

# PROMOCIÓN DE SALUD DESDE EL SISTEMA DE SALUD

PROPUESTAS PAÍS



## **1. PROMOCIÓN DE SALUD DESDE EL SISTEMA DE SALUD.<sup>1</sup>**

### **a. Definición**

La promoción de salud se entiende como un proceso mediante el cual se crean capacidades para que los individuos y las comunidades ejerzan un mayor control sobre los factores condicionantes de su salud para poder mejorarla. El fundamento de este concepto es que el bien social se construye con la ciudadanía y todos los sectores de la sociedad y para ello se requiere, entre otras condiciones, voluntad política, visión de largo plazo y respaldo financiero continuo.

En 1998, el MINSAL puso en marcha el Plan Nacional de Promoción de Salud (1), basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) (2) para enfrentar los desafíos del nuevo perfil epidemiológico del país, que quedaron en evidencia con el Estudio de Carga de Enfermedad publicado en 1997 (3) que demostró que el 75% de la carga de enfermedad del país se debía a Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). En 1998 se crea el Consejo Nacional de Promoción de Salud (VIDA CHILE), que es una instancia intersectorial presidida por el Ministro de Salud y constituida por 28 instituciones públicas y privadas de todo el país. Su función es asesorar a los Ministerios para la elaboración de políticas saludables y coordinar un plan de acción estratégico intersectorial. Este Consejo cuenta con una red de Consejos Regionales, uno por cada Región del país, y los Consejos VIDA CHILE comunales en 341 comunas, constituidos por representantes de organizaciones sociales y comunitarias, autoridades municipales, servicios públicos locales y entidades privadas. Cada uno de estos consejos comunales formula, implementa y evalúa un Plan Comunal de Promoción de Salud con proyectos en los temas de alimentación, actividad física, tabaco, temas psicosociales y ambientales, que se ejecutan en tres espacios de promoción: establecimientos educacionales, lugares de trabajo y comunas (Cuadro 1.)

---

<sup>1</sup> El presente documento fue elaborado por **Fernando Vio**.

TEMAS	ESPACIOS
Alimentación	Establecimientos educacionales: jardines infantiles, escuelas y Universidades
Actividad Física	Comunas
Tabaco	Lugares de trabajo: empresas públicas y privadas
Factores Psicosociales	
Factores Ambientales	

Para instalar esta estrategia, se llevó a cabo una capacitación a directivos del sector salud con el apoyo del sector académico (INTA Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad de Concepción) través de tres Centros Académicos de Recursos en Promoción de la Salud, uno en cada una de las tres Universidades. A través de estos centros se logró capacitar a las autoridades regionales de salud en 1998, al 70% de los municipios del país entre 1999 y 2001 y a todos los VIDA CHILE regionales entre el 2001-2002, lo que dejó instalada una masa crítica de recursos humanos capacitados en los temas de Promoción de Salud.

Para evaluar esta estrategia, se realizó como línea de base la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCVS) del año 2000 (4) y se establecieron metas para la década en los temas de promoción, metas que pasaron a ser parte de los Objetivos Sanitarios de la Reforma de Salud (5) (Cuadro 2.).

En una primera fase, las intervenciones locales dieron prioridad al trabajo con las organizaciones sociales, los establecimientos de educación, a la APS y posteriormente a los lugares de trabajo, las Universidades y empresas del sector privado. Se realizaron tres Congresos Chilenos de Promoción de Salud (1999, 2002 y 2007), con amplia participación de representantes de consejos comunales de todo el país y un Foro de las Américas, organizado por la Organización panamericana de la Salud (OPS) el 2002, donde se suscribió el Compromiso de Chile para la Promoción de Salud.

Se estableció la estrategia de declarar escuelas, comunas y lugares de trabajo como “promotores de la salud” después de un proceso de acreditación que cumpliera con determinados requisitos. También se establecieron programas para acreditar lugares

libres de humo de tabaco mucho antes de que apareciera la Ley de Tabaco, en agosto del 2006. Además, se estableció el Programa de Salud con la Gente, consistente en otorgar reconocimiento y apoyo al fortalecimiento de las organizaciones sociales vinculadas a la salud y al mejoramiento de la calidad de vida (organizaciones de autocuidado, adultos mayores, mujeres, vecinales, ambientales, juveniles y otras).

A todo esto se sumaron campañas de comunicación social realizadas durante un mes cada año para promover hábitos de vida sana (alimentación, actividad física y ambientes libres de humo de tabaco) en escolares y en la población en general. Estas campañas utilizaron medios locales de comunicación (afiches, volantes, gigantografías y cuñas radiales) según guías técnicas elaboradas por VIDA CHILE, que contienen los 17 mensajes educativos validados para la población chilena.

### **Referencias:**

1. Salinas J, Donoso N, Molina H, Montecinos C, Pezoa S, Torres M, eds. Plan Nacional de Promoción de Salud. Santiago, Chile. Mosquito Comunicaciones, 1999.
2. Belmar R, Salinas J. Atención primaria y participación comunitaria en salud: orientaciones estratégicas. Rev Med Chile 1994, 122:215-220.
3. República de Chile, Ministerio de Salud. Estudio Carga de Enfermedad. Informe Final, Chile 2000. Santiago, Chile. MINSAL, 1996.
4. República de Chile, Ministerio de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile 2000. Santiago, Chile. MINSAL, 2003.
5. República de Chile, Ministerio de Salud. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Resumen Ejecutivo. El Vigía (Chile) 2002, 5:2-11

### **b. Diagnóstico**

Desde el año 2002 en adelante, ante los cambios de la política de salud, que se focalizó principalmente en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (Plan AUGE), la Promoción de Salud dejó de tener la prioridad que se le había otorgado desde el año 1998. Sin embargo, continuó funcionando en el nivel local y regional, en gran medida gracias a los recursos humanos capacitados y al apoyo del MINSAL y los gobiernos locales. Además, se mantuvo el apoyo técnico desde las Universidades, lo que se manifestó en el desarrollo de guías para la población en alimentación, actividad física y tabaco, así como para las empresas, Universidades y establecimientos de

educación superior, y se desarrolló y distribuyó gran cantidad de materiales educativos en estos temas.

A nivel mundial, la OMS continuó planteando la importancia de la Promoción de Salud, pero a partir del año 2005 en la reunión de Bangkok (1) incorpora los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) con el objeto de disminuir las desigualdades en el mundo globalizado. Esto modifica uno de los aspectos básicos en el concepto de Promoción de Salud y especialmente en su implementación, que enfatiza principalmente cambios de conducta y desarrollo de estilos de vida y entornos saludables en la población mediante un trabajo directo con las personas, familias y comunidades en sus lugares de vida cotidiana (centro de salud, escuela, hogar, lugar de trabajo y comuna), trasladando el foco a una visión más estructural de los DSS, que incorpora todos los factores que pueden tener una relación con la salud: inequidad, pobreza, condiciones laborales, temas de género, vivienda, medio ambiente. Esto requiere fundamentalmente medidas de políticas públicas y programas sociales efectivos frente a la pobreza, acciones muy relevantes, pero que puede desperfilar el rol de los equipos locales y de la propia comunidad en lograr metas de proceso e impacto que mejoren la calidad de vida de las personas. O sea, la mirada sociológica-estructural de los determinantes sociales y condiciones materiales pasa a tener preponderancia sobre los temas relacionados con los comportamientos y conductas de la población. Sin embargo, hay que considerar que la experiencia demuestra que las leyes y regulaciones son un instrumento poderoso, pero no garantizan el cambio individual de hábitos y conductas (2).

Esto es similar a lo que sucedió en las décadas del 60 y 70 en el tema de la desnutrición, dónde se planteaba que la única forma de enfrentar y resolver este problema era a través de cambios estructurales, políticos y socio-económicos de los países. Sin embargo, en Chile se demostró que sin una mejoría económica evidente y aún con severas crisis económicas en los años 74 y 82 y con distintos tipos de gobierno que se sucedieron entre las décadas del 60 y 80, políticas muy bien dirigidas desde el sector salud con acciones de prevención primaria (controles de salud y entrega de alimentos a todas las madres y niños que asistían a dichos controles); prevención secundaria (mayor número de controles y entrega de alimentos focalizados a niños en riesgo de desnutrir o desnutridos leves) y prevención terciaria (rehabilitación en centros especializados), se logró erradicar la desnutrición a fines de la década del 80 (3).

En Chile, el tema de la incorporación de los DSS, por una parte, desperfiló el trabajo que se venía realizando en los hábitos y conductas en Promoción de Salud relacionadas

con los condicionantes (alimentación, actividad física, tabaco, factores psicosociales y medio ambientales), y por otra, produjo confusión en los grupos técnico-profesionales y en la población en general. Actualmente sucede que en la política nacional a nivel central se habla de los DSS y en los niveles regionales y comunales se continúa trabajando con los condicionantes de la Salud. Además, desde el año 2005, no se reúne el Consejo Nacional de Promoción de Salud VIDA CHILE, lo que impide la coordinación a nivel nacional. Esto hace que aparezcan iniciativas separadas unas de otras en cada tema: en alimentación, la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO Chile) y la promoción del consumo de frutas y verduras a través de la corporación 5 al día Chile. En alimentación, existe además un proyecto de ley en el Congreso para regular el consumo de grasas, azúcares y sal y los alimentos saludables en las escuelas, que fue iniciativa del Senado de la República, actualmente en discusión en la Cámara de Diputados (4). En actividad física, se creó una red nacional de actividad física, que es parte de la red latinoamericana. En tabaco, se aprobó la Ley Antitabaco en agosto del 2006 y su implementación ha significado una importante campaña a nivel nacional, sin coordinación alguna con otras campañas de drogas, alimentación saludable o de promoción de la actividad física. Uno de los grandes logros de VIDA CHILE Nacional es el abordaje conjunto de estos temas (alimentación, actividad física, tabaco), con lo que se logra un mayor impacto al trabajar en forma integrada. Existe abundante evidencia que recomienda estrategias múltiples, integrales y sostenidas en el tiempo para lograr los impactos esperados en Salud, siendo la más conocida la exitosa estrategia ya señalada que fue implementada en Chile entre las décadas del 60 y 80 para erradicar la desnutrición infantil (3).

Actualmente, se da la paradoja que en los niveles regionales y locales se continúan los planes, proyectos y actividades de Promoción de Salud a nivel comunal, pero sin directrices claras desde el nivel nacional. Además, se han creado líneas de acción paralelas con el programa de las 1000 escuelas EGO en todo el país; programas de actividad física a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS) e indicaciones para aplicar la Ley Antitabaco, sin coordinación con los planes de Promoción de Salud. En la APS existen actividades de Promoción de Salud en los centros de salud, pero la aplicación de estas queda al criterio de los municipios, que no siempre disponen de recursos para ello. El personal de salud prioriza las acciones de prevención y recuperación de la enfermedad por sobre de las de Promoción, las que tampoco son exigidas como metas a cumplir en la APS. En las orientaciones para la planificación y

programación en red para el año 2009 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de MINSAL (5), en los Elementos Generales, página 11, aparece en el punto A.1 el tema del Enfoque de Determinantes Sociales en Salud como prioritario. La promoción de Salud no aparece sino en la página 16 en un párrafo de Prestación de Servicios Integrados, donde dice “A pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el autocuidado individual y familiar”, sin señalar cuales son estas acciones de promoción y prevención. Luego, en otro párrafo de esa misma página, dice “se promueve la participación de la familia tanto en actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas”. En la página 17 hay un párrafo de Promoción de Salud, que la define como “un proceso social y político amplio. No sólo comprende las acciones dirigidas a reforzar conocimientos, aprendizajes sociales y a desarrollar capacidades individuales y comunitarias, sino también aquellas acciones que persiguen el cambio de las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su repercusión sobre la salud familiar, comunitaria y poblacional”. Luego señala “La participación y la comunicación social educativa son vitales para dar continuidad a la actividad de Promoción de Salud, a su vez las políticas públicas favorables a la salud y la gestión intersectorial, en sus distintos niveles de gestión (comunal, regional y país) constituyen otra condición básica para su desarrollo”. Estos conceptos corresponden más al de cambios estructurales propios de los DSS que a los cambios conductuales y culturales que impulsa la Promoción de Salud. Además, en ninguna parte se señala cuáles son las acciones concretas de Promoción de Salud que deben realizarse en la APS. Al no existir acciones concretas, en las orientaciones para la programación que aparecen entre las páginas 35 y 48, no existen orientaciones para la asignación de tiempo de recursos humanos ni de recursos materiales para las acciones de Promoción. Luego en el Anexo 3 “Cuidados de Salud a través del Ciclo Vital”, aparece el tema de Promoción de Salud en la página 45, definiéndola como “Las acciones de Promoción de Salud planteadas por el equipo local son preferentemente aquellas de carácter educativo, comunicacional y de refuerzo a la participación ciudadana que puedan estar orientadas a las diferentes etapas del ciclo vital, o tener un carácter mas amplio involucrando a la comunidad en su conjunto”. Tampoco se señala el cambio de hábitos, que si aparece en el esquema de página 67 como Tema de Estilos de Vida Saludable con sus Objetivos Específicos: “Promover el mantenimiento o adquisición de estilos de vida saludable, protectora tanto

de la salud física como mental”; y como meta “Aportar al desarrollo de espacios saludables, establecimientos de educación, lugares de trabajos, otros a través de VIDA CHILE comunal” (es primera y única vez que aparece VIDA CHILE en todo el documento). En la página 75 del documento, correspondiente a Áreas Temáticas para Priorizar en Programas de Capacitación Local, aparece como objetivo sanitario en Tema/Prioridad: Estilos de Vida Saludables, y como intervención sugerida “Las consejerías en Vida Sana y el Consejo Breve en Vida Sana, son un apoyo evidente para la adquisición y/o modificación de conductas”. Luego, en otro Tema/Prioridad Nutrición, se propone como Intervención Sugerida la de la nutricionista con una consulta nutricional para reforzar hábitos de alimentación saludable en el control preescolar durante el tercer año de vida del niño. En el cuidado de salud para adolescentes y jóvenes, se señala como diagnóstico la alta prevalencia de tabaquismo y obesidad en jóvenes (página 78), pero luego, en el cuadro de Tema/Prioridad (página 79) no aparecen estos temas. En el cuidado de la población adulta, aparecen dos recomendaciones: una acerca de la actividad física y otra de baja de un 5 a 10% del peso para prevención y control de la obesidad, hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, entre otras condiciones crónicas (páginas 84 y 85). También aparece la recomendación para el cuidado de la salud del adulto mayor como “promoción de la alimentación saludable, de la práctica regular de ejercicios, integrarse a grupos de la comunidad, control de prevención de caídas dirigidos a personas mayores” (página 87). En el cuidado de la mujer en el ciclo vital, aparece sólo una recomendación relacionada con el tema de Promoción, que dice “Consejería breve antitabáquica” en la página 95. Como puede observarse, en las orientaciones de MINSAL para la APS del año 2009, las acciones de Promoción de Salud aparecen dispersas, sin un marco teórico claro y muy disminuidas en relación a las otras orientaciones programáticas, dispersas y confusas.

Mientras tanto, el MINSAL a través de la Subsecretaría de Salud Pública, ha impulsado una agenda de trabajo en DSS y equidad, con el propósito de “Mejorar el nivel y la distribución de la salud de la población que vive en Chile mediante la integración del enfoque de los determinantes sociales y de equidad en salud”. Este propósito se sustenta en el compromiso con la agenda de equidad y recoge las recomendaciones emitidas por la Comisión Mundial de DSS durante el año 2008 que instala en el debate la posibilidad que tenemos a nivel mundial de subsanar las desigualdades sanitarias en una generación”. El MINSAL desarrolló un Plan de Trabajo “Determinantes Sociales de la Salud: 13 pasos hacia la equidad en Salud en Chile”, entre los cuales figura como una

de sus líneas de trabajo los territorios vulnerables. Para ello, estableció un Plan de 90 días con 9 líneas de acción en las 92 comunas más vulnerables del país, con el propósito de avanzar en el cierre de brechas de equidad. El objetivo de este Plan es elaborar un diagnóstico de las barreras de acceso a la salud utilizando un modelo de cobertura efectiva en las 92 comunas más vulnerables del país, priorizar las barreras más relevantes y elaborar un plan de acción para superar dichas barreras priorizadas (6). Actualmente se está trabajando en la etapa diagnóstica de esta propuesta. Además, el MINSAL inició la reformulación de seis programas como son el Cardiovascular, Salud Bucal, Salud Infantil, Salud de la Mujer, Salud de los Trabajadores y Marea Roja, desde una perspectiva de los DSS, lo cual está en pleno proceso de elaboración. En el caso de la marea roja, por ejemplo, se intenta abordar el tema no sólo desde el punto de vista epidemiológico y bacteriológico, sino también antropológico y social, buscando además las implicancias económicas del fenómeno para las zonas afectadas.

En resumen, podemos decir que.

- a) Después de un avance muy importante en Promoción en Salud en Chile desde 1998 al 2002, la política nacional en esta área se ha ido diluyendo frente a la prioridad que ha tenido la implementación del Plan AUGE, desarrollándose políticas específicas que hasta el momento no han tenido el impacto que se esperaba.
- b) Además, el MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes, no ha implementado adecuadamente las acciones de Promoción de Salud en la APS, las que existen programáticamente dispersas y poco claras, y no se implementan por falta de tiempo de los recursos humanos destinada a ello, y
- c) la Subsecretaría de Salud Pública, está incorporando la estrategia de los DSS, lo cual en muchos casos podría contraponerse, confundir o dificultar la implementación de las políticas de Promoción de Salud.

El desafío actual es como integrar estas acciones en una política centralizada y coordinada con una gran participación de los sectores gubernamentales, la academia, las estructuras regionales y locales que están trabajando en promoción de salud, en conjunto con el ámbito privado. Al igual que lo que sucedió para la erradicación de la desnutrición (3), se requiere de una política de Estado consensuada, con financiamiento, focalizada en los grupos más vulnerables (niños menores de 6 años y escolares hasta la adolescencia, mujeres y adultos mayores), que sea continua en el tiempo. La discontinuidad que se ha producido en la coordinación a nivel nacional del Consejo Nacional de Promoción de Salud VIDA CHILE en la implementación de la Política de

Promoción de Salud, debería considerarse como un retroceso importante en la aplicación de políticas públicas en Chile. La experiencia en el caso de la desnutrición es que la continuidad de las políticas desarrolladas desde la década del 60 al 80 a través de diversos gobiernos, permitió que estas políticas tuviesen éxito. Eso se logró gracias al trabajo conjunto de los grupos de profesionales y técnicos de los diferentes gobiernos con los grupos académicos y profesionales interesados en el tema, que trabajaban apoyando los programas de prevención primaria, secundaria y terciaria. Esta experiencia perfectamente puede ser aplicada en la Promoción de Salud, ya que actualmente se cuenta con los recursos humanos capacitados en todos los niveles y en todas las Regiones del país, con los recursos financieros hasta el 2008 y con el conocimiento técnico científico necesario para enfrentar los principales factores condicionantes de la obesidad y ECNT que nos afectan.

Para ello disponemos además de una gran cantidad de información recopilada en los últimos años en encuestas sobre calidad de vida y salud que nos permiten tener líneas de base e ir evaluando en forma sistemática los avances en cada uno de los temas (7), configurando un sistema de vigilancia epidemiológica que permita evaluar y proponer acciones de acuerdo a los resultados que se vayan presentando. Estos insumos para las políticas deberían permitir que una Política de Estado consensuada vaya ajustándose a las realidades emergentes en forma continua en el tiempo.

#### Referencias

1. Carta de Bangkok para el Fomento de la salud en un mundo globalizado. VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Tailandia, Bangkok, 7-11 agosto 2005.
2. Fuentes X. Aporte de la psicología y sociología a la Promoción de Salud en Chile. Cuad Med Soc 2008; 48:118-124.
3. Vio F, Weisstaub G, Atalah E, Boj T, Jiménez M, Fernández P, Puentes G, Fuccaro D, Rojas J, Vásquez M, Folch J, García G, Méndez G. Desnutrición infantil en Chile: Políticas y Programas que explican su erradicación. Conferencia Ministerial Regional “Hacia la erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe”. Santiago, abril 2008.
4. Senado de la República de Chile. Proyecto de Ley sobre regulación de alimentos poco saludables. En: Actualidad Legislativa, 18 de marzo 2008 (Online). Disponible en: [http://www.bcn.cl/actualidad\\_legislativa/temas\\_portada.2008-03-17.9309833535/4921\\_11.pdf](http://www.bcn.cl/actualidad_legislativa/temas_portada.2008-03-17.9309833535/4921_11.pdf). Consultado 22 abril 2009

5. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Año 2009. Serie Cuadernos de Redes N° 13. Agosto 2008.
6. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Plan de Acción 90 días. Aspectos Teóricos y Metodológicos para el trabajo en 92 comunas vulnerables: Componente Barreras de Acceso. Documento de Trabajo
7. Salinas J, Cancino A, Pezoa S, Salamanca F, Soto M. Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de salud en Chile. Rev Panam Salud Pública 2007, 21:136-144.

### **c. Estimación de la población objetivo**

La población objetivo debería distinguirse entre:

**Usuarios inscritos en la APS** que deberían recibir algunas prestaciones básicas de promoción individual y familiar, que se han demostrado eficientes, como son las consejerías, la intervención psicosocial para la promoción de la salud infantil, intervenciones de estilos de vida saludable para los adultos mayores, escolares y trabajadores, promoción de salud ambiental o del entorno comunitario, asociados a los problemas de salud emergentes (SIDA, hantavirus, leptospirosis) o re-emergentes (influenza, TBC, enfermedades de transmisión sexual)

**Población en general**, que debe tener más acceso a información y oportunidades a través de campañas comunicacionales que sean continuas en el tiempo, con apoyo legislativo y de recursos financieros para llevarlas a cabo.

**Grupos de menores ingresos, beneficiarios del sistema de protección social.** Ellos deberían tener acceso a las actividades de Promoción a través del Municipio, por ejemplo, a través de centros comunitarios de Promoción de Salud, donde se articulen los servicios sociales, como es el modelo canadiense. En Chile se crearon los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) en base a un excelente modelo teórico que incluyó la promoción y prevención como elementos fundamentales de estos Centros, pero que en la práctica se medicalizó, ya que la población los vio como pequeños consultorios, por lo cual exigen mayor atención médica, con mas capacidad resolutive en lo curativo. Los CECOSF junto con las Postas de Salud deberían ser la base de la aplicación de los programas de Promoción de Salud desde el Ministerio de Salud.

## **N° de Beneficiarios**

De acuerdo al informe de Promoción de Salud del Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de MINSAL de enero 2009, el número de beneficiarios directos de los Planes Comunales de Promoción de Salud llegó a 5.400.000 en 338 comunas el año 2007, de los cuales 1.500.000 son niños, 1.500.000 son adolescentes, 2.000.000 son adultos y 400.000 son adultos mayores, con una participación de un 42% de hombres y 58% mujeres. El año 2008, la cifra se redujo a 3.500.000, con 1.000.000 de niños, 800.000 adolescentes, 1.300.000 adultos y 400.000 adultos mayores. El 67% de los beneficiarios fue cubierto con actividades comunicacionales, el 19% con actividades comunitarias y un 14% con actividades educativas.

### *Actividades comunicacionales:*

En Chile, los beneficiarios de las actividades comunicacionales de la Promoción deberían ser los 15.000.000 de chilenos.

### *Actividades de Atención Primaria de Salud:*

Deberían ser beneficiarios todos los usuarios inscritos en la APS, que en el año 2008 ascienden a 10.500.864 personas.

### *Actividades específicas de protección social:*

Deberían ser beneficiarios los grupos de menores ingresos, beneficiarios del sistema de protección social del país.

## **d) Fundamentos técnicos de los Programas y/o medidas.**

Los fundamentos técnicos de la Promoción de Salud son los cambios demográficos, epidemiológicos y nutricionales producidos en el país desde el 70 al 90, que hicieron que el perfil epidemiológico de la población cambiara drásticamente de una situación de elevada mortalidad infantil y materna, alta prevalencia de bajo peso al nacer y desnutrición, con alta prevalencia de enfermedades materno-infantiles e infecciosas en la década del 60, a una de predominio de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente cardiovasculares y cánceres, accidentes, problemas de salud mental y de enfermedades metabólicas y congénitas en los niños a fines de los 80. A esto hay que agregar la explosión de factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles que se produjo en la década del 90 por un incremento del ingreso en la población, cuyo destino como gasto fue un aumento del consumo de alimentos

procesados con alto contenido de grasas, azúcar y sal, de televisores, electrodomésticos y vehículos, de tabaco, alcohol y drogas, con un aumento de los problemas psicosociales en la población y de los problemas ambientales. Esto hizo que aumentase en forma explosiva la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y los problemas de salud mental y del medio ambiente. Para enfrentar esta situación, diagnosticada a mediados de los 90 mediante diferentes estudios, entre otros el de Carga de Enfermedad, se diseñó la Política de Promoción de Salud esquematizado en el cuadro siguiente (Cuadro 2.):

Cuadro 2. Prioridades, condicionantes, espacios y estrategias de Promoción de Salud

<b>PRIORIDADES SANITARIAS</b>	<b>CONDICIONANTES DE SALUD</b>	<b>ESPACIOS DE PROMOCIÓN</b>	<b>ESTRATEGIAS GENERALES</b>
Cardiovasculares Salud Mental Accidentes Cáncer	Alimentación Actividad Física Tabaco Factores Psicosociales Factores Ambientales	Establecimientos educacionales Lugares de Trabajo Comunas	Regulación y Legislación Información, comunicación social Formación de Recursos Humanos Participación Social Reorientación de Servicios de Salud

La necesidad actuar sobre los condicionantes de salud quedó más aún de manifiesto con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud del 2000 y la Encuesta Nacional de Salud del 2003 y 2010, que mostraron un elevado niveles de problemas de salud, como puede apreciarse en el cuadro siguiente (Cuadro 3.):

Cuadro 3. Problemas de salud, comparación 2003 - 2010

Problema de salud	Prevalencia (%)	
	ENS 2003	ENS 2009 -2010
Tabaquismo (fumador actual)	42	40.6
Sobrepeso	37.8	39.3
Obesidad	23.2	25.1
Diabetes Mellitus	6.3	9.4
Sedentarismo	89.4	88.6
Síntomas depresivos en último año	17.5	17.2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010

Esta situación hace, por ejemplo, que el 39.3% de la población chilena presenta sobrepeso. Por lo tanto, es urgente actuar evitando que estos factores de riesgo aumenten, trabajando desde la niñez en los temas de Promoción de Salud que tienen que ver con estos 5 grandes temas: alimentación, actividad física, tabaco, factores psicosociales y ambientales, relacionadas directamente con los principales factores de riesgo de las ECNT.

#### **e. Descripción de las medidas o programas en MINSAL**

##### **Coordinación a nivel nacional de las actividades de Promoción de Salud**

La creación de VIDA CHILE nacional en 1999 y su funcionamiento regular hasta el año 2005 permitió desarrollar un importante trabajo intersectorial de coordinación de más de 28 instituciones públicas y privadas. Al detenerse su funcionamiento, quedó aislado el MINSAL de las otras instituciones y aparecieron diferentes iniciativas dispersas sin un eje conductor a nivel nacional. Ello ha tenido dos consecuencias: a) la aparición de diferentes programas e iniciativas no vinculadas entre sí, tales como: en **alimentación**, el programa EGO Chile, La Corporación 5 al día Chile, el Programa NutriRSE de Acción Responsabilidad Social Empresarial y la Ley de Alimentación Saludable

actualmente en discusión en el Congreso; en **actividad física**, diversas iniciativas de Chiledeportes y de empresas del sector privado y la red nacional de actividad física, parte de una red latinoamericana; en **tabaco**, la Ley Antitabaco, en implementación bajo la responsabilidad de MINSAL desde agosto 2006 y b) que en el nivel local se continúe trabajando en pequeños proyectos financiados por Promoción de Salud, que no están enmarcados en una política nacional potente, lo cual disminuye la posibilidad de que este conjunto de proyectos tengan impacto. Esta situación debe remediarse a la brevedad, reinstaurando VIDA CHILE a nivel nacional o creando otra instancia de coordinación nacional con poder político y recursos suficientes para llevar a cabo las políticas de Promoción de Salud. Un ejemplo reciente en este sentido es la creación de la Agencia para la Inocuidad de Alimentos, dependiente del Ministerio Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES), que coordina a todos los Ministerios e instituciones relacionadas con la inocuidad alimentaria (Ministerio de Agricultura, Ministerio de Salud, Ministerio de Economía con SERNAPESCA), con una importante participación del sector privado y académico para enfrentar un tema país cuya gestión estuvo dispersa por mucho tiempo entre diferentes instituciones que no se coordinaban, con resultados desastrosos para la economía del país y la salud de la población, por los continuos brotes de contaminación que aparecían en productos alimenticios en el país y en nuestras exportaciones.

### **Incorporación de la Promoción de Salud en los Planes de Acción de los SEREMIS.**

Las SEREMIS son las encargadas de implementar las estrategias de Promoción de Salud en las Regiones. Para ello deben trabajar en forma intersectorial con las otras instituciones públicas y privadas relacionadas con la Promoción. En este sentido, es fundamental el trabajo con Chiledeportes para el tema de la Actividad Física, con Educación para el trabajo en escuelas, con JUNAEB para la alimentación preescolar y escolar, con JUNJI e INTEGRAL para el trabajo con los jardines infantiles, con el Ministerio del Trabajo y Previsión Social para los lugares de trabajo, con Fuerzas Armadas y Universidades Regionales y con otros organismos relevantes para el mejoramiento de la calidad de vida a nivel regional, por ejemplo, las instituciones encargadas de los temas ambientales, vivienda, agricultura y de protección social. Con ese objeto, deben reactivarse los VIDA CHILE regionales para elaborar el Plan de Acción.

Para ello, deben reforzarse los equipos regionales de Promoción en los SEREMIS, crear la función de Promoción, que no existe en la actualidad, en los Servicios de Salud y su red asistencial, consolidando los equipos Regiones/Comunas que si existen y funcionan. En la red deben financiarse en forma adecuada técnicos paramédicos y lograr articular la programación con refuerzo técnico a los equipos APS para que incorporen las actividades de promoción de Salud en la APS.

De gran importancia es incorporar en el Plan de Acción las acciones de Promoción en la programación regular de la APS, para lo cual deben **destinar tiempo de recursos humanos y presupuesto para dotar los centros de salud de lugares donde se haga actividad física y de materiales educativos para la promoción de salud**. Actualmente no hay tiempo asignado en APS para Consejerías o consejo breve. Deben establecerse en forma sistemática las Consejerías de Vida Sana y el Consejo Breve en Promoción y la consulta nutricional en alimentación saludable por Nutricionista, tal como está establecido en las “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2009” de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Además, debe financiarse en forma adecuada la actividad física para adultos y adultos mayores estableciéndose como una actividad regular y establecida en los centros de salud de la APS y otras actividades educativas con evidencia según grupo específico.

En el Plan de acción deben establecerse cuales son las actividades comunicacionales que va a desarrollar la SEREMI para toda la población de la Región, con un presupuesto adecuado para llevarlas a cabo. En Regiones, la comunicación radial es extraordinariamente efectiva y de un costo razonable, con llegada a gran parte de la población.

Además, se debe establecer cuales son los territorios y grupos vulnerables en la Región y definir la estrategia para llegar a ellos.

### **Implementar Programas Comunales de Promoción de Salud integrados a la Programación de Salud municipal y articulados desde MINSAL**

Actualmente existen aproximadamente 200 Consejos VIDA CHILE locales activos (60% del total) que realizan un trabajo con cerca de 3000 organizaciones sociales y establecimientos educacionales y 125 lugares de trabajo, que pueden servir de base para dar un impulso a los Planes comunales. El Plan Comunal de Promoción es un conjunto de actividades educativas y comunitarias (entre 10 y 50 actividades) programadas para

cada año en base a una pauta enviada por MINSAL, que está sujeta a seguimiento (monitoreo) y evaluación. Estas actividades están dirigidas a modificar factores de riesgo y/o determinantes sociales de acuerdo al diagnóstico local, como contribución a cumplir con los Objetivos Sanitarios para la década. El financiamiento se obtiene de fondos entregados por el MINSAL a los Servicios de Salud, los cuales los transfieren a las comunas en el marco de los Proyectos de Promoción, alcanzando una cobertura de 338 comunas en el país desde el año 2000.

Todos los municipios tienen a lo menos un profesional encargado de Promoción, quién generalmente es un funcionario municipal de salud, sin asignación especial, con dedicación variable, con Decretos municipales para su designación y otros aportes presupuestarios.

Los recursos son gastados por el Municipio contra actividades, mediante convenio con el Servicio de Salud. Solo algunos han incluido la modalidad de macroproyectos ejecutados por organizaciones sociales (Programa Salud con la Gente, centros de salud u otro organismo local.

### **Incorporación de la Promoción de Salud en la APS**

#### ***Consejerías de Vida Sana y el Consejo Breve en Promoción y la consulta nutricional***

En la APS debe financiar adecuadamente las Consejerías de Vida Sana y el Consejo Breve en Promoción y la consulta nutricional en alimentación saludable por Nutricionista, tal como está establecido en las “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2009” de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

#### ***Actividad Física de Adultos y Adultos Mayores en la APS***

Debe aumentarse el financiamiento de la actividad física para población adulta de los centros de salud, la cual hoy día considera una cobertura del 10% de la población de 20 a 64 años, de acuerdo a la experiencia piloto realizada en 40 consultorios de APS (1). Con respecto a los adultos mayores, se debe incorporar la actividad física en forma programática con un adecuado financiamiento, de acuerdo a los resultados del proyecto CENEX (2). Esto, por ser la actividad física el factor protector más importante para prevenir y disminuir la obesidad y las ECNT. Para ello hay que dotar a los Centros de Salud de infraestructura adecuada y de profesionales capacitados..

1. Salinas J, Bello M, Flores A, Carbullanca L, Torres M. Actividad física integral con adultos y adultos mayores: resultados de un programa piloto. Rev Chil Nutr 2005, 32:215-224.
2. Dangour AD, Albala C, Aedo C, Elbourne D, Grundy E, Walker D, Uauy R. A factorial-design cluster randomised controlled trial investigating the cost-effectiveness of a nutrition supplement and an exercise programme on pneumonia incidence, walking capacity and body mass index in older people living in Santiago, Chile: the CENEX study protocol Nutrition Journal 2007, 6:14.

***Colaboración de la APS con los programas de alimentación, actividad física, desarrollo psicosocial y ambiental en Jardines Infantiles y Escuelas***

Además, en el tema de alimentación y actividad física, los consultorios deben colaborar estrechamente con el trabajo que se está realizando en los jardines infantiles de JUNJI e INTEGRA y en las escuelas, en especial en las 1000 escuelas del programa EGO Chile y con los beneficiarios del programa Chile Crece Contigo. En el caso de las escuelas, debe coordinarse el trabajo en alimentación y actividad física que se está realizando, con las actividades de Promoción de Salud en los consultorios, en especial en la evaluación y tratamiento de los niños obesos que sean derivados de los jardines infantiles y de las escuelas. Asimismo, debería existir un programa especial de APS para evaluar y tratar a las educadoras y profesores de jardines y escuelas que estén trabajando en alimentación y actividad física con los niños.

***Fortalecimiento de la Promoción de Salud en los CECOF y Puestos de Salud***

Para ello, es necesario desarrollar en los 100 CECOF y 1200 Puestos de Salud existentes en la red asistencial del país actividades de Promoción de Salud, programadas con tiempo del personal en consejerías de vida sana, consejo breve, consulta nutricional, actividad física, establecimiento de lugares libres de humo de tabaco, actividades comunitarias, actividades de salud ambiental y otras. Es decir, hay que aprovechar esta red no sólo en actividades de prevención y reparación de enfermedades, como sucede en la actualidad, sino transformarlos en verdaderos centros de Promoción de Salud.

***Aporte o articulación de la APS a los otros programas de mejoramiento de la calidad de vida que implementan los municipios a nivel territorial***

En este sentido, deben considerarse el aporte de las estrategias de Promoción y participación social a las comunas y barrios vulnerables donde esté trabajando la APS según diagnóstico local.

### ***Registro de Actividades***

Para que efectivamente puedan controlarse las actividades de Promoción de Salud en la APS, es necesario registrar, monitorear y evaluar las actividades que se desarrollen mediante el sistema DEIS.

### **f. Arreglos legales**

El Marco Jurídico Normativo de la Promoción de Salud se basa en la Constitución Política Artículo 19 N° 9; DFL N° 1 del 2005, del Código Sanitario.

Resoluciones del MINSAL: Resolución Exenta N° 817 del 14 de Abril del 1999; N° 663 del 16 de Abril del 2001 y N° 187 del 16 de Abril el 2007, aprobatoria del Programa de Promoción de Salud.

La Circular N° 19 del 4 de Septiembre del 2007 instruye sobre Gestión de la Promoción.

La Resolución Exenta N° 769 del 28 de Septiembre del 2007 delega en el SEREMI la facultad de firmar convenios de Promoción de Salud con Municipios y entidades prestadoras de salud hasta por 2000 UTM, lo cual fue publicado en el Diario Oficial del 11 de Diciembre del 2007.

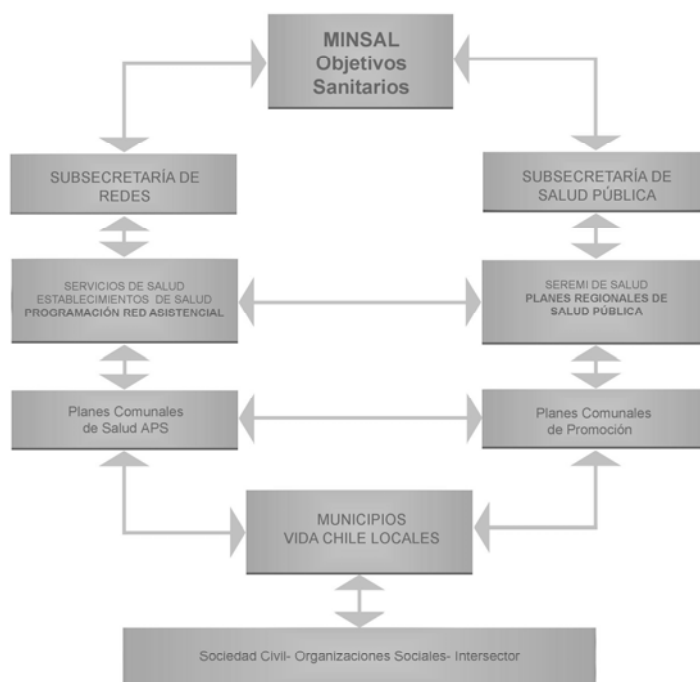
No existen Normativas Técnicas ni Resoluciones en la APS que incorporen las acciones de Promoción individual, tales como Consejerías de Vida Sana y el Consejo Breve en Promoción, la consulta nutricional y la actividad física.

Existe actualmente un Proyecto de Ley aprobado en el Senado y en discusión en la Cámara de Diputados que regula el etiquetado nutricional y la publicidad de los alimentos. Además, estipula en su Artículo 4° que la venta de alimentos en las escuelas debe ser saludable y que debe hacerse actividad física mínimo tres veces por semana en horarios separados en las escuelas.

### **g. Arreglos institucionales**

La actual estructura de MINSAL fue creada con la Ley de Autoridad Sanitaria, que estableció dos Subsecretarías: una de Redes Asistenciales, de la que dependen los Servicios de Salud y establecimientos de salud, con la Programación en Redes; y la

Subsecretaría de Salud Pública, de la que dependen los SEREMIS, con los Planes Regionales de Salud Pública. El problema se da a nivel comunal, porque existen los Planes Comunales de Salud APS, dependiente de la Subsecretaría de Redes, y por otra parte, los Planes Comunales de Promoción, dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública. Ambos Planes caen sobre los Municipios y los VIDA CHILE locales (Figura 1.)



Por lo tanto, debería existir una normativa muy clara acerca de quién es el responsable administrativo directo de la implementación de los Planes Comunales de Promoción, incluidas las actividades de APS, lo cual, por la doble dependencia, hoy día no está claro.

#### **h. Arreglos Presupuestarios**

El presupuesto para el Programa de Promoción se encuentra incorporado en la Glosa de los Servicios de Salud y en el Programa de Atención Primaria, y de ahí se entregan a los municipios a través de convenios entre los Servicios de Salud y los Municipios.

Parte de estos recursos se reasignan al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública Programa 01, subtítulos 21, 22 y 24.

Han existido montos de continuidad y distribución desde 1999 al 2008.

En 1999 fue de \$ 1.577.000.000 destinado a los Servicios de Salud, que lo entregaban mediante convenio a los Municipios, lo cual equivale al 75% del presupuesto total, siendo el restante 25% para la operación del programa a nivel de SEREMIS y MINSAL. El año 2008 el presupuesto fue de \$ 2.239.866.000, equivalente al 77% del presupuesto total (destinado el 87% a los Planes Comunales vía Servicios de Salud y el 13% restante para los SEREMIS. En dos Regiones los Planes Comunales trabajaron con la modalidad de convenio SEREMI-Municipio). El 23% restante del presupuesto total fue destinado a acciones regionales y nacionales.

Para el año 2009, el presupuesto va destinado totalmente a los SEREMIS, los que deben entregarlo a los municipios mediante convenios. A la fecha de este informe (mayo 2009) aún no sale la normativa sobre que tipo de acciones y cómo deben ser distribuidos los recursos a los SEREMIS y de estos a los municipios, lo cual significa una demora importante, ya que una vez que lleguen los fondos a los SEREMIS, estos deben a su vez establecer como lo van a distribuir a los municipios, de acuerdo a la nueva normativa y orientaciones técnicas para su uso. Esto puede significar una paralización de las actividades de Promoción a nivel de los Planes Comunales, considerando que a lo menos los fondos para proyectos van a llegar con más de 6 meses de retraso, que por Ley, deben ser gastados en el año calendario.

#### i) **Evaluación y actualización**

Desde su inicio, se diseñó un modelo de evaluación en Promoción de Salud basado en las mediciones de las estructuras, procesos, resultados e impacto (1). En el trienio 1998-2000, el foco de la evaluación fueron los indicadores de estructura y de proceso en tres ámbitos: político-estratégico (posicionamiento, compromiso intersectorial y participación social); el de gestión (administración en los procesos para la eficiencia y eficacia de los planes locales) y el técnico (adecuación y calidad de las intervenciones). Para el período 2001-2006 se incorporó la evaluación de resultados y del impacto, para lo cual se elaboró una línea de base el año 2000 que permitió establecer metas regionales y comparar los indicadores de calidad de vida de la población.

Como parte del proceso evaluativo, se realizó un análisis económico de los resultados y una revisión sistemática para clasificar la evidencia en Promoción.

#### **Línea de Base**

Se realizó durante el año 2000 la Primera Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCV) (2), para medir la percepción de la población sobre su grado de satisfacción, sus estilos de vida, la prevalencia de los factores condicionantes, en especial alimentación, actividad física, tabaco, factores psicosociales y ambientales, la prevalencia de las principales enfermedades crónicas, agudas y accidentes, así como la prevalencia y grado de discapacidad y las limitaciones de las personas para realizar las actividades de la vida diaria. Los resultados de esta encuesta se contrastaron con los de la Encuesta Nacional de Salud 2003 (3), en la cual se realizaron mediciones directas de los factores de riesgo y enfermedades (obesidad, hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia). También se utilizaron la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes menores de 15 años el 2000 y 2003 (4,5) y la Encuesta Mundial de Salud Escolar del 2004. Además se utilizaron datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) y de la Encuesta de Consumo de Drogas de CONACE. Con toda esta información, se construyó una línea de base representativa para todo el país y para cada una de las Regiones para evaluar la Promoción de Salud.

#### **Monitoreo y Evaluación de los Planes Comunales de Promoción.**

Este proceso se realizó mediante pautas semestrales de monitoreo técnico financiero y pautas de planificación y evaluación anual. Los propios equipos locales de promoción son los encargados de aplicar estos instrumentos y MINSAL procesa y analiza la información, confecciona bases de datos retroalimenta el sistema y propone medidas para mejorar la implementación y apoyar la toma de decisiones técnicas y financieras.

#### **Mediciones de proceso.**

Para medir estos resultados de proceso se utilizan indicadores de cobertura: número de personas beneficiarias, de espacios promotores de la salud y de actividades. Además, se midió el grado de cumplimiento de las estrategias, mediante el sistema de monitoreo de los Planes Comunales y del sistema de acreditación de espacios saludables. Con esto se ha podido apreciar anualmente un incremento constante de coberturas y del número de actividades realizadas. Para analizar los resultados, los equipos de promoción toman en cuenta las cifras y los resultados cualitativos y factores facilitadores y obstaculizadores de la gestión local

#### **Sistematización de buenas prácticas locales.**

Se han recopilado modelos de buenas prácticas en Promoción de Salud, basado en guías metodológicas elaboradas por MINSAL. La última fue elaborada por la Universidad de

Los Lagos en conjunto con el Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana del MINSAL (6).

### **Medición de impacto en relación a Metas de Promoción.**

Una vez transcurridos 5 años, la mitad del período entre las metas 2000-2010, se realizó una evaluación de estas metas de Promoción y para obesidad mediante los indicadores disponibles de JUNJI, JUNAEB y de MINSAL, revelándose un estancamiento de las cifras y un nulo avance en el cumplimiento de las metas (7). El año 2006 se realizó la segunda Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCV) (8), la cual tampoco evidenció cambios significativos en la prevalencia de los factores condicionantes, en especial alimentación, actividad física, tabaco, factores psicosociales y ambientales, excepto en la creación de ambientes libres de humo de tabaco y el aumento de la percepción por parte de la población del sobre peso y obesidad, lo que estaría indicando que hay una mayor conciencia de parte de la población en estos temas. Es necesario destacar que el análisis comparativo de las Encuestas de Calidad de Vida y Salud 2000-2006, fue entregado durante el año 2008 a medios de comunicación, gobiernos regionales, provinciales y locales, comunidades, generando una gran discusión y generando propuestas para enfrentar los temas de Promoción a través de diálogos con la ciudadanía y compromisos de acción local, los que desafortunadamente hasta la fecha no han tenido nuevos cursos de acción..

Algunas de las cifras de cumplimiento de metas se expresan en el siguiente cuadro, adaptado de una publicación reciente (9):

Cuadro 4. Metas Sanitarias al 2010. Evolución. 2000-2008

CONDICIONANTES	METAS	2000	2010	2005	2006	2007	2008
Obesidad	Preescolares controlados en el Sistema Público de Salud				7,2	7,2%	
	Preescolares JUNJI*	10%	7%	10,6%	10,3 %	9,8	9.0
	Escolares Primer Año Básico JUNAEB	16%	12%	18,5%	19,4	21,9%	20.8%
	Embarazadas Servicios de Salud	32%	28%	32,6%\$			
Actividad Física	Sedentarismo población mayor 15 años	91%	84%	89%**	88%***		
Tabaquismo	Escolares octavo año básico	27%	20%	26,5%****		20,4%	
	Mujeres edad fértil (17-44 años)	45%	40%	47% (17-24)* 44% (25-44)*			
	Población General	40%	30%	42%*			

\*GESPARVU: JUNJI, 2008

\*\*Encuesta Nacional de Salud 2003. Resultados entregados el 2004

\*\*\* Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes Encuesta Nacional de Salud 2006.

\*\*\*\* Encuesta CONACE 2005. Resultados entregados en octubre 2006

\*\*\*\*\* Encuesta CONACE 2006

\*\*\*\*\* Encuesta CONACE 2007

& El año 2005 se cambió la referencia de MINSAL basada en Peso/Talla por IMC, por lo cual se perdió la continuidad del dato

La falta de avance en el cumplimiento de las metas 2000-2010 hace posible diversas interpretaciones: a) Que las políticas han sido insuficientes para revertir el proceso de aumento de los factores de riesgo de las ECNT; b) Que al no tener suficiente prioridad, las Políticas de Promoción no han obtenido los resultados esperados; c) Que sin las intervenciones realizadas en Promoción de Salud, los resultados serían peores; d) Que el tiempo necesario para obtener resultados es mayor de 5 años y hay que esperar a lo menos 10 años.

Sin embargo, el no obtener resultados en 5 años no justifica el detener una Política Nacional en Promoción de Salud. Es conocido a nivel mundial (experiencia de North Karelia en Finlandia) que los resultados de estas políticas se obtienen en el largo plazo, siempre y cuando sean mantenidas en el tiempo y aplicadas sistemáticamente en forma coordinada a nivel nacional. En Finlandia, estas políticas se iniciaron en 1970 y los resultados se vieron recién desde 1990 en adelante (10). Lo mismo sucedió con la Desnutrición en Chile, en que las políticas se iniciaron en los años 60 y sus resultados se vieron recién a fines de los años 80.

1. Salinas J, Cancino A, Pezoa S, Salamanca F, Soto M. Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de Promoción de Salud en Chile. Rev panam Salud Pública 2007; 21: 136-144.
2. República de Chile, Ministerio de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile 2000. Santiago, Chile; MINSAL, 2003.
3. República de Chile, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2003. Resumen Ejecutivo. El Vigía (Chile). 2004; 8:1-20.
4. González C, Chiu M, Szot M, Aguilera X. Tendencia de consumo de tabaco en escolares chilenos: Resultados de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTA). Regiones Metropolitana y Valparaíso 2000 y 2003. El Vigía (Chile). 2004; 8:18-22.
5. Burgos A, González C, Chiu M, Szot M. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes 2003 (GYTSS 2003). El Vigía (Chile). 2004; 8:2-8.

6. Fernández M, Ochsenuis C, Cancino A, Donoso B, Salinas J. eds. Universidad de Los Lagos, Ministerio de Salud, VIDA CHILE. Buenas prácticas de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. Santiago de Chile, octubre 2008
7. Vio F, Albala C, Kain J. Nutrition transition in Chile revisited: mid-term evaluation of obesity goals for the period 2000-2010. *Public Health Nutr* 2008; 11:405-412
8. República de Chile, Ministerio de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile 2006. Santiago, Chile; MINSAL, 2007.
9. Crovetto M, Vio F. Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: Lecciones aprendidas y proyecciones futuras. *Rev Chil Nutr* 2009; 36:32-45.
10. Puska P, Tuomiletho J, Nissinen A, Vartiainen. The North Karelia Project: 20 years Results and Experiences. The National Public Health Institute (KTL),. Helsinki University Printing House. Finland, Helsinki 1995

### **Propuesta de involucramiento del sector privado en las políticas y programas de promoción de salud.**

#### **Diagnóstico**

En el ámbito empresarial, ha existido un compromiso y participación muy importante del sector privado en los temas de Promoción de Salud.

1. La primera acción de VIDA CHILE desarrollada con empresas fue el manual “Vida Sana en la Empresa” (1), que se elaboró en conjunto por Acción RSE (Responsabilidad Social Empresarial), el Ministerio de Salud, VIDA CHILE y el INTA de la Universidad de Chile. En este Manual se establecieron las directrices para trabajar en los temas de Alimentación, Actividad Física, Tabaco Alcohol y Drogas, Estrés Laboral y Relaciones Laborales y Ergonomía en las empresas públicas y privadas. Gracias a este Manual, se mejoró la alimentación en los casinos de las empresas, se dio tiempo para almorzar, se priorizó dar alimentación en casinos de las empresas por sobre la entrega del cheque restaurantes y se promovió la educación en alimentación saludable en las empresas públicas y privadas. En actividad física, se inició el trabajo de “pausas activas en el trabajo” promovida por empresas como el INP en sus trabajadores y en trabajadores de empresas afiliadas, se

hicieron convenios con gimnasios y clubes deportivos y se dio tiempo para que se hiciera actividad física en los lugares de trabajo. Se fomentaron las empresas libres de humo de tabaco desde mucho antes de la aplicación de la Ley de Tabaco, y se iniciaron programas de prevención y control del consumo de alcohol y drogas en muchas empresas. Se realizaron talleres de estrés laboral y en general se promovió la preocupación por la ergonomía en las empresas. Las experiencias realizadas en empresas fueron recopiladas y publicadas en libros y comunicadas ampliamente (2).

2. Las empresas de publicidad que conforman el Consejo de Autorregulación y Ética Publicitaria (CONAR) se comprometieron en el desarrollo de estrategias de marketing responsable en el ámbito de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, concordándose modificaciones al actual Código de Ética Publicitaria, incorporando dos artículos que cautelan que la publicidad no entregue mensajes que contravengan una alimentación saludable y balanceada, la actividad física y un estilo de vida sano, con particular énfasis en la publicidad dirigida a niños.

3. El año 2006 se conformó la Corporación 5 al día-Chile, entidad privada sin fines de lucro que reúne al sector académico y empresarial productor, distribuidor y exportador de frutas y verduras para promover el consumo de frutas y verduras en el país. Paradojalmente, Chile, país productor y gran exportador de estos productos, no los consume en su interior, poniendo en riesgo la salud de la población ya que está demostrado el efecto protector del consumo de frutas y verduras para prevenir las enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes y obesidad (3).

4. En el año 2002, la empresa Córpora Tres Montes financió desde sus inicios hasta el 5º año de seguimiento del proyecto de alimentación y actividad física para las escuelas básicas de la comuna de Casablanca (4). Con los resultados de este proyecto, que fue de una reducción del 50% de la obesidad, Acción RSE creó el programa NutriRSE para combatir la obesidad y el sedentarismo en Chile, mediante el trabajo tanto al interior de las empresas con sus trabajadores, como con la comunidad, especialmente con escuelas básicas aplicando el modelo de intervención en alimentación y nutrición aplicado exitosamente en

Casablanca. Actualmente existen 16 empresas comprometidas con el programa NutriRSE y existen intervenciones en alimentación y nutrición en tres grandes comunas de Santiago: Macul, apoyada por la empresa Tres Montes Luchetti; Puente Alto, apoyada por Nestlé Chile y Maipú, apoyada por ILSI, que reúne varias empresas del tema de alimentos.

## **Propuestas**

1. Apoyar desde VIDA CHILE nacional reactivado el programa de Vida Sana en las empresas públicas y privadas del país con acciones concretas que permitan realizar actividades en alimentación, actividad física, tabaco, alcohol, drogas, estrés laboral, relaciones laborales y ergonomía. Para ello, debe existir uno o más encargado(s) responsable(s) de estos temas en cada empresa, con apoyo de la gerencia general y con políticas establecidas desde el más alto nivel de la empresa en conjunto con los trabajadores y sus organizaciones. Una posibilidad es asignar esta tarea a uno o dos representantes de los Comités Paritarios que hoy existen en un gran número de empresas para preocuparse de los temas de seguridad y prevención de accidentes. Es fundamental integrar el tema calidad de vida al de seguridad laboral.
2. Continuar trabajando en el tema de autorregulación de las empresas, tanto en el tema de publicidad como del etiquetado nutricional y educación de la población en alimentación saludable. En este sentido, es necesario potenciar el interés de las empresas de alimentos en disminuir el contenido de grasas, azúcar y sal de sus productos, siguiendo directrices de la OMS y de las empresas transnacionales de alimentos. El ámbito empresarial y de la industria alimenticia está consciente del problema de la obesidad y del rol que pueden y deben jugar en su prevención. Este compromiso se puede traducir en distintos ámbitos, como son la producción, comercialización, publicidad y etiquetado de los alimentos, como también en su participación en el diseño y cumplimiento de normativas y políticas públicas para fomentar estilos de vida saludables.
3. Apoyar en forma efectiva con recursos financieros las campañas comunicacionales de la Corporación 5 al día-Chile para contrarrestar en parte la publicidad existente de alimentos no saludables. Para ello hay que aprovechar la estructura de la

Corporación 5 al día y su llegada a los medios para hacer campañas en medios continuas en el tiempo. Para ello se requiere un financiamiento adecuado por parte del Estado y de empresas privadas.

4. Fomentar mediante una legislación adecuada, que empresas privadas apoyen escuelas básicas en los temas de alimentación y actividad física. Para ello existe la Ley de Donaciones, pero además deberían establecerse franquicias tributarias que favorezcan a las empresas que participen en programas de Promoción de Salud que sean adecuadamente acreditados y evaluados y que obtengan resultados en la disminución de la obesidad infantil.

## **Referencias**

1. Calderón B, Salinas J, Vio F. Vida sana en la empresa. Guía práctica para empresas. Santiago: Ministerio de Salud, MINSAL / Universidad de Chile, INTA / Sección RSE / Consejo Nacional VIDA CHILE; 2004.
2. Salinas J. Construyendo Políticas Saludables en el Lugar de Trabajo: El Aporte de Cinco Experiencias. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Consejo VIDA CHILE. Ministerio de Salud, Chile 2005.
3. Vio F, Zacarias I, González D. Implementación de un programa de promoción del consumo de frutas y verduras: Corporación 5 al Día Chile. En: Chile. Ministerio de Agricultura; Universidad de Chile, INTA; Corporación 5 al Día. Contribución de la Política Agraria al Consumo de Frutas y Verduras en Chile. Un Compromiso con la Nutrición y la Salud en la Población. Santiago: Maval Ltda.; 2008. p.25-42
4. Kain J, Vio F, Leyton B, Cerda R, Olivares S, Uauy R, Albala C. Estrategia de promoción de la salud en escolares de Educación Básica municipalizada de la comuna de Casablanca, Chile Rev Chil Nutr 2005; 32(2):126-132.