



PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CHILE

HEALTH PROMOTION IN CHILE

Judith Salinas C. (1), Fernando Vio del R. (2)

(1) Departamento Promoción de la Salud, Ministerio de Salud.

(2) Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile.

ABSTRACT

This paper examines the rationality, main topics, organization and advances of the Health Promotion public policy in Chile. According to the epidemiological and nutritional transition in Chile, the Ministry of Health changed the traditional maternal and childhood policies for new priorities based on cardiovascular diseases, cancer, injuries and mental health problems. The main conditioning factors for these health problems are food and nutrition, physical activity, tobacco, psycho-social, and environmental. To address these factors, a strategic plan with goals for the period 2000-2010 was established based on an inter-sector organization, the National Board for Health Promotion (VIDA CHILE), including 25 governmental organizations and decentralized to 12 Regions and 308 counties. Strategies were developed for each one of the conditioning factors and implemented at the local level in pre-school and school facilities, work places and municipalities. The main accomplishments of this policy have been a decentralized management model for health promotion with projects and programs working throughout the country towards goals to be fulfilled and a baseline based on a national survey carried out in November 2000. Some of the challenges for the future are to incorporate Health Promotion in all the health sector activities, to strengthen strategic links among all the governmental organizations involved in VIDA CHILE, and to overcome perceived dilemmas such as supposed antagonisms between health promotion and health prevention, scientific research and social sciences, or the public and private sectors.

Key words: Health promotion, healthy lifestyles, food policy, nutrition transition.

I. INTRODUCCIÓN

Chile ha tenido cambios muy rápidos en su perfil epidemiológico y nutricional. De una situación pre transicional, con predominio de enfermedades infecciosas y materno-infantiles en la década del 60, pasó rápidamente a una situación post transicional con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), accidentes y problemas de salud mental a fines de la década del 80 (1).

Según el censo de 2002 (2), Chile es un país altamente urbanizado, con un 86% de población urbana, con lo cual ha mejorado el acceso al agua potable, alcantarillado, educación y servicios de salud. Junto con estos aspectos positivos, aparecen otros relacionados con el deterioro de la calidad de vida, especialmente en los más pobres, como son la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el consumo excesivo de tabaco, alcohol y drogas, la contaminación del aire y falta de espacios para recreación en las grandes ciudades, junto con el aumento de la delincuencia, violencia e inseguridad en las personas (3). Si bien Chile aumentó al doble su ingreso per cápita en la década del 90, esto no significó necesariamente un aumento de la calidad de vida ni la disminución de las inequidades, persistiendo un 20% de pobreza con un 7% de extrema pobreza. Gran parte del aumento de ingreso, en especial en el sector más pobre, se destinó a comida rica en grasa y azúcar refinada, como es la comida chatarra y bebidas gaseosas, a compra de televisores, electrodomésticos y automóviles, con lo que disminuyó la actividad física y se incrementó el consumo de tabaco y alcohol, que inciden directamente en la salud de las personas. Esto significó un aumento explosivo de la obesidad y sedentarismo (4), así como del tabaquismo en la población chilena, especialmente en los niños, adolescentes y mujeres en edad fértil (5); fenómeno que también se ha ido produciendo en muchos países.

Por otra parte, se revaloriza a nivel internacional la influencia de los diferentes determinantes de la salud, en particular los de carácter socio-económico, psicosociales y ambientales (6,7). Como respuesta a esta evidencia surge en los últimos 20 años, la nueva estrategia de promoción de la salud, que incluye la movilización de recursos sociales para enfrentar los riesgos de enfermar (8). Uno de sus hitos fundamentales los constituye la Primera Conferencia Mundial de Promoción de Salud en Ottawa en 1986, cuya Carta propone una combinación de estrategias específicas: acciones del estado (políticas públicas saludables), de la comunidad (acción comunitaria), de los individuos (desarrollo de hábitos y capacidades personales) y del sistema de salud (reorientación de servicios de salud). Directrices que continúan reforzándose por OPS/OMS y los Gobiernos en las posteriores Conferencias Mundiales, hasta llegar a la Quinta Conferencia Mundial de México 2000 (9,10,11).

El objetivo de este artículo es describir los fundamentos, el diseño y las estrategias de la política de Promoción de Salud en el país, identificando los puntos críticos y avances en el proceso.

II. AVANCES EN PROMOCIÓN DE SALUD

El cambio del perfil epidemiológico y la situación de los factores de riesgo descrita anteriormente hizo necesario readecuar las políticas y prioridades de salud en 1997 (12). El Ministerio de Salud redefinió sus prioridades sanitarias en consideración al resultado del estudio de Carga de Enfermedad (13,14). De acuerdo a los años de Vida Saludable perdidos, las prioridades establecidas, fueron las que aparecen en orden alfabético en el Cuadro 1.

De acuerdo a la experiencia internacional y la evaluación de intervenciones (15), además de la alta prevalencia e impacto en el país de estas prioridades, los cuatro grupos de problemas de salud pública con condicionantes comunes que pueden ser abordados adecuadamente desde la Promoción

de Salud son los cardiovasculares, salud mental, accidentes y cáncer.

CUADRO 1	
Prioridades de Salud país (en orden alfabético)	
• Accidentes	• Salud Bucodental
• Afecciones Congénitas y del Período Perinatal	• Salud Mental
• Cáncer	• Salud Ocular
• Enfermedades Cardiovasculares	• Salud Ocupacional
• Enfermedades Inmunoprevenibles	• Salud Sexual y Reproductiva
• Enfermedades Respiratorias	• Tabaquismo, Alcohol y Drogas
• Malnutrición (Obesidad, Osteoporosis)	• Tuberculosis
	• VIH/SIDA-ETS
Fuente: Ministerio de Salud. División de Salud de las Personas. Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. La Reforma Programática Chilena. Santiago, Chile 1997.	

Casi simultáneamente con la redefinición de prioridades, y teniendo en cuenta la amplia trayectoria del país en acciones preventivas y de fomento de la salud, en 1998 el Ministerio de Salud decide fortalecer y redireccionar estas acciones. Con este fin crea una unidad técnica encargada del tema - que posteriormente pasa a constituirse en el actual Departamento de Promoción de la Salud-, e inicia la formulación y puesta en marcha del Plan Nacional de Promoción de la Salud ([16](#), [17](#)), estableciendo los condicionantes de la salud a abordar y las estrategias de acción señaladas en el [Cuadro 2](#) y descritas en la sección siguiente. Cabe mencionar que el Plan cuenta con respaldo financiero y jurídico del Ministerio de Salud (Resol. Ex. 817, 14.04.99 y Resol. Ex. 663, 16.04.2001).

La formulación e implementación del Plan Nacional de Promoción se realiza en forma participativa y descentralizada, mediante un proceso bidireccional entre los niveles locales y nacional. Las metas nacionales son formuladas a partir del diagnóstico de situación país, y ajustada en cada región y comuna según realidades locales, dando lugar a los Planes Regionales y Comunales de Promoción de la Salud ([18](#)).

CUADRO 2		
Prioridades y Estrategias Nacionales en Promoción de la Salud 2000 - 2010		
PRIORIDADES SANITARIAS	CONDICIONANTES DE LA SALUD	ESTRATEGIAS
Cardiovasculares Salud Mental Accidentes Cáncer	Alimentación Actividad Física Tabaco Factores Protectores Psicosociales Factores Protectores Ambientales	Nacionales: <ul style="list-style-type: none"> • Regulación • Comunicación • Educación • Participación • Reorientación Servicios de Salud Temáticas <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Obesidad • Sedentarismo Locales: Espacios Saludables <ul style="list-style-type: none"> • Establecimientos de educación • Lugares de Trabajo • Comunas, comunidades.

Fuente: Ministerio de Salud. Plan Nacional de Promoción de la Salud. Santiago, Chile 1999.

En el año 1999, se crea el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE (19, 20), organismo intersectorial con 25 instituciones nacionales, presidido por el Ministro de Salud, 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. Este Consejo, progresivamente se organiza en casi todas las Regiones, en VIDA CHILE regionales y en las 308 comunas del país con Plan Comunal de Promoción. De esta manera, se consolida la responsabilidad de conducción de la Promoción de la Salud en el Municipio y en el Gobierno Regional, sobre la base de una acción intersectorial, con procesos de participación comunitaria y social.

Las metas de Promoción son formuladas por este Consejo VIDA CHILE al 2006, presentadas en noviembre del 2000 por la Ministra de Salud Dra. Michelle Bachelet al Presidente de la República, junto con explicitar a la ciudadanía un compromiso público de acción y de construcción de una Política de Estado que beneficie a toda la población. Luego, estas metas se confirman y extienden al 2010 como parte de los objetivos sanitarios de la reforma de salud y se describen en el cuadro 3 (21).

Otro importante hito, en el desarrollo de la Promoción de la Salud, lo constituye la realización del Primer Congreso Chileno de Promoción de Salud (agosto 1999) donde se suscribe el Acta de Huechuraba «Por un país saludable» (22, 23) 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. 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.

CUADRO 3			
Metas Nacionales en Promoción de Salud al 2010			
CONDICIONANTES	METAS	2000	2010
OBESIDAD / ALIMENTACIÓN	Disminuir la prevalencia de obesidad en 3 puntos porcentuales en pre-escolares.	10%	7%
	Disminuir la prevalencia de obesidad en 4 puntos porcentuales en escolares de 1° básico y embarazadas.	16%	12%
		32%	28%
SEDENTARISMO / ACTIVIDAD FÍSICA	Disminuir la prevalencia de sedentarismo en la población mayor de 15 años en 7 puntos porcentuales.	91%	84%
TABAQUISMO / AMBIENTES LIBRES DEL HUMO DE TABACO	Disminuir prevalencia de tabaquismo en 7 punto porcentuales en escolares de 8° básico, en 5 puntos porcentuales en mujeres en edad fértil, y 10 puntos porcentuales en población general.	27%	20%
		45%	40%
		40%	30%
DESPROTECCIÓN SOCIAL / PARTICIPACIÓN	Fortalecer la participación ciudadana, aumentando la incorporación a organizaciones sociales de salud en 6 puntos porcentuales.	4%	10%
DAÑOS AMBIENTALES / ESPACIOS SALUDABLES	Recuperar lugares públicos para la vida saludable en las comunas	—	100% comunas
	Acreditar Establecimientos de Educación como Promotores de la Salud	—	50% est. educ
	Acreditar Lugares de Trabajo Saludables	—	100 empresas

Fuente: Consejo Nacional para la Promoción de Salud VIDA CHILE. Cuenta Pública 2001. Santiago, Chile 2002.

III. PRIORIDADES, METAS NACIONALES Y ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

CONDICIONANTES DE LA SALUD

Los condicionantes de la salud que tienen relación con los problemas de salud cardiovascular, salud mental, accidentes y cáncer son la alimentación, actividad física, el consumo de tabaco, los factores psicosociales y ambientales.

1. Alimentación

Desde la década del 80 se produjeron cambios importantes en la dieta caracterizada por un alto consumo de grasas, azúcares refinados y alimentos procesados que aumentó el consumo calórico en la población. Las tendencias de consumo nacional entre el año 1980 y 2000, muestran un importante aumento en el consumo de carnes, en particular de cerdo y pollo, de cecinas, de productos lácteos y

un bajo consumo de pescado, frutas, verduras, cereales y leguminosas (24). La encuesta de presupuestos y Gastos del INE del año 1997 mostró que en los cuatro quintiles inferiores (80% más pobre) el primer gasto continúa siendo el pan; en segundo lugar la carne de vacuno, seguido por las bebidas gaseosas, pollo, cecinas y comida fuera del hogar. En los primeros 15 lugares no aparecen las verduras, frutas, leguminosas ni pescado. En la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2000 (ECVS) (25), sólo el 47% de la población chilena dice consumir verduras y frutas todos los días y el 35% consume lácteos diariamente.

2. Actividad física

Dos encuestas sobre factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles efectuadas en la Región Metropolitana de Santiago en 1988 y 1992 en población mayor de 15 años demostró que el 60% de los hombres y el 80% de las mujeres hacían menos de 15 minutos de actividad física continua dos veces por semana (26, 27). Otro estudio realizado en 1997 en Valparaíso en una muestra representativa de población mayor de 25 años demostró que el 93% de las mujeres no realizaban ningún tipo de actividad física en su tiempo libre, lo cual subía al 97% en el nivel socioeconómico bajo (28). Existen dos encuestas sobre actividad física efectuadas el año 2000 con la misma metodología y resultados similares: la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) efectuada en mayo en 20.000 hogares (29) y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2000 (ECVS) (25) en 6.000 hogares, con representatividad a nivel regional y urbano-rural, efectuada en diciembre. La pregunta en ambas encuestas fue ¿Cuántas veces ha practicado deporte o alguna actividad física (en sesiones de no menos de 30 minutos), dándose como alternativas posibles: 3 o más veces por semana; 1 a 2 veces por semana; menos de 1 vez por semana y ninguna. El porcentaje de población que no hace ninguna actividad física es de un 71% (CASEN) y 73% (ECVS) y los que hacen más de 30 minutos tres veces por semana fue de 9,4% y 9% respectivamente. En ambas encuestas el sedentarismo es mayor en las mujeres y en los niveles socioeconómicos bajos.

3. Tabaco

La prevalencia de tabaquismo muestra un aumento en Chile en los últimos 30 años (30, 31). En el año 2000, dos estudios nacionales (5, 25) coincidieron en que el 40% de la población mayor de 12 años (CONACE) (5) y de 15 años (ECVS) (25) dice haber consumido tabaco en el mes anterior, siendo esta conducta más frecuente en hombres que en mujeres y en el sector urbano mayor que en el rural. En el octavo año básico existe un 27% de fumadores, lo que se incrementa a un 54,1% en cuarto medio. El humo de tabaco es el contaminante más importante en los espacios interiores: por cada 20 cigarrillos fumados se aportan 20 mg. por metro cúbico de partículas al ambiente (nicotina, monóxido de carbono, carcinógenos, mutágenos tóxicos e irritantes) (32). En la ECVS (25) se encontró que sólo un 35% de las personas tiene prohibición de fumar en sus lugares de trabajo y que a nivel general, el 48% de los hogares chilenos tiene alguna restricción para fumar al interior de la casa.

4. Factores psicosociales

Los determinantes psicosociales son un conjunto amplio y heterogéneo de factores asociados al proceso de salud, enfermedad y calidad de vida de las personas. Con fines analíticos se pueden diferenciar entre aquellos internos, o propios del individuo, vinculados al comportamiento (autoestima, afectividad, estrés, satisfacción vital), de los externos referidos a relaciones interpersonales y sociales, como son la asociatividad y pertenencia a redes sociales, identidad cultural, inseguridad. Desde la perspectiva de la Promoción de Salud, se han priorizado el estrés y la asociatividad. La ECVS muestra que el 35% de la población se declara con estrés y que el 46%

pertenece a alguna organización social, siendo las más frecuentes las religiosas, deportivas, centros de padres y apoderados y de adultos mayores (25).

5. Factores ambientales

En cuanto a los factores ambientales, la ECVS (25) indica que lo que más preocupa a la población son la falta de espacios públicos para la recreación y el deporte (plazas, áreas verdes y equipamiento comunitario) junto con problemas de contaminación e higiene: basuras, limpieza de calles, veredas, perros vagos y vectores, dependiendo de la Región y siendo diferente lo urbano de lo rural. Por ejemplo, los problemas de contaminación y seguridad pública son mayores en los sectores urbanos, y en lo rural las principales preocupaciones son los problemas de aislamiento y falta de infraestructura comunitaria (25).

ESTRATEGIAS NACIONALES

Para cumplir con las metas establecidas, se formulan y ponen en marcha un conjunto de estrategias, de nivel nacional y local, así como específicas para obesidad, sedentarismo y tabaquismo.

Cabe mencionar que para todas estas estrategias se proponen alcanzar cobertura nacional; la distinción está dada por el grado de responsabilidad que le compete a los organismos nacionales (Ministerios y Gobiernos Regionales, legisladores), locales (Municipios) y otros actores de la sociedad chilena (organizaciones sociales, medios de comunicación, empresas y otros).

1. Regulación y legislación

Las políticas públicas se expresan en decretos, regulaciones o normas adoptadas por el Estado para proteger las condiciones económicas y sociales que tienen impacto significativo en la salud. Sin lugar a dudas que esta es el área más compleja y con menor desarrollo en la Promoción de Salud. Se requiere de una acción sostenida y articulada para promover mejoras legales y reglamentarias con el fin de avanzar en las políticas de salud y calidad de vida. Por ejemplo, se ha demostrado que determinadas intervenciones en el campo económico tienen mayor efectividad, entre ellas, el aumento de los impuestos al tabaco. Se estima que un aumento de un 10% del precio del paquete de cigarrillos produciría en el país un descenso en la demanda del orden del 8% (33).

2. Información y comunicación social

La comunicación social en promoción tiene el papel de sensibilizar, dar información, aumentar la motivación al cambio de comportamiento en relación al estilo de vida y ambiente (8). Para su eficacia, requiere mensajes claros, continuos, accesibles, con significado y recursos suficientes, reconociendo las oportunidades del marketing social y la diversidad de medios que hoy día existen: masivos, locales, directos, indirectos, interactivos. En los últimos años se han implementado campañas comunicacionales bajo el lema «Construyendo un país más saludable», dedicadas a algunos temas (alimentación, actividad física y tabaco) y por períodos cortos de tiempo por falta de financiamiento, las que requieren ser ampliadas y profundizadas para enfrentar la inmensa publicidad que atenta contra la vida saludable.

3. Educación y desarrollo de recursos humanos

La formación de recursos humanos es una estrategia básica, que ha sido incorporada por diferentes instituciones académicas. Desde 1998 se han diseñado e implementado modelos de capacitación para

directivos y personal de salud, equipos locales e intersectoriales de municipios y líderes comunitarios (34,35,36). Por otra parte, se han iniciado proyectos para la inserción de los temas de Promoción en el pre-grado y crear una oferta formal de post-grado. Actualmente, la Universidad de Chile desarrolla un Diplomado a distancia en Promoción de Salud (37) y la mención de Promoción en el de Magister de Salud Pública.

Por otra parte, la educación en promoción de salud a la población requiere ser actualizada e implementada a través de los diferentes programas y servicios públicos y privados. Es necesario contar con programas educativos con metodologías adecuadas, de carácter general y diferenciados por grupos objetivos, que permitan acceder a información sobre los condicionantes y el cuidado de la salud en oficinas públicas, supermercados, farmacias, escuelas, consultorios y lugares de trabajo; junto con generar más oportunidades de aprendizaje social. También se requiere ampliar las acciones educativas sistemáticas en la red de salud, mediante su incorporación en el modelo de atención, a través de consejerías, talleres e intervenciones grupales y familiares.

4. Participación social

La participación social y la organización comunitaria es uno de los ejes fundamentales en promoción de la salud (38).

Desde el ámbito de la promoción de salud se ha impulsado la constitución de distintos espacios asociativos y canales de participación, como por ejemplo, organizaciones de autoayuda, voluntariado y organizaciones sociales de salud, así como los Comités VIDA CHILE Comunal y el Programa Salud con la Gente, que aglutina cerca de 2.000 organizaciones comunitarias (39). Uno de los desafíos importantes es mejorar la calidad de la participación, ampliando los programas e incentivando la constitución de redes de apoyo social, con el apoyo de la familia, amigos y de la comunidad, que se asocian con mejor salud. Expertos concluyen que los efectos de las relaciones sociales sobre la salud pueden ser tan importantes como los factores de riesgo establecidos: cigarrillo, inactividad física, obesidad e hipertensión arterial (40, 41).

5. Reorientación de servicios de salud y cambio del modelo de atención

La reorientación de servicios con fines de promoción de salud, implica un cambio profundo en la concepción y práctica de salud. Requiere que los Servicios de Salud respondan al actual perfil epidemiológico, incorporando acciones específicas de Promoción a nivel individual, familiar y comunitario. Esto significa readecuar el modelo de atención de salud, especialmente en el primer nivel, transformando los actuales consultorios de atención primaria organizados en torno a lo materno infantil y a lo curativo en centros promocionales y preventivos con acciones específicas sobre los condicionantes, como son las consejerías y otras actividades educativas comunitarias en alimentación, actividad física, tabaco, factores psicosociales y ambientales (42). Una iniciativa en esta dirección corresponde a la reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes, a través de la aplicación del Proyecto CARMEN, orientado a la prevención integral de las enfermedades no trasmisibles (43).

Cabe destacar que en el contexto de la reforma de salud, este nuevo modelo de atención integral se basa en un paradigma biosicosocial de la salud y enfoque de salud familiar. De hecho, a nivel internacional, la priorización de la familia como grupo objetivo central en un proceso de reorientación de servicios de salud hacia la promoción de salud ha sido ampliamente recomendada

(44, 45).

ESTRATEGIAS TEMÁTICAS (20)

1. Obesidad: para cumplir con las metas en obesidad, se han implementado campañas comunicacionales y programas educativos destinados a cambiar conductas en alimentación y nutrición de la población, principalmente desde la niñez. Para ello se está trabajando con JUNJI e INTEGRA en la formación de hábitos saludables en alimentación y actividad física en preescolares y con el Ministerio de Educación y JUNAEB en un modelo integrado de alimentación, actividad física, tabaco y medio ambiente en las escuelas. Además existe un proyecto FAO para modificar los objetivos transversales incorporando la educación en alimentación saludable desde tercero a octavo año básicos (46). Al mismo tiempo, se están reformulando los programas alimentarios nutricionales (PNAC, PAE), que fueron diseñados para la desnutrición, readecuándolos a la actual situación de nutrición del país, que presenta un aumento explosivo de la obesidad en niños pre-escolares y escolares. En la atención primaria de salud, se ha comenzado a realizar intervenciones educativas para prevenir la obesidad en grupos específicos, como son los niños y embarazadas. En el campo de las políticas públicas para consumo de alimentos sanos, se está incentivando la producción, comercialización y consumo de verduras, legumbres, frutas y pescado, así como también de alimentos lácteos sin grasa y aceites vegetales.

2. Sedentarismo: para combatir el sedentarismo se han desarrollado campañas comunicacionales en el marco de las recomendaciones de OPS/OMS para el año 2002 como «año de la actividad física». Al mismo tiempo se diseñaron las guías para una vida activa con recomendaciones para la población general del país, en base a la experiencia de las Guías Alimentarias para la población chilena (47). Se firmó un convenio entre el Ministerio de Educación y el Instituto Nacional del Deporte (CHILEDEPORTE) para aumentar de dos a cuatro el número de horas semanales de educación física en las escuelas, aprovechando la extensión de la jornada escolar en la reforma educacional (48). Diversas instituciones del VIDA CHILE y los municipios, desarrollan programas educativos destinados al fomento de una Vida Activa, en la jornada extraescolar y en la comunidad para aumentar la oferta de servicios y programas de actividad física recreativa y saludable; ejemplo de ello son las Plazas VIDA CHILE. Por otra parte, se promueve una política de desarrollo urbano con la construcción de parques y áreas verdes, equipamiento comunitario, y recintos deportivos para el uso de espacios públicos para la convivencia, recreación, vida activa y deportes.

3. Tabaquismo: para enfrentar el tabaquismo y prevenir el consumo de tabaco, se están desarrollando campañas comunicacionales y programas educativos para cambiar la valoración social del hábito de fumar, como por ejemplo: desde 1998 el concurso internacional «Déjalo y Gana» cada dos años, la celebración del día mundial sin fumar y el concurso escolar «Cuando grande yo no quiero fumar porque...». Al mismo tiempo, se está implementando el Programa Ambientes Libres del Humo de Tabaco creado por el Ministerio de Salud mediante Resol Ex. 361, 07.02.2002, con acciones en los hospitales y consultorios, establecimientos de educación, instituciones públicas y privadas, centros laborales, municipios, lugares de atención al público y hogares (32). En algunos establecimientos de salud se ha comenzado a realizar intervenciones para prevenir el consumo de tabaco en grupos de alto riesgo y atender a quienes desean dejar de fumar, mediante consejería, tratamiento individual o talleres grupales para la cesación (49). El mejoramiento de la legislación actual, aumentando y haciendo más estrictas las regulaciones a la publicidad del tabaco, e influyendo en la disminución de la demanda, son otras de las líneas de acción en las cuales se trabaja a nivel país.

ESTRATEGIAS LOCALES

Las acciones de promoción se desarrollan donde ocurre la vida de las personas, que es en el nivel local. Para ello se han privilegiado tres espacios donde se implementan las acciones de promoción: las escuelas, lugares de trabajo y comunas (19, 20). Esto no implica que también sea necesario incentivar el desarrollo de acciones sostenidas en otros lugares, como son, por ejemplo, los centros de salud, organizaciones sociales de diferente tipo y por supuesto, en el ambiente familiar.

1. Escuelas promotoras de la salud

Una escuela promotora de salud es un establecimiento donde la comunidad educativa desarrolla conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidad en el cuidado de la salud personal, familiar y comunitaria. Esta estrategia incluye profesores, alumnos, padres, comunidad y se propone realizar actividades curriculares y extracurriculares sobre tres o más condicionantes de salud en forma sistemática.

Hasta el presente, se han acreditado 607 establecimientos de educación como promotores de la salud a lo largo del país (327 jardines infantiles, 280 escuelas básicas y liceos de enseñanza media), mediante un trabajo conjunto de los equipos locales de promoción de Municipios, MINEDUC, JUNAEB, JUNJI, INTEGRA y MINSAL.

2. Lugares de trabajo saludables

Se llama lugar de trabajo saludable aquel donde existen actividades sistemáticas de promoción en alimentación, actividad física, ambiente libre de humo de tabaco y donde se promueve el bienestar familiar y social de los trabajadores, a través de la protección de riesgos mecánicos, físicos, ambientales y psicológicos, estimulando su autoestima y control de su propia salud y del medio ambiente.

En conjunto con el sector privado, se han desarrollado algunas experiencias con empresas y en el sector público se está iniciando este trabajo en algunos sectores, como salud y educación.

3. Comunas y comunidades saludables: los planes comunales de promoción

La comuna es el lugar donde confluyen todos los actores de la promoción de salud. Una comuna saludable se define como un espacio donde las autoridades políticas, las instituciones públicas y privadas y la sociedad civil, se comprometen a promover la salud y mejorar las condiciones de vida y del ambiente. Para ello, las comunas han desarrollado programas y proyectos que desde 1999 se articulan en los planes comunales de promoción de salud.

Actualmente, existen planes comunales en trescientos ocho municipios a lo largo del país, los que benefician directamente a cerca de 2 millones de personas (37% escolares, 12% adolescentes, 42% adultos y 9% adulto mayor) con acciones de alimentación saludable, actividad física, tabaco, apoyo a la protección psicosocial y ambiental y creación de espacios saludables (18).

Cabe mencionar el aporte al mejoramiento de estas practicas locales, realizado por el convenio de Transferencia Tecnológica Chile-Canadá 1999-2001, que que entre otras acciones incentivó la creación de Centros de Recursos para la Promoción de Salud e implementación de programas de capacitación (50)

III. CONCLUSIONES

El modelo de promoción de salud en Chile ha sido un modelo simple que ha permitido llegar fácilmente a las comunas para su implementación. La simplicidad del modelo se basa en un diseño con temas definidos y estrategias con espacios precisos donde se efectúan las acciones de promoción, que es aplicado en forma participativa sobre la base de la experiencia local del país. De los principales logros que hoy día el país exhibe está el contar con una política de promoción de la salud y el hecho de:

- Haber instalado concretamente la Promoción de Salud en el 90% de las comunas del país (308), en base a un Plan Nacional que contiene metas explícitas, objetivos, estrategias con un sistema de monitoreo y evaluación de sus intervenciones.
- Creación de los Consejos VIDA CHILE nacional, regionales y comunales.
- Gestión descentralizado, evaluación y sistematización de mejores prácticas.
- Disponer de una línea base de promoción de la salud, que permitirá medir avances y realizar los ajustes pertinentes, construída principalmente con la información de la Encuesta Nacional Calidad de Vida.

Si bien en estos cuatro años se aprecian importantes avances, también es necesario señalar los puntos críticos necesarios de abordar, en la construcción de la promoción de salud como política de estado:

- En el sector salud, se requiere:
 - Implementar un nuevo modelo de atención que incorpore los temas promocionales-preventivos en la atención de salud.
 - Contar con una red asistencial y prestadores con acciones de promoción de salud de carácter individual y poblacional.
 - Reorientar el recurso humano y su forma de trabajo, desde problemas de salud pública superados en el país, hacia los problemas emergentes.
- Desde la perspectiva intersectorial, es necesario:
 - Consolidar acuerdos y alianzas estratégicas público/privado.
 - Contar con mecanismos de financiación sostenibles en el tiempo.
 - Desarrollar la investigación aplicada y expandir la formación de recursos humanos en promoción de la salud.
- A nivel conceptual y metodológico, se hace necesario potenciar la complementariedad de los enfoques de la:
 - Promoción de la salud y prevención de enfermedades.

- Responsabilidad sectorial e intersectorialidad en la promoción y políticas públicas saludables.
- Promoción de la salud y salud familiar, con enfoques de ciclo vital y género.
- Evaluación basada en evidencia científica, análisis político - social y evaluación cualitativa de procesos.

Con un enfrentamiento adecuado de estos puntos, creemos que la promoción de salud continuará avanzando y profundizando sus acciones en pro de la mejoría de la salud y calidad de vida de la población, contribuyendo a disminuir las brechas de inequidad existentes en el país.

RESUMEN

Este artículo describe la racionalidad, organización y principales avances de la Promoción de Salud como política pública en Chile. De acuerdo con los cambios producidos en la transición epidemiológica y nutricional, el Ministerio de Salud readecuó las políticas basadas en lo materno-infantil a nuevas prioridades: enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y problemas de salud mental. Los principales factores condicionantes para estos problemas son la alimentación y nutrición, actividad física, tabaco, factores psico-sociales y ambientales. Para enfrentar estos factores se estableció un plan estratégico con metas para el período 2000-2010 y se creó el Consejo Nacional para la Promoción de Salud o VIDA CHILE constituido por 25 organizaciones gubernamentales, descentralizado a 12 Regiones y 308 municipios. Se desarrollaron estrategias para cada uno de los factores condicionantes, las que están siendo implementadas en el nivel local en establecimientos educacionales pre-escolares y escolares, lugares de trabajo y municipios. Los principales logros han sido el contar con un modelo de promoción de Salud descentralizado con programas y proyectos que se desarrollan en todo el país, con objetivos y metas precisas y una línea de base para evaluar los avances, que se efectuó en noviembre 2000. Los principales desafíos para el futuro son la incorporación plena de la promoción en todas las actividades del sector salud, el fortalecimiento de los vínculos entre las instituciones que componen VIDA CHILE y superar dilemas, como son los supuestos antagonismos entre promoción y prevención de salud, investigación científica y ciencias sociales y entre sector público y privado.

Palabras claves: Promoción de Salud, estilos de vida saludables, política alimentaria, transición epidemiológica y nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vio F, Albala C. Nutrition policy in the Chilean Transition. *Public Health Nutrition* 2000; 3: 49-55.
2. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo 2002. Chile: INE, 2002.
3. Vio F, Albala C, Crovetto M. Promoción de Salud en la Transición Epidemiológica de Chile. *Rev Chil Nutr* 2000; 27:21-29.
4. Albala C, Vio F, Kain J, Uauy R. Nutrition Transition in Chile: determinants and consequences. *Public Health Nutrition* 2002; 5:123-128.
5. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Cuarto Estudio Nacional de

- Consumo de Drogas en Chile. Informe Ejecutivo, mayo 2002.
6. Wilkinson R.G Unhealthy Societies: the afflictions of inequity. Routledge, London 1996.
 7. Ministerio de Salud, Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Seminario Internacional «Salud y Sociedad, desafíos del nuevo siglo». Serie Publicaciones Promoción de Salud, enero1999.
 8. Del Bosque S., González J., Del Bosque A., Edits. ¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramienta para la Promoción de la Salud. CIESS/OPS México 1998
 9. OPS/OMS Promoción de la Salud: una antología. Publicación Científica N°557, Washington USA, 1996
 10. OPS/OMS Promoción de la Salud en las Américas. Informe anual del Director 2001, Doc. Oficial N° 302 Washington USA, 2001.
 11. Restrepo H., Málaga H. Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Ed. Médica Internacional Ltda. Bogotá, Colombia, 2001.
 12. Ministerio de Salud. División de Salud de las Personas. Diseño e Implementación de as Prioridades de Salud. La Reforma Programática Chilena. Diciembre 1997.
 13. Ministerio de Salud. División de Salud de las Personas. Estrategias Innovadoras en Salud. La Reforma Programática Chilena y Financiera Chilena. Abril 1998.
 14. Ministerio de Salud. Estudio de Prioridades de Inversión en Salud. Estudio Carga de Enfermedad. Informe Final, Marzo 1996.
 15. International Union for Health Promotion and Education. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Bruselas, Luxemburgo. Impreso por Jouve & Impresion, Paris Francia,1999.
 16. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Promoción de la Salud. Santiago, Chile 1999.
 17. Salinas J. Health Promotion in Chile: an evaluation of a national plan implementation. Promotion & Education 2000; 4:13 - 16.
 18. Ministerio de Salud. Planes Comunales de Promoción de la Salud, Santiago Chile. Publicaciones años 1998, 1999 y 2002.
 19. Consejo Nacional para la Promoción de Salud VIDA CHILE. Plan Estratégico 2001-2006. Metas intersectoriales al 2006. Santiago, Chile 2000.
 20. Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE. Cuenta Pública 2001, Santiago, Chile 2002.
 21. Ministerio de Salud. Boletín de Vigilancia en Salud Pública de Chile El Vigía, Resumen Ejecutivo Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 Vol 5, N°15, abril 2002.

22. Acta de Huechuraba «Por un país más saludable», Santiago, agosto 1999.
23. Libro de Resúmenes I Congreso Chileno de Promoción de la Salud 24 al 27 agosto 1999.
24. Espinosa F, Valiente G, Valiente S. SISVAN de alimentos índices. Área de Nutrición Pública. INTA, Universidad de Chile, 2000.
25. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Departamento de Promoción de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Chile 2000.
26. Berríos X, Jadue L, Zenteno J, Ross MI, Rodríguez H. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas: un estudio poblacional en la Región Metropolitana de Santiago, Chile. 1986-1987. Rev Med Chile 1990; 118:597-604.
27. Berríos X. Factores de riesgo en enfermedades crónicas de adultos. Un ejemplo de investigación epidemiológica. Boletín Esc. Medicina P. Universidad Católica de Chile 1994; 23:73-89.
28. Jadue L, Vega J, Escobar MC, Delgado I, Garrido C, Lastra P, Espejo F, Peruga A. Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles: métodos y resultados de la encuesta CARMEN. Rev Med Chile 1999; 127:1004-1013
29. Ministerio de Planificación y Cooperación, Instituto Nacional del Deporte (CHILEDEPORTES). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2000. Sector Deportes. Santiago, diciembre 2001.
30. Joly. D.J. Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina. Publicación Científica N° 337 Washington DC. OPS 1997.
31. Cruz E. El tabaquismo en el nivel primario. Vida Médica Santiago Chile 1991,43: 44-46
32. Bello S, Soto M, Salinas J. Salud sin Tabaco. Guía Técnica-Metodológica. Programa Ambientes Libres del Humo de Tabaco. Impresos La Nación SA, Ministerio de Salud 2001.
33. Banco Mundial OPS/OMS La Epidemia de Tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del Control del Tabaco. Washington DC. Publicación Científica N°577, 2000
34. Vio F, Crovetto C, Jury G, Castillo M. Programa de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud: Una Propuesta Comunal. INTA Universidad de Chile, Santiago, agosto 1999.
35. Crovetto C, Vio F, Castillo M, Jury G. Programa de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud: Formación de Líderes Comunitarios. INTA Universidad de Chile, Santiago. marzo 2000.
36. Villaseca P, Carrasco B. Manual de Apoyo para el Aprendizaje de la Gestión en Promoción de la Salud. Centro Regional de Recursos en Promoción de la Salud. Universidad de Concepción, Septiembre 2002.
37. Albala C., Vio F. Diplomado en Promoción de la Salud, INTA Universidad de Chile. Libro de

Apuntes. Edición Profase Comunicaciones, Santiago 2002.

38. OPS/OMS. Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y El Caribe. Serie Paltex N°41, Washington D.C. 1999.

39. Salinas J. Participación Social en el Sistema Público de Salud en Chile. Rev. Trabajo Social 1996; 68: n 53-61.

40. Espejo F., Fuente R. Promoción de la Salud desde la perspectiva de la nueva Salud Pública. Cuad. Méd. Soc. XL 1, 1999: 25 - 30

41. Wilkinson R, Status Social, Desigualdad y Salud . Cuad. Méd. Soc.XL 1, 1999:12-24

42. Salinas J. Reorientación de Servicios de Salud con criterios de Promoción de la Salud. Rev. Chil. Med. Fam. 2002; 3 (2): 84 - 95.

43. Ministerio de Salud. Programa de Salud del Adulto. Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes, Santiago 2002

44. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. London The Stationary Office 1998.

45. Editorial Lancet 2001; 357: 405

46. Proyecto FAO, Ministerio de Educación, INTA, Universidad de Chile. Educación en alimentación y nutrición en escuelas básicas. TCP/CHI/0065, 2001-2003.

47. Ministerio de Salud. Guías de Alimentación Para la Población Chilena. C. Castillo, R. Uauy, E. Atalah eds. Ed. Diario La Nación, Santiago de Chile, 1997.

48. Instituto Nacional de Deportes, Ministerio de Educación. Plan Nacional de Actividad Física y Deporte para Escolares 2001-2006, Santiago mayo 2001.

49. Bello S. ¿Cómo podemos ayudar a los pacientes a dejar de fumar? Rev.Med.Chile 1994; 122: 465-468

50. Ministerio de Salud, Universidad de Toronto. Manual de Apoyo a Programas de Promoción de Salud en Alimentación, Actividad Física y Tabaco. Argé Comunicaciones, Santiago 2001.

Dirigir correspondencia a:

Judith Salinas
Teléfono: 630 0588
Mac-Iver 541, Santiago
e-mail: jsalinas@minsal.gov.cl

© 2007 *Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología*

Guayaquil 34, Depto. 3 C

Santiago, Chile
Fono-fax 56-2-6335633

 e-Mail

sochinut@chilesat.net