

# Reorientación de Servicios de Salud con Criterios de Promoción de la Salud

Judith Salinas C.

Jefe Depto. Promoción de la Salud  
Ministerio de Salud

## I. BASES CONCEPTUALES Y POLÍTICAS

### 1. Reorientación de Sistemas y Servicios de Salud en el contexto de las Reformas de Salud

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986, se incluye dentro de los cinco componentes de la promoción, el concepto de reorientación de servicios de salud. Desde entonces, gran parte del debate y los artículos sobre el tema ha permanecido a nivel de los principios o de intervenciones específicas aisladas de una concepción que permita introducir cambios sistemáticos de la organización de los sistemas de salud. Luego, en la V Conferencia Mundial de Promoción realizada en México 2000, se presenta un marco operacional para el desarrollo del tema, desde la perspectiva de las reformas de salud<sup>1</sup>.

Concretamente, en esta Conferencia se presenta una propuesta de objetivos y estrategias para dos niveles que reflejan

campos de acción complementarios, pero específicos, que son el desarrollo y la prestación de servicios de salud:

- *Desarrollo de sistemas de salud*, se refiere a la configuración institucional del sector de la salud y la forma en que se organizan y se cumplen las funciones del sistema de salud (rectoría de las autoridades sanitarias, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios); y
- *Prestación de servicios de salud*, abarca la elaboración e implantación de modelos de atención, así como las modalidades específicas de organización y gestión de los servicios para realizar intervenciones comunitarias y clínicas de la forma definida en el modelo.

Con respecto a los objetivos y estrategias enumerados a continuación, cabe señalar, que la mayoría no son privativos de la promoción de la salud, sino que son acciones y estrategias que han sido conceptualizados, en relación con varias metas de la atención de salud, pero que, en conjunto, podrían fomentar la reorientación de sistemas y servicios con criterios de promoción de la salud (Tabla 1).

Otro aporte conceptual a este desarrollo, lo encontramos en el reciente documento técnico OPS<sup>2</sup>, que plantea la necesidad de articular, modernizar y complementar los procesos de promoción de salud y reforma, rescatando las fortalezas de cada uno y la oportunidad del proceso. Entre los criterios planteados para conducir esta nueva fase de

implementación de la promoción mediante la reorientación de Servicios de Salud están:

- Potenciar la integración de las acciones de promoción de la salud con las de prevención de enfermedades.
- Mejorar la calidad y organización de los programas de salud mediante el enfoque del ciclo vital, familia y género.
- Incorporar el enfoque de necesidades y activos de salud para relevar la importancia de las variables del capital social entre los determinantes de la salud.
- Estimular la evaluación cualitativa y cuantitativa (experimental), para fortalecer las bases de evidencia en la efectividad de la Promoción de la Salud.

Aspectos tales como: la capacitación y adiestramiento de los recursos humanos en Promoción; la medición del impacto de las políticas públicas en la reducción de las inequidades en los determinantes socioeconómicos (incluida la condición de género); la evaluación del desempeño de las funciones y acciones de salud pública (sectoriales y de otros sectores relacionados con la salud); la evaluación y seguimiento de las coberturas y niveles de utilización de la población, no sólo de los bienes públicos en salud, sino también, de los bienes individuales y de las acciones de promoción y prevención asegurables; y la promoción de experiencias innovadoras con énfasis en la atención primaria: en salud familiar, salud escolar, salud de adolescentes y salud mental, entre otros; constituyen sólo algunos ejemplos de

las posibilidades de trabajo conjunto que hay en este ámbito.

Es a través de esta convergencia, donde la Promoción y la Reforma contribuyen al logro de una adecuada relación

sinérgica entre los componentes social y político, con el económico, en el contexto del modelo de desarrollo.

Por otra parte, la Promoción de Salud refuerza la eficiencia económica del sis-

tema de salud, mediante la acción del sector público, a través de la formación, capacitación y adiestramiento del recurso humano, así como de la promoción y regulación de la prestación de las intervenciones de bien público y las de

Tabla 1. Objetivos y estrategias para la reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud\*

Objetivos	Estrategias
<b>DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir, implantar y evaluar las funciones esenciales de la salud pública como parte de las responsabilidades de la rectoría de las autoridades sanitarias.</li> <li>2. Promover métodos de financiamiento y asignación de recursos que den prioridad al desarrollo de la infraestructura de salud pública y a líneas de acción para reorientar la prestación de servicios de salud con criterios de promoción de la salud.</li> <li>3. Incorporar el contenido de los modelos reorientados de servicios de salud en la cartera básica de prestaciones de seguros sociales y privados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fomentar y facilitar el diálogo y el acuerdo de las partes interesadas a fin de lograr consenso sobre la necesidad de reorientar y aprovechar al máximo los recursos para la promoción.</li> <li>2. Incorporar objetivos de reorientación de sistemas y servicios de salud en los mecanismos de asignación de recursos y pagos, vinculando los pagos a los resultados de salud en la medida de lo posible.</li> <li>3. Desarrollar la infraestructura de salud pública y evaluar el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública.</li> <li>4. Incluir en los mecanismos regulatorios criterios de promoción de la salud tales como certificación, habilitación y acreditación de establecimientos, redes de proveedores, profesionales de la salud y planes de seguro.</li> </ol>
<b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Cambiar la composición y el equilibrio de los tipos de atención de salud e incorporar la promoción y la prevención en el modelo de prestación de servicios de salud.</li> <li>5. Incorporar el fomento de los principios de la promoción de la salud en los modelos de gestión de servicios de salud.</li> <li>6. Prestar atención a las necesidades y expectativas de determinados subgrupos de la sociedad, teniendo en cuenta las diferencias de género y edad, así como otros factores determinantes de índole religiosa, étnica y cultural.</li> <li>7. Fomentar la participación individual en la adopción de decisiones bien fundadas sobre la propia salud y la salud de los integrantes de la familia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mejorar la capacidad de respuesta y la tecnología de la atención de salud como condición para afianzar la legitimidad social de los servicios desde el punto de vista de la población.</li> <li>6. Aumentar la importancia relativa de los puntos de entrada al sistema asistencial e instituir programas con proveedores de atención primaria de salud que se ocupen de pacientes, familias y comunidades y les ayuden a orientarse en el sistema.</li> <li>7. Fortalecer el componente de promoción de la salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la capacitación continua de los profesionales de la salud.</li> <li>8. Promover el consenso entre expertos sobre pautas clínicas para la prevención, eliminando los métodos ineficaces, y capacitar, supervisar y evaluar la aplicación de las pautas.</li> <li>9. Cerciorarse de que las condiciones institucionales faciliten la aplicación de directrices, incluidas las estrategias para modificar las prácticas de los proveedores.</li> <li>10. Mejorar la comunicación entre proveedores y pacientes, así como entre los servicios de salud y las comunidades, a fin de aumentar la eficacia y la utilidad de la acción.</li> <li>11. Crear mecanismos que promuevan un compromiso formal y la responsabilidad compartida entre los servicios, por una parte, y los particulares y las comunidades, por la otra, incluidos mecanismos de retroalimentación comunitaria.</li> </ol>

\* Fuente: OPS/OMS. II Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México 2000. Informe Técnico N° 6.

**FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN**

bien individual definidas como asegurable. Al mismo tiempo, que por el lado de la eficiencia técnica y como lo demuestra la experiencia canadiense, se han desarrollado herramientas que apoyan una toma de decisiones más objetiva en la reasignación de recursos tanto a nivel intra como intersectorial. La **Figura 1** muestra las dos dimensiones de la eficiencia (técnica y económica), ambas relacionadas e integradas a través de los sistemas y procesos de gestión de un modelo integrado de atención de salud.

Por último, desde una perspectiva de implementación estratégica del proceso de reorientación de servicios, es posible plantear ciertas acciones que permitirán integrar eficazmente la promoción en la Reforma de Salud, tales como:

- Considerar la promoción de la salud como parte del proceso de reforma, tanto en la definición del modelo de atención y del sistema de salud (AUGE) como en la formulación de proyectos de ley, y negociación presupuestaria.
- Crear y mantener los Centros Académicos para la Promoción de Salud (Universidades, ONG y otros).
- Establecer programas de capacitación y desarrollo de capacidades organizacionales para la promoción de salud.
- Incentivar y mejorar la capacidad de investigación y evaluación de la promoción.
- Implementar y evaluar programas y servicios de promoción en un número determinado de Establecimientos de Salud pilotos (consultorios/hospitales, prestadores privados, etc.) en regiones (comunas seleccionadas).
- Difundir los ejemplos de buenas prácticas de promoción, descritas en la literatura internacional y aquellas sistematizadas y evaluadas en la experiencia del país.

## 2. Características esenciales del nuevo Modelo de Atención en la Reforma de Salud\* de Chile<sup>3</sup>

El proceso de Reforma de Salud en el país ha establecido los siguientes cuatro objetivos sanitarios para la década:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.
- Disminuir las desigualdades.
- Prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

El énfasis fundamental en el planteamiento de estos objetivos es la protección de la salud, es decir, en las estrategias de promoción y prevención, puesto que los problemas de salud de los chilenos responden a factores asociados al modelo de desarrollo económico y social existente, cuyo abordaje implica necesariamente la acción intersectorial, a través de políticas de gobierno y no exclusivamente sectoriales. Así por ejemplo, las condiciones de trabajo y empleo (desde los horarios hasta el ambiente laboral), son determinantes a la hora de que la población trabajadora pueda adoptar estilos de vida saludables (ejercicio físico, alimentación, horas de sueño, estrés, etc.); asimismo, el rol asignado a la mujer en nuestra sociedad involucra una mayor dificultad relativa para adoptar conductas saludables. A pesar de éste énfasis, no se ha dejado de lado la atención de salud, desde el diagnóstico precoz, hasta la rehabilitación, que es también fundamental para reducir los principales daños en salud que hoy aquejan a nuestra población.

El impulsar un nuevo modelo de salud para enfrentar estos nuevos problemas, es una tarea de gran complejidad que requiere el concurso de todos los sectores.

El fin al que aspira el sistema de salud chileno es “mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años libres de enfermedad y reducir las desigualdades, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad”, lo cual exige estrategias generales de abordaje, fuertemente sustentadas en un conjunto de principios que constituyen su eje ordenador.

Este conjunto de principios, que permitirá enfrentar los nuevos desafíos y que finalmente se encarnará en tipos de acciones y servicios que la sociedad desea y ha decidido sostener y recibir, se denomina **modelo de salud** y se configura en un sistema que estará orientado a las personas, a la población y al ambiente, tanto físico como laboral.

Tomando en cuenta los actuales desafíos que exige el nuevo modelo, cobra relevancia el hecho que “ser sano”, va más allá de factores exclusivamente genético-biológicos —y por tanto abordables solamente desde la perspectiva de la ciencia médica— sino que reconoce la importancia del entorno físico y social en el cual se desarrolla la vida de las personas, ambiente que contribuye a determinar esta condición y qué además va más allá que la exclusiva “ausencia de enfermedad”.

Concebimos un modelo integral de salud, como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige —más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados— a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

*Esto implica que el modelo se caracteriza por ser integral, promocional, preventivo,*

\* Basado en Doc. MINSAL Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010, enero 2002<sup>3</sup>.

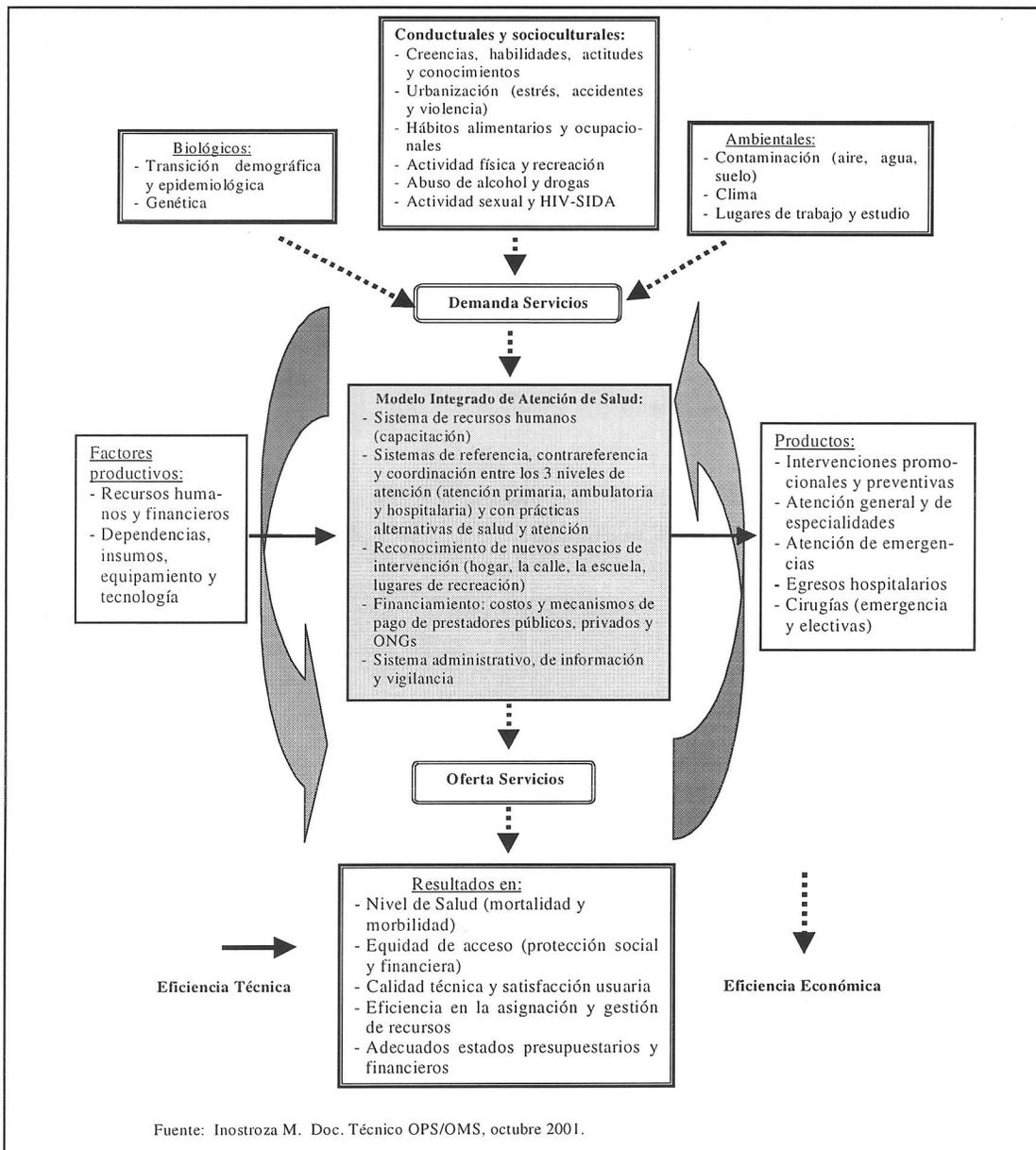


Figura 1. Dimensiones de la eficiencia en un modelo integrado de atención de salud.

participativo, socioterritorial y orientado a cuidar la salud de las personas.

Los siguientes son los principios de la política de salud, que constituyen el modelo de atención al cual aspira el país:

- Marco ético de los derechos humanos: derecho a la vida, a la salud, entre otros.
- Universalidad: se hace cargo de los

problemas de salud de todas las personas, sin consideración de sus condiciones sociales, de género, económicas, culturales o multiétnicas.

- Equidad: en la cobertura, el acceso y la oportunidad, en la erradicación de discriminaciones y exclusiones de todo tipo.
- Solidaridad: mayor aporte desde las personas con más recursos a aquellos que tienen menos, desde los sa-

nos a los enfermos, de los jóvenes a los viejos y hacia las mujeres en edad fértil.

- Integralidad: con perspectiva biológica, psicológica y social.
- Continuidad de los cuidados: que abarcan desde la promoción, prevención, curación y rehabilitación, con calidad y respeto a la dignidad de las personas en la atención y los cuidados de salud.

## FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

- Empoderamiento de la población: a través del fortalecimiento de la comunidad y del ejercicio del control social, así como del autocuidado y promoción de su propia salud con hábitos saludables.
- Democratización: a través de la constitución y fortalecimiento de los espacios de participación, como los consejos (consultivos, desarrollo, salud, etc).
- Descentralización: a través de mayor poder de gestión y decisión regional.

### 3.- Políticas Públicas en Promoción de Salud

El cambio del perfil epidemiológico con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, cáncer, accidentes y problemas de salud mental, unido a la situación de los condicionantes y factores de riesgo descritos en la Tabla 2, hizo que el Ministerio de Salud readeudara las políticas y prioridades de salud, iniciando en 1998 el Plan Nacional de Promoción de la Salud<sup>4,5</sup>, en una primera fase con metas al 2000, las que luego se extendieron al 2010. Simultáneamente, se creó el Consejo Nacional para la Promoción de Salud o VIDA CHILE<sup>6</sup>, organismo intersectorial con 25 instituciones nacionales encargado de elaborar las políticas de Promoción de Salud en el país, coordinar los esfuerzos de las instituciones participantes, asesorar a los Ministerios y Gobiernos Regionales y Locales en los temas de Promoción y apoyar los Planes Comunales de Promoción de Salud a nivel local<sup>6,7</sup>. Este Consejo también está organizado en las 13 Regiones del país y en 307 de las 341 comunas, las que cuentan con

Planes Comunales y VIDA CHILE comunales.

En octubre de 1999, se desarrolla el Primer Congreso Chileno de Promoción de Salud, donde se suscribe el Acta de Huechuraba "Por un país saludable" por parte de autoridades políticas y legislativas, representantes de sectores públicos y privados, científicos y artísticos, comunitarios y sociales, así como también por los mil trescientos asistentes al Congreso<sup>8</sup>. En ella se reconoce el trabajo ya iniciado, así como el consenso que los actores de la sociedad chilena tienen sobre el concepto de promoción de salud, que es el de preservar al individuo sano y mejorar la calidad de vida de la población.

El Plan Nacional de Promoción de Salud y VIDA CHILE prioriza cinco condicionantes como temas prioritarios para las Políticas de Promoción de Salud: alimentación, actividad física, tabaco, factores psicosociales y ambientales, para cada uno de los cuales se establecieron metas al 2010<sup>9</sup> (Tabla 3) y estrategias de acción (Tabla 4), que pasaron a integrar los objetivos sanitarios de la Reforma de Salud.

Cabe mencionar, que en el año 2002, VIDA CHILE recibe el premio internacional OPS/OMS del Día Mundial de la Salud, en reconocimiento a sus logros y avances en el proceso de instalar la Promoción de la Salud como Política de Estado. Al mismo tiempo, Chile es elegido país sede para realizar el Foro de Promoción de la Salud de las Américas (20 al 26 de octubre 2002), evento que reunirá a las delegaciones oficiales de los países de la Región para

hacer un seguimiento a los compromisos asumidos en la V Conferencia Mundial de Promoción (México 2000) y plantear los nuevos desafíos. Evento internacional que se realizará conjuntamente con el II Congreso Chileno de Promoción de la Salud.

## II. BASES TÉCNICAS Y JURÍDICAS PARA LA GESTIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Sobre esta base de antecedentes conceptuales y de políticas de salud en el contexto de la Reforma de Salud Chilena, a continuación se presentan los antecedentes técnico y legales desde el punto de la gestión municipal a considerar en proceso de incorporación de la promoción de la salud en la atención primaria.

### 1. El Programa de Salud Municipal y el Plan Comunal de Promoción de Salud

El Programa de Salud Municipal nace en el contexto de la modernización del Sistema de Salud, como un elemento estratégico para la gestión descentralizada desde el Municipio; en el nivel local es el instrumento que permite ejecutar y operacionalizar las políticas de salud<sup>17</sup>.

En el Programa de Salud Municipal se focalizan y articulan los esfuerzos de todos los sectores presentes en la comuna, en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población. Supone la integración de los programas que cada establecimiento hace en rela-

\* VIDA CHILE está integrado por: Asociación Chilena de Municipalidades, Carabineros de Chile, Comisión Nacional del Medio Ambiente, Comité Nacional para el Adulto Mayor, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Fondo de Solidaridad e Inversión Social, Fundación Integra, Instituto Nacional del Deporte - Chile Deporte, Instituto Nacional de la Juventud, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos Universidad de Chile, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Junta Nacional de Jardines Infantiles, Ministerios: de Agricultura, de Educación, del Interior, de Planificación y Cooperación, de Salud, Secretaría General de Gobierno, Secretaría General de la Presidencia, Servicios Nacional de la Mujer, del Trabajo y Previsión Social, Vivienda, Urbanismos y Bienes Nacionales, Organización Panamericana de la Salud, Servicio Nacional del Consumidor, Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.

Tabla 2. Situación de los Principales Condicionantes de la Salud en Chile

Condicionantes	Situación Problema	Prevalencia	
Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento en todos los grupos etáreos (incrementa con la edad y nivel SE bajo)</li> <li>• Alimentación rica en grasa saturadas y altamente calórica.</li> </ul>	Pre-escolares <sup>(1)</sup>	10%
		Escolares 1° básico <sup>(2)</sup>	14%
		Embarazadas <sup>(3)</sup>	31%
		Población 25-64 años <sup>(4)</sup>	
		mujeres	23%
		hombres	16%
	Percepción obesidad población > 15 años <sup>(5)</sup>	3,3%	
	Percepción sobrepeso y obesidad <sup>(6)</sup>	33%	
Sedentarismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la actividad física (mayor en mujer y nivel SE bajo)</li> <li>• Aumento de hábitos sedentarios en la vida cotidiana y recreación.</li> </ul>	Jóvenes y adultos: Población 10-70 años <sup>(6)</sup>	83%
		Percepción sedentarismo población > 15 años <sup>(5)</sup>	91%
Tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta prevalencia con mayor incremento en mujeres, responsable del 11% de la mortalidad adulta.</li> <li>• Humo tabaco ambiental principal contaminante de interior.</li> </ul>	Jóvenes y adultos: población 12 – 64 años <sup>(7)</sup>	41%
		mujeres	35%
		hombres	47%
		Población > 15 años <sup>(5)</sup>	39,6%
		mujeres	36%
		hombres	44%
		Escolares <sup>(8)</sup>	43%
		8° básico	27%
		4° medio	54%
	Hogares sin prohibición de fumar <sup>(5)</sup>	52%	
	Lugares de Trabajo sin prohibición de fumar <sup>(5)</sup>	65%	
Desprotección social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento daños en salud mental</li> <li>• Percepción de inseguridad y desconfianza; baja asociatividad, falta de redes sociales e instancias de participación</li> </ul>	Percepción trastornos de salud mental > 15 años <sup>(9)</sup>	24%
		Desórdenes depresivos <sup>(9)</sup>	7,5%
		Percepción de Estrés <sup>(5)</sup>	34%
		Pertenencia a Organismos Sociales <sup>(5)</sup> :	
		Cualquiera organización	46%
De Salud	4%		
	Disponibilidad redes sociales de apoyo <sup>(5)</sup>	57%	
Daños ambientales y espacios poco saludables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la contaminación (aire, tierra, alimentos o agua).</li> <li>• Deterioro y/o falta de espacios públicos para la recreación y vida saludable.</li> </ul>	Percepción problemas ambientales <sup>(5)</sup> :	
		- Falta espacios públicos y servicios básicos	74%
		- Contaminación e higiene	71%
		- Alcoholismo y drogadicción	53%
		- Seguridad Pública	49%
	- Aislamiento y falta de medios de comunicación	16%	

<sup>(1)</sup> JUNJI. Sistema Computacional del Párvulo (GESPARVU), 1999.<sup>(2)</sup> JUNAEB. Encuesta Modelo Focalización, 1999.<sup>(3)</sup> MINSAL. Depto. de Informática, 1999.<sup>(4)</sup> Estudio CARMEN, Valparaíso 1997.<sup>(5)</sup> MINSAL/INE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2000.<sup>(6)</sup> DIGEDER-MORI. Encuesta Nacional del deporte, 1996.<sup>(7)</sup> CONACE. Tercer Estudio Nacional Consumo de Drogas, 1998.<sup>(8)</sup> CONACE. Estudio Nacional Consumo de Drogas Población Escolar, 1999.<sup>(9)</sup> Universidad de Concepción. Estudio Nacional de Hogares Santiago, Concepción, Iquique, 1995-1999.

**FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN**

Tabla 3. Metas Nacionales en Promoción de Salud al 2010

Condicionantes	Metas	Indicador	2000	2010
Obesidad	Estabilizar la prevalencia de obesidad en pre-escolares, escolares y embarazadas al 2002.	Obesidad pre-escolar P/T 2 DE	10% <sup>(1)</sup>	7%
	Disminuir la prevalencia de obesidad en 3 puntos porcentuales en pre-escolares.	Obesidad 1° básico P/T 2 DE	16% <sup>(2)</sup>	12%
	Disminuir la prevalencia de obesidad en 4 puntos porcentuales en escolares de 1° básico y embarazadas.	Obesidad embarazadas	32% <sup>(3)</sup>	28%
Sedentarismo	Disminuir la prevalencia de sedentarismo en la población mayor de 15 años en 7 puntos porcentuales.	Sedentarismo > 15	91% <sup>(4)</sup>	84%
Tabaquismo	Disminuir prevalencia de tabaquismo en 7 puntos porcentuales en escolares de 8° básico, en 5 puntos porcentuales en mujeres en edad fértil, y 10 puntos porcentuales en población general.	Consumo de tabaco 8° Básico.	27% <sup>(5)</sup>	20%
		Consumo de tabaco en mujeres en edad fértil	45% <sup>(4)</sup>	40%
		Consumo población general	40% <sup>(4)</sup>	30%
Participación	Fortalecer la participación ciudadana, aumentando la incorporación a organizaciones sociales de salud en 6 puntos porcentuales.	Población en organizaciones sociales vinculadas a salud.	4% <sup>(4)</sup>	10%
Espacios Saludables	Recuperar lugares públicos para la vida saludable en la mitad de las comunas al 2002 y en el 100% al 2010.	N° de plazas VIDA CHILE habilitadas (al menos una plaza por comuna)	—	100% comunas
	Acreditar Establecimientos de Educación como Promotores de la Salud.	N° de establecimientos de educación acreditados (pre-escolar, escolar, media)	—	50% Est. Educ
	Acreditar lugares de Trabajo Saludables	N° de lugares de trabajo acreditados	—	% x región

<sup>(1)</sup>Junta Nacional de Jardines Infantiles-JUNJI. Sistema Computacional del Párvulo. <sup>(2)</sup>Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas-JUNAEB. Encuesta Modelo Focalización. <sup>(3)</sup>Ministerio de Salud. Depto. Informática <sup>(4)</sup>MINSAL/Instituto Nacional de Estadísticas-INE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. <sup>(5)</sup>Comisión Nacional del Control de Estupefacientes-CONACE. Estudio Nacional Consumo de Drogas.

Tabla 4. Prioridades y estrategias nacionales en promoción de salud 2000-2010

Prioridades Sanitarias	Prioridades de Acción condicionantes de la Salud	Estrategias
Cardiovasculares	Alimentación	<b>Nacionales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación</li> <li>• Educación y Desarrollo RR.HH</li> <li>• Participación y Asociatividad</li> <li>• Reorientación Servicios de Salud</li> <li>• Regulación</li> </ul> <b>Locales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacios Saludables</li> <li>• Establecimientos de educación</li> <li>• Lugares de Trabajo</li> <li>• Comunas y comunidades.</li> </ul> <b>Temáticas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaquismo, Obesidad, Sedentarismo</li> </ul>
Salud Mental	Actividad Física	
Accidentes	Tabaco	
Cáncer	Factores Protectores Psicosociales	
	Factores Protectores Ambientales	

ción a su población a cargo, trátense de Postas, Consultorio o de Centros de Salud ya establecidos.

En efecto, la transformación de los consultorios en Centros de Salud representa el espacio real donde se realice una gestión descentralizada y participativa, que de origen a la planificación local.

El Programa de Salud Municipal constituye uno de los componentes estratégicos del Plan de Desarrollo Comunal y, en consecuencia, del Plan de Desarrollo Regional, considerando que no hay desarrollo posible si no se cuenta con una población saludable que favorezca el desarrollo humano integral.

El conjunto de los Programas de Salud Municipales, debidamente integrados y coordinados entre sí y con los niveles secundario y terciario, serán la base en que deberá sustentarse el Plan de Salud del Servicio de Salud correspondiente a su área jurisdiccional.

Por otra parte, desde 1999 se vienen formulando los Planes Comunales de Promoción de Salud, en un esfuerzo de progresiva articulación con el Plan de Salud Municipal y de los otros Planes sociales (educación, drogas, ambiente, etc). El financiamiento de los Planes Comunales de Promoción, viene en gran medida del sector salud, se ejecutan vía convenio entre el Servicio de Salud y el Municipio. Estos planes comunales de promoción son la aplicación del Plan Nacional de Promoción de la Salud aprobado mediante Resolución Exenta N° 817, del 10.04.99 y Resol. Ex. N° 663, 16.04.2001.

El objetivo del Programa de Salud Municipal es: ejecutar las políticas de salud en el marco de las normas técnicas y programáticas que emanan desde el Ministerio de Salud, según las prioridades fijadas por los Servicios de Salud respectivos y basado en la realidad local de sus comunas, a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento y

rehabilitación con el objeto de mejorar el nivel de vida de su población.

A continuación se describen los antecedentes legales para la formulación del Programa de Salud Municipal:

Según lo establece el Código Sanitario y el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, el Director del Servicio de Salud es el responsable de las acciones de promoción y fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y del medio ambiente del área jurisdiccional correspondiente al Servicio de Salud. Para tal efecto, deberá cumplir con las políticas, normas y planes generales que sean establecidas por el Ministerio de Salud.

En razón a los principios de descentralización y desconcentración, la administración, el régimen de financiamiento y la coordinación de los establecimientos de atención primaria de salud, han sido traspasados a las Municipalidades o entidades Administradoras de Salud Municipal, según se establece en la Ley 19.378 del Estatuto de Atención Primaria, de abril de 1995.

Siendo el alcalde la máxima autoridad de la municipalidad, le corresponde tanto la dirección y administración superior como la supervigilancia del funcionamiento de los establecimientos de salud municipales. Entre sus atribuciones está el coordinar con los servicios públicos las acciones de éstos en el territorio de la comuna, según lo establece la Ley 18.695 Orgánica constitucional de Municipalidades, agosto 1992.

La Ley 19.378, define el rol del municipio en cuanto a su responsabilidad con la salud de la población y su relación con el Servicio de Salud, el que tiene la responsabilidad de asesorar técnicamente, supervisar y evaluar el cumplimiento de la ejecución de los Programas de Salud Municipales del territorio.

En relación a la elaboración del Programa de Salud Municipal, la citada Ley 19.378 señala: "Las entidades administradoras de salud municipal formularán anualmente un proyecto de programa de salud municipal. Se entenderá por éste al programa anual de actividades formulado por la entidad administradora en base a las programaciones de los establecimientos respectivos, el que contendrá las estrategias de salud a nivel comunal enmarcadas en el plan de desarrollo comunal y en las normas técnicas del Ministerio de Salud".

Este Programa deberá contener a lo menos los siguientes aspectos:

- Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades fijadas por los Servicios de Salud respectivos.
- Diagnóstico comunal participativo de salud actualizado.
- Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente.
- El escenario más probable para la salud comunal en el período a programar.
- Asignación de prioridades a los problemas señalados a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad y al tipo de intervención e importancia social.
- Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas: acciones de vigilancia epidemiológicas, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa y acciones curativas, de rehabilitación y de reinserción en la sociedad.
- Indicadores de cumplimiento de metas programadas.

Además, en el Art. 13 del Reglamento

**FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN**

General de esta Ley, se establece que el Programa de Salud Municipal deberá considerar el programa de capacitación del personal, las actividades de educación en salud, el programa de reuniones técnicas, el trabajo con la comunidad, la participación en comisiones locales y cualquier actividad que se estime adecuada al diagnóstico local.

**2. Las orientaciones técnicas para la Atención Primaria de Salud**

El Ministerio de Salud ha planteado cinco temas claves que deben asegurarse con la Reforma en Salud en la Atención Primaria:

- Equipo de Salud Familiar en Atención Primaria.
- Atención Médica continua los 365 días del año en Atención Primaria.
- Atención Primaria Resolutiva 90%.
- Plan de Prevención 100% asegurado
- Promoción de la Salud para construir un país saludable: se deberán asegurar políticas públicas encaminadas a modificar los condicionantes más significativas en salud. Deben existir a nivel comunal Planes de Promoción con gestión y financiamiento intersectorial. Se deben establecer líneas de base con metas cuantificadas en las áreas de obesidad, sedentarismo, tabaquismo y otras adicciones, asociatividad y participación, sexualidad, recuperación de espacios públicos y creación de ambientes saludables.

Es evidente que los cinco temas planteados para la atención primaria, lograrán niveles importantes de consenso en los usuarios, así como en prestadores, permitiendo establecer un buen punto de partida para ir planteando en forma sucesiva los cambios en los niveles de atención más compleja, así como definir los temas referentes al Financiamiento, Rol Regulador y Rectoría de Salud.

El Ministerio de Salud, cumpliendo con su rol rector, es el encargado de diseñar

y señalar las orientaciones técnicas que permitan a los niveles ejecutores enfrentar los desafíos nacionales de salud con éxito. Por su parte, es el Centro de Salud el órgano encargado de ejecutar los programas de salud de carácter nacional y regional, en el nivel local. Como tal, puede adaptar y aplicar las normas programáticas de carácter nacional, de acuerdo a las condiciones locales, siempre que no ponga en riesgo la eficacia y eficiencia de un programa, pero, además, debe generar, adaptar, planificar y ejecutar las acciones que sean necesarias para responder oportuna y específicamente a los problemas de salud locales.

Las orientaciones técnicas elaboradas por el Ministerio de Salud cada año corresponden a los Programa de Salud (niño, adolescente, mujer, adulto, adulto mayor), a la Salud Mental y a la Promoción de la Salud<sup>17,18</sup>.

Si bien las orientaciones técnicas para la Programación de Salud Municipal son anuales, el Ministerio de Salud cuenta con una política de promoción de salud con orientaciones técnicas, para el mediano y largo plazo. En efecto, la formulación de los Planes Regionales de Promoción de Salud 2001-2006, ha sido realizado en base a estas orientaciones y las metas país para la década, las que constituyen el marco de referencia para la programación anual municipal. Un mayor detalle de esta se encuentra en el Plan Nacional de Promoción, y en las publicaciones del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE, instancia intersectorial que funciona a nivel nacional, regional y comunal.

**III. UNA PROPUESTA DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD A INCORPORAR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Un Centro de Salud (Consultorio de Atención Primaria, Hospital, ONG, u

otro tipo de prestadores de salud) que se ha propuesto la incorporación de la estrategia de promoción de salud en su quehacer, requiere en primer lugar estar en un proceso de cambio de su modelo de atención, de adecuación del recurso humano y desarrollo de algunas condiciones básicas para la implementación de esta estrategia, tales como:

- Gestión participativa, dirección que facilite el trabajo de equipo y la participación social
- Políticas internas que permitan el desarrollo de capacidades en promoción de la salud, el desarrollo organizacional y el trabajo comunitario.
- Programación local y capacidad innovativa para la adecuación de los programas de salud e implementación de acciones y estrategias de promoción de la salud de carácter integral y transversal.
- Cambiar la composición y equilibrio de los tipos de atención de salud incorporando nuevas tecnologías de promoción de salud.

A su vez, desde la perspectiva de la gestión de Salud Municipal, también es necesario desarrollar líneas de acción que permitan contar con:

- Liderazgo técnico sectorial e intersectorial, que legitime el ejercicio de la autoridad sanitaria local y funciones de salud pública.
- Gestión participativa que incorpore necesidades y expectativas de la población
- Financiamiento intersectorial, con aportes municipales, salud, otros sectores públicos y privados y comunidad.
- Diseño estratégico e integrado de acciones de promoción individual y poblacional.
- Plan Comunal de Promoción articulado con el Programa de Salud Municipal y con el Plan de Desarrollo Comunal.

De esta manera, se podrán desarrollar nuevos "perfiles de servicios", con acciones y prestaciones de promoción de salud, características de Salud Pública. Estas acciones requieren combinar intervenciones de carácter individual y familiar; con los de tipo poblacional o colectivas. Al mismo tiempo se requiere precisar los niveles de responsabilidad sectorial e intersectorial; y las formas de complementariedad.

Más adelante, se propone una serie de intervenciones a implementar por un Centro de Salud, teniendo como referencia las prioridades y metas país a la década en Promoción de Salud. Cabe mencionar que esta propuesta, ha sido elaborada por la Comisión Técnica de la Reforma de Salud, encargada de Promoción<sup>19</sup>.

La propuesta es que este conjunto de acciones de promoción sean formuladas localmente en coordinación con la adecuación programática, y se implementen potenciando las acciones de prevención específica de enfermedades. Estas acciones de promoción pueden pasar a constituir un nuevo Programa de Promoción de Salud caracterizado por ser participativo, integral, transversal y secuencial; con un efecto sinérgico sobre las condicionantes y problemas de salud. Otra opción posible, es que sean parte de los Programas Básicos (Adulto, Infantil, Mujer, Adolescente); con la condición de garantizar la integralidad de la acción, así como la aplicación del enfoque de salud familiar y comunitaria, junto a la racionalidad en el uso de los recursos.

Otro elemento a considerar en la formulación de la propuesta, está dado por la población objetivo de las metas de promoción, cuyos grupos prioritarios son: para obesidad: pre escolares, escolares y embarazadas; tabaco: escolares, mujeres en edad fértil, adultos y en sedentarismo jóvenes y adultos.

### 1. Prestaciones individuales/familiares (Tabla 5)

### 2. Intervenciones poblacionales/comunitarias

El Centro de Salud que incorpora la Promoción requiere un desarrollo de acciones intersectoriales y participativas, orientadas a la creación de una cultura de vida y ambientes más saludables. Vale decir, se trata de aplicar el nuevo modelo de atención de salud centrado en la comunidad y en los ambientes donde la gente vive.

La propuesta es implementar una combinación o secuencia de estrategias; acorde al diagnóstico de situación local. Las estrategias de probada eficacia y con una amplia gama de experiencias de las cuales algunas ya han sido sistematizadas y evaluadas, son:

- Estrategia de espacios saludables:
  - Lugares de trabajo.
  - Establecimientos de educación (pre-escolar, básico y medio).
  - Espacios públicos, barrios y comunas.
  - Hogares.
- Programas educativos y comunitarios de apoyo a grupos de autoayuda y redes sociales.
- Actividades participativas para construir una vida y un ambiente más saludable: maratones, cicletadas, concursos de cocina, exposiciones, actividades deportivas y recreativas, reciclaje de basuras, saneamiento y otros.
- Programas de capacitación y desarrollo de recursos humanos en promoción de la salud.
- Estrategias de regulación y abogacía en tabaquismo, obesidad y sedentarismo.
- Creación de mecanismos de información y de participación de los funcionarios, de la comunidad y la ciudadanía.

- Campañas comunicacionales, diferenciadas según públicos objetivos y mensajes priorizados.

## IV. DISEÑO ESTRATÉGICO Y ACCIÓN INTEGRAL EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Respecto al carácter integrado de las intervenciones de promoción, las experiencias indican que, por ejemplo, una intervención de actividad física tendrá beneficios para la prevención de enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes, la osteoartritis y el estrés. Por lo tanto, es clave integrar los mensajes dentro de las actividades de educación y comunicación para que se destaquen los beneficios múltiples.

Diversos estudios han demostrado que es más probable que las personas cambien su comportamiento cuando existe una mezcla integral de acciones. Por ejemplo, intervenciones que incorporan la educación, el desarrollo de habilidades, cambios en el ambiente y en las políticas asociadas. Sin embargo, estas no necesitan implementarse al mismo tiempo. Más bien, se sugiere secuenciar o introducir paulatinamente las intervenciones en forma estratégica. Esto puede ocurrir de una variedad de maneras. Por ejemplo, un grupo dentro de una población, en particular puede no tener conciencia sobre la necesidad de cambiar, de manera que la oferta puede resultar prematura. En ese caso, las actividades de educación pueden ser un buen comienzo.

Asimismo, no hace sentido tratar de implementar una política pública saludable hasta que los programas y los apoyos estén disponibles para ayudar a las personas a hacer los cambios que implica la política. Por ejemplo, la restricción de fumar en los lugares de trabajo será más eficaz cuando existen apoyos como: información acerca de los efectos del tabaco y el humo del

Tabla 5. Prestaciones individuales/familiares

Condicionantes	Prestación Promoción Individual/Familiares
Estilos de Vida	<p>Consejería breve en estilos de vida saludable: detección rápida de factores de riesgo y educación con entrega indicaciones básicas, (realizada como parte de un control de salud, consulta médica, odontológica o en otra atención de salud).</p> <p>Consejería específica para modificar factores de riesgos: tabaquismo, obesidad o sedentarismo: caracterizada por tener un profesional con dedicación de tiempo y esquema de seguimiento al beneficiario.</p>
Sedentarismo/Vida Activa	<p>Actividades educativas y comunitarias para la práctica de una vida activa.</p> <p>Talleres grupales de actividad física</p> <p>Programa de 12-20 sesiones a grupos específicos: crónicos y embarazadas.</p>
Tabaquismo/Protección no Fumadores	<p>Actividades educativas y comunitarias para la creación de Ambientes Libres del Humo de Tabaco y para reducir la iniciación en el consumo de tabaco.</p> <p>Intervención individual y/o grupal para cesación consumo de tabaco*. Programa de 8 a 10 sesiones.</p>
Obesidad/Alimentación Sana	<p>Actividades educativas y comunitarias para una alimentación sana, manejo del sobrepeso y otros según grupos específicos.</p> <p>Intervención individual/grupal para el control de la obesidad*.</p>
Riesgos psicosociales/ Asociatividad	<p>Consejería familiar e intervenciones psicosociales según grupos específicos (por ej. apoyo a la crianza y desarrollo integral; sexualidad, comunicación y afectividad, violencia intrafamiliar y resolución de conflictos y otros).</p> <p>Educación grupal: sesiones temáticas para el desarrollo de competencias y habilidades sociales, autocuidado y mejoramiento del entorno.</p> <p>Visita domiciliaria y trabajo comunitario con organizaciones comunitarias y redes sociales, y para la coordinación de programas y servicios locales de apoyo a la salud y calidad de vida.</p> <p>Talleres de desarrollo personal, manejo del estrés y otros de integración social según grupos objetivos.</p>

\* Prestaciones de tratamiento o recuperación, necesarios de incorporar en un proceso de reorientación de servicios de salud.

tabaco, conocimiento de la prevalencia de tabaquismo y disposición al cambio, canales de participación, acceso a prestaciones para dejar de fumar y respaldo de la autoridad para introducir y monitorear esta política, vale decir cuando cuenta con un diseño estratégico de intervenciones, por ejemplo: Programa Ambientes Libres del Humo de Tabaco<sup>20</sup>.

Las intervenciones también pueden ser secuenciados por condicionantes. Por ejemplo, las escuelas quizás comiencen

dando opciones de alimentos saludables a los estudiantes mediante un proyecto de kioscos saludables. Una vez que esto está en marcha, podría agregarse un componente de actividad física (como por ejemplo Programa Desafío Chileno para la Vida Activa<sup>21</sup>) y luego un componente de familia (ej. Programa para Padres<sup>22</sup>).

Intervenciones desarrolladas para el uso en un espacio pueden adaptarse para el uso en otro sitio. Por ejemplo, una intervención con niños en las escuelas

podría usarse en la comunidad a través de los centros de recreación, a su vez un programa del Consultorio en salud mental con mujeres, puede usarse en la comunidad a través de redes de ONG; y así sucesivamente según cada realidad local no perdiendo de vista el diagnóstico epidemiológico-social y las metas a alcanzar. Esto contribuye a que un Plan Comunal de Promoción de la Salud, sea más efectivo y también más eficaz en función de los costos, cuando los costos de desarrollo pueden aplicarse a más de una intervención.

La geografía es otra dimensión alrededor de la cual puede ocurrir la secuenciación, tal vez se puede seleccionar un lugar particular para comenzar con un proyecto piloto, y luego ampliar gradualmente el área incluida en la comuna o región.

Otro fundamento de la acción integral y comprehensiva de la promoción, está dado por la evidencia respecto al como se producen los cambios de comportamiento<sup>23</sup>. Para ello es útil tener presente las diferentes teorías y modelos en que se basan muchas de las intervenciones de promoción propuestas anteriormente (consejerías, intervenciones grupales, talleres, actividades comunitarias, acciones comunicacionales, etc). Sólo a modo de referencia conceptual podemos mencionar algunas teorías y modelos útiles para las intervenciones de promoción de la salud:

- La Teoría de Acción Razonada centrada en la intención de realizar el comportamiento y los factores que le determinan (actitud y norma subjetiva o presión social)
- El Modelo de las Etapas del Cambio que presenta una progresión en las etapas de cambio: precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída.
- El Modelo del Aprendizaje Social que incluyen entre otros: organización comunitaria, planificación social, desarrollo local, difusión de innovaciones, mercadeo social.
- La Teoría de Desarrollo Organizacional y Liderazgo para el Cambio.

Finalmente, para la organización local de esta tarea, es útil apoyarse en metodologías de planificación local que incluyen el ciclo desde el Diagnóstico

Participativo a la Evaluación de la Intervención y Re-diseño, combinando el uso de herramientas de apoyo<sup>24</sup>.

## REFERENCIAS

- 1.- OPS/OMS. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México 2000. Informe Técnico 6: La Reorientación de los Sistemas y Servicios de Salud con Criterios de Promoción de la Salud.
- 2.- OPS/OMS. División de Promoción y Protección de la Salud. Doc. Técnico. Propuesta de un Marco Conceptual de Promoción de la Salud y Reforma del Sistema de Salud. Doc. elaborado por el Dr. Manuel Inostroza P., Washington DC Octubre 2001.
- 3.- MINSAL. Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010, Doc. Oficial enero 2002.
- 4.- MINSAL, Depto. Promoción de la Salud. Plan Nacional de Promoción de la Salud 1999.
- 5.- SALINAS J. Health Promotion in Chile: an evaluation of a national plan implementation Promotion & Education, Vol VII 2000/4; 13-6.
- 6.- Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE. Plan Estratégico 2001-2006, Santiago Chile 2000.
- 7.- Ministerio de Salud. Planes Comunales de Promoción de la Salud 2001, Santiago Chile 2001.
- 8.- Acta de Huechuraba por un país más saludable, Santiago agosto 1999.
- 9.- Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE. Cuenta Pública 2001, Santiago, Chile 2002.
- 10.- JUNJI. Sistema Computacional del Párvulo (GESPARVU). Chile 1999.
- 11.- JUNAEB. Departamento de Planificación y Estudios. Encuesta 1° Básico Modelo Focalización, Chile 1999.
- 12.- JADUE L, VEGA J, ESCOMAR M C et al. Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles: métodos y resultados de la encuesta CARMEN. Rev Med Chile 1999; 127: 1004-13.
- 13.- Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Departamento de Promoción de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Chile 2000.
- 14.- MORI. Encuesta Nacional del Deporte 1996. Chile, 1996.
- 15.- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Tercer Estudio Nacional de Consumo de Drogas DIGEDER en Chile. Informe Ejecutivo, marzo 1999.
- 16.- Ministerio de Salud. Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias. Departamento Programa de las Personas. Unidad de Salud Mental. Chile, 1999.
- 17.- MINSAL, División de Atención Primaria/División de Salud de las Personas. Orientaciones para la Programación Local 2002.
- 18.- MINSAL. Orientaciones para la Promoción de Salud 2001-2006, Doc. Técnico, agosto 2000.
- 19.- MINSAL. Informe Comisión Técnica Reforma de Salud: Promoción de la Salud, Participación e Intersectorialidad, 2001.
- 20.- MINSAL, Dpto. Promoción de la Salud sin Tabaco. Guía Técnica metodológica Programa Ambientes Libres del Humo de Tabaco, 2001.
- 21.- Consejo VIDA CHILE, Ministerio de Salud. El Desafío Chileno para una Vida Activa. Serie de 4 Manuales Educativos y material de apoyo. Santiago, Chile 2001.
- 22.- MINSAL/CIDE Promoción de Salud para Padres. Metodología y Material Educativo: Manual para Facilitadores, serie de 8 cartillas educativas y 6 juegos educativos, Santiago 2001.
- 23.- Ministerio de Salud. Manual de Apoyo a Programas de Promoción de la Salud en Alimentación, Actividad Física y Tabaco. Santiago Chile 2001.
- 24.- OPS/OMS. Planificación Local Participativa. Serie Paltex N° 41, 1999.