esta propuesta, además, tiene la ventaja de considerar una intervención sostenida en el tiempo que incida positivamente a las personas que participan regularmente de las actividades.

“Bueno, entonces, ¿y no se podrá obtener, hacer un convenio, por el periodo que son las orientaciones, 2011 – 2015, o un periodo de tres años? ¿No existirá esa figura? Yo sé que sí, yo sé que existe. Y una cláusula, alguna cláusula del convenio dirá que, digamos, en cuanto a lo presupuestario, se irá ajustando de acuerdo a la disponibilidad de recursos o de acuerdo a la evaluación que se haga de la ejecución del plan ¿por qué no?”
Profesional Seremi.

Evidentemente, ambas alternativas significarían una adecuación de los tiempos de trabajo entre el nivel central (MINSAL), regional (SEREMI) y comunal (Municipalidades).

Las actividades en general se caracterizan por su discontinuidad, de manera que lo que se hace y con quien se hace (población objetivo) resulta ser muy poco sostenido en el tiempo. La mayor parte de ellas se ha centrado en el espacio educacional, lo cual se explica principalmente porque varias de las metas del plan se centran en este grupo y porque es un público de fácil acceso, cautivo y constante. En congruencia con esto, ha sido el sistema escolar donde más se ha desarrollado el trabajo intersectorial, ya sea en forma directa con los colegios o a través de una mediación de la división municipal de educación.

En cuanto a las temáticas de trabajo, no hay un énfasis generalizado de una por sobre otra, y esto más bien ha dependido de la realidad de la comuna y las competencias del equipo ejecutor. Las actividades más frecuentes son las ferias saludables y los concursos en base a alguna temática en promoción.

La capacidad de realizar un trabajo multidisciplinario en los equipos a cargo del plan es un rasgo poco frecuente en las comunas visitadas, pero no por esto deja de ser una práctica destacada. Se trata de aquellas iniciativas que son impulsadas por el equipo en su conjunto, independiente de la profesión que cada uno tenga.

Las recomendaciones en este plano van, precisamente, en la dirección que tiene el Plan Nacional de Salud 2011-2020, un instrumento que proyecta las acciones en el tiempo, otorgándoles la continuidad necesaria. La capacidad de sostener un trabajo a largo plazo en la promoción de la salud constituye, entonces, una decisión que redituaria a nivel nacional, regional y local. En el plano local, la recomendación refiere a realizar actividades planificadas y ejecutadas por equipos multidisciplinarios, teniendo en cuenta y coordinando para este trabajo a toda la comuna, de forma tal de que haya comunicación entre los distintos territorios, e intentando utilizar en la realización de las actividades las plazas saludables. Asimismo, se considera positivo incorporar en la planificación y ejecución de las actividades a las organizaciones comunitarias presentes en la comuna.

La infraestructura es un área de trabajo escasamente trabajada en el marco de la promoción de la salud. En general, lo que se observa es la construcción de plazas saludables. En cuanto a las recomendaciones, se recoge la experiencia de uno de los casos destacados, donde el proyecto para la construcción de una plaza saludable conto con la participación de las OSC.

La intersectorialidad y la asociatividad son aspectos poco trabajados en las comunas. En general, no se observan vínculos o una coordinación sostenida al interior de la municipalidad; entre la municipalidad y los centros de salud; entre los municipios y otros actores externos (sean organismos públicos o privados).

Por último, debido a que en la actualidad el plan se ejecuta en muy pocos meses, para varios de los entrevistados resulta ilógico el exceso de evaluaciones requeridos por la SEREMI R. Metropolitana, lo cual en ocasiones juega en contra de la realización misma de las actividades.

Estas evaluaciones se centran en la ejecución del presupuesto o de las actividades, sin hacer una estimación de los logros (metas) y de la forma como se distribuyen los recursos. Si bien se comprende que estos procesos de cambio son de largo aliento, de igual forma algunos entrevistados proponen que se incluyan evaluaciones de impacto.

“No hay una evaluación de impacto. Aquí, no hay, por ejemplo, una línea de base, promoción de salud, orientaciones de salud 2011 – 2015, esto es lo que yo propongo, esta es la línea de base...”
Profesional, SEREMI RM

IX. BIBLIOGRAFÍA

- ATKINSON S, Cohn A, Ducci ME and Gideon J. Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: comparative case studies from Chile and Brazil. Health Promotion International, 2005.
- Biblioteca Congreso Nacional, BCN. Municipios saludables y campañas de prevención de la obesidad. 2011.
- Camino Xavi. Los espacios públicos urbanos y el deporte como generadores de redes sociales: el caso de la ciudad de Barcelona. Laboratorio de investigación social del INEFC de Barcelona,(s/año).
- Colegio de kinesiólogos de Chile. Recomendaciones utilización máquinas plazas saludables. (s/año).
- Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década de 2011-2020. (s/año).
- IND-Observatorio Social, Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Hábitos de actividad física y deporte en la población mayo a 18 años, 2006-2007.
- IND-Alcalá. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte. 2009-2010.
- JANSOON E. and Tillgren P. Health promotion at local level: a case study of content, organization and development in four Swedish municipalities. BMC Public Health, 2010.
- Mayorga Miguel y Magrinyá Francesc. Diseñar la ciudad para el deporte en los espacios públicos. Apuntes educación física y deportes (2008).
- MENA-BEJARANO B. Análisis de Experiencias en la Promoción de Actividad Física. Rev. Salud pública, 2006.
- MIDEPLAN. Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), años 2000, 2003, 2006, 2009.
- MINSAL, Actualización de orientaciones para planes comunales de promoción de la salud. PROGRAMA DE PROMOCION DE SALUD 2011-2015 Departamento Promoción de la Salud y participación ciudadana, 2011.
- MINSAL-PUC. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, 2007.
- MINSAL. Encuesta Nacional de calidad de Vida y Salud (ECVS), años 2000 y 2006.
- MINSAL. Encuesta Nacional de Salud (ENS). 2009-2010.
- Molina Helio. Estrategias de promoción de la salud en la adolescencia. Curso salud y desarrollo del adolescente. Departamento Salud Pública, PUC (s/año).
- MITTELMARK MB. Health promotion at the communitywide level: lessons from diverse perspectives. Health Promotion at the Community Level 2: New Advances London: Sage Publications IncBracht N° 2, 1999.
- OMS. I Conferencia Mundial de Promoción de Salud. Ottawa, Canada, 1986.
- OMS. II Conferencia Mundial de Promoción de Salud. Adelaida, Australia, 1998.
- OMS. III Conferencia Mundial de Promoción de Salud.. Sundsvall. Suecia, 1991.
- OMS. IV Conferencia Mundial de Promoción de Salud. Yakarta, Indonesia, 1997.
- OMS. V Conferencia Mundial de Promoción de Salud. México, 2000.
- OMS. VI Conferencia Mundial de Promoción de Salud. Bangkok, Tailandia, 2005.
- OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2004.
- Palacios Rosario. Orientaciones para una política de espacios públicos. Dirección de Asuntos Público UC. PUC, 2008.

- Vío Fernando y Salinas Judith. Guía para una vida activa. Anexo 1: reunión de expertos. 2003.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Municipios, ciudades y comunidades saludables: recomendaciones para la evaluación dirigida a los responsables de las políticas en las Américas. 2005.
- SUBDERE. Guía operativa de postulación, proyectos elige vivir sano en tu plaza. Programa de mejoramiento urbano y equipamiento comunal. (s/año)
- WHO. Ottawa Charter for Health Promotion: The move towards a new public health, an international conference on health promotion, Ottawa, Canada Geneva 1986.

X. ANEXO: PAUTAS DE ENTREVISTAS

I. PAUTA DE ENTREVISTA AUTORIDAD MUNICIPAL DE SALUD

Nombre:
Cargo:
Profesión:
Vinculación con la promoción (actual y anterior):

Gestión Institucional

1. ¿Cómo surge la iniciativa y hace cuantos años se comenzó a implementar el plan en la comuna?
2. ¿Qué organismo o división municipal tiene a su cargo la implementación del plan de Promoción de la Salud?, ¿por qué se optó por este modelo?
3. ¿Cómo se relacionan el área de promoción de la salud con las otras áreas del departamento, dirección o corporación de salud?, de ser así, ¿Cómo se coordinan?
4. ¿Qué profesionales participan del equipo?, ¿cuáles son sus funciones y cómo se relacionan entre sí?
5. ¿Cómo ha sido la relación con el MINSAL y con la SEREMI?, ¿Qué aspectos destacan y cuáles habría que mejorar?
6. ¿Qué aspectos destacaría, en tanto aciertos y debilidades, respecto de la gestión del Plan en este último año?

Presupuesto [Estas preguntas se relacionan con este último año]

7. El presupuesto otorgado para la implementación del Plan, ¿Se ajusta a los requerimientos de la comuna?
8. ¿Han cofinanciado la implementación del Plan con fondos municipales y/o con fondos externos?, de ser sí ¿A qué se ha destinado el cofinanciamiento?

Programa: Actividades: [Estas preguntas se relacionan con este último año]

9. ¿Qué actividades se han realizado en las áreas de alimentación saludable, actividad física y espacios libres de humo de tabaco?, ¿Se ha privilegiado el trabajo en un área por sobre las otras?, ¿Por qué?
10. ¿En qué espacios se ha trabajado (comunitario, laboral, educacional) con mayor o menor intensidad?, ¿Por qué se ha optado por estos espacios?

11. ¿En qué entornos físicos (lugares) y con qué frecuencia han realizado las actividades?, ¿Qué criterios han guiado esta elección?
12. ¿Cuáles han sido las principales dificultades y aciertos para la realización de las actividades?

Programa: Infraestructura (estas preguntas se relacionan con este último año)

13. ¿La implementación del plan ha implicado dotación de infraestructura?, de ser así ¿en qué ha consistido y cuáles han sido los criterios que han guiado este proceso? (En caso de instauración de plazas saludables, ahondar en criterios de elección de lugar (plazas públicas, consultorios, escuelas, etc.).
14. En caso de existir dotación de infraestructura, ¿qué profesionales han coordinado estos procesos y cuáles han sido sus funciones principales?
15. ¿Cuáles han sido las principales dificultades y aciertos para la dotación de infraestructura?

Trabajo intersectorial

16. Para implementar el Plan, ¿Han trabajado en forma conjunta con otros organismos públicos? (IND, MINEDUC, etc.)?, de ser así ¿de qué forma se ha articulado el trabajo?
17. Para implementar el Plan, ¿Han trabajado en forma conjunta con otras divisiones municipales (Deportes, extraescolar, adulto mayor, etc.)?, de ser así ¿de qué forma se ha articulado el trabajo?
18. Para implementar el Plan, ¿Han trabajado en forma conjunta con empresas u organismos privados?, de ser así ¿de qué forma se ha articulado el trabajo?
19. Para implementar el Plan, ¿Han trabajado en forma conjunta con organizaciones sociales (juntas de vecino, clubes deportivos, clubes de adulto mayor, etc.)?, de ser así ¿de qué forma se ha articulado el trabajo?

Evaluación y proyección

20. ¿Consideran apropiados los mecanismos de supervisión y evaluación del Plan requeridos por el MINSAL?, ¿por qué?
21. ¿Realizan evaluaciones internas?, ¿por qué? [ya sea porque no lo hacen o porque si lo hacen]
22. ¿Cómo se proyecta la implementación del Plan en la comuna para el próximo año? (ahondar en grupos de trabajo, temáticas, actividades, infraestructura y trabajo intersectorial)
23. Por último, ¿desea agregar algún comentario o recomendación en relación a la implementación del Plan?

II. PAUTA DE ENTREVISTA OTROS ACTORES MUNICIPALES (EDUCACION, DEPORTE)

Nombre:
Cargo:
Profesión:

Gestión Institucional

1. ¿Cómo se relaciona su departamento, dirección o corporación con la ejecución del plan de promoción de la salud?
2. ¿Cuándo se origina este vínculo y por iniciativa de quién?
3. ¿Qué profesionales de su departamento, dirección o corporación participan en la ejecución del plan?, ¿cuáles son sus funciones y cómo se relacionan entre sí coordinan con salud municipal?
4. ¿Qué aspectos destacaría, en tanto aciertos y debilidades, respecto de la gestión del Plan en este último año?

Presupuesto [Estas preguntas se relacionan con este último año]

5. Su dirección, departamento o corporación, ¿ha cofinanciado la implementación del Plan?, de ser sí ¿A qué se ha destinado el cofinanciamiento?

Programa: Actividades: [Estas preguntas se relacionan con este último año]

6. ¿Qué actividades ha realizado su departamento, dirección o corporación en las áreas de alimentación saludable, actividad física y espacios libres de humo de tabaco?, ¿Se ha privilegiado el trabajo en un área por sobre las otras?, ¿Por qué?
7. ¿En qué espacios se ha trabajado (comunitario, laboral, educacional) con mayor o menor intensidad?, ¿Por qué se ha optado por estos espacios?
8. ¿En qué entornos físicos (lugares) y con qué frecuencia se han realizado las actividades?, ¿Qué criterios han guiado esta elección?
9. ¿Cuáles han sido las principales dificultades y aciertos para la realización de las actividades?

Programa: Infraestructura (estas preguntas se relacionan con este último año)

10. Su departamento, dirección o corporación, ¿ha participado en las acciones de dotación de infraestructura en el marco del plan?, de ser sí ¿en qué ha consistido esta participación y qué profesionales han coordinado estos procesos?

Trabajo intersectorial

11. Para implementar el Plan, ¿su departamento, dirección o corporación ha trabajado en forma conjunta con otros organismos públicos y/o con actores privados? (empresas, jjvv, IND, MINEDUC, etc.)?, de ser así ¿de qué forma se ha articulado el trabajo?
12. Para implementar el Plan, ¿Han trabajado en forma conjunta con organizaciones sociales (juntas de vecino, clubes deportivos, clubes de adulto mayor, etc.)?, de ser así ¿de qué forma se ha articulado el trabajo?

Evaluación y proyección

13. Desde su sector, ¿Cómo se proyecta la implementación del Plan en la comuna para el próximo año? (ahondar en públicos objetivo, temáticas de trabajo, actividades, infraestructura y trabajo intersectorial)
14. Por último, ¿desea agregar algún comentario o recomendación en relación a la implementación del Plan?

III. PAUTA DE ENTREVISTA ENCARGADO PLAN PROMOCION DE LA SALUD

Nombre:

Cargo (antigüedad):

Profesión:

Vinculación con la promoción de la salud (actual y anterior):

Gestión institucional

1. ¿Qué organismo o división municipal tiene a su cargo la implementación del plan de Promoción de la Salud?, ¿por qué se optó por este modelo?
2. ¿Qué profesionales participan del equipo implementador?, ¿cuáles son sus funciones y cómo se relacionan entre sí?
3. ¿Cómo surge la iniciativa? y ¿Hace cuántos años se comenzó a implementar el plan en la comuna?
4. ¿Cómo ha sido la relación con el MINSAL y con la SEREMI?, ¿Qué aspectos destacan y cuáles habría que mejorar?
5. ¿Qué aspectos destacaría, en tanto aciertos y debilidades, respecto de la gestión del Plan en este último año?

Presupuesto (Estas preguntas se relacionan con este último año)

6. El presupuesto otorgado para la implementación del Plan, ¿Se ajusta a los requerimientos de la comuna?

7. ¿Han cofinanciado la implementación del Plan con fondos municipales?, de ser así ¿en qué ha consistido este cofinanciamiento?
8. ¿Han cofinanciado la implementación del Plan con fondos externos (públicos o privados)?, de ser así, ¿quién puso esos recursos y para qué?

Programa: Actividades: [Estas preguntas se relacionan con este último año]

9. ¿A qué grupos ha estado dirigido el trabajo en promoción de la salud?, ¿Por qué se ha optado por estos grupos y qué objetivos se persiguen con cada uno de ellos en particular?
10. ¿Cuáles han sido los mecanismos de convocatoria para estos grupos?
11. ¿En qué espacios se ha trabajado (comunitario, laboral, educacional) con mayor o menor intensidad?, ¿Por qué se ha optado por estos espacios?
12. ¿Qué actividades se han realizado en las áreas de alimentación saludable, actividad física y espacios libres de humo de tabaco?, ¿Se ha privilegiado el trabajo en un área por sobre las otras?, ¿Por qué?
13. ¿Qué profesionales han participado en la realización de las actividades y cuáles han sido sus funciones principales?
14. ¿En qué entornos físicos (lugares) y con qué frecuencia se han realizado las actividades?, ¿Qué criterios han guiado esta elección?
15. ¿Cuáles han sido las principales dificultades y aciertos para la realización de las actividades?

Programa: Infraestructura (Estás preguntas se relacionan con este último año)

16. ¿La implementación del plan ha implicado dotación de infraestructura?, de ser así ¿en qué ha consistido y cuáles han sido los criterios que han guiado este proceso? (En caso de instauración de plazas saludables, ahondar en criterios de elección de lugar (plazas públicas, consultorios, escuelas, etc.)).
17. En caso de existir dotación de infraestructura, ¿qué profesionales han coordinado estos procesos y cuáles han sido sus funciones principales?
18. ¿Cuáles han sido las principales dificultades y aciertos para la dotación de infraestructura?

Trabajo intersectorial

19. Para implementar el Plan, ¿Han trabajado en forma conjunta con otros organismos públicos? (IND, MINEDUC, etc.)?, de ser así ¿de qué forma se ha articulado el trabajo?

20. Para implementar el Plan, ¿Han trabajado en forma conjunta con otras divisiones municipales (Deportes, extraescolar, adulto mayor, etc.)?, de ser así ¿de qué forma se ha articulado el trabajo
21. Para implementar el Plan, ¿Han trabajado en forma conjunta con empresas u organismos privados?, de ser así ¿de qué forma se ha articulado el trabajo?
22. Para implementar el Plan, ¿Han trabajado en forma conjunta con organizaciones sociales (juntas de vecino, clubes deportivos, clubes de adulto mayor, etc.)?, de ser así ¿de qué forma se ha articulado el trabajo?

Evaluación y proyección

23. ¿Consideran apropiados los mecanismos de supervisión y evaluación del Plan requeridos por el MINSAL?, ¿por qué?
24. ¿Realizan evaluaciones internas respecto de la implementación del Plan?, ¿por qué? [ya sea porque no lo hacen o porque si lo hacen]
25. ¿Cómo se proyecta la implementación del Plan en la comuna para el próximo año? (ahondar en equipo de trabajo, públicos objetivo, temáticas de trabajo, actividades, infraestructura y trabajo intersectorial)
26. ¿Existen mecanismos que aseguren la continuidad del Plan? De ser así, ¿en qué consisten?
27. Por último, ¿desea agregar algún comentario o recomendación en relación a la implementación del Plan?

IV. PAUTA DE ENTREVISTA EQUIPO EJECUTOR

Nombre:

Cargo (antigüedad):

Profesión:

Vinculación con la promoción (actual y anterior):

Gestión institucional

1. ¿En qué consiste su cargo?, ¿cómo se relaciona con las otras personas que son parte del plan de promoción de la salud?, ¿Cómo se coordinan entre sí?
2. ¿Cuándo tiene algún requerimiento, ¿a quién se dirige y por qué?
3. ¿Cuál es su apreciación sobre los recursos [humanos; técnicos; materiales] con los que se cuenta para la ejecución del plan?, al respecto, ¿qué aspectos faltan por mejorar?

Programa: Actividades (estas preguntas se relacionan con este último año)

4. ¿A qué grupos ha estado dirigido el trabajo en promoción de la salud durante este último año?, ¿En qué espacios se ha trabajado (comunitario, laboral, educacional) con mayor o menor intensidad?, ¿Por qué?
5. ¿Cuáles han sido los mecanismos de convocatoria para estos grupos?
6. ¿Qué actividades se han realizado en las áreas de alimentación saludable, actividad física y espacios libres de humo de tabaco?, ¿En qué consisten dichas actividades y con qué frecuencia se han llevado a cabo en este último año?
7. A su juicio, ¿Se ha privilegiado el trabajo en un área por sobre las otras?, ¿Por qué?
8. ¿Qué profesionales o técnicos han participado en la realización de las actividades?
9. ¿Cómo evalúa los lugares y la frecuencia con que realiza sus actividades?, al respecto, ¿qué aspectos faltan por mejorar?
10. ¿Cuáles han sido las principales dificultades y aciertos para la realización de las actividades?

Programa: Infraestructura (estas preguntas se relacionan con este último año)

11. ¿La implementación del plan ha implicado dotación de infraestructura?, de ser así ¿en qué ha consistido y cuáles han sido los criterios que han guiado este proceso? (En caso de instauración de plazas saludables, ahondar en criterios de elección de lugar (plazas públicas, consultorios, escuelas, etc.)).
12. En caso de existir dotación de infraestructura, ¿usted ha participado en esto?, de ser así, ¿en qué ha consistido su trabajo?
13. ¿Cuáles han sido las principales dificultades y aciertos para la dotación de infraestructura?

Trabajo intersectorial

14. Para implementar el Plan, ¿ha trabajado con otros sectores de la municipalidad (educación, adulto mayor, deportes, discapacidad, etc.)?, de ser así ¿En qué ha consistido este trabajo?
15. Para implementar el Plan, ¿Se ha vinculado y/o trabajado con alguna institución u organización social pública o privada fuera de la municipalidad?, de ser así ¿en qué ha consistido este vínculo y/o trabajo?

Evaluación y proyección

16. ¿Considera apropiados los mecanismos de supervisión y evaluación del Plan requeridos por el MINSAL?
17. ¿Qué recomendaciones daría para optimizar el plan el próximo año?

18. Por último, ¿Hay algún aspecto más que le gustaría nombrar en relación a la implementación del Plan?

V. PAUTA DE ENTREVISTA SEREMI

NOMBRE

CARGO

PROFESION

VINCULACIÓN CON LA PROMOCION DE LA SALUD [actual y anterior]

1. ¿Cuál es su evaluación general sobre las intervenciones en promoción de la salud en Chile y en la Región Metropolitana?
2. A nivel de las región Metropolitana, existen diferencias por comuna ¿a qué atribuye lo anterior?

Ámbito municipal

3. ¿Qué rol le asigna a uds. A los municipios en la promoción de la salud?, ¿Por qué?
4. A su juicio, ¿Cómo debería operar un plan municipal de promoción de la salud?
5. A su juicio, las acciones municipales en promoción de la salud, debiesen dirigirse hacia toda la comunidad o hacia grupos objetivos dentro de ésta?
6. Al interior de los municipios ¿Qué actores uds califica como claves en la promoción de la salud y que rol le atribuye a cada uno de ellos? [TENER PRESENTE A ALCALDE, ENCARGADO DE SALUD, EDUCACION, DEPORTE, SECTORIALISTAS, ENCRGADOS TERRITORIALES]
7. A su juicio, ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan los municipios a la hora de implementar sus planes en promoción de la salud? [AHONDAR EN CAPACITACIÓN, RECURSOS, COORDINACION INTERSECTORIAL, COLABORACIÓN CON ORGANIZACIONES EXTERNAS COMO EMPRESAS Y ORGANIZACIONES SOCIALES]
8. Existe alguna experiencia municipal que uds destacaría en la promoción de la salud, ¿Por qué?
9. ¿Cómo evalúa el funcionamiento de los mecanismos de auto evaluación del plan de promoción de la salud?
10. ¿Cómo evalúa el funcionamiento de los mecanismos de coordinación y gestión entre la SEREMI y los municipios para la implementación del plan?
11. ¿Cómo se proyecta la implementación del plan de promoción de salud para los próximos años?

12. Desea agregar algún comentario o sugerencia

VI. PAUTA DE ENTREVISTA ACADÉMICOS

NOMBRE

CARGO

PROFESION

VINCULACIÓN CON LA PROMOCION DE LA SALUD (actual y anterior)

1. ¿Qué experiencias destacaría en América Latina y Chile relativas a la promoción de la salud?, ¿por qué?
2. ¿Cuál es su evaluación general sobre las intervenciones en promoción de la salud en Chile?
3. ¿Cuál es su visión respecto del lugar de la promoción de la salud dentro del Plan Nacional de Salud 2011-2020?,
4. ¿Cuáles han sido los principales actores que la han promovido la salud en Chile y que rol le atribuye uds. a ellos?

Ámbito municipal

5. ¿Qué rol le asigna a uds. A los municipios en la promoción de la salud?, ¿Por qué?
6. A su juicio, ¿Cómo debería operar un plan municipal de promoción de la salud?
7. ¿Hacia qué grupo de la población deberían dirigirse las acciones municipales en promoción de la salud?
8. Al interior de los municipios ¿Qué actores uds califica como claves en la promoción de la salud y que rol le atribuye a cada uno de ellos? [TENER PRESENTE A ALCALDE, ENCARGADO DE SALUD, EDUCACION, DEPORTE, SECTORIALISTAS, ENCARGADOS TERRITORIALES]
9. A su juicio, ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan los municipios a la hora de implementar sus planes en promoción de la salud? [AHONDAR EN CAPACITACIÓN, RECURSOS, COORDINACION INTERSECTORIAL, COLABORACIÓN CON ORGANIZACIONES EXTERNAS COMO EMPRESAS Y ORGANIZACIONES SOCIALES]
10. Existe alguna experiencia municipal que uds destacaría en la promoción de la salud, ¿Por qué?

11. Desea agregar algún comentario o sugerencia

VII. PAUTA DE ENTREVISTA BENEFICIARIOS Y/O REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES SOCIALES⁹

Nombre:

Cargo (en caso de ser dirigente de organización social):

Años en que vive en la comuna

1. ¿Qué entiende por “Promoción de la Salud”? (preguntar sólo a los beneficiarios)
2. ¿Ha visto o participado de actividades organizadas por la municipalidad que promuevan la salud?
3. ¿En qué han consistido las actividades?, ¿Qué destacaría al respecto?
4. En caso de haber participado, ¿lo ha hecho sólo o en compañía de su familia y/o amigos?, ¿cómo evalúa el funcionamiento de las actividades?, ¿Qué aspectos se podrían mejorar?
5. ¿Considera apropiados los lugares y horarios de realización de las actividades?
6. ¿Qué opina de que la municipalidad desarrolle actividades orientadas a promover la salud?
7. ¿Ha constatado la instauración de infraestructura que promueva la salud (plazas saludables, juegos modulares, ciclovías, etc.)
8. ¿Qué opina de que la municipalidad ejecute esta dotación de infraestructura?, ¿por qué?
9. ¿Cómo evalúa la dotación de infraestructura en promoción de la salud efectuada por la municipalidad?, ¿Qué aspectos habría que mejorar?

En caso de tratarse de un dirigente social:

10. ¿De qué forma su organización se ha vinculado con la implementación del plan de promoción de la salud?
11. ¿Cuándo y por iniciativa de quién se generó este vínculo?
12. ¿Considera bueno que las organizaciones sociales sean consideradas por la municipalidad para elaborar de forma conjunta la estrategia de implementación del plan?
13. ¿Su organización se proyecta de forma participativa en la implementación del plan el año entrante?, de ser sí ¿en qué consistiría esta participación?

⁹ Dirigentes juntas de vecino, clubes deportivos, clubes de adulto mayor, etc.

VIII. PAUTA DE OBSERVACION NO PARTICIPANTE

Número visita:

Día y hora visita:

Día:	Hora:
------	-------

Comuna:

Dirección o esquina de referencia

--

ENTORNO E INFRAESTRUCTURA

Caracterización general del entorno (características del sector- comercial, residencial, otro-, nivel socioeconómico y otras características)

--

Caracterización general del lugar de realización de la actividad (espacio natural o construcción física, estado del lugar, amplitud, presencia de juegos o máquinas de ejercicio, estado de mantenimiento, aseo, otros servicios que pueda tener, etc.)

--

ACTIVIDAD

Área temática de actividad (actividad física, alimentación saludable, humo de tabaco):

Espacio de trabajo (comunitario, laboral, educacional):

Caracterización general del público que acude a realizar la actividad (sexo, edad, nivel socioeconómico, ocupación (si es posible apreciarlo), cantidad aproximada de participantes y otras características)

--

Caracterización general de la actividad (Horario, duración, contenido, funcionamiento, etc.)



Caracterización general del equipo ejecutor (número de profesionales, coordinación, funciones, relación con los beneficiarios, etc.)

Problemas observables y otros