

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

PERCEPCIÓN SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN ALHUÉ
Una mirada del Comité de Promoción de la Salud y de los usuarios de la Posta Alhué

ALUMNAS: LEYLA CONTRERAS YÉVENES
MARÍA PAZ PÉREZ SALAS

PROFESORA GUIA: JEANETTE HERNÁNDEZ BRICEÑO

Tesis para optar al grado académico de Licenciatura en Trabajo Social.

Tesis para optar al título de Asistente Social.

SANTIAGO-CHILE

2006

INDÍCE

Introducción.....	4
Planteamiento del problema.....	7
Preguntas de investigación.....	12
Objetivos de investigación.....	12
Hipótesis.....	14
Diseño Metodológico.....	15
Técnicas de Recolección de Datos.....	18
Técnicas de Análisis de Datos.....	19
Variables.....	20
I Parte Marco Teórico.....	21
Capítulo 1 “Necesidades Básicas y Calidad de Vida”	22
1.1 Necesidades Humanas, Satisfactores y Desarrollo.....	23
1.2 Calidad de Vida y Salud.....	30
1.3 Promoción de Salud y Calidad de Vida.....	32
Capítulo 2 “Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe”	33
2.1 Iniciativas de Promoción de la Salud en el área de Políticas Públicas Saludables en América.....	37
Capítulo 3 “Promoción de la Salud, Hacia una Mayor Equidad”	41
3.1 Contexto Global: Desigualdad y Salud.....	42
3.2 Pobreza, Exclusión e Inequidad.....	45
3.3 Promoción de Salud y Desigualdad social en Salud.....	48
Capítulo 4 “Percepción Sobre los Estilos de Vida Saludables.....	54
4.1 Críticas al Concepto.....	55
4.2 Distintas percepciones: El valor futuro de la Salud.....	57
4.3 ¿El valor último de la vida?.....	62

II Parte Marco Referencial	64
Capítulo 5 “Promoción de la Salud en Chile”	65
5.1 Promoción de la salud como política de Estado.....	65
5.2 Prioridades y estrategias nacionales en promoción.....	71
5.3 Gestión y evaluación de la promoción de la salud.....	79
Capítulo 6 “Bases Epidemiológicas de la Promoción”	84
6.1 Transición Demográfica.....	84
6.2 Transición Epidemiológica.....	86
6.3 Transición Nutricional.....	87
6.4 Enfermedades crónicas asociadas a la nutrición.....	89
Capítulo 7 “Promoción de la Salud en la Comuna de Alhué”	91
7.2 Plan quinquenal de Promoción.....	92
III Parte Análisis de los Resultados	100
Capítulo 8 “Percepción de los usuarios de la posta Villa Alhué sobre los estilos de vida Saludables” I.....	101
“Percepción de los usuarios de la posta Villa Alhué sobre los estilos de vida Saludables” II.....	136
Capítulo 9 “Opinión Evaluadora del Plan Quinquenal de Promoción en Alhué 2001-2005 realizada por el Comité Intersectorial”.....	152
Conclusiones.....	171
Hallazgos de la investigación.....	182
Implicancias del estudio para el Trabajo Social.....	186
Bibliografía.....	190
Anexos.....	197

INTRODUCCION

Chile es un país que ha experimentado cambios socioculturales importantes que se insertan en un cambio de paradigmas y valores asociados a la cultura emergente. Cambios que hacen parte de una nueva época influida por la globalización, el aumento en los niveles de consumo, la incorporación de la mujer al mundo público, el creciente daño a la salud mental, la disminución de la actividad física, entre otros.

En Chile, no ajenos a esta realidad, se han implementado cambios estructurales en el área salud, con el objetivo de intervenir en aquellas determinantes que permitan a las personas disfrutar de una mejor calidad de vida. Así, se ha creado la Política de Estado en Promoción de Salud de carácter intersectorial y participativo, destinado a lograr estilos de vida y ambientes más saludables, mediante el compromiso activo de la sociedad chilena en pro del mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes.

La Promoción de Salud, como estrategia de acción en salud, responde a la condición de morbilidad de la población, la cual se ve reflejada, principalmente, en los estilos de vida y en el comportamiento cotidiano, el cual puede ser favorable o desfavorable a la salud.

Cabe reconocer que la temática de los estilos de vida saludables y los deterioros de la salud, a causa del estilo de vida que estamos llevando, es emergente y ha ido evolucionando a través de los años, haciéndose cada vez más presente en todos los sectores de la sociedad. Actualmente los principales deterioros que presenta la población chilena se deben al padecimiento de patologías cardiovasculares, a las que se suman patologías propias de una población en envejecimiento.

En este sentido el Ministerio de Salud ha asumido la tarea de readecuar las acciones de salud pública para responder a las demandas del actual perfil epidemiológico creando las posibilidades para cautelar la adecuada calidad de vida de las personas en su territorio y así poder fomentar una óptima calidad de vida. “En el campo de la Promoción de la Salud y de la salud pública, a partir de las Conferencias Mundiales de Promoción

surge el concepto de Políticas Públicas Saludables para referirse específicamente a aquellas políticas que tienen reconocimiento y fuerte influencia en las determinantes de la salud y que usualmente se originan en diversos sectores y no necesariamente en el sector salud” (Muñoz, 2004).

La política de Estado crea las condiciones necesarias para desarrollar estilos y modos de vida saludables, permitiendo que las comunidades, familias y personas tengan opciones reales de cambiar su conducta, cuando esta está expuesta a factores de riesgo que producen daños evitables, lo que implica asumir el desafío de lograr una distribución de recursos más equitativa.

De esta forma la Promoción de la Salud es considerada un instrumento privilegiado para lograr una mayor equidad en el reparto de bienes en la sociedad.

Para avanzar en la construcción de la Promoción de la Salud, es que se han creado mecanismos eficaces para la colaboración intersectorial y la participación social, a través de estructuras permanentes con legitimidad y respaldo, alianzas y acuerdos entre los diferentes actores sociales. De esta forma se hace relevante la alianza entre los equipos promotores de la salud y la comunidad, puesto que las estrategias de intervención en los planes de salud deben tener una correspondencia lógica entre las necesidades de la población y las actividades generadas para cubrir éstas; lo que implica una articulación entre lo que perciben los equipos ejecutores y la comunidad.

Es por esto que el presente trabajo de investigación busca dar cuenta de cómo se ha forjado la Promoción de la Salud como política de Estado en la comuna de Alhué. Esto implica indagar sobre las percepciones de la comunidad y del Comité de Promoción local. Puesto que, si bien el Estado ha proporcionado las bases legislativas, financieras e institucionales para desarrollar este Plan de Promoción de Salud, es indispensable recoger las vivencias, opiniones y posturas de las personas en referencia a la temática.

Para dar una estructuración al siguiente estudio, es que se han organizado los temas de acuerdo a una lógica que nos permita, finalmente, responder a los objetivos de la investigación.

Los primeros capítulos corresponden al marco teórico que sustenta la Política de Promoción y que permite comprender la necesidad de crear estrategias para el mejoramiento de la salud de los habitantes en el mundo. De aquí que se recogen conceptos básicos y elementales a considerar, tales como: necesidades básicas, calidad de vida, desigualdad, pobreza.

La segunda parte corresponde al marco referencial, en donde se abordarán temas en relación a la Política de Promoción desde el ámbito nacional. Desde el génesis de la creación de la Política, causada por la transición epidemiológica, nutricional y demográfica hasta el Plan Quinquenal de Promoción de Salud de la comuna de Alhué.

Finalmente se exponen los análisis de los resultados respecto de las percepciones de los usuarios sobre los estilos de vida saludables. Junto, se analizan las opiniones evaluadoras de los integrantes del Comité Intersectorial de Promoción de Salud, con el objetivo de visualizar cómo se conciben y ejecutan las actividades y cómo estas afectan a las personas.

Las implicancias de la investigación para la profesión son expuestas, a modo de análisis a partir de los resultados adquiridos, en relación a la teoría y praxis del Trabajo Social. Así esta reflexión final intenta ser un aporte al cuerpo teórico que sustenta al Trabajo Social, enriqueciendo lo que está siendo un potencial campo de acción.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde finales del siglo XX se han suscitado importantes cambios en el perfil epidemiológico de nuestro país. Durante la década de los sesenta, existía una alta mortalidad infantil y materna, altos predominios de enfermedades infecciosas y desnutrición, por lo cual los esfuerzos de la salud pública estaban enfocados a disminuir la mortandad por las causas ya mencionadas.

A principios del siglo XXI, el contexto es totalmente distinto. La epidemiología del país pasa de una etapa de pretransición, caracterizado por una población joven, problemas del medio ambiente, ruralidad, predominio de enfermedades materno infantiles y enfermedades transmisibles (genéticas) e infecciosas, a una etapa epidemiológica de transición, distinguida principalmente por la urbanización, el envejecimiento de la población y el crecimiento de los factores de riesgo que forjan enfermedades crónicas no transmisibles (cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes, obesidad, etc.).

Las razones que explicarían este paso, se asocian a dos grandes factores. Por un lado a las acciones que se implementaron desde el Estado (políticas sanitarias), entre las que podemos mencionar: mayor acceso al agua potable, mejor acceso a la educación y considerables logros en el sistema de atención de salud, que permitieron, por ejemplo una importante disminución de la desnutrición a nivel país, y al desarrollo de una política preventiva materno infantil que disminuyó las tasas de mortalidad en esas áreas.

Por otro lado, otro elemento que explicaría nuestra transición epidemiológica, se asocia al cambio en los estilos de vida que ha sufrido la población, como consecuencia de la modernización y los cambios socioculturales que han influido en la calidad de vida de la población.

Chile ha tenido un crecimiento económico importante en los últimos años, desde entonces muchos han señalado que el impacto positivo de este crecimiento se expresa en la mayor posibilidad de consumo de la población, en especial de alimentos con alto

contenido de grasas, azúcar y sal y en bienes como televisores, computadores, automóviles, electrodomésticos, que son considerados como indicadores de bienestar.

Nunca nadie pensó que el consumo exagerado de la década de los 90 iba a llevar a problemas tan graves como el aumento de la obesidad y el sedentarismo en la población, así como también a un mayor consumo de tabaco, alcohol, drogas, a un alto nivel de estrés y problemas de salud mental y a un deterioro del medio ambiente.

A esto se suma que no siempre se dan las condiciones para hacer actividad física, ya que cada vez son menos los lugares habilitados para ello. Agreguemos a esto los problemas de depresión, ansiedad e inseguridad ciudadana y tenemos el cuadro completo de cómo el crecimiento económico y el consumismo que hemos tenido los chilenos, no ha mejorado nuestra calidad de vida y salud, sino que la ha deteriorado.

Esta nueva situación ha promovido la reorientación de las Políticas Públicas en Salud, incorporando el concepto de Promoción en Salud. Se entiende que la salud es un bien de carácter universal y que la Promoción de la Salud es el proceso que confiere a la población los medios para asegurar un mayor control sobre ese bien.

Se plantea además que si Chile fue capaz de mejorar en forma tan efectiva los índices sanitarios relacionados con las antiguas patologías, debe ser capaz de utilizar esa misma capacidad para “atacar” los factores de riesgo, que están favoreciendo la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, a través de las políticas de Promoción en Salud.

Sin embargo no podemos olvidar, como dijimos en párrafos anteriores, que estos factores de riesgo se ven influenciados por distintas variables sociales que pueden acentuarlos en vez de reducirlos. Uno de estos es la inequidad, concebida como las diferencias constantes, eludibles y además inaceptables que, en el caso de la salud adquiere un acento más grave, puesto que hace referencia a una indebida distribución

del derecho a la vida (atentando contra los Derechos Humanos), ya que la mortalidad evitable se encuentra concentrada en los sectores con menos recursos.

Por esta razón las Políticas en Promoción de Salud tienen como fundamento la participación social, la intersectorialidad, la comunicación social, la asociatividad etc., para que las personas construyan desde estas bases una vida sana. Estas estrategias se desarrollan a través del trabajo mancomunado de los distintos sectores de la población, con el fin de alcanzar un objetivo común, y maximizando los recursos disponibles.

La Promoción de Salud, en el contexto de la Reforma a los Servicios de Salud, depende de la Autoridad Sanitaria y es política pública. Implicando esto un cambio profundo en la concepción y práctica de Salud, que debe estar orientada a responder al actual perfil epidemiológico – social, incorporando en su quehacer acciones concretas de promoción a nivel individual, familiar y comunitario.

De esta forma se ha trabajado a nivel local en todas las regiones y, hasta hoy, al menos el 95% de las comunas del Gran Santiago, desarrollan Planes comunales de Promoción, que responden a los lineamientos generales del Ministerio de Salud.

Una de estas localidades y en la cual se desarrolla la siguiente investigación es la comuna de Alhué. La comuna de Alhué (4538 hab., Censo, 2002) se encuentra ubicada en la provincia de Melipilla y está catalogada como una comuna rural y una de las tres comunas más pobres de la Región Metropolitana (Ramírez et al., 2000).

Respecto al perfil epidemiológico de la comuna se puede decir que existe una prevalencia de malnutrición en menores de 6 años por déficit, los cuales ascienden a 2.08%, y una prevalencia de malnutrición en menores de 6 años por exceso que asciende a 14.54%. Es decir, que existe parte importante de la población infantil que sufre de obesidad, al contrario de lo que se pudiese imaginar de un sector rural, en donde supuestamente la dieta alimentaria es rica en frutas y vegetales, y en donde es

casi inexistente la oferta de comida de mayor densidad energética (con un elevado contenido de grasas, principalmente saturadas, azúcar, sal). Así, en los sectores rurales la fuerte publicidad televisiva promocionando estos productos no coincide con la oferta masiva de comidas rápidas, platos preparados etc., que podemos encontrar en la ciudad.

Otra de las causas, que confirma la disonancia que produce saber que existe alta obesidad en un sector en donde las condiciones no son propicias para el desarrollo de la malnutrición por exceso, es que, debido a la escasez de medios de transportes la población está acostumbrada a moverse diariamente (a sus trabajos, escuelas etc.) a pie y en bicicleta, lo que constituye una actividad física que aumenta el gasto energético y el fortalecimiento de los sistemas respiratorio y cardiovascular. Además la cercanía a los lugares de trabajo y las características del medioambiente debiesen proporcionar un clima menos tenso, que disminuya el estrés y la ansiedad, y con ello que reduzca la probabilidad de una ingesta alimentaria excesiva y que mengüe la posibilidad de la aparición de patologías mentales.

De esta manera podemos decir que la epidemiología de Alhué, es similar a la nacional, aunque las condiciones socioambientales no debiesen permitir el desarrollo de algunas variables que expusimos en el párrafo anterior. Por esto nos interesa investigar acerca de qué acciones llevó a cabo el Comité Intersectorial de Promoción de Salud para fomentar estilos de vida saludables y si éstas acciones son consecuentes con el perfil de la comuna, puesto que en el último tiempo la comuna estaría pasando por una etapa de transición. Esto significa que las características de morbilidad y el mayor acceso a los bienes materiales, la está haciendo similar al perfil epidemiológico urbano.

Frente a esta realidad, es que se justifica y se hace relevante un estudio que intente rescatar consideraciones de lo que ha sido hasta hoy el trabajo en Promoción a modo de justipreciar este proceso. Pues se sabe que el trabajo de los Comités de Promoción es arduo y complejo debido a que su propósito está dirigido a cambiar hábitos en relación a la alimentación, actividad física, consumo de tabaco, estrés y medio ambiente.

Claramente estos objetivos son discordantes con los principios e intereses que proclama el mundo moderno de la economía y la publicidad, que avala y promueve la ingesta de comida grasa, bebidas gaseosas y el mínimo de actividad física; que motiva al consumo de tabaco y otras sustancias adictivas, produciendo al final una mayor cantidad de desechos y despreocupación e indiferencia por el medio ambiente.

2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.¿Cuál es la percepción de los usuarios de la posta Villa Alhué, sobre los estilos de vida saludables, fomentados por el plan quinquenal de promoción 2001-2005?

2.¿Cómo evalúa el Comité Intersectorial de Promoción de la Salud el funcionamiento del plan quinquenal de promoción 2001-2005?

3.OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General 1: Describir la percepción de los usuarios de la posta Villa Alhué, sobre los estilos de vida saludables, fomentados por el plan quinquenal de promoción.

Objetivos específicos:

- Identificar los niveles de conocimientos de los usuarios de la posta Villa Alhué, sobre los estilos de vida saludables fomentados por el plan quinquenal de promoción.
- Identificar la actitud de los usuarios de la posta Villa Alhué, frente a los estilos de vida saludables, fomentados por el plan quinquenal de promoción.
- Revisar la opinión que tienen los usuarios respecto a los estilos de vida saludables, fomentados por el plan quinquenal de promoción

Objetivo General 2: Describir cómo evalúan los ejecutores del plan quinquenal de promoción, el funcionamiento de éste.

Objetivos específicos:

- Identificar la opinión de los ejecutores en relación al grado de cumplimiento de los objetivos y la calidad de las actividades realizadas.
- Establecer, en opinión de los ejecutores, la coherencia entre las metas definidas en relación con las actividades.
- Indagar en el proceso de monitoreo.
- Describir el trabajo en equipo.
- Describir el trabajo intersectorial.

4. HIPÓTESIS

4.1: Los niveles de conocimiento de los usuarios de la posta Villa Alhué son escasos, en relación a los estilos de vida saludables.

4.2: La actitud de los usuarios de la posta Villa Alhué, es de mediano interés frente a los estilos de vida saludables.

4.3: La opinión que tienen los usuarios de la posta Villa Alhué, es favorable respecto a los estilos de vida saludables.

4.4: La opinión de los ejecutores en relación al grado de cumplimiento de los objetivos y calidad de las actividades es medianamente favorable.

4.5: La opinión de los ejecutores sobre la coherencia entre metas y actividades es medianamente positiva.

4.6: El proceso de monitoreo no fue óptimamente realizado.

4.7: El trabajo en equipo se llevo a cabo insatisfactoriamente.

4.8: El trabajo intersectorial fue dificultoso.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

a) Tipo de estudio:

Es un estudio **Exploratorio – Descriptivo**, por que constituye un esfuerzo por obtener una radiografía sobre los estilos de vida que llevan los habitantes de la comuna de Alhué y que son usuarios de la Posta Villa Alhué.

Ciertamente para poder explorar y describir los estilos de vida de la población, es necesario profundizar los conocimientos sobre las costumbres, conductas, creencias, actividades, etc. de sus habitantes y con ello recoger el mayor número de antecedentes e información posible. Esto se traducirá en descripciones de las diferentes esferas y terrenos explorados, lo que permitirá decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de la Promoción de la Salud, específicamente centrado en los estilos de vida. “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis” (Dankhe, 1986; citado en Hernández et al., 2001).

El hecho de no contar con estudios ni antecedentes anteriores le da a la investigación la característica de **exploratoria**.

Al dilucidar la interrogante planteada por el estudio, esta será descrita pudiéndose con ello realizar predicciones incipientes acerca de cual o cuáles serán las estrategias más adecuadas para una futura intervención en esta área temática.

La investigación es de tipo **no experimental**, ya que las variables no serán sometidas a ningún tipo de manipulación o estímulo, por el contrario se dejará que se comporten en forma natural y espontánea.

El diseño es **Transeccional descriptivo** puesto que se recolectaron los datos en un sólo momento, en un tiempo determinado. Es descriptivo porque surge para determinar

la extensión y las características que asume el hecho cuando ya ha sido conceptualizado.

b) Carácter de la investigación:

La investigación es de carácter **Cuali –Cuantitativo**. Por medio de ella se busca reflejar opiniones, juicios, valores, creencias, costumbres y percepciones con respecto al ámbito de la Promoción de la Salud. Todas estas características implican evaluaciones que son difíciles de expresar sólo por medio de indicadores numéricos. Este enfoque cualitativo es importante, ya que da cuenta de los intereses de los usuarios de la posta, de las organizaciones sociales y del equipo promotor de la salud. Se plantea además que tendrá un carácter cuantitativo puesto que es necesario generalizar las percepciones de los usuarios de la forma más objetiva y neutral posible y, poder así, de alguna manera asegurar la fiabilidad en la investigación.

c) Unidad de análisis:

Los usuarios de la posta Villa Alhué mayores de veinte años.

d) Universo: 3565 usuarios de la posta Villa Alhué, mayores de veinte años.

e) Muestra:

Ya establecida la unidad de análisis se delimitó la población. Esta delimitación responde a una serie de características específicas tales como, ser usuario de la posta Villa Alhué y ser mayor de 20 años.

La muestra es **probabilística**, en este tipo de muestra todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos. Esto se obtiene definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra a través de una selección aleatoria.

La elección de una muestra probabilística, dependió de nuestros objetivos de estudio y de la contribución de nuestra investigación al trabajo de Promoción en Salud en la comuna.

Las muestras probabilísticas tienen muchas ventajas, quizás una de las más importantes tiene referencia a que puede medirse el tamaño de error de nuestras predicciones y también reducir al mínimo este error estándar.

Una muestra probabilística está diseñada de tal manera que los datos pueden ser generalizados a la población, con una estimación más precisa del error que se pudiese cometer, al realizar tales generalizaciones.

Para una muestra probabilística necesitamos principalmente de dos cosas, determinar el tamaño de la muestra (277) y seleccionar los elementos muestrales de manera que todos los usuarios de la posta tienen la misma posibilidad de ser escogidos (Hernández et al; 2001).

Muestra de los usuarios: 277, con un margen de error de un 5% y un 95% de nivel de confianza.

6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuentes Primarias:

- a) **Cuestionario:** Para los miembros del Comité intersectorial con preguntas estructuradas y abiertas. El número de preguntas aplicadas fueron 22.
- b) **Focus Group:** Para los usuarios de la posta Villa Alhué. El número de convocados fue 15, de los cuales 13 participaron.
- c) **Escala tipo Likert:** Aplicada a los 277 usuarios. La escala fue presentada en ítems en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. La escala Likert es un tipo de escala aditiva que corresponde a un nivel de medición ordinal, y una de sus ventajas es que su construcción no es compleja.

La información obtenida del focus group estuvo destinada a recoger los discursos de las personas y su experiencia en torno al tema de los estilos de vida saludables. Se utilizó una guía de discusión que contuvo las directrices de las preguntas abiertas que se realizaron.

La información recolectada enriqueció las respuestas obtenidas en la escala likert, posibilitando la aparición de nuevas variables, gracias a la discusión y el clima grupal.

7. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

- a) Cuestionario: El análisis del cuestionario se realizó a través del análisis de contenido. Se obtuvieron los datos y se realizaron inferencias y generalizaciones que permiten tener nuevas intelecciones a la luz del marco teórico.
- b) Focus Group: El análisis del Focus Group se realizó desde un marco teórico cultural y psicosocial. El fin fue identificar los ejes simbólicos de los discursos de los sujetos, que dieron cuerpo a la formación de la percepción. De esta forma se analizó el contenido del discurso que se desarrolló en el transcurso de la discusión grupal, producto de la aplicación de preguntas abiertas. Así se destacaron las frases más significativas y aquellas con más frecuencia y luego se agruparon en dimensiones conceptuales para entenderlas.
- c) Escala Tipo Likert: La escala fue construida a través de la selección de una serie de preguntas relacionados con la actitud, que se quiso medir (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). Las respuestas a cada pregunta poseen las alternativas anteriormente mencionadas e identifican el sentir del sujeto.

Los datos fueron ingresados al programa SPSS en donde se analizaron la distribución de las frecuencias de las respuestas dadas por los usuarios, estableciéndose así la tabulación numérica. La tabulación está ordenada en cuadros y representa las respuestas de todos los consultados.

Posteriormente se realizaron los cruces de preguntas con el propósito de enriquecer el nivel de información y para analizar las posibles disonancias o concordancias en las respuestas.

8. VARIABLES

1. Funcionamiento del Plan Comunal de Promoción
2. Percepción en torno a los estilos de vida saludables

I PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1

NECESIDADES BÁSICAS Y CALIDAD DE VIDA

Considerando la riqueza de los aportes conceptuales sobre las necesidades y calidad de vida, y que no existe una teoría única para su comprensión, hemos querido considerar el planteamiento de Manfred Max-Neef (1986) quien propone nuevos tipos universales de necesidades, clasificados como: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad, cada una de las cuales es satisfecha de acuerdo con cuatro categorías: ser, tener, hacer y estar.

Para el economista chileno, el desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos. El mejor proceso de desarrollo es aquél que eleva más la calidad de vida de las personas, y ésta última depende de las posibilidades de satisfacer adecuadamente las necesidades humanas fundamentales.

Las personas tienen necesidades múltiples e interdependientes, las que se pueden agrupar de acuerdo a criterios existenciales y axiológicos, entre otros, así es importante destacar que lo que cambia a través del tiempo no son las necesidades si no la manera de satisfacerlas. Su satisfacción integral es esencial y se da mediante un proceso de interrelación cuyo producto define la calidad de vida de subsistencia, que se logra siendo sano, teniendo condiciones de vida saludables, haciendo elecciones saludables, y estando en ambientes saludables.

“Las privaciones en cualquiera de las necesidades universales pueden desencadenar deterioros en la calidad de vida. La insatisfacción en varias o todas tienen un efecto sinérgico del impacto de tales privaciones. De acuerdo con esto, los problemas relacionados con la calidad de vida y la salud no dependen de la satisfacción aislada de una necesidad sino que requieren ser enfrentados de manera integral. Además, hay satisfactores que al responder específicamente a una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades”(Albala, et al 2004:2).

El concepto de calidad de vida supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades-satisfactores, en todas las dimensiones del individuo, ya sean éstas sociales, personales, en ámbitos locales, nacionales, macros y micros. En palabras del mencionado economista chileno: “Una sociedad sana debe plantearse, como objetivo ineludible, el desarrollo de todas las personas y de toda la persona” (Max-Neef, 1993:51).

1.1 NECESIDADES HUMANAS, SATISFACTORES Y DESARROLLO

Tradicionalmente se ha pensado que las necesidades humanas son infinitas y que van mutando constantemente, sin embargo esto no es más que un equivoco conceptual que se comete por no explicitar la diferencia esencial entre las necesidades y los satisfactores de éstas.

Las personas son seres con necesidades múltiples e interdependientes y éstas se interrelacionan entre si. Como anticipamos en la introducción del capítulo nos basaremos en la división de necesidades que hace Manfred Max – Neef (ibid), agrupadas en dos categorías, las existenciales y las axiológicas; la primera de ellas agrupa las necesidades axiológicas Ser, Tener, Hacer y Estar y la otra las necesidades existenciales categorizadas en Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad.

No es lineal y única la correspondencia entre necesidades y satisfactores ya que un satisfactor puede contribuir a la complacencia de diversas necesidades y viceversa una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha, pudiendo variar según lugar, momento y circunstancias.

Una vez establecida las diferencias es posible formular dos premisas adicionales:

“Primero, las necesidades humanas son pocas, delimitadas y clasificables. Segundo, las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos. Lo que cambia a través del tiempo y de las culturas es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de ellas” (ibid).

Cada sistema ya sea mirado desde lo social, lo económico, o lo político adopta diferentes estilos para la satisfacción de las mismas necesidades fundamentales.

Uno de los aspectos que define una cultura es la forma en como eligen los satisfactores, lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino su satisfacción

Dentro de la discusión sobre las necesidades cabe también preguntarse por el concepto de pobreza. El concepto de pobreza que se utiliza en forma tradicional es más bien limitado, ya que hace referencia sólo a los ingresos de los individuos, desde una perspectiva más bien economicista.

Debido a esta limitación, que restringe la pobreza a lo cuántico, es preferible, en base a los planteamientos ya formulados, referirnos a pobreza. Desde esta perspectiva cualquier necesidad humana no satisfecha revela una pobreza, por ejemplo pueden existir pobreza de entendimiento (por una deficiente calidad en la educación) o una pobreza de protección cuando las políticas públicas no están abarcando las reales carencias o nos enfermamos y no hay manera de acceder a un óptimo sistema de salud o seguridad social haciéndose irrevocable la exclusión social.

Lamentablemente las pobreza no son sólo pobreza, sino que trascienden. Cada pobreza genera patologías o problemáticas tales como; el desempleo duro, el desempleo temporal, la mala distribución de los ingresos, etc. las que constituyen gran parte de los problemas económicos más importantes en la actualidad.

Es sabido que una persona que se ve afectada por una cesantía prolongada sufre frustración y apatía, lo que repercute en su autoestima al cuestionarse sobre la explicación lógica de la situación que vive. Es evidente que la cesantía prolongada daña totalmente el sistema de necesidades fundamentales de los individuos, generando problemas de subsistencia, crisis familiares, desinterés por la participación asociada a sentimientos de aislamiento, marginación, crisis de identidad, etc. Es decir una problemática holística, que al final acaba generando una problemática colectiva.

Entendiendo el carácter amplio de las necesidades humanas podemos darnos cuenta de la importancia de la existencia de una política de desarrollo que trascienda la racionalidad económica convencional.

Las necesidades revelan el ser de las personas y nos muestran dos caras de una misma realidad, por una parte vistas como carencia pero por otra vista como potencialidad, comprendidas en un sentido amplio y no rigurosamente delimitadas.

Pensar las necesidades sólo como carencias es encasillarlas a la sensación de falta de algo. Sin embargo en la medida en que las necesidades movilizan, comprometen o motivan para lograr la obtención de lo que deseamos o necesitamos se cambia radicalmente la concepción y servirá para el desarrollo de nuevas capacidades. Por ejemplo la necesidad de participar es potencial de participación, si nos sentimos vulnerables de enfermarnos, nos podemos comprometer a llevar un estilo de vida más saludable y con ello desarrollaremos la capacidad de protegernos.

Si analizamos al ser humano por medio de las necesidades podemos establecer un nexo entre lo filosófico y lo político ya que comprendemos las necesidades humanas como ausencia o falta de algo, pero a la vez también como potenciador. Desde esta perspectiva más integradora, nos prevenimos de caer en la reducción cuantitativa de las necesidades humanas y trascendemos a una mirada compleja e integral de la existencia de las personas como sujetos sociales. Debido a esto (a nuestra naturaleza social) es que no es suficiente que las personas se potencien de forma individual, sino que

también es importante observar el contexto y ver en que medida el medio social reprime, tolera o estimula a los individuos o grupos.

El hecho de que un mismo satisfactor tenga efectos distintos en diversos contextos no sólo depende este, sino también en buena parte de los bienes que el medio genera, y de como se organizan los consumos. Hoy en día la forma en que se han organizado la producción y distribución de los recursos han condicionado de forma abrumadora los tipos de satisfactores dominantes. De aquí surgen sociedades alienadas y embarcadas en el afán productivista, en donde la búsqueda de una mejor calidad de vida es suplantada por la obsesión de incrementar la productividad de los medios. Esta postura exige comprender y desentrañar una relación compleja entre necesidades, satisfactores y bienes económicos, con el fin de pensar en formas de organización económica en que los bienes potencien los satisfactores para vivir las necesidades de manera coherente, sana y plena.

Esto obliga a repensar el contexto social de las necesidades humanas de manera radicalmente distinta de cómo ha sido habitualmente pensado las necesidades en estrecha relación con las prácticas sociales, el capital social, la organización, los valores, etc.

Debido al reduccionismo que ha experimentado la comprensión de la necesidades es que se ha fomentado la reflexión económica reduccionista, cuyo supuesto central es que las necesidades se manifiesten a través de la demanda, la que a su vez está supeditada a las preferencias individuales respecto a los bienes producidos. Así es cada vez más difícil entender la importancia de reivindicar lo subjetivo más allá de las puras preferencias en materia de objetos y artefactos.

Detectar de que manera los satisfactores condicionan, desvirtúan o estimulan las posibilidades de vivir las necesidades humanas, es la base para pensar las formas viables de recrear y reorganizar los satisfactores de manera que enriquezcan nuestras posibilidades y reduzcan nuestras frustraciones.

La manera en que vivimos nuestras necesidades es en último término subjetiva. Cuando el objeto de estudio es la relación entre los seres humanos y la sociedad, la universalidad de lo subjetivo no se puede evitar. Hablar de necesidades humanas fundamentales obliga a situarse desde la partida en el plano de lo subjetivo – universal, lo cual torna estéril cualquier enfoque mecanicista.

“¿Debemos cuestionarnos por el tiempo y el ritmo de las necesidades? Sí, aunque debemos aclarar que no podríamos afirmar a ciencia cierta que las necesidades humanas fundamentales son permanentes. En toda sociedad la satisfacción de las necesidades resulta ser lo óptimo y deseable y su inhibición indeseable, al cavilar en torno a las nuevas necesidades fundamentales propuestas por el sistema y sumado a algún conocimiento antropológico podemos inferir que es muy probable que las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio y creación estuvieran presentes desde nuestros orígenes. Posiblemente en un estado evolutivo posterior surgió la necesidad de identidad y mucho más tarde la de libertad. Es así como seguramente a medida que pasen los años la necesidad de trascendencia llegue a ser también una necesidad universal” (Muñoz et al., 2004:15).

Es justificable suponer que las necesidades humanas cambian con respecto a la evolución de la especie humana y por lo tanto a un ritmo sumamente lento.

Los satisfactores, en cambio, tienen una doble trayectoria, por una parte se modifican al ritmo de la historia y por otra parte se diversifican de acuerdo a las culturas y circunstancias.

Los bienes económicos tienen una triple trayectoria, siendo tal la velocidad de producción y diversificación de los artefactos que las personas aumentan su dependencia y crece su alienación a tal punto que, es cada vez más frecuente encontrar bienes económicos que ya no potencien la satisfacción de necesidad alguna, sino que se transforman en fines en sí mismos.

Los satisfactores posibles son diversos abarcando un gran abanico de posibilidades. En este sentido se proponen cinco tipos I) Los violadores o destructores II) Pseudo-satisfactores III) Satisfactores inhibidores IV) Satisfactores singulares V) Satisfactores sinérgicos (op cit).

Los violadores son elementos de efecto paradójal, siendo utilizados para satisfacer determinada necesidad, pero por sus efectos colaterales destruyen por completo la necesidad de satisfacerlas, por ejemplo el armamentismo usado como satisfactor de protección puede arruinar el de afecto, libertad, etc.

Los Pseudo-satisfactores estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad específica, pudiendo aniquilar también la necesidad que originalmente apuntaban. En la cotidianidad encontramos muchos ejemplos promovidos por los medios de comunicación y el consumismo exacerbado.

Los satisfactores inhibidores son aquellos que generalmente sobre-satisfacen una necesidad dificultando seriamente la posibilidad de otras necesidades.

Los satisfactores singulares son aquellos que se orientan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros con respecto a la satisfacción de otras necesidades, por ejemplo instituciones u organizaciones que están destinadas a cubrir sólo un requerimiento específico y no la complejidad del mismo.

Los satisfactores sinérgicos cuya característica es revertir procesos de competitividad y coacción, son aquellos que al satisfacer una necesidad determinada estimulan y favorecen la satisfacción simultánea de otras necesidades.

Esta manera de pensar las características de los satisfactores demandan un cambio en la racionalidad económica dominante además de una profunda revisión del concepto de eficiencia (relación que se produzca entre los insumos empleados y el resultado que se obtenga). Pues oímos discursos en donde se asocia la eficiencia a la conversión del

trabajo en capital, a la incorporación indiscriminada de tecnología de punta y a la maximización de las tasas de crecimiento, lo que da cuenta de que la concepción de desarrollo está vinculada al crecimiento, al éxito, a la obtención creciente de bienes cada vez más diversificados, como si estos fueran valores intrínsecos del desarrollo.

El desarrollo a escala humana no dice que no debe existir crecimiento económico sino que el desarrollo debe ir acompañado de satisfactores sinérgicos, enfocados a la consecución de un bienestar integral. El respeto y la protección a los Derechos Humanos son las bases esenciales para que se promueva el desarrollo social y se pueda construir una sociedad humanizada. Sociedad humanizada es entendida como aquella que garantiza lo necesario para la vida digna de todos los ciudadanos, con posibilidad de intercambios entre los pueblos y con la construcción de bases confiables para la vida social, esto es una sociedad sustentable. Todo esto, es condición imprescindible para la preservación de la dignidad humana y de la propia sociedad (Menêzes et al.,2000). La Declaración Universal de los Derechos Humanos apunta a esos rumbos y directrices para la promoción del desarrollo a escala humana, que defiende el derecho del ser humano a, trabajar, al ocio, a una vida digna, a la instrucción, a la libertad y a la participación.

1.2 CALIDAD DE VIDA Y SALUD

El concepto de calidad de vida ha estado históricamente relacionado con el de felicidad, virtud y bienestar. Griffin (1999) considera el nivel de bienestar como aquel en que el ser humano consigue satisfacer sus necesidades básicas; mientras que Veenhoven (1991) define la satisfacción vital como el grado en que el individuo juzga favorablemente la calidad de su vida como un todo.

En este caso se usa el concepto multidimensional de calidad de vida por ser más integrador e inclusivo que otros y por ser más aportador a la conceptualización de la Promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad.

Levi y Anderson (1980) conciben la calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa. Las mediciones pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza entre otros.

Brengelmann (1986, citado por Terris 1991) entiende por calidad de vida cosas como disfrutar de libertad, desarrollar la iniciativa, cultivar hábilmente las relaciones sociales, estar satisfecho, presentar escasas molestias psicosomáticas, ingerir pocas pastillas, no estar enfermo, poseer una buena profesión, tener un buen empleo y encontrar sentido a la vida, independientemente de si éste consiste en valores materiales o ideales.

La OMS (1986) reconoce que no es tan importante la cantidad de años que se viven, como la calidad de los años vividos y que, por lo tanto, es necesario que los esfuerzos se concentren en:

- Asegurar la igualdad ante la salud, reduciendo las diferencias del nivel de salud

entre países y al interior de los mismos.

- Añadir vida a los años, asegurando el pleno desarrollo y la plena utilización del potencial físico y mental integral o residual de las personas, de manera que puedan gozar plenamente de la vida y abordarla de manera sana.
- Añadir salud a la vida, reduciendo la morbilidad y la incapacidad.
- Añadir años a la vida, luchando contra la muerte prematura y alargando la esperanza de vida

Por lo tanto, en una definición de calidad de vida, se deberían incluir las siguientes dimensiones:

- Las capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional.
- El sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital.
- Las condiciones socio-materiales objetivas de existencia y la percepción subjetiva de las mismas.
- La satisfacción derivada de las condiciones materiales reales y concretas y psicológicas de las personas.
- La percepción subjetiva del nivel de salud personal y su capacidad para comportarse de una forma subjetivamente satisfactoria.
- La percepción de la utilidad del significado de vivir y la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.

1.3 PROMOCIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Surge la interrogante de si la felicidad es un “ ser” o un “ estar”. Veenhoven (1989, citado por Terris op cit) propone que la felicidad sería un rasgo resultante de la interacción del individuo y sus condicionantes sociomateriales de existencia y que, por lo tanto, sería susceptible de ser modificado y mejorado.

Las técnicas y estrategias para mejorar la calidad de vida de individuos y comunidades coinciden en gran medida con las de la Promoción de la Salud, pero no son exactamente las mismas. Existe evidencia empírica de que la calidad de vida se puede mejorar actuando tanto en forma preventiva como a través del tratamiento de la enfermedad (ibid).

La promoción y facilitación de la calidad de vida individual y colectiva deben tenerse cada vez más en cuenta tanto en la prevención de la enfermedad como en la planificación sanitaria (Kaplan,1994).

Evans (1994, citado por Terris op cit) agrupa las estrategias de promoción de la calidad de vida en programas dirigidos a las personas y programas orientados al ambiente. En los primeros se trata de conseguir un desarrollo de la autoestima, la autoeficacia y los sentimientos de dominio y control de los sujetos (destrezas interpersonales, habilidades de solución de problemas, asertividad, estrategias de afrontamiento, etc.). En la segunda perspectiva se trata de modificar el ambiente social o físico (redes de apoyo social y la relación con el medio natural, etc.).

Analizando estos distintos aspectos podemos inferir que la estrategia de Promoción de Salud trata de construir agendas político sociales, actuando con redes sociales que promuevan la calidad de vida y consideren la idiosincrasia de los pueblos y/o naciones. Reconociendo, además, que éste proceso requiere de un fuerte compromiso con la equidad y el fortalecimiento de la democracia.

CAPÍTULO 2

PROMOCIÓN DE SALUD EN AMÉRICA Y EL CARIBE

El progreso de los sistemas de salud en todo el mundo ha relevado a los enfoques de promoción y protección de la salud. La creciente orientación hacia los resultados de la salud confirma la importancia de intervenir sobre aquellos factores que determinan los estados de salud a través de la Promoción de la Salud. Según la OPS/OMS, los fines últimos que guían las acciones en este campo son mejorar el estado de salud de las personas y alcanzar la equidad en salud, llamando a los países a crear una nueva cultura en salud, en que ésta sea considerada como un valor social.

Respondiendo a esto es que la Promoción de Salud nace como una estrategia para alcanzar “Salud para todos”, visión de la salud en la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad, que la sustenta como un elemento indispensable del desarrollo humano. Es así que durante las últimas décadas la estrategia asume formas de ideas fuerza como lo es asociar los mejores niveles de salud con la óptima calidad de vida.

“La política global de Salud para Todos en el Siglo XXI, aprobada en 1998 por los países miembros de la OMS, luego de un proceso de renovación de la Meta de Salud Para Todos en el año 2000, determinó que Salud Para Todos es la visión que guía a la organización y no una meta temporal. La política renovada tiene 10 metas globales orientadas a mejorar la equidad en salud: el aumento de la expectativa y calidad de vida; la reducción de la carga de la enfermedad; la erradicación y eliminación de enfermedades de importancia; la actuación sobre determinantes ambientales de la salud (agua, sanidad, alimentación y vivienda); la promoción de estilos de vida sanos; mejoras en la calidad de acceso a servicios de salud; el desarrollo de políticas sanitarias consistentes con las metas; asegurar el acceso a servicios de salud integrales, esenciales y de calidad, fundamentados en las funciones esenciales de la salud pública, reforzar la vigilancia global de la salud mediante la promoción de sistemas de alerta e información y la promoción de políticas de investigación”(Albala et al.,2004:8).

Según la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al 43er Consejo Directivo de la Organización "La Promoción de la Salud es un proceso, no una solución fácil, su propósito es lograr un resultado concreto en un plazo largo, pero con efectos a mediano y corto plazo. Los resultados concretos varían, pero comprenden la participación de los ciudadanos y la comunidad y contribuyen a mejorar la calidad de vida" (ibid).

La OPS viene realizando actividades con el fin de promover un amplio concepto de la salud como base del desarrollo humano y de una calidad de vida aceptable. Para esto invita a los Estados Miembros a trabajar en los cinco campos de acción o estrategias de Promoción de la Salud: el establecimiento de políticas públicas saludables, la creación de entornos propicios para la salud, la habilitación de las comunidades, la adquisición de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud.

Es destacable que la OMS haya patrocinado cinco conferencias internacionales dedicadas al tema de la Promoción en Salud, pues estas han sido un gran aporte a la comprensión de las estrategias de Promoción de la Salud y a su aplicación práctica. La Promoción sólo se institucionalizó como una estrategia para alcanzar metas de Salud Pública en los años ochenta, con la iniciativa de Canadá, después del informe sobre la salud de la población canadiense, el conocido "Informe Lalonde". La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1986), en la que 38 países proclaman la Carta de Ottawa, fue sin duda, el comienzo de un proceso de lo que hoy se conoce como Promoción de la Salud. Las perspectivas en salud fueron ampliadas más allá de la asistencia y la prevención. La Promoción de la Salud fue definida como el "proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (OMS, 2001).

"Cada vez más países de la Región reconocen la importancia de la Promoción de la Salud como una poderosa estrategia de salud pública y han incorporado muchos de estos campos de acción en sus planes y programas nacionales de salud", según el informe anual del Director 2001 de Promoción de la Salud en las Américas.

Un hito en este proceso para lograr un continente más saludable fue la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, "Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad", celebrada en junio de 2000, en México. Allí, delegaciones de la mayor parte de los países de la Región firmaron la "Declaración ministerial de México para la Promoción de la Salud: de las ideas a la acción", conocida como la Declaración de México, a través de la cual los Estados Miembros de la OPS se comprometieron a fortalecer la planificación de actividades de Promoción de la Salud, dándoles más espacio en las agendas políticas y en los programas locales, regionales, nacionales e internacionales.

Las políticas públicas aplicadas al conjunto de los sectores influyen, en los factores decisores del estado salud, y también constituyen importantes vehículos para reducir las desigualdades sociales y económicas, por ejemplo, asegurando el acceso equitativo a bienes y servicios, entre ellos, a la atención de salud.

La iniciativa Regional de Políticas públicas saludables se sustenta en un enfoque multisectorial para establecer la sustentabilidad de los servicios; aumentar la protección de los habitantes y aminorar sus riesgos; extender la atención a los grupos indígenas; ampliar la cobertura en cada localidad y mejorar la calidad de la vida.

Durante el año 2000, la cooperación técnica de la OPS posibilitó que los países trabajaran en la creación de entornos propicios, considerando la interrelación de sus dimensiones físicas, sociales, espirituales, económicas y políticas.

Las escuelas Promotoras de Salud, es una de las iniciativas puestas en práctica, que tiene por objetivo crear un espacio en donde se formen futuros ciudadanos que cuiden de su salud y la de sus seres queridos, y que protejan responsablemente su entorno. En estas escuelas se unen los sectores de salud y educación para propiciar la adopción de hábitos saludables, favorecer la autoestima y fomentar el cuidado de la salud ambiental.

La cooperación técnica de la OPS en la habilitación de las comunidades se ha concentrado tanto en los dirigentes como en las personas individuales, con el objetivo de hacer que la comunidad tome una mayor responsabilidad (social) por su salud y traduzca eso en acciones para el mejoramiento de las condiciones existentes y en la adopción de formas y modos de vida más saludables. Esto incluye la atención a problemas de la salud física y psicosocial, salud mental, derechos de las poblaciones indígenas y violencia doméstica.

Un ejemplo de este esfuerzo es la estrategia adoptada por la mayoría de las instituciones públicas en Ecuador llamada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Esta estrategia incluye la atención de la malnutrición grave y la orientación sobre la lactancia materna y otros distintos aspectos de la nutrición, así como también la administración de suplementos de vitamina A y hierro en el nivel de atención primaria.

Uno de los ejes de trabajo fundamentales de la OPS ha sido la adquisición de aptitudes personales durante el ciclo de vida. La enseñanza de aptitudes para la vida en las escuelas, el elemento capital de dicha estrategia, incluye la formación de profesores, la participación de los padres de familia y la puesta en marcha de la iniciativa de las Escuelas Promotoras de Salud.

Referente a la reorientación de los servicios de salud, la OPS ha ayudado a buscar y definir nuevos modelos de atención en Chile, Costa Rica y Jamaica a través de políticas integradas de atención de salud dirigidos a fortalecer la atención primaria, ampliar la capacidad de resolución de problemas de los servicios de salud y hacer hincapié en las actividades de promoción y protección de la salud con la participación de la sociedad civil.

En octubre del 2002 se realizó en Santiago de Chile el Foro de Promoción de Salud de las Américas, donde se evaluaron los avances regionales en relación a los compromisos firmados por los Ministerios de Salud en la Conferencia de México.

El compromiso de Chile, suscrito en la ciudad de Santiago, constituye un nuevo impulso al desarrollo en la Región.

“Un creciente número de países de la Región ha reconocido la importancia de la Promoción de la Salud como una poderosa estrategia de salud pública y han incorporado muchos de estos campos de acción en sus planes y programas nacionales de salud. Esos adelantos se han logrado por medio de la colaboración activa entre los gobiernos nacionales, las organizaciones no gubernamentales (ONG), las instituciones nacionales e internacionales y las comunidades. Aunque se han hecho progresos en el logro de muchas de las metas de “salud para todos”, todavía han de superarse varios obstáculos.

En la última década se han implantado y desarrollado varios programas y proyectos para traducir los conceptos y estrategias de Promoción de la Salud en acciones prácticas. Entre éstos podemos citar los proyectos de Ciudades, Pueblos, Municipios de Islas Saludables, las redes de Escuelas Promotoras de la Salud y Hospitales Promotores de la Salud y los proyectos Mercados Saludables y Lugares de Trabajo Promotores de la Salud, a los cuales hay que sumar los planes de acción de la OMS sobre alcohol y tabaco, vida activa y envejecimiento saludables” (ibid:10).

2.1 INICIATIVAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁREA DE POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES EN AMÉRICA

Cada vez suman más los países en América Latina que reconocen la importancia de las estrategias de promoción de la salud y que han incorporado varias de ellas en sus planes y programas nacionales de salud. Países como Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua son los que se han insertado dentro del área de la Promoción de la Salud y están trabajando en la creación de políticas sociales saludables. En Chile, la Promoción de la Salud es una política de Estado apoyada por la Presidenta de la República y la mayor parte de los sectores

gubernamentales, con el liderazgo del Ministerio de Salud y el respaldo de la OPS, 24 instituciones nacionales trabajan juntas en el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, conocido como “VIDA CHILE”.

El Proyecto latinoamericano de Promoción de la Salud promueve desde 1999, a nivel mundial, el Programa Global de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud, con el propósito de incrementar estándares en la práctica y en las políticas de Promoción de la Salud, a través de revisiones de efectividad que den cuenta de los impactos sociales, económicos, políticos y de salud de las intervenciones; la articulación de la información para la toma de decisiones y para estimular el debate mundial en este.

La promulgación de leyes a favor de políticas públicas saludables ha sido una forma de acercarse a las prioridades de la salud de la Región. En Venezuela, por ejemplo, se impulsó el proceso de reforma iniciado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Con la reforma se pretende establecer un concepto de salud integral, así como también lograr la participación de los diferentes sectores en la elaboración de instrumentos legales que permitan concretar lo establecido en la nueva Constitución.

Bolivia, Brasil, Colombia, Nicaragua y Perú están insertos en un proyecto multicéntrico de investigación sobre inequidades en salud, sustentado en los análisis de resultados de encuestas de hogares sobre condiciones de vida, demografía y salud con el fin de utilizarlos para nuevas políticas estatales, incluyendo la estrategia de Promoción de la Salud.

Los países de Centroamérica crearon un comité intersectorial para formular políticas referentes a la adolescencia y la juventud como parte del proyecto de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, realizado por la OPS y el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI). La República Dominicana promulgó la Ley de los Jóvenes y asignó el 1% del presupuesto nacional y el 4% del presupuesto municipal para su ejecución (Albala et al., 2004).

En Guatemala el Gobierno y grupos indígenas trabajan juntos para promover la equidad en salud. Entre 1995 y 1999 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el instituto Indigenista Nacional desarrollaron, con el apoyo del Gobierno de Suecia y la OPS/OMS, un modelo de atención y Promoción de la Salud en nueve comunidades predominantemente indígenas. Grupos de mujeres de esas comunidades se organizaron en lo que denominaron los Consejos, y participaron en cursos de adiestramiento para promover tanto la atención moderna como la tradicional; estos Consejos desempeñaron un papel activo en la promoción de medidas preventivas, como exámenes ginecológicos y vacunación infantil. El modelo también incluye el acceso a prácticas modernas y tradicionales, y la provisión de remedios tradicionales en centros de salud. Esta experiencia sirvió de base para un proyecto que promueve el intercambio cultural y la equidad de género en la reforma del sector salud en toda la región centroamericana. La propuesta se elaboró con la participación de grupos indígenas y del sector de esos países, y se presentó al Gobierno de Guatemala y de la sociedad civil en la apuesta en práctica de los siguientes componentes: producción y análisis de información sobre inequidad de género en materia de salud y atención sanitaria; comunicación estratégica de los resultados a audiencias clave, y seguimiento de la política de implementación y del proceso de reforma (ibid).

Los municipios de Cienfuegos (Cuba), Santa Catarina (México) y Manizales (Colombia), reorientaron los servicios de salud para fortalecer las prácticas preventivas en las clínicas, con el objetivo de prevenir enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes.

En Campinas (Brasil) y Tukurú (Guatemala) se pusieron en práctica mecanismos para garantizar el acceso a trabajo y salario mínimo adecuado para las familias más desprotegidas.

La capacitación del personal de salud y la educación popular se han llevado a cabo en los municipios de Manizales, en Colombia, y Valdivia, en Chile, donde se han concordado acciones entre los equipos de salud, educación y carabineros para tratar problemáticas multicausales de drogadicción, violencia, embarazo adolescente, etc. De

esta manera se pusieron en marcha proyectos integrales de salud que tienen una perspectiva holística basados en un trabajo multisectorial.

Uno de los aportes más importantes ha sido la preparación de la Guía de Alcaldes para promover la salud, las que fueron entregadas simbólicamente en la sesión especial del Foro de Promoción en Santiago de Chile el 2002. El objetivo de ésta es fortalecer la capacidad local para promover la salud y el desarrollo humano de la Región, disseminando estrategias eficaces y fortaleciendo continuamente la red de Municipios y Comunidades saludables de las Américas.

CAPÍTULO 3

PROMOCIÓN DE LA SALUD, HACIA UNA MAYOR EQUIDAD

Los países de la región de América reconocen cada vez más la importancia de la Promoción de la Salud como una poderosa estrategia de salud pública, y muchos están formulando e implementando planes de acción nacionales y locales para la Promoción de la Salud. La Promoción de la Salud es sin duda la clave para fomentar la equidad en la población. De la misma manera, es importante impulsar políticas que busquen cambiar la situación actual de salud, incidir sobre sus determinantes socioeconómicas y biopsicosociales y modernizar los sistemas de salud en la Región.

De esta manera el desafío medular del sector salud es la superación de la inequidad, tanto en el estado de salud como en la posibilidad de acceso a la red sanitaria. Sin embargo, esta también se ve determinada por las inequidades sociales existente (políticas, étnicas, económicas, de género etc.) que prevalecen en la región. Por esto, el enfoque de salud y desarrollo humano dirige sus estrategias hacia los encargados de crear las políticas públicas que influyen las condiciones de vida y de desarrollo humano.

La reducción de la pobreza sólo se puede alcanzar por medio del aumento de la equidad. Esta es la idea fuerza que mueve la agenda política del desarrollo en la Región de las Américas hoy. Ya es innegable que para superar el retraso de determinados grupos sociales, es necesario atacar las asimetrías en el acceso a los servicios de educación y de salud, así como a los sistemas de representación política. Este reconocimiento ha posibilitado un nuevo dinamismo en la formulación de políticas públicas y programas para combatir la pobreza en América Latina (OPS,2001).

3.1 CONTEXTO GLOBAL: DESIGUALDAD Y SALUD

Mundialmente vivimos el conocido proceso de globalización, el cual, desde el punto de vista de muchos autores, es un proceso de reorganización del capital a nivel mundial. De acuerdo con Hanley (1995) las víctimas de este proceso serán aquellas personas innecesarias en el nuevo orden económico social, así como los pobres de los países en vías de desarrollo. En las economías industriales más desarrolladas las víctimas serán parte de los llamados grupos “dependientes” comunidades ubicadas en el viejo corazón industrial, en áreas rurales marginales y todos los grupos que se confiaron a las estructuras de la sociedad industrial o del Estado benefactor. De ésta manera el modelo se extenderá por encima de las fronteras locales (nacionales) logrando, por un lado, que las desigualdades sociales y económicas entre los estados decrezcan y por otro que las desigualdades al interior de los mismos aumenten. Para Hoppenhayn (1996) las víctimas de estos procesos no serán necesariamente explotados en el sentido marxista convencional, si no que simplemente serán excluidas como no pertenecientes a las necesidades de la economía global interconectada. Se ha señalado que quizás un 80% de la población mundial cabrá dentro de ésta categoría (Martín y Suman, 1996). Es decir que existirá una brecha significativa de desigualdad entre el 20% favorecido y el 80% restante.

En Latinoamérica, esta global subordinación hace disminuir los estados nacionales y articulan un conglomerado de espacios supranacionales de decisiones económicas, políticas y sociales que acotan la soberanía, y redefinen los espacios de decisión nacional a las relaciones estado-mercado creándose megaproyectos sociales que debilitan la capacidad de las instituciones de salud pública.

Esto, en términos generales, es el macrocontexto que hace posible que los países latinoamericanos, en los últimos veinte años, tengan procesos acelerados de menoscabo en la calidad de vida de sus habitantes, de polarización social y de deterioro de las instituciones públicas de salud. Estos son los procesos claves que explican, en

gran parte, por qué es necesarios cuestionarnos sobre la pobreza, la exclusión social y la inequidad.

Podemos decir, en palabras de López (s/a), que vivimos una *global-subordinación* consistente en una articulación económica subordinada, soberanía nacional acotada e imposición y adopción de megaproyectos económicos y sociales que profundiza la precariedad ya existente. Algunos datos que verifican esta situación son los entregados por la CEPAL, los cuales señalan que en 1981, habían 36 millones de latinoamericanos en pobreza extrema, para el 2001 el dato es de 50 millones. Aumenta también el desempleo (de 5 a 11%) y el empleo precario, y se polariza la apropiación de los recursos. En América Latina, el 10% más rico de la población se apropia del 48% del ingreso total, mientras que el 10% más pobre solo dispone de 1.6% de ese ingreso.

En este contexto global incierto en el ámbito social y económico, es que se ven afectados de mayor manera los grupos vulnerables, como los ancianos las mujeres, los niños, la población indígena y discapacitados, identificándose también en los niveles nacionales y locales brechas sociosanitarias, manifestadas en desigualdades socioeconómicas, desigualdades en las causas de muerte y morbilidad, desigualdades en la disponibilidad, acceso y calidad de la atención de salud.

En salud, producto de esta situación, se incrementan los riesgos estructurales que se relacionan con la condición de vida y la condición precaria de la población. Se hacen más diversos y complejos los perfiles de enfermedad y mortalidad debido al cambio en los perfiles epidemilógicos, nutricionales y demográfico.

Referente a este último aspecto debemos decir que la transición demográfica es definida como “un proceso evolutivo caracterizado por un descenso importante de la mortalidad y de la natalidad” (IUECP/CELADE, 1985). Es por lo tanto de considerar que además del envejecimiento de la población con su carga de enfermedad crónica, existen los grupos vulnerabilizados que concentran una sobremortalidad y una sobremorbilidad por múltiples causas (infecciosas, carenciales y degenerativas). Hace quince años se

hablaba de las enfermedades de los ricos y de las enfermedades de los pobres, sin embargo hoy hay suficiente evidencia que demuestra que son los grupos de población empobrecida, en condición socioeconómica más precaria y con menor control sobre sus vidas, los que concentran todo tipo de patologías.

En la dinámica epidemiológica se identifican diversos procesos que se caracterizan por (op cit):

Polarización epidemiológica: Caracterizada por un incremento en los indicadores de deterioro de la calidad de vida y trabajo y una mayor desigualdad en los indicadores de daño y de coberturas , acceso y calidad de los servicios de salud, entre países, regiones y grupos.

Regresión sanitaria: La llamada contratransición, en donde se pueden producir retrocesos de una etapa a otra (por ejemplo reaparición del dengue, malaria, tuberculosis). También puede producirse un estancamiento en la etapa de transición, llamado de transición prolongada, en que persisten la morbimortalidad por enfermedades materno-infantiles e infecciosas, y aparecen en forma importante las ECNT, coexistiendo ambas por periodos prolongados (Soberon et al.,1986: 673-680).

Delante de esta situación de vulnerabilidad estructural enfrentamos, una paradoja sociosanitaria (op cit), puesto que lejos de fortalecerse los sistemas públicos de salud y de ampliar su capacidad de contestación, en realidad, lo que se ha impulsado en los últimos veinte años, es una política social neoliberal que:

- Desfinancia y deteriora los sistemas públicos, provocando un desmantelamiento selectivo de lo público, que limita su capacidad para enfrentar los nuevos problemas y la complejidad en salud.

- Impulsa una visión de mercado en donde la salud es una mercancía más, mercantilizando los procesos internos de producción de servicios y privatizando lo público.
- Produce un conjunto de mecanismos gerenciales, (de gerencia privada) con el objetivo de hacer eficiente y autofinanciable la atención de la salud, con los subsiguientes costos de exclusión y encarecimiento de los servicios.
- Concentra el acceso a la atención médica ya que impulsa un modelo bipolar de mercantilización y neobeneficiencia.

Toda esta difícil situación social, económica, cultural, plantea importantes desafíos para la política social.

“Para redefinir y justificar los cambios en las políticas sociales, incluida la política en salud, empiezan a utilizarse un conjunto de diagnósticos que reconocen situaciones de pobreza, desigualdades, brechas e inequidades. Es en este proceso de definiciones, en donde se perfilan las opciones, dependiendo de cuál sea la noción de ciudadanía, la visión de Estado. La perspectiva de gobierno que elija, tendrá implicaciones metodológicas en la forma de medir, en la forma de obtener y etiquetar los recursos, y también en la forma como se van a enfrentar los problemas, a quién se va incluir y quien se dejará afuera”(ibid).

3.2 POBREZA, EXCLUSIÓN E INEQUIDAD

Los conceptos pobreza, inequidad y exclusión son diferentes pero están íntimamente interligados entre sí. Cada uno de ellos tiene un acento especial, distintos énfasis, que nos permite observar de distintas perspectivas los que se ésta planteando, según se utilice uno u otro o todos a la vez.

Según Albalá (2004), la noción de pobreza se retoma con mucha intensidad en los últimos quince o veinte años, porque es un concepto que denota una situación de privación, de carencia, de privación, y no hace referencia alguna al orden económico que le da origen. Hace referencia a una condición dada: son pobres. Así no entra en contradicción con políticas económicas generadoras de esa situación. Sin embargo si se utilizan otros términos, como exclusión, desigualdad, inequidad, es distinto, por la connotación que conllevan. Es decir connotan más de lo que denotan. Estos términos hacen referencia a una apropiación diferenciada de recursos, de beneficios, de satisfactores, y por lo tanto, remiten a situaciones de poder y estructura social. Así :

Desigualdad e inequidad están referidos a situaciones en donde se comparan grupos, pero son grupos que establecen relaciones desiguales y que se apropian de manera desigual de satisfactores y recursos.

Pobreza y exclusión están referidas a situaciones carenciales de aquella población que queda fuera de los circuitos de desarrollo, de los circuitos de integración social, económica y del goce de bienes que satisfagan sus necesidades.

El concepto de inequidad adquiere fuerza a partir de los años noventa. Cuando se hace referencia a la inequidad, se entiende que existen diferencias injustas que se pueden evitar; así entramos al campo de las valoraciones éticas y políticas. Cada grupo social, cada sociedad construye históricamente su idea de lo bueno, lo malo, lo justo, lo injusto, lo inaceptable y lo evitable. López (s/a), propone el siguiente ejemplo: en América Latina consideramos el comportamiento de la mortalidad infantil como un indicador de inequidad en salud. Así, es injusto que los niños se mueran de causas evitables. Para otras sociedades por ejemplo las escandinavas, dado que han disminuido sustancialmente la mortalidad infantil, este problema hace tiempo que no es tema de discusión.

En la literatura del campo de la salud, el término inequidad está referido a aquellas diferencias que se consideran injustas y evitables, por lo que parte de una definición

valorativa, es decir “inequidad” se refiere al juicio ético negativo sobre esa diferencia (Whitehead,1990). La inequidad en salud puede tener diversos componentes, como inequidad en los resultados (indicadores de daño, de discapacidad, de vida saludable) o inequidad de la atención médico sanitaria (indicadores de coberturas, disponibilidad, de acceso, de calidad, etc).

Por otra parte el término “desigualdad social” conlleva una carga política más fuerte, mientras que la inequidad nos restringe rápidamente al campo sectorial, por lo menos en su concepción habitual. En el sector salud, la preocupación por la inequidad se limita a medir patrones de distribución de indicadores y a plantear la reducción de brechas en aquellas diferencias consideradas justas y evitables, tanto para los daños como para la atención.

“Aquí de nuevo el tema de las diferencias injustas y evitables tiene matices. Los que defienden el concepto inequidad, dicen que hay un conjunto de resultados que tienen que ver con la libre elección del individuo. El cáncer de pulmón, por ejemplo, esta vinculado (en un alto porcentaje) a la decisión de fumar. Esta es una visión individualista en donde un resultado de salud es producto de una elección “libre” e individual. En contraposición, desde el punto de vista de las teorías críticas, la elección, no es en realidad un proceso individual. Me adscribo a esta perspectiva de que la producción de necesidades y la producción de satisfactores son sociales. Por ejemplo: la feroz lucha de las empresas tabacaleras por ampliar mercados en Latinoamérica, con campañas publicitarias, para que los adolescentes fumen, es muestra de un proceso económico-social, en donde el margen de elección individual es muy restringido. Particularmente en las poblaciones más vulnerables, que pertenecen a grupos sociales con condiciones de vida y trabajo precarias, su margen de elección es mucho menor” (López, s/a).

Cuando se habla de *pobreza*, se está haciendo referencia a la carencia de satisfactores esenciales para la resolución de necesidades humanas, sin embargo cuando se habla de *pobreza absoluta* ahí se limita la visión sólo a los satisfactores que permiten la supervivencia, mientras que si se incorpora la visión de *pobreza relativa*, se estaría

hablando de necesidades y satisfactores que cada sociedad en particular, en relación a su desarrollo, a sus estándares de vida y a su concepción de bienestar, requiere para permitir la participación de las personas en la vida social (PAHO, 2005).

La exclusión social, puede ser definida como la existencia de grupos sin alternativas de incorporación e integración al desarrollo y a sus beneficios, con ruptura de la cohesión social. Mientras que, la exclusión en salud se reconoce como la falta de acceso a diversos bienes, servicios y oportunidades para mejorar y preservar el estado de salud. En este caso, nuevamente, la definición tiene varios componentes: acceso a la atención médica, acceso a otros satisfactores de atención a la salud, acceso a satisfactores que impactan la situación de salud y aspectos particulares como la protección financiera en salud, que sería sólo un rubro a considerar en la búsqueda de inclusión.

Así también se tienen distintas acepciones y diversas posibilidades de entender la exclusión en salud, y depende de la perspectiva, del marco desde donde se defina, el poder comprender la *exclusión en salud* como un componente esencial de la *exclusión social* y comprenderla como la negación del derecho a la satisfacción de las necesidades de salud o reducirla solo al acceso de atención médica o a la protección financiera.

3.3 PROMOCIÓN Y DESIGUALDAD SOCIAL EN SALUD

La salud precaria es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza. La enfermedad puede reducir las economías familiares, la capacidad de aprendizaje, la productividad y la calidad de la vida, con lo que crea o perpetúa la pobreza. A su vez, los pobres están expuestos a mayores riesgos personales y ambientales, están peor nutridos y tienen menos posibilidades de acceso a la información y a la asistencia sanitaria. Por lo tanto, sus riesgos de morbilidad y discapacidad son mayores (OMS, 2001).

La otra cara de la moneda, es decir el hecho de que el mejoramiento de la salud puede evitar la pobreza u ofrecer manera de superarla, ha recibido menos atención. Los datos disponibles muestran que el mejoramiento de la salud genera mayor riqueza, distribuida de forma más equitativa, porque aumenta el capital humano y social y la productividad. Los niños sanos están en mejores condiciones de aprender, mientras que el adulto proveedor de la familia está en mejores condiciones de trabajar y sostener a su familia. La importancia de estas conclusiones es clara: pasar de un círculo vicioso a uno virtuoso significa concentrar los recursos en mejorar y proteger la salud de los pobres (ibid).

Si bien esta es una realidad consabida, también existen diversas alternativas de entender la exclusión social y las desigualdades en salud, pues ocurre que muchas veces en las políticas y los programas de gobierno no existen explicitaciones sobre principios, valores, visión de la sociedad y sus problemas, cuando en verdad las opciones conceptuales, metodológicas y de política pública no son únicas. De aquí surge la importancia de conocer el punto de vista desde el cual se formulan las políticas sociales, como las de salud, y saber sus pretensiones, perspectivas y horizontes.

Tan importante como las políticas de gobierno, son las acciones que se promueven desde el contexto internacional, las cuales muchas veces son los hilos conductores de las estrategias locales. De esta forma, en este decenio, la comunidad internacional promotora del desarrollo ha dado una importante prioridad a la disminución de la pobreza. Los compromisos que se resumen en los objetivos internacionales de desarrollo provienen de una serie de cumbres internacionales (como por ejemplo la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, de 1992, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de 1994, y la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, de 1995).

“El objetivo general es reducir a la mitad para el año 2015 el número de personas que viven en la pobreza absoluta. Este y los demás objetivos de desarrollo, tres de los cuales se refieren a la salud, se reiteraron como promesas en las declaraciones de clausura de la reunión anual del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional

celebrada en 1999. El desafío que tienen ante sí las Naciones Unidas es el de utilizar su autoridad e influencia para movilizar a toda la comunidad internacional en pos de una meta internacional de erradicación de la pobreza”.

“En resumen, hay ahora un impulso firme y una oportunidad importante no sólo para que la OMS propulse la salud hacia una posición más importante en el desarrollo económico y humano, sino también para que ejerza su liderazgo en la comunidad de organizaciones dedicadas a mejorar la salud de los pobres”(OMS et al.,2002).

La Promoción de la Salud se basa en que el estado de salud depende de la colectividad, de la familia y de la comunidad donde se está inserto, de la nación y de las naciones. Así, promover la salud para mejorar la calidad de vida es hacer que los individuos se tornen ellos mismos, actores, que se sientan corresponsables por su salud individual y la de la comunidad; es decir que exista una armonía de los sujetos con los demás, y de los demás entre si.

Si transportamos la Promoción de la Salud hacia la calidad de vida de las poblaciones más pobres, en donde existen bolsos de miseria, reductos concentrados de enfermedades, baja escolaridad, hambre, violencia, muerte prematura, y quisiéramos que sea efectiva, existen algunos requisitos que son necesarios para que las acciones lleguen a buen logro (ibid):

- Debe existir voluntad política de gobierno, de forma interinstitucional, del poder legislativo, del judicial y especialmente de la sociedad; para participar de la construcción de una sociedad justa y fraterna, con salud y calidad de vida para todos.
- Tener objetivos definidos, establecer que se quiere realmente lograr.
- Se deben escoger metas que traten las raíces de los problemas, especialmente los que más deterioran al ser humano.

- Seleccionar prioridades y grupos humanos más vulnerables.
- Identificar personas, líderes, en la propia comunidad, para que aporten ideas en base a una misma cultura. Ellos al vivir el día a día, tienen el potencial para transformarse en agentes de Promoción de Salud, que incluye de forma prioritaria, a los marginalizados.
- Organizar un sistema de capacitación de estos líderes y de acompañamiento de sus esfuerzos.
- Tener un sistema de información, simple y moderno, ágil y preciso, inteligible por los usuarios, basado en indicadores de impacto alcanzado. Este sistema debe tener la capacidad de devolver la información a los líderes comunitarios, con sugerencias basadas en los objetivos alcanzados y los que no.
- Maximizar la resolutivez de los problemas en la propia comunidad.
- Fortalecer el control social de las políticas públicas, en las diversas áreas, con representantes de los usuarios capacitados, en el alcance de los objetivos de la Promoción de Salud.
- Deben ser de bajo costo, sobre todo en aquellos países en vías de desarrollo y subdesarrollados, en donde resulta más convenientes las políticas preventivas que curativas.

Basándonos en estos principios es que entendemos la Promoción de la Salud, como la entrega de herramientas, conocimientos y habilidades que se dan a una persona y comunidad. Los principios en que se basa la promoción son 4: Equidad, Integralidad, Intersectorialidad y Participación. La primera está referida a que las actividades de promoción se ajusten en programas que utilicen diversos espacios (comunidades, escuelas, lugares de trabajo, centros de salud, hogares), que contemplen las condicionantes de la

salud, que utilicen enfoques interdisciplinarios (comunicación, educación, etc.) e involucren a poblaciones activas que promuevan la salud. La intersectorialidad, residirá en la cooperación y la coordinación de los medios entre diversos sectores (educación, sector público, privado, medios de comunicación, transporte, etc.) además del de salud, para actuar desde los diversos sectores que influyen en las condicionantes del estado de salud. Finalmente la participación, significa que los servicios de salud y la comunidad se convierten en protagonistas del cuidado de la salud, planificando, implementando y evaluando las diferentes propuestas. Las estrategias que se ocupan en la Promoción de la Salud para el logro de sus objetivos son: la Educación para la Salud, la Intersectorialidad, la Comunicación, la Participación (Albala et al., 2004:25).

Las políticas públicas saludables, se caracterizan por una preocupación real y conciente por la salud y la equidad y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. De esta forma una política pública saludable crea un contexto de apoyo que ayuda a que las personas tengan una mejor calidad de vida. Para ello aplica diferentes estrategias en los diversos sectores que influyen en los factores determinantes de la salud que, si no son intervenidos, propician y perpetúan las inequidades en salud, por ejemplo asegurando el acceso equitativo a bienes, servicios y a la atención.

Desde esta perspectiva, el enfoque de las políticas saludables es el necesario y oportuno pues, debido a esto, muchos países han realizado importantes reformas en sectores de gran relevancia, en lo que a sectores sociales se refiere, (entre los que se cuentan salud y educación) incorporando la Promoción de la Salud en ellos. Durante el año 2000, la colaboración técnica de la OPS en el área de la Promoción apoyó a los Ministerios de Salud y a otras entidades nacionales y regionales para establecer políticas públicas saludables. La promulgación de leyes a favor de las políticas públicas saludables han sido una forma de abordar las prioridades de salud de la Región, logrando establecer una estrategia promocional. La estrategia promocional se expresa en dos dimensiones operativas de la intersectorialidad, entendida como la convergencia de esfuerzos entorno a la respuesta de las necesidades generadas por la problematización, debido a que no se han garantizado ciertos derechos. Una dimensión

se configura en el campo de la intersectorialidad más allá del campo estricto de la salud (sustrato biológico), lidiando con las determinantes de la salud y de la calidad de vida. Otra dimensión, reside en la aplicación de la intersectorialidad en el interior del sector salud, combinando conocimientos y prácticas profesionales y/o populares de la salud revalorando todas las prácticas en la perspectiva de la estrategia promocional. Así la estrategia promocional de calidad de vida y salud, busca la construcción de agenda sociales, que operen en redes promotoras de la calidad de vida y de la salud funcionando en territorios políticos y sociales, configurando un proceso de reformas de largo alcance.

CAPITULO 4

PERCEPCIÓN SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

La Promoción de la Salud trabaja por establecer relaciones y entornos saludables en la comunidad y su cotidiano. Esto significa trabajar en los hogares, las escuelas, los centros laborales, las instituciones, los grupos organizados, etc. De esta forma se quiere cambiar la forma de concebir la realidad, incitando y generando actitudes, conocimientos, hábitos y prácticas que permitan a las personas y a los que los rodean, tener una vida más saludable.

Cuando se habla Promoción de la Salud, se está proponiendo una nueva forma de concebir la realidad, y es necesario que no sólo los profesionales lo entiendan así, si no que las personas entiendan y practiquen esta nueva perspectiva. Así, adquieren una relevancia especial las motivaciones personales, comunitarias, las creencias, los mitos, las conductas, etc.

La doctora Nora J. Pender (1996), plantea que lo más importante para que las personas cambien su conducta en salud, es modificando el concepto tradicional (biomédico) que tienen de la salud. Esto pasa por la percepción de las acciones que implica llevar un estilo de vida saludable, pues lo que va a determinar la posible modificación de la conducta es la convicción real, es decir la concientización. De esta manera *“cuando las personas perciben como beneficiosos los resultados de las conductas de cuidado y salud, es más probable que las realicen. En este modelo, la salud es considerada como un estado altamente positivo en que el individuo sigue una trayectoria orientada hacia ella”* (ibid).

En cuanto a la percepción puede ser entendida como *“la percepción es un componente del conocimiento en donde el sujeto aplica el interactuar con el mundo objetivo al percibirlo. Por lo que la percepción está ligada al lenguaje y es entonces un elemento básico en el desarrollo cognitivo, que se basa en la actitud, el conocimiento y la opinión”* (Alvarado, 1990), en relación a la percepción de los estilos de vida saludables esta va a

depender del conocimiento o desconocimiento sobre las implicancias de llevar un sano estilo de vida, la actitud que genera en el sujeto ese conocimiento o desconocimiento, y finalmente la opinión que genera en el sujeto la información recibida o no recibida.

Ahora bien, este conocimiento se genera dentro de un entorno social que puede propiciar o no un estilo de vida saludable. En la Promoción de la Salud, la participación comunitaria es una estrategia que viene siendo utilizada desde hace mucho tiempo. En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reunida en Alma-Ata (URSS), definió metas en el documento “Salud para todos en el 2000”, mediante la priorización de la atención primaria de la salud, incluyendo en sus bases la participación comunitaria.

Con esto se quiere dar cuenta de que la percepción es una construcción social que va a depender, en este caso, de las acciones que se realicen a nivel comunal, en Promoción de la Salud; acciones que lógicamente debiesen propender a fomentar un estilo de vida sano, desde todas sus dimensiones.

4.1 CRÍTICAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En los últimos años han existido diversos debates internacionales y controversias relacionadas con el significado de la Promoción de la Salud, en la que se han expuesto las influencias políticas, culturales e ideológicas que la circunscriben. Gran parte de la incipiente discusión que se está generando tiene por base la revisión crítica de sus fundamentos que emergieron a partir de Ottawa (1986), seguida de las demás conferencias internacionales.

Es así como los críticos atacan la generalización que las acciones de Promoción de Salud pueden asumir cuando se las operacionaliza en relación al concepto de salud con el de calidad de vida, argumentando que esa visión de promoción no se sustenta en las diversas realidades.

Para muchos el concepto de Promoción de Salud presentado como un hacer y organizar, demandará competencia técnica capaz de articular el discurso social, esfuerzo y empeño personal orientado para la elección de estilos de vida saludables. Desde esta posición se piensa que se está partiendo desde la desigualdad, ya que el primer objetivo (de tener competencias técnicas), es posible que lo desarrolle sólo un sector de la sociedad que tiene un mejor nivel educacional, quedando en desigualdad de posiciones aquellos que no tienen el mismo nivel y que tampoco tienen los medios económicos para sustentar una óptima calidad de vida, debiendo empeñarse doblemente en transformar su estilo de vida en “un estilo de vida saludable”. Quedan patentes, así, las distorsiones y desigualdades existentes en los niveles de salud.

Por otra parte, se hace necesario asegurar mayores inversiones en la formación y capacitación de los profesionales para actuar en la perspectiva de la Promoción de la Salud. Además se hace urgente sumar a nuevos actores sociales que se transformen en un recurso humano con conocimiento real en promoción que replique los muchos beneficios que concede este nuevo paradigma de la salud.

Así también se hace necesario poder evaluar de forma efectiva, cuantitativa y cualitativamente las acciones emprendidas, pues surge la necesidad de identificar evidencias de la efectividad de las actividades, además de establecer garantías de continuidad y permanencia de los programas y servicios de educación para la salud.

Otra deficiencia importante, es la forma en que se ha hecho llegar el nuevo concepto de salud a la población, pues hasta el momento sólo se ha “bajado la información”, y no ha existido una estrategia de concientización real que implique además de mensajes comunicacionales, acciones concretas que inviten a la comunidad a empoderarse de este nuevo paradigma. De esta manera lo que se requiere es crear estrategias de educación para la salud, término que encierra más que el sólo acto de informar.

4.2 DISTINTAS PERCEPCIONES: EL VALOR FUTURO DE LA SALUD

A continuación se presenta el siguiente artículo a modo de reflexión final, en torno al concepto de salud y de Promoción de la Salud. Si bien hemos revisado cabalmente todos los sustentos que dan forma a la Promoción de la Salud como política de Estado, existen algunos sectores que están repensando y haciendo importantes aportes a esta temática.

Lo que leeremos a continuación se basa en un artículo de edición especial de la OPS (2002) referido al valor futuro de la salud:

En el siglo XXI, la Promoción de la Salud encontrará nuevos aliados entre los consumidores, las comunidades e incluso, la industria. Pero, ¿Cómo se percibirá la salud?, ¿Como un recurso social, un artículo de consumo o la meta última de la vida?.

Un niño que nazca hoy, ¿Sobrevivirá y será un adulto sano en el 2050?, ¿Vivirá lo suficiente para llegar al 2102, cuando la Organización Panamericana de la Salud celebre su bicentenario?, ¿Qué opciones y elecciones tendrá en la vida el niño que hoy crece en un ambiente de escasos recursos o en un contexto propicio?, ¿Quién decide si vivirá o morirá, será sano o estará enfermo?.

Parte de la naturaleza misma de la salud es que la manera como actuamos hoy define el futuro. Pero cabe preguntarse: ¿Qué visión de la salud es la más prometedora para el futuro y guiará las acciones de salud pública a medida que avanzamos con ímpetu y firmeza?.

Las respuestas a estas preguntas no son fáciles, no sólo porque son especulativas, sino porque el contexto en el que las formulamos ha experimentado - y está experimentando - un cambio revolucionario. Por ejemplo, no nos queda más que especular acerca de las repercusiones futuras del progreso sin precedentes en la salud durante el siglo XX, que ha presenciado logros extraordinarios en la supervivencia infantil y la prolongación de la

vida. Todavía no podemos conocer los efectos en la salud de los cambios en la composición de la familia o en la naturaleza del trabajo. No podemos imaginar las consecuencias futuras de la epidemia mundial del SIDA, de los alimentos genéticamente modificados ni de la brecha creciente en la salud entre los países en diferentes partes del mundo.

No obstante, podemos aseverar que gran parte del desarrollo sanitario futuro dependerá de nuestras elecciones y decisiones con respecto a las políticas, cuyo alcance abarca mucho más que el sector de la salud. Estas decisiones giran en torno a una pregunta mucho más amplia, la pregunta política central del siglo XXI: "¿Cómo queremos vivir?".

El contexto en el cual meditamos acerca de estas y otras preguntas es en verdad extraordinario. Los cambios en curso en la salud pública, el bienestar y la biotecnología son lo suficientemente trascendentales para merecer el nombre de "revolución". Al mismo tiempo, el propio carácter de nuestra organización social también está cambiando, al pasar de las sociedades industriales a las basadas en los conocimientos que se caracterizan por una interdependencia mundial más intensa.

Aunque siempre cabe cierto escepticismo cuando se declaran las revoluciones, es evidente que tres tendencias sociales influyentes configurarán el futuro de la Promoción de la Salud: 1) la transformación epidemiológica, 2) las fuerzas económicas nuevas en materia de salud y 3) los avances en las ciencias de la vida. Todos ellos contribuirán a cambiar nuestra comprensión de la salud y las estrategias que apliquemos para garantizar y mejorar la salud de las personas y las poblaciones.

Las dos revoluciones

Las revoluciones rara vez surgen de la noche a la mañana; a veces es sólo en retrospectiva que nos damos cuenta de que han ocurrido. Las dos revoluciones de la salud pública que han cambiado la faz de la salud y las enfermedades en los siglos XIX y XX son el control de las enfermedades infecciosas mediante la adopción de medidas

para proteger la salud y la lucha consecuente contra las enfermedades no transmisibles mediante la modificación del comportamiento. Su evolución ha durado varios decenios. Como resultado de estas revoluciones, ha estado ocurriendo algo trascendental en muchas sociedades: las personas están gozando de una vida más sana y larga, y están participando progresivamente en la creación de la salud y la toma de decisiones sanitarias. Lo anterior ha dado lugar a una comprensión renovada y a una práctica nueva de la salud pública.

Hoy, la Carta de Ottawa para la Promoción de la salud, adoptada en una conferencia de la Organización Mundial de la salud, en 1986, se considera el inicio de una tercera revolución de la salud pública. Podemos ahora dirigir más la atención a la naturaleza de la salud y considerarla como un recurso para la vida. Ya podemos centrar las estrategias de Promoción de la Salud en el "aumento de la capacidad de salud ". En otras palabras el poder de decisión - de los individuos, las comunidades y sociedades enteras - es hoy el factor fundamental de la Promoción de la Salud.

La Carta de Ottawa define cinco esferas de acción esenciales: políticas públicas sanas, ambientes propicios, acción comunitaria, aptitudes personales y un sistema de salud reorientado. Los conceptos y estrategias de la Carta han sido confirmados recientemente por dos exámenes importantes de avanzada sobre la Promoción de la Salud y las investigaciones del comportamiento sanitario patrocinados por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 2000 y 2001. Estos informes llegan a la conclusión de que la acción futura en salud pública y la Promoción de la Salud se deben basar en un modelo ecológico y un enfoque ambiental social de la salud, que aborde los factores básicos que influyen en la susceptibilidad a una gran cantidad de enfermedades.

Una estrategia consiste en atender los factores determinantes de la salud, agregando la salud como un recurso valioso para las organizaciones sociales existentes aplicando lo que se ha dado en llamar el "enfoque de entornos". Es decir, promover los lugares de trabajo sanos y las escuelas sanas.

Una segunda estrategia es la elaboración de instrumentos y métodos que aborden los efectos en la salud de las políticas en ámbitos que no sean de la salud, responsabilizando así a un mayor número de actores públicos y privados sobre los efectos sanitarios de sus políticas. Esto incluiría el uso de declaraciones de impacto sanitario, similares a las declaraciones de impacto ambiental que en la actualidad exigen a menudo las leyes nacionales y locales.

Un tercer enfoque es reconocer que el alfabetismo sanitario y el capital social son importantes para el desarrollo social y piden inversiones en la comunidad. Esto se refleja en un fenómeno de los últimos años: los movimientos, cada vez más populares, a favor de las "ciudades sanas" y los "municipios saludables".

El desarrollo de una industria

No obstante, estas estrategias, como la propia Carta de Ottawa, no toman suficientemente en cuenta lo que se ha llegado a convertir en una de las tendencias sociales más reveladoras de hoy: la Promoción de la Salud como un producto en un mercado privado cada vez mayor de bienes y servicios sanitarios. En este escenario, el cambio estaría encabezado por el sector privado y por un gran número de consumidores que emprenderán una "revolución a favor del bienestar". Su meta será persuadir a las personas de convertirse voluntariamente en consumidores de salud para sentirse mejor, reducir los efectos del envejecimiento y evitar convertirse en consumidores del mercado de las enfermedades.

Los bienes y servicios que constituyen esta industria ampliada comprenden el mercado del bienestar, la cirugía plástica, los medicamentos para el modo de vida (como, para algunos, el viagra), y las vitaminas, los minerales y los alimentos naturales. También incluyen nuevos tipos de seguros de salud, que pagarían por servicios para promover la salud en vez de atender las enfermedades, y que reembolsarían los instrumentos y servicios que esta industria nueva tiene que ofrecer.

Algunos economistas estadounidenses ya consideran la industria asistencial de 1,3 billones de dólares como uno de los pocos factores decisivos de crecimiento en los años venideros. Se prevé que, en 2010, la atención de la salud represente el 16 por ciento de la producción económica de Estados Unidos; hay quienes opinan que en 2040 ascenderá hasta al 20 o 30 por ciento. Los cálculos indican que, tan sólo en dicho país, las ventas de la industria del bienestar ya han alcanzado aproximadamente 200 mil millones de dólares y que la meta es que en 10 años alcance 1 billón de dólares.

Para muchas industrias, la salud se ha convertido en un valor agregado activo ya sea como un argumento de ventas o en forma de suplementos y mejoras de productos. En resumen, la salud se vende. Dentro de esta perspectiva, aumentar el alfabetismo sanitario de los consumidores dándoles acceso a la información sobre la salud y los nuevos productos y servicios para la salud sienta las bases para algunas de las oportunidades empresariales más ambiciosas del futuro cercano.

A diferencia de las industrias del tabaco y el alcohol, por ejemplo, que hay que reglamentar para mitigar sus efectos adversos en los consumidores, la nueva industria del bienestar fomenta un movimiento de consumidores de productos y servicios saludables.

No obstante, todo esto plantea dudas graves acerca de la equidad. Mientras que la industria del bienestar está en auge, el sector de la salud pública se enfrenta a una escasez crítica de financiamiento público a escala local, nacional y mundial y al peligro de diferencias sanitarias que se agudizan. Mientras que las personas sanas y pudientes compran cada vez más productos y servicios que promueven la salud, los recortes en el presupuesto público no solo reducen la prevención y los servicios de educación sanitaria para el pobre (como la educación nutricional) sino también debilitan las salvaguardas públicas contra los bienes y servicios nocivos (como la publicidad y el acceso a las bebidas gaseosas y la comida chatarra).

Un desafío para el futuro de la Promoción de la Salud residirá en la creación de estrategias para interesar al sector privado en la salud de la población sin aumentar las desigualdades al convertirla en una cuestión estrictamente individual, sin responsabilidades sociales.

4.3 ¿EL VALOR ÚLTIMO DE LA VIDA?

Al irse convirtiendo la salud en una de las dimensiones que definen las sociedades modernas, un número creciente de problemas sociales se están explicando en función de la salud y resolviendo mediante el sistema sanitario. En el caso de problemas como la violación y otros tipos de violencia, esta tendencia es bien recibida ya que puede promover una respuesta más favorable para las víctimas. Pero en otros casos, la tendencia es más peligrosa, llevándonos a aplicar un enfoque médico ordinario a la adaptación y funcionamiento sociales, a menudo con soluciones neurofarmacológicas. En particular, en el campo vasto de la salud mental, la frontera entre la prevención y el tratamiento, entre las normas sociales y las prescripciones médicas, es cada vez más difícil de trazar. El uso generalizado de la ritalina para tratar a los escolares estadounidenses es un ejemplo típico.

Incluso, abordar los factores determinantes sociales puede colocar a la Promoción de la Salud en la categoría del control social. En muchas estrategias de salud pública se lucha constantemente por lograr un equilibrio entre garantizar la salud de la población y proporcionar opciones. En efecto, el enfoque de las capacidades humanas estipula explícitamente que el individuo debe tener la libertad de elegir no funcionar.

La interrogante más grande, tanto en materia de salud pública como en el mercado de la salud, será el precio social, político y financiero que estarán dispuestas a pagar las personas y las comunidades para mejorar la salud a nivel local y mundial. Aunque puede parecer benigno comprar mejor salud al afiliarse a un club de bienestar o elegir suplementos alimentarios, ¿Puede decirse lo mismo de comprar hijos más sanos y

mejores?, aunque en apariencia es apropiado empeñarse en obtener más salud, ¿No debemos considerar también críticamente los límites de ese anhelo?.

En su análisis de las consecuencias de la revolución biotecnológica, Francis Fukuyama (citado por Terris, 1991: 97) señala que la ingeniería genética plantea un reto no sólo a nuestras premisas acerca de la naturaleza humana, sino también de la democracia, que se fundamenta en el principio de que todos somos iguales. ¿Qué pasaría si, en un mercado no reglamentado, tengo los medios para comprarle a mi hijo (cuyo sexo quizás seleccioné) más inteligencia mediante la ingeniería genética en vez de que pague un curso especial para que pase las pruebas de ingreso a la universidad?, ¿Qué nuevas desigualdades agregaremos?

Estos ejemplos indican que el futuro de la Promoción de la Salud reside en el desarrollo social, económico y científico, que la Carta de Ottawa no fue capaz de considerar. Pero la Carta puede proporcionar una visión y orientación a estos nuevos debates profundamente humanitaria y propicia a la equidad, arraigadas firmemente en la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. En la Promoción de la Salud siempre se ha sostenido que la salud es un concepto social, un proceso para dar poder de decisión, no un fin en sí mismo.

Las posibilidades para mejorar la salud pública son sustanciales en los albores del siglo XXI. Pero la tarea de mejorar el control que tienen las personas de su salud es más difícil y obliga a formular preguntas éticas acerca de la salud y su función en la sociedad moderna. Las respuestas no serán obvias ni fáciles dada la presión de los mercados y las tecnologías nuevas. Para promover la salud hay que estar dispuesto a poner en tela de juicio el valor último de la salud y cuestionar el valor de una vida sin enfermedad, muerte y dolor.

II PARTE
MARCO REFERENCIAL

CAPITULO 5

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CHILE

Chile a desarrollado el gran desafío de desarrollar una política de Estado en Promoción de Salud, de carácter intersectorial y participativo, que tiene como fin lograr estilos de vida y ambientes más saludables. Para ello requiere del compromiso activo y real de la sociedad chilena para la construcción de una sociedad más sana. Es por ello que se trabaja por una política de Estado que beneficie a todos los ciudadanos sin distinción, que cuente con los elementos legislativos y financieros adecuados que trascienda a los gobiernos de turno.

Para esto, se creó el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud con la imagen corporativa VIDA CHILE, organismo de carácter intersectorial presidido por la Ministra de Salud e integrado por veintiocho instituciones nacionales. El consejo, está constituido por Decreto Supremo, y es el responsable de dar asesoría a los Ministerios y Gobiernos Regionales y Locales, para favorecer la ejecución de los Planes de Promoción de Salud, ordenar los esfuerzos destinados a la creación de estilos y ambientes saludables e impulsar la formulación de políticas públicas saludables (Consejo Nacional para la Promoción de la salud VIDA CHILE, 2000).

5.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO POLÍTICA DE ESTADO

La salud, cuya protección es uno de nuestro derechos constitucionales, es también un bien social y cultural que se construye cotidianamente en todos los espacios sociales. Es una tarea en que estamos comprometidos todos, población y gobierno, pues el Estado no puede promover ni cuidar la salud de la población sin la participación de la sociedad.

Esta nueva visión de la salud amplía sus campos de acción a todo aquello que incide en el bienestar individual, familiar y colectivo y en las condiciones de vida en general:

alimentación, empleo, educación, cultura, vivienda, medio ambiente, entre otros. En este sentido, promover la salud significa modificar en las personas y comunidades la manera de pensar los conocimientos y las conductas relativas a su salud y a la de los demás, así como su relación con el medio ambiente.

Actualmente el comité VIDA CHILE es presidida por la Ministra de Salud María Soledad Barría, y está conformada por:

Asociación Chilena de Municipalidades

Carabineros de Chile

Cámara Nacional de Comercio y Servicios de Chile

Comisión Nacional del Medio Ambiente-CONAMA

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes-CONACE

Fondo de Solidaridad e Inversión Social-FOSIS

Cruz Roja Chilena

Fundación Integra

Instituto Nacional del Deporte- Chile Deportes

Instituto Nacional de la Juventud- INJ

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile-INTA

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas-JUNAEB

Junta Nacional de Jardines Infantiles-JUNJI

Ministerio de Agricultura (MINAGRI)

Ministerio de Defensa

Ministerio de Educación (MINEDUC)

Ministerio del Interior

Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN)

Ministerio de Salud (MINSAL)

Ministerio Secretaría General de Gobierno (MINSEGGOB)

Ministerio Secretaría General de la Presidencia

Ministerio Servicio Nacional de la Mujer-SERNAM

Ministerio del Trabajo y Previsión Social/Instituto de Normalización Previsional-INP

Ministerios de la Vivienda, Urbanismo y Bienes Nacionales (MINVU)

Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS

Servicio Nacional del Adulto Mayor-SENAMA

Servicio Nacional del Consumidor-SERNAC

Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias

El Consejo VIDA CHILE definió metas intersectoriales que han sido recogidas como parte de la Reforma a la Salud en los Objetivos Sanitarios al 2010. Esta definición ha sido el principal estímulo para avanzar en el trabajo intersectorial, lográndose avances sostenidos con instituciones públicas que conforman el Consejo. Así destacan JUNJI, JUNAEB e INTEGRAL y el Ministerio de Educación, con los avances en la acreditación de Escuelas Saludables; Chile Deportes y el Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Chile en el trabajo por promover la Actividad Física, particularmente expresado en la Guía para Una Vida Activa; la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias y red de salud en la creación de ambientes libres del humo de tabaco, el Ministerio Secretaría General de Gobierno a través de la División de Organizaciones Sociales (DOS), en los acuerdos sobre participación ciudadana, el trabajo con la CONAMA, el Ministerio de Vivienda, Urbanismo y Bienes Nacionales, en el área de recuperación de espacios públicos, concretadas como las Plazas VIDA CHILE y el aporte en la formación de recursos humanos por parte de ONG y Universidades.

En los congresos chilenos de Promoción de la Salud de 1999 y 2002, las autoridades políticas y legislativas, junto con representantes de sectores públicos y privados, científicos, artísticos, comunitarios y sociales, suscribieron el acta de Huechuraba, expresando el consenso que los actores de la sociedad chilena tienen sobre el concepto de Promoción de Salud, de preservar al individuo sano y mejorar la calidad de vida de la población, considerando un bien social de carácter universal.

El ex - Presidente de la República Señor Ricardo Lagos Escobar se comprometió con esta política, al respaldar el Plan Estratégico intersectorial del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE y hacer explícita a la ciudadanía las metas

comprometidas al año 2010, señalando al país: *“La forma más segura de alcanzar la equidad en salud es evitando la enfermedad, poniendo al alcance de todos, los conocimientos e instrumentos que permitan mantener sana a la población. Por eso, nuestro compromiso es reforzar la salud pública de modo de actuar integralmente en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad”*.

Los objetivos del plan de promoción de salud para el país son: detener la explosión de los factores de riesgo, desarrollar los factores protectores de la salud de carácter psicosocial y ambiental, fortalecer los procesos de participación ciudadana y consolidación de redes sociales, reforzar el rol regulador del estado sobre las condicionantes de la salud, aportar a una nueva política pública de salud y calidad de vida.

Las metas de promoción han sido establecidas por el Consejo VIDA CHILE a través de un consenso social e intersectorial, basado en el diagnóstico de la situación del país, el aporte de las revisiones sistemáticas de la literatura, consulta a expertos, análisis de tendencias estadísticas y de las experiencias.

Objetivos y metas VIDA CHILE

El objetivo gubernamental político para el 2010 es el progreso de la Política de Estado de Promoción de Salud de carácter intersectorial y participativo, que fomente el cambio de las formas de vida, genere ambientes saludables e implique activamente a la población. Como producto de esta política se elaboró el Plan Estratégico de Promoción de la Salud con los siguientes objetivos:

- Detener la explosión de los factores de riesgo.
- Desarrollar los factores protectores de la salud de carácter psicosocial y ambiental.

- Fortalecer los procesos de participación ciudadana y consolidación de redes sociales.
- Reforzar el rol regulador del Estado sobre las condicionantes de la salud.
- Crear una nueva política pública de salud y calidad de vida.

La determinación de los objetivos y las metas, responden a un proceso que incluyó el estudio de viabilidad desde la perspectiva técnica, política y social y termina con la definición de metas de impacto sobre los factores de riesgo (obesidad, sedentarismo y tabaquismo) y los factores protectores (psicosociales y ambientales), con indicadores para los grupos de población objetivo y con metas de proceso referidas a coberturas de actividades, cumplimiento de objetivos de los planes y resultados de intervenciones (Salinas et al., 2002:29).

Las metas intersectoriales a nivel nacional han sido incorporadas por el Ministerio de Salud en los objetivos de la Reforma de Salud y son las metas del Plan Nacional de Promoción de la Salud. Estas metas son ajustadas a las realidades locales, dando paso a los Planes regionales y comunales de Promoción de Salud. *“Las bases de los planes se encuentran en la promoción como acción de salud, con el fin último de disminuir las necesidades de asistencia sanitaria, una vez que la salud se ha perdido temporal o definitivamente. Se trata de una política proactiva que busca anticiparse a la ocurrencia de los problemas, más que un conjunto de acciones reactivas a ellos y adoptando la visión de la OPS de la salud basada en la equidad y la solidaridad que renuevan su valor como elemento indispensable del desarrollo humano”* (Plan regional de Promoción, 2001:5).

CUADRO 1. METAS NACIONALES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD AL 2010

CONDICIONANTE	METAS	2000	2010
OBESIDAD/ ALIMENTACION	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	16%	12%
	Disminuir la prevalencia de obesidad en 4 puntos porcentuales embarazadas	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 DE HUMO DE TABACO	Disminuir prevalencia de tabaquismo en 7 punto porcentuales en escolares de 8° básico.	27%	20%
	Disminuir prevalencia de tabaquismo en 5 puntos porcentuales en mujeres en edad fértil.	45%	40%
	Disminuir prevalencia de tabaquismo en 10 puntos porcentuales en población general.	40%	30%
PARTICIPACION ASOCIATIVIDAD	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 a nivel comunal.	--	100% comunales
	Acreditar Establecimientos de Educación como Promotores de la salud.	--	50% Est. Educ
	Acreditar lugares de Trabajo Saludables	--	100 empresas

Fuente: Ministerio de Salud. Planes comunales de Promoción de la Salud 2004. Santiago Chile

Para la consecución de tales metas, el Plan Nacional de Promoción se basa en la fortificación de los factores protectores: alimentación saludable, actividad física, ambientes libres del humo y del tabaco, asociatividad y redes sociales, y también la

preocupación por los factores ambientales. Las estrategias de promoción de comprobada efectividad son: educación, comunicación, participación, abogacía e intersectorialidad.

5.2 PRIORIDADES Y ESTRATEGIAS NACIONALES EN PROMOCIÓN

Las prioridades que se presentan a continuación responden a la importancia que han adquirido los problemas de salud pública en el país. Estos son: las enfermedades cardiovasculares, los daños en salud mental, los accidentes y el cáncer, producto del cambio en el perfil epidemiológico, demográfico y nutricional de nuestro país.

CUADRO 2. PRIORIDADES Y ESTRATEGIAS NACIONALES EN PROMOCIÓN DE SALUD 2000-2010

PRIORIDADES SANITARIAS	PRIORIDADES DE ACCION CONDICIONANTES DE LA SALUD	ESTRATEGIAS
Cardiovasculares Salud Mental Accidentes Cáncer	Alimentación Actividad Física Tabaco Factores Protectores Psicosociales Factores Protectores Ambientales	Nacionales: Comunicación Educación y Desarrollo RR.HH Participación y Asociatividad Reorientación Servicios de Salud Regulación Locales, Espacios Saludables: Establecimientos de educación Lugares de Trabajo Comunas, barrios, comunidades. Temáticas Tabaquismo Obesidad Sedentarismo

Fuente: Ministerio de Salud. Avance de gestión 2002. Santiago Chile

Las prioridades han sido formuladas en relación a las probabilidades de éxito que tienen las acciones delineadas por las estrategias. Esto depende de la estructuras e instituciones existentes, nacidas de la rica variedad de experiencias y recursos que la nación adquiera, de la singularidad de la cultura, de la tolerancia, de la relevancia que se le dé a la familia, los grupos y la comunidad.

La Promoción de la Salud va a depender de las acciones realizadas por los miembros de la comunidad, con el objetivo de modificar los factores esenciales ambientales y de comportamiento. Las estrategias que garantizarán la comprensión, planteamiento y ejecución de las actividades de promoción, que se adhieren a los principios en salud, comprenden:

- Información y Comunicación Social.
- Educación y desarrollo de recursos humanos.
- Participación social.
- Reorientación de los servicios de salud.
- Legislación.

Estrategias de acción nacional

Legislación: Respecto a la formulación de normas públicas saludables debemos considerar que el derecho a la protección de la salud es un resguardo constitucional establecido en la Constitución Política de 1980 (citada en www.sso.cl/legislacion.htm). Este derecho señala: “El estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”. El código sanitario (ibid) normaliza en forma general los elementos relacionados con la salud pública. Así incluye en su libro primero “De la protección y Promoción de la Salud”, aspectos tales como: la protección materno infantil, de la higiene y seguridad del ambiente y de los lugares, de los factores de riesgo etc.

Referente a las prioridades del Plan Nacional de Promoción de Salud, se hará mención a las principales leyes que se han dictado:

Tabaco: Ley 19.419 de 1995 establece: *“Se prohíbe, respecto de los menores de 16 años de edad, el ofrecimiento, distribución o entrega a título gratuito por empresas productoras, distribuidoras, comercializadoras u otras, de los productos señalados en el artículo 1º, en los lugares o sitios públicos o de libre acceso público y, en especial, los indicados en el artículo 7º”* (ibid).

Actividad física: En su artículo 2º señala *“Es deber del estado crear las condiciones necesarias para el ejercicio, fomento, protección y desarrollo de las actividades físicas y deportivas, estableciendo al efecto una política nacional del deporte orientada a la consecución de tales objetivos. El Estado promoverá las actividades anteriores a través de la prestación de servicios de fomento deportivo y de la asignación de recursos presupuestarios, distribuidos con criterios regionales y de equidad, de beneficio e impacto social directo, que faciliten el acceso de la población, especialmente niños, adultos mayores, discapacitados y jóvenes en edad escolar, a un mejor desarrollo físico y espiritual”* (ibid).

Alimentación: El reglamento sanitario de los alimentos, aprobado por Decreto supremo Nº 977 en 1996, del Ministerio de Salud, explicita en el artículo 1º *“Este reglamento establece las condiciones sanitarias a que deberá ceñirse la producción, importación, elaboración, envase, almacenamiento, distribución y venta de alimentos para uso humano, con el objeto de proteger la salud y nutrición de la población y garantizar el suministro de productos sanos e inocuos”*(ibid).

Ambiente: La ley Nº 19.300 regula el derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación, la protección de este, la preservación de la naturaleza y la conservación del patrimonio ambiental, sin perjuicio de lo que otras normas legales establezcan sobre la materia (ibid).

Participación: La ley 19.418 aprobada por Decreto Supremo N° 58 de 1997 del Ministerio del Interior sobre Juntas de Vecinos y demás organizaciones comunitarias, posibilita el derecho de asociación y propulsa el desarrollo de las organizaciones. La Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades obliga a constituir el Fondo de Desarrollo Vecinal dedicado a colaborar con el financiamiento de las organizaciones. El país cuenta además con un instructivo Presidencial de Participación Ciudadana (Ord.del Gab. Pres. 030. del 07 de diciembre 2000).

Reorientación de los servicios de salud: En la reorientación de servicios con fines de Promoción de Salud, se debe contemplar un cambio profundo en la idea y práctica de salud. Así se hace urgente que los Servicios de Salud actúen y renueven sus estrategias, ajustándola al actual perfil epidemiológico. Esto supone incorporar nuevos enfoques, como lo son el de salud familiar, ciclo de vida y de género (Albala et al.,2004:40).

“Esta línea de acción ha tenido un desarrollo incipiente y ahora tiene una oportunidad con la Reforma de Salud, a través de la implementación de un Modelo de Atención con énfasis en la prevención y promoción, mediante el rediseño de los programas de salud, la incorporación de consejerías en estilos de vida saludables, talleres educativos con usuarios de la atención primaria y la ampliación de las estrategias poblacionales de promoción” (ibid).

Participación social: Respecto a fortalecer a las comunidades para promover el bienestar, se debe entender que la Promoción de la Salud debe construirse en base a las acciones comunitarias, son las comunidades quienes en una primera instancia deben recibir información y las herramientas necesarias con el objetivo de mejorar su salud y bienestar. Luego se debe impulsar la creación de relaciones de cooperación, el ejercicio de la responsabilidad social en salud, la constitución de distintos espacios y canales de participación, por ejemplo, los Comités VIDA CHILE comunales con representación de organizaciones comunitarias y la participación de organizaciones a través del Programa Salud con la Gente (ibid).

Educación y desarrollo de recursos humanos: *“La educación es entendida como un proceso interactivo que entrega herramientas valóricas, actitudinales, cognitivas y conductuales que permitan a las personas desarrollar y potencializar capacidades para actuar en beneficio de la salud personas, familiar y colectiva, con miras a conseguir bienestar común y una mejor calidad de vida. Este proceso es de interacción recíproca en donde cada persona influye a la otra, y no se basa en un proceso de recepción unidireccional”* (ibid:39).

Información y Comunicación Social: Se juzga que los medios de comunicación, en toda su diversidad, deberán participar en esta cooperación; deberán aportar su poder e influencias para la formulación de normas y programas que tengan impacto en la salud de la población. Es indispensable establecer una relación recíproca entre los medios de comunicación y los sectores relacionados con la salud para garantizar el libre flujo de la información referente a los temas de salud, para favorecer la interacción y respuestas y sugerencias de la comunidad.

El Plan Nacional de Promoción de Salud y VIDA CHILE han realizado durante cinco años las Campaña Comunicacional “Construyendo un país más saludable” dirigida a estratos medios y populares. La intención fue contribuir a la sensibilización y participación de la ciudadanía en la Promoción de la Salud, con acento en la sana alimentación y la vida activa. Se llevo a cabo a través de cuñas radiales en emisoras nacionales y cobertura en prensa nacional. Los beneficiarios de actividades comunicacionales se han incrementado desde tres millones de personas en el año 1999 a cinco millones y medio en el año 2003.

Estrategias de acción local

En la acción local se han priorizado intersectorialmente los espacios de establecimientos de educación, lugares de trabajo y comunas. Se han relevado estos espacios debido a que constituyen espacios de interacción social frecuentes para todo ciudadano, en donde se construyen imaginarios sociales y se comparten experiencias en común.

Escuelas Promotoras de la Salud: La implementación de la estrategia de establecimientos de educación promotores de la salud (pre-escolar, básica y media) se inserta en los Planes Comunales de Promoción y tiene asesorías metodológicas, que contienen pautas, criterios y procedimientos de acreditación que se aplican a través de los Consejos VIDA CHILE comunales.

Esta estrategia es integradora ya que convoca a toda la comunidad educativa (profesores, alumnos, padres y comunidad) y se plantea efectuar normalmente actividades curriculares y extracurriculares sobre tres o más condicionantes de salud.

Esta estrategia se propone como objetivos (ibid:40):

- Establecer condiciones y conductas para el desarrollo integral de la comunidad educativa.
- Estimular la integración transversal de contenidos de salud en lo curricular.
- Estimular la participación y uso de recursos comunitarios para la Promoción de la Salud.
- Impactar en la prevalencia de factores de riesgo y condicionantes de la salud.

Lugares de Trabajo Saludables: Definido como *“lugar que promueve el bienestar familiar y social de los trabajadores mediante la protección de riesgos-mecánicos, físicos, ambientales y psicológicos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral”* (MINSAL,1998). Sus objetivos son:

- Promover capacidades en empresarios y trabajadores para adoptar políticas favorables a la salud.

- Fortalecer el intercambio y acercamiento entre el sector salud, empresas y trabajadores.
- Crear redes de apoyo entre empresas, comunidades y otros sectores.
- Fomentar el espacio laboral como fuente de salud.
- Impactar en la prevalencia de los factores de riesgo y condicionantes de la salud.

Comunas y Comunidades Saludables: Los Planes Comunales de Promoción de Salud son instrumentos que guían la acción local, contemplan actividades de Promoción de la Salud hacia las personas y el medio ambiente con equipos de salud, educación y otros sectores, organizaciones sociales, comunitarias, organismos no gubernamentales, universidades y entidades privadas vinculadas a la salud y calidad de vida. La conducción intersectorial es responsabilidad del Comité VIDA CHILE comunal (MINSAL,2001).

Los objetivos vinculados son los siguientes:

- La adopción de estilos de vida saludables y creación de compromisos ciudadanos con la creación de espacios saludables.
- Movilizar recursos comunitarios e institucionales para la acción intersectorial de promoción.
- Acondicionar la red asistencial local incorporando acciones de prevención y promoción.

Estrategias temáticas

Se han elaborado una serie de estrategias para poder alcanzar las metas, en tabaquismo, obesidad y sedentarismo. Las cuales se recapitularán a continuación.

Tabaquismo: Para afrontar el tabaquismo y prevenir el consumo de tabaco, se deben continuar desplegando 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, es prioritario implementar el Programa Ambientes Libres del Humo de Tabaco, con acciones en los hospitales y consultorios, establecimientos de educación, instituciones públicas y privadas, centros laborales, municipios, lugares de atención al público y hogares. También, en algunos establecimientos de salud se puede comenzar 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. 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 estrategias de acción a implementar en este tema (Albala et al.,2002:42).

Obesidad: Las metas de obesidad están destinadas a modificar aquellas conductas perjudiciales para el organismo que favorecen el desarrollo de la obesidad. Para ello se trabaja con los distintos grupos etáreos comenzando por la población infantil, guiado por JUNJI, INTEGRRA y MINEDUC. A la vez se han reformulado los programas alimentarios nutricionales (PNAC, PACAM, PAE), que fueron diseñados para la desnutrición, readecuándolos a la actual situación de nutrición del país, caracterizada por el incremento explosivo de la obesidad en niños pre-escolares y escolares. En la atención primaria de salud se realizan intervenciones educativas para evitar la obesidad en grupos específicos, como son los niños y embarazadas. En el campo de las políticas públicas para consumo de alimentos sanos, se ha incentivado la producción,

comercialización y consumo de verduras, legumbres, frutas y pescado, así como también de alimentos lácteos sin grasa y aceites vegetales (ibid).

Sedentarismo: El sedentarismo se configura como el principal factor de riesgo comunitario para gran parte de las enfermedades crónicas. Es uno de los factores de riesgo para la salud con mayor prevalencia, y a pesar de tener un menor riesgo relativo para las más diversas enfermedades, acaba por tener un riesgo comunitario superior.

Esto significa, que se observa una mayor disminución de la morbilidad y la mortalidad, si se disminuye la prevalencia del sedentarismo. Para combatir éstas problemáticas se han delineado las siguientes estrategias (ibid):

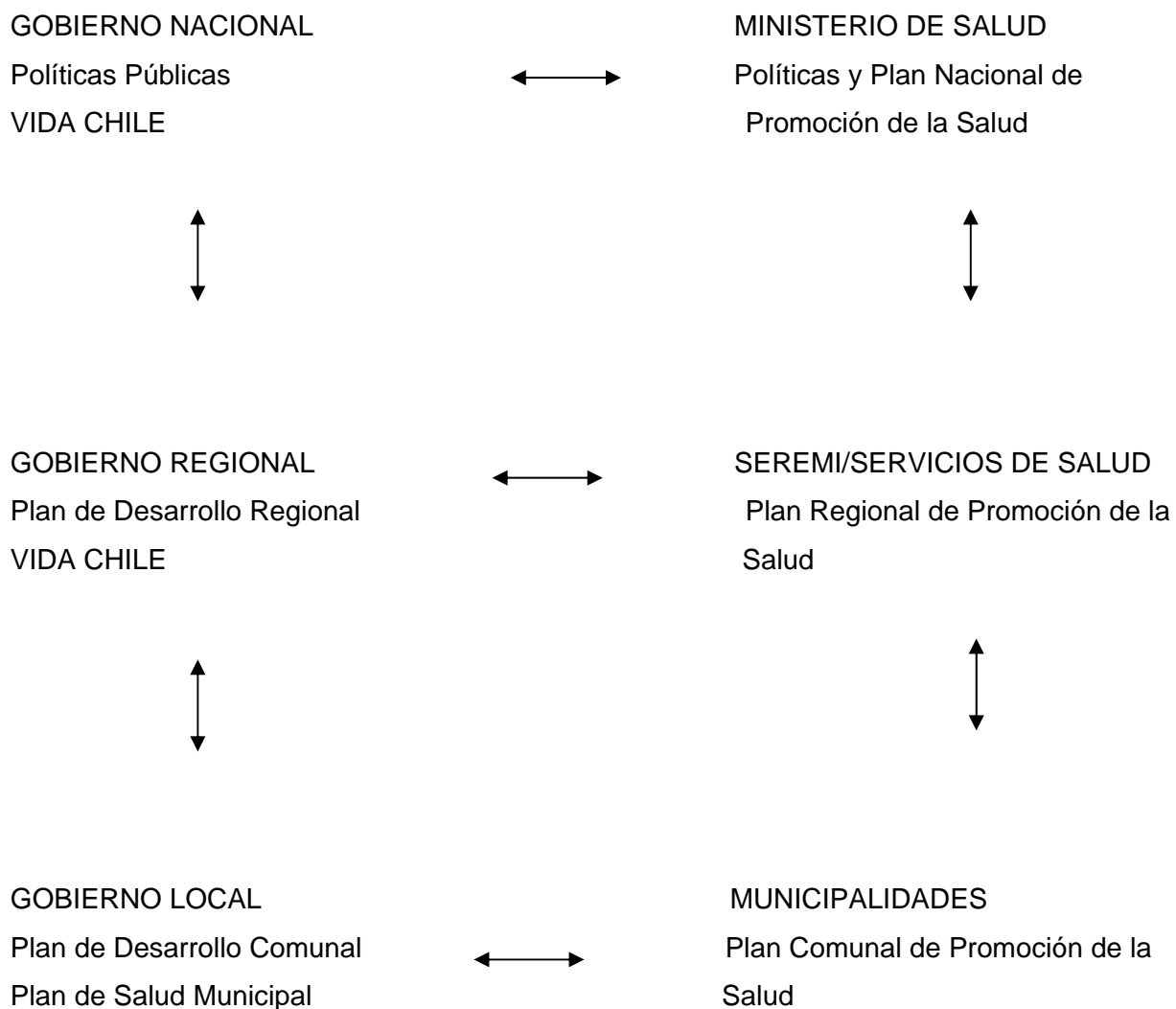
- Campaña de Comunicación social para la Vida Activa.
- Difusión de la Guía de Vida Activa para la población Chilena.
- Plazas VIDA CHILE y recuperación de espacios públicos (caminatas, competencias recreativas, etc.).
- Incorporación de actividad física en escuelas, lugares de trabajo, consultorios y comunidad.
- Políticas de educación, deportes y desarrollo urbano-regional para incentivar la Vida Activa.

5.3 GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE SALUD

El Plan Nacional de Promoción de la Salud se crea a base de los requerimientos locales/regionales que representen la situación de salud del país. Su carácter es descentralizado, tanto en la formulación y asignación de recursos a las comunas. El Plan cuenta con un monitoreo técnico financiero trimestral; y se efectúa una evaluación anual cuali-cuantitativa. Otras formas de evaluación, son los estudio específicos, como por ejemplo la Encuesta de Calidad de Vida realizada en noviembre del 2000, y que será repetida cada cinco años.

La gestión se desarrolló en los espacios locales comunales, y estuvo a cargo de los Municipios quienes propulsaron un proceso de participación social, intersectorial. De esta forma los municipios asumen la ejecución del presupuesto sectorial a través de convenios con el Servicio de Salud. Esta gestión intersectorial cuenta con un modelo de monitoreo y evaluación a nivel local, regional y a nivel país. De esta manera el comité intersectorial comunal adopta la imagen corporativa VIDA CHILE que representa una marca registrada que parte del Consejo Nacional para la Promoción, esto significa el reconocimiento legal de los comités y fomenta el intercambio de experiencias con otros sectores .

**CUADRO 3. ORGANIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE SALUD A TRAVÉS DE CONSEJOS
VIDA CHILE**



Fuente: www.minsal.cl/VIDACHILE

Encuesta de Calidad de Vida y Salud

Como se hacía mención, para la evaluación de los cambios observados en la población y el avance respecto a las metas comprometidas, se realizó la Encuesta de Calidad de Vida y Salud a fines del año 2000, mediante un acuerdo INE-MINSAL, permitiendo construir una línea base de promoción con la percepción de la población, la que se continuará aplicando cada cinco años con el fin de observar la evolución y los cambios en las condicionantes de salud comprometidas ante el país (Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile 2000).

Consideramos de relevancia exponer de modo sintético los resultado de la Encuesta a modo de tener una noción general del estado de salud de los chilenos.

La metodología estuvo concentrada en las áreas temáticas de la salud tales como, calidad de vida, estilos de vida y entorno, daño crónico y discapacidad, daño agudo y accidentes. Los módulos se dividieron en formularios de salud familiar (incluye, daño crónico y discapacidad; daño agudo y accidentes), salud individual (incluye, estilos de vida y entorno, fecundidad y dolor).

En los distintos aspectos evaluados se percibe un nivel bueno de satisfacción, con excepción de la “cantidad de dinero que gana” y la “cantidad de diversión que tiene en la vida”.

Las mujeres perciben un menor nivel de satisfacción especialmente en la “diversión”, “bienestar mental (emocional)”, “condición física” y “salud”. Tienen mejor satisfacción en el trabajo. La satisfacción es mayor en las personas de mayor nivel socioeconómico.

Los resultados obtenidos reflejaron una sociedad que se percibe con una satisfacción promedio buena, pero en el mínimo, con alta frecuencia de estrés y desigualdad por nivel educacional.

Es necesario profundizar en el estudio de las variables que inciden en la satisfacción con la vida y su relación con salud. Por ejemplo uno de los aspectos más relevantes de la encuesta es la prevalencia de la obesidad, el sedentarismo y la hipertensión que sufren los ciudadanos. La sociedad chilena, es una sociedad que no hace deporte, que fuma, bebe y no cuida su peso y su alimentación, *"Estamos frente a un adulto en muy mal estado de salud para enfrentar su propio futuro. Esto va a llevar a una adultez mayor muy deteriorada y, por lo tanto, será un sujeto improductivo, quejoso, demandante de salud y una carga para la sociedad. Es decir, un verdadero impacto económico que puede frenar el desarrollo nacional"* (citado en www.pediatria.cl).

De hecho, el envejecimiento y la mayor expectativa de vida de la población nacional - 75años- constituyen un desafío a nivel de salud pública, más aún considerando que gran parte de las patologías detectadas en los estudios tienden a concentrarse a edades mayores.

CAPITULO 6

BASES EPIDIMEOLÓGICAS DE LA PROMOCIÓN

“América Latina ha experimentado una rápida transición demográfica, epidemiológica y nutricional en las tres últimas décadas. Es así como se ha producido una mejoría en los niveles socioeconómicos y en los indicadores de desarrollo humano tales como la educación, la mortalidad infantil, las expectativas de los estilos de vida, etc. como evidencia del cambio de perfil epidemiológico y los problemas nutricionales asociados. La velocidad de estos cambios varía en función de la demografía y la industrialización. Para la mayor parte de los países de la Región la consecuencia común ha sido el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles”(Albala et al., 2004:50).

6.1 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

La demografía es “la ciencia que tiene por objeto el estudio del volumen, estructura y desarrollo de las poblaciones humanas desde un punto de vista principalmente cuantitativo. La población se transforma por la acción de dos componentes llamados naturales (la fecundidad y la mortalidad), y de la migración a través de las fronteras del territorio” (Pérez, 2003:3).

La población del globo está creciendo actualmente a tasas de 1,3% anual, esto quiere decir que se suman alrededor de 80 millones de personas al año. Lo importante es destacar que la humanidad ha dejado atrás, hace ya algunos años, las máximas tasas de crecimiento demográfico, que en algún momento fueron superiores al 2% anual, siendo del orden del 3% en América Latina, a principios de los años sesenta (op cit).

Lo que hoy experimentamos es un envejecimiento demográfico. Según la llamada “Transición Demográfica”, en un comienzo, pese a la disminución de la mortalidad en general y muy especialmente de la infantil, propiciada por la revolución industrial, (vacunaciones, higiene, mejoría de las condiciones de vida, etc.) las poblaciones

siguieron manteniendo una tasa alta de fecundidad inercial, de modo que se produjeron importantes incrementos de población muy rejuvenecida. Posteriormente, habría aparecido la adaptación-minoración de la fecundidad a la nueva situación, sobre todo la infantil, lo que habría originado el fenómeno de poblaciones con escaso crecimiento y envejecimiento progresivo. Hoy en día, además de los aumentos obvios de la esperanza de vida por el paso del tiempo, se observa que 1) cuando las personas son pobres mueren más jóvenes y que cambios pequeños en la renta per cápita producen importantes expectativas sobre la esperanza de vida, y 2) las mayores ganancias en años de esperanza de vida del Siglo XX se deben, principalmente, a los avances de la salud pública, a la prevención de enfermedades, a las condiciones y estilos de vida (Ortega, 2002:33).

El envejecimiento de la población es una de las más importantes expresiones de la transición demográfica, que es producto del descenso fuerte de las tasas de natalidad reduciéndose la proporción de niños y jóvenes en la población, lo que tiene como complemento necesario un incremento creciente del peso relativo de los adultos mayores. El explosivo incremento de los mayores está muy ligado a la baja sostenida de la mortalidad y el aumento de la longevidad, entendida como la capacidad de sobrevivir de un año a otro, gracias a los progresos en medicina preventiva y curativa, al descubrimiento y mejora de los medicamentos y vacunas, a la adopción de medidas sanitarias, entre otras. Específicamente en el caso chileno las personas de 60 años y más aumentarán siete veces y media en el Siglo XX y se duplicarán en los 21 años siguientes. Actualmente representan el 10% de la población. A comienzos del año 2035 los adultos mayores superarán en número a los jóvenes (Enfoques Estadísticos N°8, 2000) .

6.2 TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La epidemiología es la ciencia sanitaria encargada de identificar y medir la salud y la enfermedad en una población. Es una ciencia etiológica, es decir, encargada de la causa de los hechos y se relacionan con los factores de riesgo y prevención a los cuales está expuesto y que desarrolla una población. La transición epidemiológica es el resultado de las variaciones comportamentales de los patrones de morbimortalidad y fecundidad, que producen cambios en la estructura poblacional, debido al cambio de las causas de muerte y enfermedad. Laurenti (2004) explica la transición como una evolución gradual de los problemas de salud caracterizados anteriormente por alta morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades infecciosas y que hoy da paso a la existencias de enfermedades crónicas no transmisibles.

En los años 50 y 60 el perfil epidemiológico estaba caracterizado por las enfermedades infecciosas, por lo tanto todas las políticas de salud estaban enfocadas a trabajar entorno a esta situación, y los hospitales estaban contruidos para atender a ese tipo de enfermos. Hoy en día ha mudado el perfil epidemiológico, puesto hoy la población padece de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, además de incrementarse el número de accidentes.

Las principales características de cada etapa de transición epidemiológica se observan en el siguiente cuadro.

CUADRO 4. ETAPAS Y CARACTERÍSTICAS DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Pretransición	Transición	Postransición
Población joven	Urbanización	Predominio ECNT
Problemas del medio ambiente	Envejecimiento	Congénitas metabólicas
Ruralidad	Aumentan Factores de riesgo de ECNT	Salud mental
Enfermedades materno infantiles	Coexistencia de enfermedades transmisibles, ECNT y accidentes	Accidentes
Enfermedades Transmisibles		

Fuente: Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud, 2004.

“En Chile la transición epidemiológica ha ocurrido con una velocidad impresionante. Los indicadores biomédicos de Chile en la década de los 60 igualó a los de muchas regiones de Latino América, es decir, altas tasas de mortalidad materna-infantil y alta prevalencia de enfermedades infecciosas y desnutrición. En los recién pasados 90, la nutrición chilena y la situación de salud aparece completamente diferente. El escenario actual es una TMI de 10/10000 nacidos vivos en 1998” (Albala et al.,2004:52).

6.3 TRANSICIÓN NUTRICIONAL

La transición nutricional integra los procesos de Transición Demográfica y Epidemiológica. De acuerdo con Popkin (citado en, Revista electrónica de Nutrición NºXXI 2005: Obesidad desde la Infancia, www.inta.cl) es un proceso de modificaciones

secuenciales en el patrón de nutrición y consumo, que acompañan los cambios económicos, sociales y demográficas, y del perfil de salud de la población.

Los estudios confirman la creciente magnitud de la obesidad en los niños, adolescentes y mujeres en edad reproductiva. Las determinantes de esta situación son los estilos de vida sedentarios y el consumo de una dieta inadecuada de gran densidad energética, lo que produce enfermedades crónicas, como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. De esta manera podemos corroborar que la obesidad y las otras dolencias mencionadas no son solamente un problema presente solamente en los países desarrollados, y predominan cada vez más en países subdesarrollados y en los estratos populares menos favorecidos.

En el siguiente cuadro se describen las etapas de transición nutricional.

CUADRO 5. ETAPAS Y CARACTERÍSTICAS DE LA TRANSICIÓN NUTRICIONAL

	Pre transición	Transición	Post Transición
Dieta	Cereales Tubérculos Vegetales Frutas	Aumento Azúcar Grasas y alimentos procesados	Contenido alto de grasa y azúcar Bajo de fibras
Estado Nutricional	Predominan deficiencias nutricionales	Coexisten deficiencias nutricionales y obesidad	Obesidad Hiperlipidemias

Fuente: Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud, 2004.

La situación nutricional en Chile ha estado modificándose vertiginosamente. De una alta prevalencia de desnutrición (15,5 por ciento en 1975 para 1.2 millones de niños que asisten a los controles de salud del sistema público en Chile) se produjo una baja de hasta un 5 por ciento en 1993. En el mismo período ha aumentado la obesidad en forma importante en preescolares y escolares: entre 1987 y 1996 la proporción de obesos escolares de primer año básico se duplicó entre los varones de 6,5 por ciento a 13,1 por

ciento, y en las mujeres de 7,7 por ciento a 14,7 por ciento. Los doctores Fernando Vio y Cecilia Albala, del INTA, estudiaron los cambios que ha experimentado Chile en relación a la dieta y la actividad física y su impacto en el acrecentamiento de la obesidad. En la encuesta sobre factores de riesgo realizada en 1988 por la Dra. Ximena Berríos de la Universidad Católica, en una muestra representativa de la Región Metropolitana de Santiago, 20 por ciento de varones y 30 por ciento de mujeres resultaron obesos y esta proporción se amplificó con la edad. Cuatro años más tarde, un nuevo estudio demostró un aumento de la obesidad en los hombres a 20,5 por ciento y en las mujeres a 39,9 por ciento, cifra que llega a 49,7 por ciento de obesidad en las mujeres de nivel socioeconómico bajo (op cit).

6.4 ENFERMEDADES CRÓNICAS ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN

Una de los elementos que se relaciona con la transición epidemiológica en Chile ha sido el descenso de la fecundidad lo que ha generado cambios en la estructura por edad de la población, la mejoría de la tasa de letalidad y el aumento de los factores de riesgo para enfermedades crónicas característicos del proceso de urbanización, acrecentando la incidencia de enfermedades crónicas. En la década de los 90, ha causa del crecimiento económico, Chile experimentó una vertiginosa modernización. El crecimiento económico produjo efectos positivos en relación a la cobertura de agua potable y saneamiento, una disminución de las enfermedades infecciosas, de la desnutrición y de las tasas de mortalidad, especialmente la mortalidad infantil y un aumento en el acceso a la educación, a la salud y a otros servicios comunitarios.

Pese al crecimiento macroeconómico que ha experimentado el país, la microeconomía y una de sus expresiones, la distribución del ingreso, se ha visto enormemente perjudicada, de esta forma tenemos que el 10% más rico percibe el 45,8% del total del ingreso y el 10% más pobre solamente el 1,3%. Esta distribución inequitativa es solamente inferior en otros tres países de Latinoamérica: Brasil, Paraguay y Ecuador. La pobreza aún mantiene cifras importantes en 1998, el 21,7% de la población fue

clasificada como pobre, con un ingreso familiar total menor al costo de dos canastas básicas.

Por otro lado, y unido a la situación recientemente planteada, los estilos de vidas cambiaron debido al ritmo cotidiano en que viven las personas en un mundo globalizado, así se adquirió la dieta “occidental”, comida rápida con alto contenido graso y energético, a lo que se agrega inactividad física. Además, se ha observado un aumento en el abuso de alcohol y drogas; y un sostenido aumento en la prevalencia del consumo de tabaco. Así mismo, la contaminación ambiental ha aumentado considerablemente, en forma particular en las ciudades grandes como Santiago, clasificada como una de las ciudades más contaminadas en Latino América.

Las enfermedades cardiovasculares se han mantenido en aumento desde 1970 (22 %) a 1993 (29 %); en 1998 siguió con una pequeña disminución, quedando en un (28%). Esta proporción es mayor que el promedio observado en el mundo desarrollado, donde las muertes por enfermedades cardiovasculares son el 19% de todas las muertes. Los tumores malignos también han aumentado, de un 12% a un 21,6% de todas las muertes en el mismo período y en el mismo tiempo. Las enfermedades respiratorias han disminuido en los niños, pero en el perfil epidemiológico general del país están otra vez siendo causa importante de mortalidad, debido a que producen la muerte en el grupo de 80 y más años (Albala et al., 2004:57).

En conclusión Chile está sufriendo una rápida transición nutricional con un progresivo aumento en los factores de riesgo para ECNT. El patrón de consumo alimenticio, en conjunto con el tabaquismo y el sedentarismo, fomentan el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas. Si a esto se le suman los hábitos de vida sedentarios y la inactividad física, el resultado es un balance energético positivo, que incrementa las reservas de energía en forma de grasa corporal, produciendo la obesidad.

CAPITULO 7

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA COMUNA DE ALHUÉ

Alhué se encuentra ubicado a 200 Km. de Santiago, al interior de la provincia de Melipilla. Tiene una población de 4538 habitantes, una extensión territorial de 84 Km², con varias localidades dispersas como: San Alfonso, Santa María, Ex Hacienda Alhué, Pichi, El Asiento y Talamí, siendo el centro neurálgico la Villa Alhué.

Uno de los principales problemas que presenta la comuna es la falta de sistemas de comunicación. El acceso a la Villa Alhué, principal localidad de la comuna, fue pavimentado recién en el año 1998 y sólo en el año 2000 se logra ampliar la telefonía rural con la colocación de teléfonos domiciliarios en 55 casas, ya que antes sólo existían tres teléfonos públicos más el teléfono Municipal. Los medios de locomoción con que se cuenta consisten en una línea de colectivos y de buses, los cuales tienen un recorrido fijo hasta las 18:00 hrs. aprox. Todo ello hace de Alhué, una comuna un tanto aislada.

Con respecto a la infraestructura básica no existe sistema de alcantarillado y no toda la población cuenta con agua potable dentro de sus hogares.

A esto se suma las características epidemiológicas y nutricionales ya mencionadas en la introducción, las cuales dan cuenta de una población malnutrida por exceso, es decir obesa, que cursa una etapa de transición nutricional, con un progresivo aumento de los factores de riesgo. A esto se agrega una variable importante, que es que la población alhuina percibe una baja renta promedio y los casos de obesidad han aumentado, lo que explica que las personas tienen acceso a una dieta de bajo costo pero rica en grasa y azúcar y deficiente en micronutrientes.

Por todo lo anterior, Alhué, pasa a ser prioritaria en la gestión pública en 1994, y dado sus altos índices de marginalidad social es considerada una de las 72 comunas más pobres del país.

Según la encuesta CASEN, del año 1998 un 3.06% de la población se encuentra en situación de indigencia, y un 19.92 % se encuentran en situación de pobreza, lo que da un total de un 22.98% de la población en situación de pobreza. Por otro lado, Alhué presenta la más alta tasa de analfabetismo de 14.9% de la RM.(2,6%) y supera por casi cuatro puntos el promedio de las comunas rurales del país. El nivel de escolaridad de la población por su parte, alcanza un total de 6.9 años de estudio en población de 15 años y más (MIDEPLAN, R. Metropolitana,1998).

La población más vulnerable está constituida por los niños y adultos mayores, seguida por las mujeres y los jóvenes. A nivel comunal, el 73 % de los niños viven en situación de pobreza y de ellos el 40% corresponde a pobreza crítica. En el caso de los adultos mayores las cifras varían al 10% y 31% respectivamente.

Todo ello hace que Alhué, sea considerada una de las cuatro comunas más pobres de la región metropolitana como lo señala el informe del PNUD (1998). Ante lo cual, cobra vital importancia intervenir en la población y contribuir para mejorar su calidad de vida.

7.1 PLAN QUINQUENAL DE PROMOCIÓN DE SALUD 2001-2005

A contar del 2 de Noviembre del año 2000, se dio constitución en la comuna al Comité Intersectorial de Promoción de la Salud, este comité está constituido por personas del departamento de educación, salud y DIDECO. Se llevaron a cabo más de 15 reuniones en las cuales se realizó, primeramente un diagnóstico de salud a partir de la percepción de los miembros del Comité, se definieron los objetivos generales y específicos y se programaron las actividades para ese año las cuales se cumplieron satisfactoriamente.

Entre las actividades programadas se contempló la realización de un diagnóstico participativo con la comunidad, específicamente con las juntas de vecinos, con quienes se realizó la identificación de sus principales problemas de salud y se dio prioridad a estos. Las juntas de vecinos con las que se trabajó fueron aproximadamente de 5 a 7, abarcando prácticamente la totalidad de las existentes.

Por lo tanto podemos señalar que durante ese año se cumplieron los siguientes objetivos:

- Conformación de un comité Intersectorial de Promoción de la Salud.
- Se realizaron acciones tendientes a promover la salud y afiatar y consolidar el equipo de trabajo.
- Se ha diseñado el plan de Promoción de la Salud.
- Capacitación en Promoción de la Salud

CUADRO 6. PROBLEMAS DE SALUD Y CONDICIONANTES PRIORIZADOS

Prioridades de Salud	Factores Protectores	Factores de Riesgo
Salud Mental Depresión VIF Alcohol y Drogas	Actividades Recreativas y Actividad Física Participación Comunitaria Contar con redes de apoyo	Aislamiento o falta de participación social. Estrés. Baja Autoestima. Violencia Intrafamiliar. Falta de Asertividad. Mal manejo de resolución de conflictos. Hacinamiento. Falta de oportunidades de estudios y laboral para los jóvenes. Falta de expectativas con respecto al futuro de los jóvenes.
	Educación personalizada	Factor Cultural (machismo,

Salud Sexual Sexualidad Embarazo Adolescente	realizada en la atención matrona-paciente Taller de afectividad realizado por comité	tabú) Falta de educación sexual
Obesidad	Actividad física. Hábitos alimenticios saludables. Autoestima. Asertividad.	Falta de actividad física. Malos hábitos alimenticios. Desconocimientos de dietas saludables. Baja autoestima. Factores emocionales. asociados (depresión, trastornos alimenticios, ansiedad).
Salud Bucal	Se cuenta con profesional en el tema. Proyecto de educación realizado por estudiantes de Odontología. Identificación por parte de la comunidad de la salud bucal como un problema que los aqueja.	Falta de higiene bucal. Desinformación en autocuidado en salud bucal. Falta de fluoración en el agua potable de la comuna.
Higiene Pediculosis Falta de alcantarillado	Hábitos de limpieza en la población.	Falta de alcantarillado en la comuna. Falta de un vertedero público.
Enfermedades		Percepción de la

<p>Infectocontagiosas.</p> <p>Poco control en la higiene de lugares que venden alimentos.</p>	<p>Conciencia de la importancia de vivir en un ambiente limpio.</p> <p>La ubicación geográfica y la inexistencia de fábricas contaminantes.</p> <p>Conocimiento respecto al manejo de pozos negros.</p> <p>Política Comunal de supervisión de la limpieza en lugares que venden alimentos.</p>	<p>comunidad de estar siendo contaminada por la minera.</p> <p>Descontaminación con respecto a las enfermedades infectocontagiosas.</p>
<p>Hipertensión</p>	<p>Manejo del estrés.</p> <p>Asistencia de pacientes crónicos a control.</p> <p>Actividades físicas.</p> <p>Dieta sana.</p> <p>Asertividad.</p>	<p>Alimentación con alto contenido graso e hidratos de carbonos.</p> <p>Vida sedentaria.</p> <p>Dificultad para expresar sentimientos y opiniones.</p>

Fuente: Plan Comunal de Promoción en Salud 2001-2005. Alhué Chile.

CUADRO 7. FOCALIZACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LOS ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

CONDICIONANTES SSMO_{cc}.	CONDICIONANTES SELECCIONADOS
Participación Social (Factores Protectores Psicosociales)	Conformación de Grupos: Monitores de Salud, Brigadas Ambientales, etc. Fortalecimiento del Comité Intersectorial de Promoción de la Salud.
Estilos de Vida Saludable	Alimentación Saludable. Actividad Física. Medio Ambiente.
Desarrollo de Capacidades Fundamentales (Factores Protectores Psicosociales Individuales)	Asertividad. Autoestima. Comunicación. Trabajo en Equipo.

Fuente: Plan Comunal de Promoción en Salud 2001-2005. Alhué Chile.

CUADRO 8. PLAN DE PROMOCION EN SALUD 2001 – 2005

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Actividades	Metas de Plan 2001	Metas 2002 – 2005	Indicadores
1.- Contribuir a mejorar los estilos de vida en la comunidad escolar de Alhué	1.1.- Potenciar en la comunidad educativa habilidades y conocimientos que les permitan un mejor desarrollo de su afectividad y sexualidad	1.1.- Talleres participativos de afectividad y sexualidad en la escuela (relaciones de pareja: incluir VIF)	135 integrantes de la comunidad escolar reciben talleres de sexualidad y afectividad.	Incremento anual de participantes.	1.1.- N° de integrantes de la comunidad escolar participantes en los talleres.
	1.2.- Promover el consumo de alimentos saludables en los escolares de la comuna de Alhué.	1.2.- Talleres informativos 1.2.- Concurso de recetas saludables 1.2.- Reuniones de grupos involucrados en la implementación del kiosco saludable. 1.2.- Elaboración de material gráfico de difusión	1.2.- 80% de los profesores de una escuela con información relativa a guías alimentarias.	Incremento anual	1.2.- N° de profesores que reciben información sobre guías alimentarias. 1.2.- Kiosco con oferta de alimentación saludable en funcionamiento.
	1.3.- Fomentar en la comunidad escolar conductas protectoras del medio ambiente.	1.3.- Concurso de dibujo protección del medio ambiente. 1.3.- Conformación escolar de brigadas ambientalistas. 1.3.- Campaña de limpieza de sectores de esparcimiento de la comuna. 1.3.- Elaboración de cartillas y conductas protectoras del medio ambiente.	1.3.- 5 eventos de sensibilización respecto a un ambiente limpio en el entorno escolar.	Incremento anual	1.3.- N° de eventos de sensibilización realizados

		1.3.- Participar en boletín comunal. 1.3.- Creación de un lugar del ambiente en escuela.			
2.- Sensibilizar y posicionar con respecto a la importancia de la Promoción de la Salud	2.1.- Promover la participación de la comunidad en las actividades de la promoción de la comuna. 2.2.- Fortalecer la coordinación intersectorial en la comuna	2.1.- Celebración del Día de la Promoción de la Salud. 2.2.- Talleres de trabajo en equipo.	2.1.- 2 eventos de difusión en el año. 2.1.- X% de beneficiarios participando en evento regional. 2.2.- CIS con programa de trabajo evaluado a Diciembre 2001.	Incremento anual y mantención de eventos de difusión masivas de apertura y cierre de trabajo anual. Cada año plan de trabajo anual.	2.1.- N° de eventos de difusión. 2.1.- N° de participantes en evento regional 2.2.- Programa de trabajo evaluado o informe de evaluación del programa de trabajo.

Fuente: Plan Comunal de Promoción en Salud 2001-2005. Alhué Chile.

CUADRO 9. DESCRIPCION FINANCIERA

ITEM	\$
APORTE SECTOR SALUD	2.500.000
APORTE OTROS SECTORES	
APORTE MUNICIPAL	200.000
APORTE COMUNIDAD	
TOTAL APORTES PLAN	2.700.000
APORTE SECTOR SALUD	
<ul style="list-style-type: none"> - Aportes Plan Comunal - Aportes líneas de acción - Plan Regional 	No especificado
DISTRIBUCIÓN RECURSOS (Aportes al Plan Comunal) por estrategias	

<ul style="list-style-type: none"> - Escuelas promotoras de salud - Lugares de trabajo saludables - Comunas saludables - Comunidades saludables - Programa de salud con la gente 	<p>No especificado</p>
<p>GASTOS PERCAPITA ACTIVIDADES DE PROMOCION</p> <p>Total N° de beneficiarios directos Plan Comunal.</p>	<p>No especificado</p> <p>2.769</p>

Fuente: Plan Comunal de Promoción en Salud 2001-2005. Alhué Chile.

III PARTE
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO 8

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA POSTA VILLA ALHUÉ SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES I

A continuación se presenta el análisis cualitativo de los resultados obtenidos en la investigación, a fin de establecer los conocimientos, actitudes y opiniones de los usuarios de la Posta Villa Alhué, sobre los estilos de vida saludables. Para esto se aplicó una escala Likert, la cual constó de 16 preguntas presentadas en forma de afirmaciones, ante las cuales se pidió la reacción de los sujetos.

Una de las estrategias de la Promoción de la Salud es la comunicación social, la cual tiene como objetivo informar a la población acerca de los estilos de vida saludables. Frente a esto la pregunta planteada es la siguiente.

Cuadro N°10

¿En la comuna continuamente entregan información acerca de los estilos de vida saludables?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	53	19,1	19,1	19,1
	De acuerdo	96	34,7	34,7	53,8
	Indeciso	29	10,5	10,5	64,3
	En desacuerdo	47	17,0	17,0	81,2
	Totalmente desacuerdo	52	18,8	18,8	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Con respecto a la entrega de información sobre los estilos de vida saludables, la mayoría de los usuarios (34,7%) está de acuerdo, mientras el 19,1% está totalmente de acuerdo. Esta cifra es muy cercana a aquellos que están en total desacuerdo representados por un 18,8%, semejante también al porcentaje de los que están en desacuerdo, un 17%.

En síntesis podemos decir que la mayor parte de los usuarios percibe que en la comuna continuamente se entrega información acerca de los estilos de vida saludables.

Sin embargo lo que llama la atención es la similitud de los porcentajes entre los dos polos más extremos, lo que se traduce en una dicotomía en las percepciones, que reflejan que existe un sector de la comuna a los cuales no les llega información desde ningún sector.

Para que la comunicación social en promoción, sea eficaz, se requiere de mensajes claros y continuos, accesibles y con significado. Frente a esto la pregunta planteada es la siguiente.

Cuadro N° 11

¿Es comprensible la información que se entrega en la comuna acerca de los estilos de vida saludables?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	81	29,2	29,2	29,2
	De acuerdo	92	33,2	33,2	62,5
	Indeciso	51	18,4	18,4	80,9
	En desacuerdo	34	12,3	12,3	93,1
	Totalmente desacuerdo	19	6,9	6,9	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Referente a si es comprensible la información entregada, la mayoría de los usuarios, un 33,2%, se encuentra de acuerdo, un 29,2% está totalmente de acuerdo, esto denota que la mayoría de los usuarios comprende la información que se le entrega. Podemos destacar que los indecisos, 18,4%, se asemejan bastante a la suma de los usuarios en desacuerdo y totalmente en desacuerdo (19,2%). Esto da cuenta de que un importante sector de la población no resuelve si comprende o no la información, lo que puede estar determinado por variables educacionales, por la forma en que se entrega la información, por los lugares en donde es difundida, o por el tiempo que se dedica a la entrega.

La Promoción considera la salud un bien esencial, el cual pretende fortalecer, manteniendo a la población sana, entregando herramientas de autonomía, aportando información beneficiosa y realista a las personas. Frente a esto formulamos la siguiente pregunta.

Cuadro N° 12

¿Es de utilidad para usted la información, que se entrega en la comuna acerca de los estilos de vida saludables?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	168	60,6	60,6	60,6
	De acuerdo	62	22,4	22,4	83,0
	Indeciso	17	6,1	6,1	89,2
	En desacuerdo	28	10,1	10,1	99,3
	Totalmente desacuerdo	2	,7	,7	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Frente a los porcentajes obtenidos podemos indicar que para la mayoría de los usuarios, 60,6%, es de utilidad la información, lo que refleja que la información que se entrega es práctica y tiene aplicación en lo cotidiano porque es acorde a su realidad. Los que están de acuerdo representan un 22,4%, lo que da una notable suma de un 83%.

Para el trabajo en Promoción de Salud, representa una ventaja que los usuarios consideren útil la información, porque genera en ellos interés por involucrarse en estas temáticas, lo que a mediano plazo constituirá un cambio en los patrones conductuales de salud.

Un componente fundamental de la Promoción es la participación social. Participar es tomar parte en un proceso que culmina con la toma de decisiones, en la implementación de dichas decisiones, en la evaluación y en la reformulación de estas. Sin embargo, la génesis de este proceso comienza cuando la comunidad plantea sus inquietudes y sugerencias. Frente a esto planteamos la siguiente pregunta.

Cuadro N° 13

¿Usted hace consultas en relación a los estilos de vida saludables en las instituciones de su comuna (posta ,colegios municipio)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	39	14,1	14,1	14,1
	De acuerdo	66	23,8	23,8	37,9
	Indeciso	107	38,6	38,6	76,5
	En desacuerdo	45	16,2	16,2	92,8
	Totalmente desacuerdo	20	7,2	7,2	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Respecto a si los usuarios hacen consultas nos encontramos con un importante porcentaje de indecisos, 38,6%, de lo que podemos inferir que los usuarios no se encuentran interiorizados acerca de todo lo que conlleva el tener estilos de vida saludables, por lo tanto no están seguros acerca de que si las preguntas que realizan están en la línea de los estilos de vida saludables.

El 23,8% considera que está de acuerdo en que hace consultas y el 14,1%, está totalmente de acuerdo, esto refleja que la población está dividida entre un sector que

está en una “etapa de contemplación” (Albala et al., 2004:204) es decir recién asimilando lo que pudiese implicar un estilo de vida saludable, y otro que se encuentra en la “etapa de acción” (ibid).

Ser parte de la puesta en práctica de las decisiones tomadas en salud depende, entre otros factores, del involucramiento de las personas en su comunidad, y de la motivación que tengan de querer transformar sus problemáticas. Para conocer el interés de las personas, es que hemos planteado la siguiente pregunta.

Cuadro N° 14

¿Usted gusta de participar en talleres y charlas etc., en que se hable de los estilos de vida saludables?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	50	18,1	18,1	18,1
	De acuerdo	131	47,3	47,3	65,3
	Indeciso	46	16,6	16,6	81,9
	En desacuerdo	17	6,1	6,1	88,1
	Totalmente desacuerdo	33	11,9	11,9	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Respecto al interés que muestran los usuarios por participar vemos que un 47,3% se muestra de acuerdo y un 18,1% totalmente de acuerdo, lo que significa que la mayoría de la población está dispuesta a involucrarse e interiorizarse en la temática de los estilos de vida saludables.

Esto facilita la creación y fortalecimiento de las redes sociales, reconociendo la importancia que tiene la articulación del tejido social para las acciones en Promoción de Salud, pues esta constituye una fuente de intercambio de recursos y de ayuda material y emocional.

Es frecuente que en todo inicio de proceso se den ciertas incertidumbres debido a la falta de conocimiento, esto debido a que encontramos a un 16,6% de usuarios indecisos.

El proceso educativo apunta a dotar a cada sujeto y a la sociedad de instrumentos para entender, transformar y utilizar los conocimientos y recursos disponibles al servicio de la satisfacción de las necesidades, desarrollo de las potencialidades y solución de los problemas y conflictos. Sin embargo este proceso debe responder a los intereses que la sociedad tiene por la existencia de estos espacios educativos. Frente a esto nos planteamos.

Cuadro N° 15

¿Quisiera que existieran más instancias, en que se hablen temas en torno a los estilos de vida saludables?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	124	44,8	44,8	44,8
	De acuerdo	118	42,6	42,6	87,4
	Indeciso	18	6,5	6,5	93,9
	En desacuerdo	3	1,1	1,1	94,9
	Totalmente desacuerdo	14	5,1	5,1	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

La mayor parte de los usuarios se interesa porqué existan más espacios en que se trate sobre los estilos de vida saludables. Esto refleja que la comunidad siente la necesidad de conocer sobre un tema incipiente en la comuna, aquello se traduce con que un 44,8% se encuentra totalmente de acuerdo y un 42,6% de acuerdo.

La participación implica transferencia de poder a los usuarios y comunidades locales, fortaleciendo organizaciones y redes sociales capaces de establecer interlocución afectiva con los servicios de salud y municipios y de asumir protagonismos en el cuidado de la salud. Frente a esto nos interesa saber:

Cuadro N° 16

¿Ha sido invitado (a) participar en instancias que traten el tema de los estilos de vida saludables?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	61	22,0	22,0	22,0
		91	32,9	32,9	54,9
	De acuerdo	15	5,4	5,4	60,3
	Indeciso	25	9,0	9,0	69,3
	En desacuerdo	85	30,7	30,7	100,0
	Totalmente desacuerdo	277	100,0	100,0	
	Total				

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Un 32,9% está de acuerdo en que ha sido invitado, un 30,7% está totalmente en desacuerdo. Estos datos indican una extrema polarización entre las posturas, lo que da cuenta de que existe un segmento de la población que ha sido foco de captación a la hora de realizar actividades que promuevan los estilos de vida saludables. Esta

focalización ha segregado a los usuarios colocando en desventaja a una cohorte poblacional, que sostiene no haber sido nunca invitado a participar en este tipo de instancias.

Recordemos que la participación es un elemento clave en el fomento de los estilos de vida de la población, puesto que insta a los actores y los actores y sectores de la sociedad a intervenir en diferentes niveles de gestión (nacional, regional y comunal) para que aporten en el diagnóstico de sus propias carencias, señalen prioridades, construyan relaciones de intercambio y reciprocidad, negocien y se reúnan con la autoridad pública, susciten y pongan en práctica soluciones efectivas ante las diversas realidades que los afecten.

Para que la comunicación social en la Promoción de la Salud sea efectiva, debe entregar mensajes eficaces y acordes con la realidad social de las personas a quienes está dirigido. El objetivo principal que orienta los mensajes que promueven los estilos de vida saludables es entorno a las decisiones saludables. Frente a esto nos preguntamos.

Cuadro N° 17

¿Sabe que es lo que debe hacer para tener un estilo de vida saludable?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	81	29,2	29,2	29,2
	De acuerdo	79	28,5	28,5	57,8
	Indeciso	68	24,5	24,5	82,3
	En desacuerdo	32	11,6	11,6	93,9
	Totalmente desacuerdo	17	6,1	6,1	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Parte importante de los usuarios considera que sí sabe qué conlleva tener un estilo de vida saludable (29,4% totalmente de acuerdo, 28,5% de acuerdo). Basándonos en los análisis anteriores y considerando estos porcentajes podemos afirmar que la población se encuentra en una “etapa de preparación para la acción” (ibid). Esto debido a que se está interiorizando la información recepcionada por parte de un grupo focalizado principal receptor de la información; esto también explica la existencia de un 24,5% de indecisos, que probablemente no saben que es lo que deben hacer porque no han sido sensibilizados en torno al tema.

La educación es un proceso interactivo que proporciona las herramientas valóricas, actitudinales, cognitivas y conductuales que permiten a las personas desarrollar y potencializar capacidades para actuar en beneficio de la salud personal y colectiva, con miras a conseguir un bienestar común y una mejor calidad de vida.

Cuadro N° 18

¿Cree que es favorable para usted saber que se debe hacer para tener un estilo de vida saludable?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	172	62,1	62,1	62,1
	De acuerdo	75	27,1	27,1	89,2
	Indeciso	28	10,1	10,1	99,3
	En desacuerdo	2	,7	,7	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

El hecho de que hayan tenido un mayor porcentaje las opciones totalmente de acuerdo y de acuerdo, 62,1 y 27,1% respectivamente, refleja una opinión y actitud favorable, producto de lo que se vive (en lo cotidiano) y de lo que se ve (medios de

comunicación), en nuestra realidad nacional. Las personas se sensibilizan más con la enfermedad; y como respuesta lógica-intuitiva deducen que les es conveniente saber lo que debe hacer para tener un estilo de vida más saludable, y así poder evitar el deterioro en su calidad de vida.

Uno de los desafíos que tiene la estrategia comunicacional de Promoción, es que los sujetos se apropien de los mensajes emitidos, a través de un proceso de interiorización. Frente a esto es importante saber si las personas han comprendido la idea principal sobre llevar un estilo de vida saludable (que es el mejorar la calidad de vida). Frente a esto la pregunta es la siguiente.

Cuadro N° 19

¿Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir mejor?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	207	74,7	74,7	74,7
	De acuerdo	57	20,6	20,6	95,3
	Indeciso	7	2,5	2,5	97,8
	En desacuerdo	6	2,2	2,2	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Respecto a las consecuencias mismas de llevar un estilo de vida saludable nos encontramos con que un 74,7% de los usuarios testeados está totalmente de acuerdo y un 20,6 % de acuerdo. El resto de las posibilidades presenta un mínimo porcentaje. Esto es consecuente con la respuesta del cuadro anterior y además da a conocer la convicción que tienen las personas sobre las consecuencias de llevar un estilo de vida saludable.

La Promoción de la Salud no es sólo una tarea del sector salud, sino que involucra al sector educación, justicia, a la comunidad y sus actores sociales. Según como las personas se vayan comprometiendo en el trabajo de salud, es que van destinando sus acciones a socializar los conceptos y experiencias que se van ejerciendo en pro de fomentar un estilo de vida saludable. Frente a esto nos hacemos la siguiente pregunta.

Cuadro N° 20

¿Me gustaría comunicarle a otros que no conocen, de qué se tratan los estilos de vida saludables?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	84	30,3	30,3	30,3
	De acuerdo	153	55,2	55,2	85,6
	Indeciso	24	8,7	8,7	94,2
	En desacuerdo	5	1,8	1,8	96,0
	Totalmente desacuerdo	11	4,0	4,0	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

El 55,2% se encuentra de acuerdo y el 30,0% está totalmente de acuerdo en comunicar a otros de que se tratan los estilos de vida saludables. Esto es relevante puesto que una de las estrategias de la Promoción de la Salud es la comunicación social, esto propicia la configuración de una red informativa que se iniciaría desde la base promovida por el actor social.

Satisfactoriamente los que están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo no alcanzan un 6%, lo cual se traduce y condice en la mirada favorable y beneficiosa que

manifiestan hacia los estilos de vida saludables, ya que de otro modo no mostrarían ninguna intención de socializar con otros, estos conceptos o vivencias.

Uno de los indicadores más palpables, de tener un estilo de vida saludable, es el estado de bienestar que se experimenta corporalmente. Frente a esto nos preguntamos.

Cuadro N° 21

¿Cuando me alimento de forma más sana me siento mejor?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	163	58,8	58,8	58,8
	De acuerdo	82	29,6	29,6	88,4
	Indeciso	24	8,7	8,7	97,1
	En desacuerdo	7	2,5	2,5	99,6
	Totalmente desacuerdo	1	,4	,4	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Similar al cuadro anterior el 58,8% se encuentra totalmente de acuerdo en que si se alimenta de forma más sana se siente mejor, a esto se suma un 29,6% que dice estar de acuerdo con dicha afirmación. Dichos porcentajes representan la experiencia empírica acerca de la significancia de la alimentación, pues la gente ha vivenciado un bienestar físico y mental al consumir alimentos más sanos. Esto es relevante puesto que una de las estrategias temáticas de la Promoción en Salud es la alimentación saludable y este amplio porcentaje nos indica que la intervención en este ámbito puede tener un impacto mayor y mejor.

Una de las actividades que debe ser complementaria a la alimentación saludable, es la actividad física. La Promoción de la Salud, plantea que el bienestar que proporciona la actividad física, no se limita sólo a lo fisiológico si no que trasciende a niveles más integrales, que hacen que el individuo experimente un bienestar general, pleno.

Cuadro N° 22

¿Cuándo realizo ejercicios me siento mejor?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	183	66,1	66,1	66,1
	De acuerdo	70	25,3	25,3	91,3
	Indeciso	21	7,6	7,6	98,9
	En desacuerdo	3	1,1	1,1	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: NVESTIGACIÓN DIRECTA

En concordancia con lo anterior un 66,1% de los usuarios testados, refieren sentirse mejor al realizar actividad física y un 25,3% está de acuerdo. Es decir la mayoría ha experimentado un bienestar general al realizarlas. Estos índices también representan un aliciente y un soporte al momento de influir en la comunidad ya que la variable actividad física de igual forma que la alimentación, es una estrategia utilizada por la Promoción de Salud para el logro de mejores y más óptimos estilos de vida.

La Promoción de la Salud, más que limitarse a la prevención y control de las enfermedades, tiene una visión holística de la salud, y puede definirse como el proceso que permite a las personas y a las comunidades mejorar y mantener un bienestar físico, mental y espiritual. Por ello es importante saber si existe un conocimiento empírico por parte de la población. Frente a esto nos preguntamos lo siguiente:

Cuadro N° 23

¿Conozco personas que tengan una vida sana y que se enfermen menos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	90	32,5	32,5	32,5
	De acuerdo	114	41,2	41,2	73,6
	Indeciso	43	15,5	15,5	89,2
	En desacuerdo	22	7,9	7,9	97,1
	Totalmente desacuerdo	8	2,9	2,9	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

La percepción entorno a esta consulta (más concreta), nos revela que el 41,2% de los usuarios se encuentra de acuerdo en que conocen personas que tengan una vida sana y se enfermen menos y el 32,5%, está totalmente de acuerdo con ello. Estas apreciaciones las catalogamos dentro de las experiencias vívidas y observadas por los usuarios, lo que nos parece distinguible puesto que el conocimiento empírico es una herramienta primordial al momento de cambiar conductas, por la riqueza que representa para los sujetos el haber vivenciado un hecho desde ellos mismos.

Existen en la población múltiples factores que son llamados de riesgo, y como su nombre lo indica conllevan posibilidades de provocar daños en la salud, desde el deterioro emocional hasta la muerte. Por ende es relevante consultar si:

Cuadro N° 24

¿Conozco personas que se encuentren enfermas por no haber llevado un estilo de vida saludable?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	146	52,7	52,7	52,7
	De acuerdo	83	30,0	30,0	82,7
	Indeciso	34	12,3	12,3	94,9
	En desacuerdo	14	5,1	5,1	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

En equivalentes condiciones al cuadro anterior advertimos que la mayor parte de los usuarios (52,7%) está totalmente de acuerdo, y un 30,0% está de acuerdo acerca de conocer a personas que se encuentren enfermas por no haber llevado un estilo de vida saludable. Además las cifras muestran que un número minoritario no conoce casos referidos a la pregunta, es decir la generalidad conoce como confluyen el perfil epidemiológico y nutricional en su realidad. Esta confluencia se caracteriza por altos índices de patologías y mortalidad asociadas a estilos de vida no saludables, y por lo tanto se espera como reacción de la población una aceptación y comprensión de la relevancia de llevar un estilo de vida sano.

La participación implica un ejercicio democrático, aplicación del derecho de las personas al trabajo en equipo, con aportes desde los propios actores sociales, con el fin de ver expresadas las reales necesidades de la población y además fomentar las capacidades y habilidades de los habitantes que deben ejercer el derecho de expresarse. Por esto se plantea la siguiente interrogante.

Cuadro Nº 25

¿Sería parte de un comité de promoción de estilos de vida saludables?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	28	10,1	10,1	10,1
	De acuerdo	56	20,2	20,2	30,3
	Indeciso	117	42,2	42,2	72,6
	En desacuerdo	13	4,7	4,7	77,3
	Totalmente desacuerdo	63	22,7	22,7	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Finalmente nos encontramos con actitudes y posturas que no se condicen copiosamente con las anteriores respuestas. Esto debido a que al consultar si formarían parte de un comité que promueva los estilos de vida saludables el 42,2% se declara indeciso, y el 22,7% en total desacuerdo y sólo el 20,2% afirma estar de acuerdo. Estos porcentajes dan cuenta de que en la comuna existe un amplio número de población pasiva, que prefiere ser receptor de las propuestas, actividades, planificaciones que otros conciben, pero no están realmente interesados en tener un rol más activo en ello. Esto puede suceder también porque muchas personas no tienen completamente claro que implica participar de un comité, aunque de todas formas el

hecho de ponerse en el caso hipotético de participar en una instancia más organizada con enfoque de equipo, le produce total rechazo. Así se demuestra que es necesario empoderar más a la población sobre la importancia de la participación como estrategia de trabajo en salud, además de ahondar en otras estrategias que tienen relación con los factores psicosociales.

Cruce de variables

¿Es comprensible la información que se entrega en la comuna acerca de los estilos de vida saludables? / ¿En la comuna continuamente entregan información acerca de los estilos de vida saludables?

Cuadro N°26

		¿En la comuna continuamente entregan información acerca de los estilos de vida saludables?					Total
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
¿Es comprensible la información que se entrega en la comuna acerca de los estilos de vida saludables?	Totalmente de acuerdo	41	39	0	1	0	81
	De acuerdo	12	43	7	21	9	92
	Indeciso	0	14	21	9	7	51
	En desacuerdo	0	0	1	2	31	34
	Totalmente desacuerdo	0	0	0	14	5	19
Total		53	96	29	47	52	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

A modo de enriquecer nuestro análisis se realizaron intersecciones entre dos variables, la primera busca conocer si en la comuna entregan de forma periódica información acerca de los estilos de vida saludables y si esta es comprendida por los usuarios.

De esta interrogante conseguimos establecer que 92 personas indican estar de acuerdo con esta afirmación, seguidos por 81 personas que están totalmente de acuerdo. De éstos resultados podemos afirmar que la mayor parte de la población tiene una percepción positiva acerca del ítem información. Aunque no es de menor relevancia que 51 personas declaren estar inciertos respecto a sus apreciaciones, lo

que nos parece novedoso y lo asociamos más a la variable comprensión que a grado de información.

¿Usted hace consultas en relación a los estilos de vida saludables en las instituciones de su comuna (posta, colegios, municipio) / ¿Es de utilidad para usted la información que se entrega en la comuna acerca de los estilos de vida saludables?

Cuadro N°27

		¿Es de utilidad para usted la información que se entrega en la comuna acerca de los estilos de vida saludables?					Total
		Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
¿Usted hace consultas en relación a los estilos de vida saludables en las instituciones de su comuna (posta, colegios municipio)	Totalmente de acuerdo	31	8	0	0	0	39
	De acuerdo	34	32	0	0	0	66
	Indeciso	69	22	8	8	0	107
	En desacuerdo	24	0	1	20	0	45
	Totalmente desacuerdo	10	0	8	0	2	20
Total		168	62	17	28	2	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

En este cruce planteamos si es de utilidad la información que se entrega en la comuna entorno a los estilos de vida saludables y si ellos realizan consultas que guarden relación con los estilos de vida saludables. La unión de estas variables busca captar una suerte de causa efecto puesto que si las personas consideran de utilidad para ellos recibir información acerca de los estilos de vida saludables, es esperable que de ellos nazca también la necesidad de realizar consultas en el mismo sentido.

Frente a las respuestas nos encontramos ante una situación curiosa ya que 107 personas declararon estar indecisos, y si lo comparamos con resultados de otras consultas como por ejemplo, si les gustaría que existiesen más instancias en que se

traten temas de estilos de vida saludables o si creen que les es favorable saber que deben hacer para tener un estilo de vida sana, etc., en todas ellas sus apreciaciones fueron positivas, lo cual no se condice con el hecho de que se muestren dudosos sobre si es de utilidad o no para ellos el recibir información o hacer consultas en relación a los estilos de vida saludables.

Por su parte 66 personas manifestaron estar de acuerdo y 45 en desacuerdo. En cuanto a los desacuerdos creemos que van orientados más a la realización de consultas que sobre las utilidades de recibir información.

¿Quisiera que existieran más instancias, en que se hablen temas en torno a los estilos de vida saludables? / ¿Usted gusta de participar en talleres, charlas, en que se hable de los estilos de vida saludables?

Cuadro N°28

		¿Usted gusta de talleres y charlas etc., en que se hable de los estilos de vida saludables?					Total
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
¿Quisiera que existieran más instancias, en que se hablen temas en torno a los estilos de vida saludables?	Totalmente de acuerdo	39	50	26	0	9	124
	De acuerdo	9	78	9	14	8	118
	Indeciso	2	3	11	0	2	18
	En desacuerdo	0	0	0	3	0	3
	Totalmente desacuerdo	0	0	0	0	14	14
Total		50	131	46	17	33	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Este cruce es ciertamente pertinente ya que aunamos por una parte la variable sobre si los usuarios gustaban de participar en instancias en que se hable de los estilos de vida saludables, con sobre si quisieran que existieran más instancias en que se traten estos temas. En este punto nos encontramos con unas de las mayores aprobaciones por parte de los usuarios ya que 124 personas dijeron estar totalmente de acuerdo y 118 personas de acuerdo. Esto de un universo de 277 personas lo cual representa un

alto porcentaje. De este resultado podemos inferir que los usuarios tienen la intención de participar más en estas actividades de promoción. Este antecedente es muy valioso para nuestro análisis puesto que la participación social es uno de los ejes fundamentales en Promoción de la Salud la cual es entendida como un proceso, mediante el cual los miembros de una comunidad individual o colectiva, desarrollan la capacidad de asumir mayor responsabilidad para evaluar sus propias necesidades de salud, para planificar y decidir respecto a sus soluciones; para crear y mantener organizaciones que apoyan estas metas en forma progresiva.

¿Sabe que es lo que debe hacer para tener un estilo de vida saludable? / ¿Ha sido invitado (a) participar en instancias que traten el tema de los estilos de vida saludables?

Cuadro N°29

		¿Ha sido invitado (a) participar en instancias que traten el tema de los estilos de vida saludables?					Total
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
¿Sabe que es lo que debe hacer para tener un estilo de vida saludable?	Totalmente de acuerdo	13	41	1	0	26	81
	De acuerdo	31	28	4	1	15	79
	Indeciso	8	14	9	20	17	68
	En desacuerdo	9	8	0	1	14	32
	Totalmente desacuerdo	0	0	1	3	13	17
Total		61	91	15	25	85	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Acá se cruzan las interrogantes sobre si los usuarios saben que se debe hacer para tener un estilo de vida saludable y si es que han sido invitados (a) a participar en instancias en que se traten estos temas. Podemos ver que las respuestas están bastante distribuidas ya que 81 de ellos expresan estar totalmente de acuerdo, 79 de acuerdo, 68 indecisos, 32 en desacuerdo y 17 totalmente en desacuerdo. Pese a que están dispersas las respuestas igualmente una parte importante de ellos, dicen saber que es lo que debe hacer para llevar un estilo de vida saludable, y refieren haber sido invitados (as) a participar.

¿Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir mejor? / ¿Cree que es favorable para usted saber que se debe hacer para tener un estilo de vida saludable?

Cuadro N°30

		¿Cree que es favorable para usted saber que se debe hacer para tener un estilo de vida saludable'				Total
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	
¿Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir mejor?	Totalmente de acuerdo	162	44	1	0	207
	De acuerdo	9	27	21	0	57
	Indeciso	1	4	0	2	7
	En desacuerdo	0	0	6	0	6
Total		172	75	28	2	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Ambas situaciones se ajustan completamente una a la otra, ya que al estar convencidos de que al llevar un estilo de vida saludable se puede vivir mejor, es consecuente pensar que es favorable, el saber que es lo que se debe hacer para lograr un estilo de vida saludable.

En cuanto a las resoluciones de los usuarios, 207 personas se muestran totalmente de acuerdo, y 57 personas indican estar de acuerdo, por lo tanto casi la totalidad de los usuarios se muestra positivo y favorable con respecto a la pregunta. Hecho que muestra concordancia frente a las respuestas de ambas consultas y que permite deducir la existencia de un capital social expresado en usuarios motivados con las temáticas de promoción. Lo que presenta un óptimo campo de intervención, para llevar a cabo acciones en el ámbito de la Promoción de la Salud.

¿Cuando me alimento de forma más sana me siento mejor? / ¿Me gustaría comunicarle a otros que no conocen, de qué se tratan los estilos de vida saludables?

Cuadro N°31

		¿Me gustaría comunicarle a otros que no conocen de que se trata los estilos de vida saludables?					Total
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
¿Cuando me alimento de forma más sana me siento mejor?	Totalmente de acuerdo	74	80	1	0	8	163
	De acuerdo	9	70	3	0	0	82
	Indeciso	0	3	19	2	0	24
	En desacuerdo	0	0	1	3	3	7
	Totalmente desacuerdo	1	0	0	0	0	1
Total		84	153	24	5	11	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

En este cruce se presenta por un lado la convicción de que al alimentarse de forma más sana las personas sienten un bienestar y por otro lado, al tener la certeza de estos beneficios, es esperable que se desee comunicar a los demás las conveniencias que se obtienen al llevar estilos de vida saludables. Esto se ve reflejado en los resultados ya que 163 personas expresan estar totalmente de acuerdo, y 82 personas de acuerdo, por ende la mayor parte de la población se muestra dispuesta a socializar contenidos referentes a los estilos de vida saludables.

**¿Conozco personas que tengan una vida sana y que se enfermen menos?/
¿Cuando realizo ejercicios me siento mejor?**

Cuadro N°32

		¿Cuando realizo ejercicios me siento mejor?				Total
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	
¿Conozco personas que tengan una vida sana y que se enfermen menos?	Totalmente de acuerdo	72	18	0	0	90
	De acuerdo	72	41	1	0	114
	Indeciso	24	11	8	0	43
	En desacuerdo	7	0	12	3	22
	Totalmente desacuerdo	8	0	0	0	8
Total		183	70	21	3	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Ambas consultas se encuentran íntimamente relacionadas puesto que ambas representan las consecuencias de llevar estilos de vida saludables. 114 usuarios indican estar de acuerdo, 90 expresan estar totalmente de acuerdo y 43 indecisos. De esto se lee nuevamente que la población reconoce que las prácticas sanas son beneficiosas para su salud, además de sentir las ventajas de esto en su organismo.

**¿Sería parte de un comité de promoción de estilos de vida saludables? /
¿Conozco personas que se encuentren enfermas por no haber llevado un estilo de vida saludable?**

Cuadro N°33

		¿Conozco personas que se encuentren enfermas por no haber llevado un estilo de vida saludable?				Total
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	
¿Sería parte de un comité de promoción de estilos de vida saludables?	Totalmente de acuerdo	18	8	2	0	28
	De acuerdo	26	22	8	0	56
	Indeciso	58	36	13	10	117
	En desacuerdo	10	0	3	0	13
	Totalmente desacuerdo	34	17	8	4	63
Total		146	83	34	14	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Ambas interrogantes están unidas en el sentido de que si conocen personas que se encuentren enfermas por no haber llevado estilos de vida saludables, lo esperable es que manifiesten intenciones de poder otorgarle herramientas a los afectados para revertir esta situación o bien prevenir en caso que sea necesario. Esto se podría llevar a cabo siendo parte de un comité que propiciara los estilos de vida saludables. Con referencia a los resultados observamos que 117 personas se manifiestan indecisos, 56 están de acuerdo y 28 totalmente de acuerdo, dichas conclusiones nos presentan una polarización entre las respuestas puesto que en tablas anteriores advertimos que todas las personas se mostraban favorables y positivas en torno al conocer y comunicar, acerca de los requerimientos para tener un estilo de vida saludable. Sin embargo, al momento de involucrarse mayormente, (para participar en un comité de promoción) denotamos una cierta resistencia y dudas, pues la mayoría se muestra indeciso de participar. Mostrando voluntad por participar en actividades ocasionales, pero no en otras que signifiquen mayor tiempo, compromiso y responsabilidades.

¿Usted hace consultas en relación a los estilos de vida saludables en las instituciones de su comuna (posta, colegios, municipio) / ¿En la comuna continuamente entregan información acerca de los estilos de vida saludables?

Cuadro N°34

¿Usted hace consultas en relación a los estilos de vida saludables en las instituciones de su comuna (posta ,colegios municipio)	¿En la comuna continuamente entregan información acerca de los estilos de vida saludables?					Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	20	18	0	1	0	39
De acuerdo	17	15	21	13	0	66
Indeciso	16	37	7	25	22	107
En desacuerdo	0	16	1	0	28	45
Totalmente desacuerdo	0	10	0	8	2	20
Total	53	96	29	47	52	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Referente a si en la comuna entregan continuamente información sobre los estilos de vida saludables y si los usuarios realizan consultas entorno a estos, podemos ver que la mayoría se encuentra indeciso, a pesar de que la mayoría reconoce recibir

información. Esto es reflejo de la pasividad que existe de parte de las personas entorno al tema, ya sea por costumbre a recepcionar información sin responder de vuelta lo que desfavorece la interacción enriquecedora, o por lo incipiente del tema de los estilos de vida saludables como algo integral que trasciende el sustrato biomédico.

Por otra parte si los usuarios consideran que se entrega información, debiesen responder activamente a esta entrega, como ya mencionábamos, para que se produzca la interacción social y el intercambio de significados y aprendizaje.

¿Es de utilidad para usted la información que se entrega en la comuna acerca de los estilos de vida saludables? / ¿En la comuna continuamente entregan información acerca de los estilos de vida saludables?

Cuadro N°35

¿Es de utilidad para usted la información que se entrega en la comuna acerca de los estilos de vida saludables?	¿En la comuna continuamente entregan información acerca de los estilos de vida saludables?					Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	28	75	0	45	20	168
De acuerdo	25	13	22	0	2	62
Indeciso	0	8	7	2	0	17
En desacuerdo	0	0	0	0	28	28
Totalmente desacuerdo	0	0	0	0	2	2
Total	53	96	29	47	52	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Respecto a si en la comuna entregan continuamente información y si es de utilidad aquella información se puede apreciar una gran mayoría totalmente de acuerdo, lo que significa que existe una constancia en el trabajo de la estrategia “comunicación social”, que plantea que los mensajes deben ser claros y continuos para estos sean beneficiosos.

De esta forma las personas se identifican con los mensajes emitidos y comienzan a entender este nuevo e incipiente concepto. Si esta situación fuese percibida por el equipo promotor de salud debiese contribuir al quiebre de la relación desigual que se da entre los miembros de un equipo de salud con los usuarios.

¿Sabe que es lo que debe hacer para tener un estilo de vida saludable? / ¿En la comuna continuamente entregan información acerca de los estilos de vida saludables?

Cuadro N°36

¿Sabe que es lo que debe hacer para tener un estilo de vida saludable?	¿En la comuna continuamente entregan información acerca de los estilos de vida saludables?					Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	19	34	3	15	10	81
De acuerdo	18	42	19	0	0	79
Indeciso	7	10	7	32	12	68
En desacuerdo	8	10	0	0	14	32
Totalmente desacuerdo	1	0	0	0	16	17
Total	53	96	29	47	52	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Este siguiente cuadro refleja que la mayoría de las personas dice saber que es lo que debe hacer para llevar un estilo de vida saludable y están de acuerdo que en la comuna entregan información. No es menor el número de personas que se encuentra en los extremos, es decir en total acuerdo y total desacuerdo lo que refleja una heterogeneidad de las realidades de cada sujeto.

Si bien la mayoría dice saber lo que se debe hacer para llevar un estilo de vida saludable, esto no se condice con la situación epidemiológica de la comuna, que se caracteriza, entre otras cosas, por tener un alto índice de obesidad. Además la gente dice estar informada, lo que denota un fenómeno denominado “autodestrucción informada”, es decir, la gente sabe que tiene hábitos no saludables (así lo reconocen en lo cotidiano) pero continúa practicándolos, si no, no se justificaría sus altos índices de obesidad. En este caso, lo que se necesita es que la información que se dé a la comunidad esté enfocada a desarrollar la conciencia y aumentar los conocimientos de la población, pero no a promover cambios complejos de conducta.

¿Sabe que es lo que debe hacer para tener un estilo de vida saludable? / ¿Usted hace consultas en relación a los estilos de vida saludables en las instituciones de su comuna (posta ,colegios municipio)

Cuadro N°37

¿Sabe que es lo que debe hacer para tener un estilo de vida saludable?	¿Usted hace consultas en relación a los estilos de vida saludables en las instituciones de su comuna (posta ,colegios municipio)					Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	12	14	51	2	2	81
De acuerdo	26	37	8	6	2	79
Indeciso	0	15	26	12	15	68
En desacuerdo	0	0	22	9	1	32
Totalmente desacuerdo	1	0	0	16	0	17
Total	39	66	107	45	20	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Como decíamos en el análisis anterior la gente sabe que no tiene estilos de vida saludables, y sabe (gran parte de ellos) que deben hacer para cambiarlo y, sin embargo los indicadores de salud no lo demuestran así. Esta situación tiene una doble lectura, primeramente lo que señalábamos anteriormente la “autodestrucción informada”, y por otra parte las personas atomizan los sanos estilos de vida a una alimentación sana (que es de lo que más se ha hablado de promoción en su comuna) que es quizás de lo único que tienen información.

¿Cree que es favorable para usted saber que se debe hacer para tener un estilo de vida saludable? / ¿Usted hace consultas en relación a los estilos de vida saludables en las instituciones de su comuna (posta ,colegios municipio)?

Cuadro N°38

¿Cree que es favorable para usted saber que se debe hacer para tener un estilo de vida saludable'	¿Usted hace consultas en relación a los estilos de vida saludables en las instituciones de su comuna (posta ,colegios municipio)					Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	20	17	76	41	18	172
De acuerdo	19	30	23	1	2	75
Indeciso	0	19	6	3	0	28
En desacuerdo	0	0	2	0	0	2
Total	39	66	107	45	20	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Frente a los siguientes datos, podemos darnos cuenta de que las personas sí están de acuerdo en que deben conocer más de los estilos de vida saludables, sin embargo no parecen estar seguros de su real motivación frente al tema ya que no hacen consultas sobre los estilos de vida saludables; lo que da cuenta de la pasividad de las personas y de la importancia de insertar nuevas estrategias comunicacionales que impacten más a la población, incitándolos así a un verdadero cambio de hábito.

¿Usted gusta de participar en talleres y charlas etc., en que se hablen de los estilos de vida saludables? / ¿Ha sido invitado (a) participar en instancias que traten el tema de los estilos de vida saludables?

Cuadro N°39

¿Usted gusta de talleres y charlas etc. En que se hable de los estilos de vida saludables?	¿Ha sido invitado (a) participar en instancias que traten el tema de los estilos de vida saludables?					Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	24	23	3	0	0	50
De acuerdo	29	50	4	10	38	131
Indeciso	8	17	5	13	3	46
En desacuerdo	0	0	3	2	12	17
Totalmente desacuerdo	0	1	0	0	32	33
Total	61	91	15	25	85	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

¿Usted gusta de participar en talleres y charlas etc., en que se hable de los estilos de vida saludables? / ¿Me gustaría comunicarle a otros que no conocen de que se trata los estilos de vida saludables?

Cuadro N°40

¿Usted gusta de talleres y charlas etc. En que se hable de los estilos de vida saludables?	¿Me gustaría comunicarle a otros que no conocen de que se trata los estilos de vida saludables?					Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	23	26	1	0	0	50
De acuerdo	33	77	18	3	0	131
Indeciso	10	28	5	2	1	46
En desacuerdo	6	8	0	0	3	17
Totalmente desacuerdo	12	14	0	0	7	33
Total	84	153	24	5	11	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

¿Quisiera que existieran más instancias, en que se hablen temas en torno a los estilos de vida saludables? / ¿Ha sido invitado (a) a participar en instancias que traten el tema de los estilos de vida saludables?

Cuadro N°41

¿Quisiera que existieran más instancias , en que se hablen temas en torno a los estilos de vida saludables?	¿Ha sido invitado (a) participar en instancias que traten el tema de los estilos de vida saludables?					Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	32	37	1	16	38	124
De acuerdo	29	53	1	4	31	118
Indeciso	0	1	10	5	2	18
En desacuerdo	0	0	3	0	0	3
Totalmente desacuerdo	0	0	0	0	14	14
Total	61	91	15	25	85	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Las siguientes tablas demuestran que gran parte de las personas gusta de participar en actividades relacionadas con los estilos de vida saludables; sin embargo existe un importante segmento que no ha sido invitado a participar. A esto se suma que ha muchos les gustaría comunicar acerca de los estilos de vida saludables, pero no todos tienen la posibilidad de hacerlo porque no han sido invitados, mientras que otros si tienen la posibilidad de comunicar y pueden hacerlo porque han sido invitados.

Encontramos además, que son muchos los que nunca han sido invitados y son muy pocos los que no desean comunicar, por lo tanto vemos que existe una población que sí estaría dispuesta a participar en instancias en donde se promuevan los estilos de vida sanos.

Este es un dato importante, porque da cuenta de la existencia de un capital social, que puede ser capacitado y puede fortalecer la participación de la comunidad en la ejecución de nuevos programas.

¿Usted gusta de talleres y charlas etc., en que se hable de los estilos de vida saludables? / ¿Sería parte de un comité de promoción de estilos de vida saludables?

Cuadro N°42

¿Usted gusta de talleres y charlas etc., en que se hable de los estilos de vida saludables?	¿Sería parte de un comité de promoción de estilos de vida saludables?					Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	10	13	15	1	11	50
De acuerdo	3	35	72	4	17	131
Indeciso	10	6	22	1	7	46
En desacuerdo	5	0	0	7	5	17
Totalmente desacuerdo	0	2	8	0	23	33
Total	28	56	117	13	63	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Los siguientes datos nos muestran que si bien la mayoría está de acuerdo en participar de actividades en donde se promuevan los estilos de vida saludables, la mayoría se encuentra indeciso en tomar una responsabilidad más formal en el tema. Esto se comprende puesto que en la medida que recién se inserta el tema en la comuna, las personas se encuentran en una etapa receptiva del conocimiento, por lo que es esperable que en la medida que se vayan acrecentando los proyectos y actividades, las personas se motiven a ser protagonistas de las acciones.

¿Quisiera que existieran más instancias, en que se hablen temas en torno a los estilos de vida saludables? / ¿Conozco personas que se encuentren enfermas por no haber llevado un estilo de vida saludable?

Cuadro N°43

¿Quisiera que existieran más instancias, en que se hablen temas en torno a los estilos de vida saludables?	¿Conozco personas que se encuentren enfermas por no haber llevado un estilo de vida saludable?				Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	89	17	17	1	124
De acuerdo	41	62	5	10	118
Indeciso	2	4	9	3	18
En desacuerdo	0	0	3	0	3
Totalmente desacuerdo	14	0	0	0	14
Total	146	83	34	14	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Frente a los resultados de este cuadro podemos corroborar que la experiencia es clave para forjar conciencia en lo que es la salud. Las personas toman conciencia de las vivencias, tanto personales como comunitarias, y reaccionan a favor de cualquier acción que revierta tal realidad.

¿Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir mejor? / ¿Cuando realizo ejercicios me siento mejor?

Cuadro N°44

¿Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir mejor?	¿Cuando realizo ejercicios me siento mejor?				Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	167	32	8	0	207
De acuerdo	16	38	3	0	57
Indeciso	0	0	7	0	7
En desacuerdo	0	0	3	3	6
Total	183	70	21	3	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

El siguiente cuadro demuestra que la gente entiende que la actividad física es un componente inseparable de un estilo de vida saludable aún sabiendo que muchas veces el ritmo de vida hace difícil cumplir los requisitos indispensables del ejercicio para que el cuerpo no se deteriore. Afortunadamente, la tendencia mundial, según los especialistas, es que cada vez más personas toman conciencia de la importancia del ejercicio físico.

¿Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir mejor? / ¿Cuando me alimento de forma más sana me siento mejor?

Cuadro N°45

¿Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir mejor?	¿Cuando me alimento de forma más sana me siento mejor?					Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	146	60	0	0	1	207
De acuerdo	17	19	21	0	0	57
Indeciso	0	3	3	1	0	7
En desacuerdo	0	0	0	6	0	6
Total	163	82	24	7	1	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Los datos dejan ver que gran parte de la población conoce de la importancia de una alimentación saludable y sabe que esta le ayudará a tener una mejor calidad de vida. Como se mencionó en el marco teórico, una de las importantes estrategias de intervención y una de las más trabajadas, es la alimentación. Esto a través de campañas comunicacionales, charlas, guías alimentarias etc.

Lo ideal es que cada persona debería estar capacitada para elaborar su propio plan de alimentación saludable, que se ajuste a sus necesidades nutricionales. Es para esto que se trabaja la condicionante alimentación, con el fin de educar en nutrición y salud, para lograr una alimentación nutricionalmente balanceada.

¿Conozco personas que tengan una vida sana y que se enfermen menos? / ¿Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir mejor?

Cuadro N° 46

¿Conozco personas que tengan una vida sana y que se enfermen menos?	¿Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir mejor?				Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	72	18	0	0	90
De acuerdo	86	27	1	0	114
Indeciso	26	12	5	0	43
En desacuerdo	15	0	1	6	22
Totalmente desacuerdo	8	0	0	0	8
Total	207	57	7	6	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

¿Conozco personas que se encuentren enfermas por no haber llevado un estilo de vida saludable? / ¿Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir mejor?

Cuadro N°47

Conozco personas que se encuentren enfermas por no haber llevado un estilo de vida saludable?	¿Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir mejor?				Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	
Totalmente de acuerdo	120	26	0	0	146
De acuerdo	64	19	0	0	83
Indeciso	13	11	7	3	34
En desacuerdo	10	1	0	3	14
Total	207	57	7	6	277

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Nuevamente los datos nos demuestran que las personas al conocer casos reales, entran en un proceso de cuestionamiento sobre los efectos de no llevar un estilo de vida saludable; según este cuadro, las personas dan cuenta de que existen casos en que evidencian esta realidad, lo que les ha hecho cavilar entre la relación existente entre estilo de vida y calidad de vida.

CAPITULO 9

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA POSTA VILLA ALHUÉ SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES II

El Focus group, estuvo dirigido a los usuarios de la Posta Villa Alhué, contando con la participación de trece personas. Fueron dos los criterios para seleccionar a los participantes, ser mayor de 20 años y ser usuario de la posta Villa Alhué.

En la realización del focus las preguntas se realizaron en un clima de respeto, escucha y buena disposición y sólo en algunas ocasiones se desviaron un tanto de la pregunta inicial pero, al ser encausados nuevamente continuaban sin problemas. Las preguntas realizadas fueron 18, las cuales fueron suficientes para recolectar la información requerida.

Con el fin de realizar un análisis más exhaustivo de las respuestas obtenidas en el focus group, se han dividido las respuestas en tres ítems, los cuales contienen un variado grupo de preguntas enfocadas a aspectos de diversos contenidos y complementarios entre sí, con el objetivo de obtener una respuesta más completa e integral. Con respecto al análisis, buscamos las similitudes de opiniones, criterios y percepciones, posteriormente las divergencias y finalmente las contraposiciones más extremas. Además resaltamos aquellas respuestas que nos parecieron más notables por su innovación, o por su aporte. A continuación presentamos los tres ítems de preguntas.

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: SEGÚN LA RECEPCIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN ENTREGADA EN LA COMUNA A LOS USUARIOS.

Las primeras impresiones entorno a los estilos de vida saludables, entregadas por los usuarios, están relacionadas básicamente a la ausencia de enfermedad y a la alimentación sana. En un segundo plano, los usuarios relacionaron los estilos de vida saludables con la actividad física, y con menor frecuencia algunos lo asocian con las buenas relaciones, la comunicación y la participación.

Esta interpretación que hacen los usuarios acerca de los estilos de vida saludables se debe a la fuerte conexión que existe entre los conceptos de Promoción de Salud y la tradicional concepción del concepto que nos ha inculcado nuestra cultura. Esta nos ha llevado a pensar la salud en relación a las instituciones (hospitales, postas, consultorios) por sobre las otras determinantes.

Pese que ya ha transcurrido tiempo del cambio de paradigma, aún están fuertemente arraigadas las antiguas concepciones en los marcos referenciales de las personas, especialmente de los adultos y adultos mayores.

Este nuevo paradigma de la salud, es el llamado biopsicosocial, que plantea que el ser humano es parte de un todo que lo influye, y al cual este influye también. Todas estas partes están íntimamente ínter - ligadas y se relacionan con las experiencias, hechos concretos y estilos de vida que tienen los sujetos en sociedad.

Estas partes las conocemos como dimensiones, las cuales son: Dimensión Física, Dimensión Cognoscitiva, Dimensión Emocional, Dimensión Social.

Desde esta perspectiva existen distintos factores que condicionan nuestro estado de salud, relacionados con los factores ambientales, económicos psicosociales, etc.

Todos estos factores derivados de las distintas dimensiones, condicionan nuestro estado de salud, y por lo tanto no se debe ni se pueden limitar su acción sólo al ámbito del sector salud.

Entorno a las informaciones generales que los usuarios han recibido sobre los estilos de vida saludables, sólo tres personas expresan haber recibido información por medio de la posta, debido a que dos de ellas tienen una patología crónica (diabetes) y por lo tanto están en continuo tratamiento. El resto de los invitados refiere no haber recibido información directa de la posta y dos de las invitadas enuncian que el haber participado en el proyecto salud con la gente, les valió para conocer acerca de los estilos de vida saludables puesto que no los conocían en su globalidad.

“Me ha servido saber que la promoción no sólo les sirve a los enfermos, sino también a personas que aparentemente se ven bien y que también pueden tener problemas. Por ejemplo a mí, que soy flaca pero tengo hipertensión”.

(Usuaría Nº 1).

En posturas como esta, denotamos la relevancia que tiene la educación en el proceso de conocimiento acerca de los estilos de vida saludables y de la Promoción en Salud como tal. *“La educación como estrategia es entendida como un proceso interactivo que proporciona las herramientas valóricas, actitudinales, cognitivas y conductuales que permiten a las personas desarrollar y potencializar sus capacidades para actuar en beneficio de su salud personal y colectiva”* (Albala et al., 2004:37).

A las personas que padecen de diabetes, se les consulta directamente si la información que han recibido en la posta es con referencia sólo a la alimentación o abarca más aristas, a lo que ellas responden que la información es general pero que siempre se aboca más a los aspectos nutricionales.

En general todos los participantes dieron ejemplos sobre las consecuencias de no tener estilos de vida saludables, en vez de referirse a lo óptimo de llevar estilos de vida más sanos. Lo que nos muestra unos usuarios acostumbrados a escuchar sobre

patologías y problemáticas más que a las ventajas de conocer y poseer estilos de vida saludables.

Recalcan incluso que muchas veces se encuentran desinformados respecto a temas de promoción. Así lo refleja el siguiente comentario.

“¿Y vieron el programa de televisión, en donde salió una señora que pesaba 130 Kilos. Ahí vemos recién el problema cuando ya casi estamos reventando en gordura” (Usuaría Nº 2).

Luego de este comentario, todos los participantes asintieron y concordaron con dicha observación. Esta actitud nos muestra que usualmente existe una pasividad e inercia frente a las problemáticas que acarrea el acumular factores de riesgo a lo largo de nuestras vidas. Alarmándonos una vez que están presentes y que difícilmente los podemos reparar ya que han deteriorado nuestro organismo, deteriorando nuestra calidad de vida incluso a veces de forma irreversible.

Otros participantes hacen alusión a tener una “mente sana”, lo que conllevaría tener una actitud positiva hacia la vida. Ellos plantean que para la mayoría de las personas el hecho de llevar estilos de vida saludables va acompañado de privaciones y grandes esfuerzos, por el ritmo de vida vertiginoso y estresante. Esta es una concepción errónea ya que realmente no es dificultoso llevar un estilo de vida más sano, pues con pequeñas acciones y recursos podemos mejorar nuestra calidad de vida, como por ejemplo caminando por las tardes, creando lazos comunitarios, aprendiendo a comunicar nuestros sentimientos, etc.

La encargada de la Unión Comunal expresa la necesidad de que se establezcan lazos más directos con canales de información más fluidos entre la posta y la comuna en general, puesto que la escasa comunicación imposibilita la entrega de información entre los usuarios y los profesionales de la salud, mermando la posibilidad de obtener más conocimientos.

***“Hay muchas cosas que la comunidad no sabe de salud, debiesen invertirse mas recursos en la educación en salud, para que la gente salga de sus ideas fijas”
(Usuaría N° 2).***

En este punto rescatamos que la comunicación social es una de las estrategias que utiliza la promoción, para sensibilizar, informar y acrecentar la motivación para la transformación de un comportamiento poco saludable a uno más sano. La puesta en marcha de esta estrategia requiere de la entrega de mensajes claros, continuos, y con significado para la comunidad. La necesidad de las personas de sentirse identificados con los mensajes comunicacionales, se ve expresada en los siguientes comentarios.

***“Yo voy poco a la posta, voy sólo si estoy enfermo, pero no he visto afiches o cosas más visuales que a uno le llame la atención leer y que quede algo”
(Usuario N° 3).***

“Yo encuentro que hay que agradecerles harto a las alumnas que vienen para acá, ya que ellas muestran más interés que los mismos profesionales que trabajan acá” (Usuaría N° 4).

Se plantea entre los asistentes la necesidad de contar con profesionales en forma permanente, aludiendo al tema de los alumnos en práctica con los que cuentan en la posta. Lamentablemente, según los usuarios, las prácticas son de poco tiempo (9 meses) y así las actividades que ellos realizan se ven interrumpidas y los avances se detienen y en el peor de los casos se pierden.

Frente a si existen otras instancias, además de la posta, en que se informe sobre el tema, sólo dos participantes indican haber recibido información en un seminario de promoción en Santiago (por medio de su participación en los proyectos de Salud con la Gente), pero aparte de ellos nadie refiere otra fuente de información institucional. Sólo aparecen citados los medios de comunicación (pero como fuentes externas). Para los usuarios, la posta no educa a través de mensajes comunicacionales. Así lo confirma la siguiente afirmación.

“Yo veo una frialdad desde la posta, deberían tomarnos más en cuenta, la posta parece una cárcel no es acogedora, y yo lo he dicho” (Usuaría N° 2).

“Yo creo que en la posta hace falta más comunicación, ya que cuando uno va a atenderse y especialmente si hay mucha gente a una le dicen, esto es así y es así, sin derecho a preguntar mucho” (Usuaría N° 4).

“Como yo he vivido en otros lados he notado que no hay tampoco comunicación entre las instituciones, por ejemplo no hay conexión entre el colegio y la posta, cosa que considero importante y que en otros sectores sí lo he visto, acá todo se encuentra separado y distante, y eso que están a dos pasos” (Usuaría N° 1).

Resaltamos además las dicotomías que se producen en ciertos diálogos como los que visualizamos en los siguientes comentarios que pertenecen a la misma persona.

“Yo cuido mi alimentación sólo consumiendo aceites bajos en grasas saturadas y en colesterol, además como bastante verduras y frutas” (Usuaría N° 2).

Y a continuación continúa señalando:

“Debo cuidarme consumiendo estos alimentos (frutas y verduras) por que mi familia sufre de colesterol alto y el médico nos tiene con pastillas para bajarlo ya que mi familia es muy carnívora, yo paso en asados, somos todos muy buenos para la carne” (Usuaría N° 2).

Al escuchar manifestaciones como estas, denotamos la urgencia que tiene un cambio en las costumbres culturales existentes, puesto que nuestro actual sistema de vida fomenta la malnutrición (por exceso) y el alto consumo de azúcares y grasas. A esto se suma la escasa conciencia crítica de la sociedad respecto a temas de seguridad alimentaria y de autocuidado.

En cuanto a la posición que tienen frente a los estilos de vida saludables, los usuarios coinciden en que les resulta difícil llevar un estilo de vida más sano debido a que la cultura en que estamos insertos promueve y avala conductas poco saludables, pues siempre se están emitiendo continuos mensajes que incentivan el consumo de alimentos poco beneficiosos para el organismo, como el alcohol, cigarrillos, bebidas, embutidos, etc.

De esta manera la cultura televisiva ejerce una fuerte influencia en los marcos referenciales de las personas, convenciéndolos de lo que es bueno o deseable para la vida. La emoción de las personas es manipulada con la imagen y el lenguaje publicitario, transmitiendo valores, sueños, y formas estéticas. La coerción cultural y social también es divisada en los diálogos de los usuarios, confirmando lo anteriormente dicho.

“Es difícil alimentarse bien frente a los demás, yo cuando voy a asados y sólo como ensaladas porque no me gusta mucho la carne, caigo pesada y me molestan y dicen ¡tanto que te cuidas!, la masa está acostumbrada a comer harta grasa y si no haces lo mismo pasas por pesada”. (Usuaría N° 1).

Los mensajes televisivos muchas veces no van acordes a los planteamientos de los programas públicos de educación y salud y es por esto que cada vez es más importante valorar el planteamiento comunicacional de las instituciones públicas, tales como los consultorios y colegios , pues de sus propuestas comunicacionales depende el desarrollo de la vida sana de los sujetos. De esta forma, es relevante captar dentro del discurso de los usuarios la forma en que han recepcionado la información recibida en la posta.

“Algunas veces uno escucha y escucha, guarda y guarda información, pero no las práctica” (Usuaría N° 8).

“Pero lo bueno es poner en práctica lo que uno ha ido aprendiendo. Por lo menos a mí me ha costado mucho seguir las indicaciones pero poco a poco he ido cambiando y hoy hasta mi marido está comiendo más sano y ya está más acostumbrado, antes él no comía si no tenía carne la comida, pero ahora come muchas ensaladas” (Usuaría N° 6).

En medio de la conversación también surgen otro tipo de propuestas. Entre ellas, que la información debiese estar acompañada de actividades más concretas y entretenidas para la comunidad que incentiven los encuentros y la actividad física (como cicletadas, caminatas, paseos, etc). Además es necesario destacar que las actividades siempre deben ir acorde al tipo de población a la que se quiere llegar, tal como lo afirma la siguiente usuaria:

“Yo estuve haciendo gimnasia para el adulto mayor pero lo tuve que dejar porque tengo artrosis y esa gimnasia que hacían no era la mejor para mí y la tuve que dejar, tienen que tomar en cuenta las enfermedades que tienen las personas” (Usuaría N° 4).

CREENCIAS QUE POSEEN LOS USUARIOS CON RESPECTO A CÓMO SE VIVEN LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA COMUNA.

Con respecto a cómo se viven los estilos de vida saludables en la comuna, las respuestas fueron casi completamente coincidentes, planteándose opiniones generales como las siguientes.

“Acá no se respetan los estilos de vida saludables” (Usuaría N° 4).

“El alcohol, el cigarro y las drogas, se ven hartos acá” (Usuaría N° 7).

Estos elementos representan para la Promoción de la Salud, los llamados factores de riesgo.

Los factores de riesgo son características y/o circunstancias de los individuos o grupos que aumentan la probabilidad de enfermar. La salud y la enfermedad se consideran en el enfoque de riesgo como un continuo, resultante de la interacción del individuo con tres sistemas evolutivos. Estos son:

El biológico.

El ecológico.

El sociocultural.

Las características o factores de riesgo pueden tener o no relación causal con el resultado no deseado (patologías). Aún así es necesario considerarlos ya que nos permiten anticiparnos al efecto no deseado o daño.

Riesgo: Es la probabilidad de sufrir algún daño, enfermar o morir bajo circunstancias específicas (OMS, 2001).

Factores de riesgo: Son situaciones o elementos desfavorables o adversos de variada naturaleza que contribuyen a una mayor posibilidad de que se desarrolle un daño en la salud. (OMS, 2001)

Grado de riesgo: Mide con anterioridad a su ocurrencia y basado en la experiencia del pasado, la probabilidad de un futuro resultado no deseado (OMS,2001).

Riesgo Controlado: Aquel que se enfrenta en medidas de protecciones adecuadas (OMS, 2001).

Población en Riesgo: Es aquella que por condiciones ambientales específicas y/o por factores propios del organismo, presenta una mayor probabilidad de manifestar un efecto negativo en su salud, en comparación con otras poblaciones (OMS, 2001).

El enfoque de riesgo constituye un método de trabajo esencialmente preventivo y es el fundamento epidemiológico de la Regionalización (antiguamente era centralizado y las medidas adoptadas para Santiago, no eran efectivas en Regiones).

Considerando estos alcances conceptuales podemos visualizar que en los discursos de los usuarios también ellos detectan situaciones y factores de riesgo. Así lo expresan las siguientes afirmaciones:

***“La mayoría de las personas creen que tomando, fumando, pasando en asados y “carreteando” hasta tarde en las calles, se están divirtiendo y pasándolo bien”
(Usuaría Nº 1).***

“Pero tampoco hay mucho en que ocupar el tiempo libre, especialmente de los más jóvenes, por ejemplo yo soy joven, tengo familia, pero a veces también me aburro” (Usuario Nº 3).

Acá nos encontramos con dos puntos importantes de resaltar, el primero que tiene relación con la escasez de entornos que propicien el encuentro y el compartir; y el

segundo es que mayoría de los jóvenes asiste al pub a conversar y por lo tanto deben consumir lo que les ofrece el lugar, esto es bebidas y alcohol.

Esto a su vez tiene efectos, pues si en la calle se encuentran personas bebidas no promueven la voluntad de los otros habitantes de salir a compartir, pues son percibidos como un riesgo a la integridad. Esto impide que se den entornos de encuentros saludables.

Entorno a cómo piensan ellos que sería la recepción de mayor información en la comuna. Las siguientes fueron las opiniones más relevantes.

***“Yo creo que si contamos lo que sabemos, nos escucharían, pero no sé si pescarían (tomarían en cuenta), pero igual habría que hacerlo de a poco”
(Usuaría Nº 11).***

***“Yo creo que la gente adulta ya no cambia, talvez si están enfermos y asustados sí (risas del grupo), pero si no tienen mayores problemas no pescan”
(Usuaría Nº 3).***

“Si informaran desde distintas instituciones para la comunidad, creo que escucharían más, pero se dirigen sólo a los que están enfermos” (Usuaría Nº 1).

“Yo creo que la información debe ir con gancho, o sea con algo a cambio, es una manera de que la gente se interese” (Usuario Nº 13).

“Yo creo que deben hacerse cosas en que participe la más gente posible, porque siempre son algunos grupos nomás” (Usuario Nº 12).

Las personas además de dar sus impresiones, entregan propuestas para que la información entregada en la comuna sea más efectiva y eficaz. Entre ellas se cuentan realizar proyectos que involucren a todas las personas, y no sólo a aquellos que

presentan alguna patología, además se plantea la entrega de información como un proceso que necesita constancia.

En este sentido la Promoción de la Salud es clara en enfatizar que se deben incorporar a todos los sectores y a toda la población. La definición de la política de promoción, como asunto de Estado nos plantea lo siguiente:

“La Política de Estado de Promoción de Salud es una política nacional, apoyada financieramente por el Estado, que cuenta con regulaciones propias, trasciende todos los sectores de Gobierno, afecta a toda la población del país y no depende del Gobierno de turno” (Muñoz et al., 2004:5).

El foco de atención de la Promoción de la Salud es el total de la población, y no sólo los grupos de riesgo, como en el caso de la prevención. Promueve una dinámica positiva que desarrolla las condiciones favorables para tener la mejor salud posible. En este caso, la salud está directamente asociada a la calidad de vida y a los factores protectores.

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN PRO DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Con respecto al conocimiento y opinión que poseen los usuarios acerca de las distintas actividades que se han implementado en la comuna, en el marco de los estilos de vida saludables, podemos presentar lo siguiente.

Nos encontramos principalmente con una percepción positiva de las actividades, aunque los usuarios sólo en algunas ocasiones lograban entender que eran actividades de promoción y asociarlas propiamente a un plan. Pese a este desconocimiento los usuarios reconocieron haber participado de las acciones emanadas de este.

“El año pasado, se hizo una cicletada, yo participé estuvo bien buena, ojalá la hicieran otra vez” (Usuaría N° 2).

“Hay grupos del colegio que se juntan en el gimnasio y juegan siempre básquetbol o fútbol, es bueno eso para los jóvenes, los entretiene harto” (Usuario N° 12).

“Yo encuentro que la mayoría de las cosas que se hacen son para los hombres, por ejemplo siempre ellos se juntan y organizan campeonatos de fútbol, pero para las mujeres no hay muchas cosas, además tiene que ser a una hora que nosotras podamos” (Usuaría N° 3).

La Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Sundsvall, Suecia en junio de 1991, trata de la creación de entornos propicios: los aspectos físicos y psicosociales del lugar de residencia, trabajo y recreación de la gente. También abarca el marco que determina el acceso a los recursos y a las oportunidades de habilitación. En este mismo sentido las políticas y estrategias de promoción son orientadas a toda la población y no sólo a sectores parcelados, como es el caso de la prevención.

En cuanto a las diferencias por género que plantea una de las participantes, podemos decir que se hace imprescindible actuar oportunamente en el grupo más vulnerable (que corresponde a mujeres de estrato socioeconómico bajo), ya que las estadísticas nos muestran un progresivo y alarmante aumento en la obesidad femenina, cuya principal causa es el sedentarismo, así como lo son también las depresiones.

En cuanto al nivel de participación que han tenido estos usuarios (as) en las actividades realizadas en la comuna, la mayoría dice haber participado parcialmente. El motivo principal de esta no participación fue el desconocimiento, en segundo lugar el poco tiempo y en tercer lugar, el escaso entendimiento acerca del por qué de las actividades y de sus beneficios.

Al consultarles si creen que su participación en estas actividades serían de utilidad para la comuna, todos coincidieron en que sí lo sería.

“Entre más gente este colaborando en las actividades, va a ser mejor, ya que todo entra por la vista como se dice y entre más gente haya, más se va incentivar el resto, pienso yo” (Usuario N° 12).

“Además creo que lo que hemos estado aprendiendo con ustedes (en referencia a las alumnas), tenemos que compartirlo y qué mejor hacerlo en las actividades que se hagan” (Usuaría N° 1).

Volvemos a reiterar en este punto lo importante que es la educación como proceso de aprendizaje, comprensión y posterior empoderamiento para la satisfacción de las necesidades. Así también es igualmente importante la socialización y retroalimentación de los conocimientos adquiridos. Además la teoría nos indica que uno de los métodos más eficaces de aprendizaje es por medio de la experiencia que vivan los propios individuos.

Incluso dentro de las estrategias de promoción aparece el concepto de “ciudadano activo”, como una manera de que los mismos sujetos sean quienes aumenten el control sobre su propia salud.

Con respecto a la pregunta si sería útil para ellos participar, también existió coincidencia en las respuestas, pues creen que aprenderían más sobre como evitar daños a la salud (en todos sus aspectos) participando. De esta forma ellos serían los canales de comunicación con la población.

“Desde que participé en la capacitación de salud, siento que he sido una ayuda en mi familia, les he contado que deben hacer” (Usuaría N° 7).

Varias de las personas se muestra interesada por conocer y participar de actividades relacionadas con la promoción de la salud, puesto que creen que replicando lo que ellos saben se pueden construir diálogos en torno al tema.

Finalmente, los usuarios presentan algunas propuestas para el trabajo de promoción en el 2006.

“Yo creo que se deben aprovechar más nuestros cerros, deberíamos hacer excursiones” (Usuario N°12).

“Me acuerdo que participe en una caminata y fuimos con varias vecinas, lo pasamos súper bien y compartimos hartito” (Usuaría N° 2).

“Sería bueno que se hicieran actividades para toda la familia, porque somos las mujeres quienes tratamos de sacar y entretener a los niños, acá cerca queda el Alto Cantillana, que es un lugar precioso para conocer y visitar, puede incluso ser un día entero, llevar cocaví sano (risas)” (Usuaría N° 5).

“Hay que tratar de incluir en las actividades a los jóvenes, ya que es la mejor manera de integrarlos y no dejar que se pierdan en los vicios” (Usuaría N° 1).

“La participación social y la organización comunitaria es uno de los ejes fundamentales de la Promoción de la Salud. Se le ha definido como un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad individual o colectiva desarrollan la capacidad de asumir mayor responsabilidad para evaluar sus propias necesidades de salud, para planificar y decidir respecto a sus soluciones y para crear y mantener organizaciones que apoyan estas metas en forma progresiva” (Salinas, 1996).

Concluyendo este análisis podemos percibir lo arraigado que tienen los usuarios el enfoque biologicista dentro de sus marcos referenciales. Esto se comprueba a partir del análisis de los discursos iniciales que sostienen que la salud se basa principalmente en el consumo sano de alimentos y afirman además que el principal ente responsable del estado de salud es la posta. Es posterior, dentro del discurso, que se hace mención al estado de salud como una interrelación de múltiples factores tanto sociales como alimenticios, que influyen en el bienestar general.

Las dicotomías también están presentes en los discursos de las personas que por una parte reconocen la importancia de llevar un estilo de vida sano, pero que en sus prácticas hacen todo lo contrario. Esto nos remite al concepto de malnutrición informada, en donde las personas saben qué no deben consumir, pero ven los modelos ideales promovidos por los medios, tan inalcanzables que deciden no tener un comportamiento sano.

La participación, también está contenida dentro del discurso de los usuarios al momento de hablar de promoción. En este sentido, es de vital importancia rescatar que las personas dan relevancia a la forma más significativa de involucramiento social, esto es al “empoderamiento real” que pueden llegar a tener en temas de Promoción de Salud.

La Promoción de la Salud es el resultado de la confluencia de distintas variables, que van más allá de la protección de la salud, pues incluye la redistribución del poder y el control sobre cuestiones de salud individual y colectiva. El que las personas vean en la promoción una oportunidad de poder tomar parte de su salud, indica que existe un

grado lucido de reconocimiento de que la salud es creada y producida por las personas en el marco de su vida cotidiana. De aquí se rescata la importancia de los recursos sociales y personales que invierta la comunidad en pro del bienestar común.

Para el trabajo de Promoción de Salud, es importante que la comunidad, además de reconocer sus necesidades, sea capaz de establecer lazos de confianza para actuar con responsabilidad. Pues, de esta manera es más fácil aunar los esfuerzos para enfrentar los obstáculos, derivados de una cultura centralizada y jerárquica que esta en constante desarticulación de su tejido social. Así uno de los desafíos más trascendentes es mejorar la calidad de esta participación, incentivando la construcción de redes sociales de apoyo y la expansión de espacios asociativos.

En este sentido la Promoción de la Salud se transforma en un proyecto contrahegemónico, pues la comprensión de la distribución desigual de las posibilidades atañe a quienes están en condiciones sociales más desfavorables. La promoción se constituye en una herramienta de conocimiento de las situaciones que vuelven mas vulnerables a los sujetos. De esta forma supera al enfoque clínico-biológico, puesto que intenta asumir y trabajar la causa social de las dolencias.

Pese a los esfuerzos que se han realizado por integrar el nuevo concepto de salud, hoy en la práctica pública se desarrolla el análisis de la enfermedad a través de un enfoque reduccionista, que analiza al ser humano como un agregado de funciones biológicas y físicas, recorriendo limitadamente sus características sociales.

De aquí también la importancia de destacar las propuestas que hicieron los usuarios en referencia a la necesidad de realizar actividades saludables. En el sentido más trascendente de estas proposiciones se vislumbra la posibilidad de crear cambios que conduzcan a la población a volver sus vidas hacia un sistema de producción y consumo que corresponda a sus necesidades reales. Esto es, rescatar la importancia de satisfacer las necesidades de recreación, convivencia, comunicación etc, y crear condiciones necesarias para satisfacerlas .

CAPÍTULO 10

OPINIÓN EVALUADORA DEL COMITÉ INTERSECTORIAL ACERCA DEL FUNCIONAMIENTO DEL PLAN DE PROMOCIÓN (2001 – 2005)

El presente análisis es el resultado de la aplicación de los cuestionarios a los integrantes del comité intersectorial (del período 2001-2005). El objetivo es conocer la percepción del funcionamiento del plan quinquenal de Promoción de Salud, desde la perspectiva de sus encargados. El modo en que se llevará a cabo el análisis de la pauta a la cual respondieron los participantes del equipo promotor de salud, será complementario; en primer lugar se enunciará la idea principal o contenido general de las preguntas (para mayor entendimiento) y de similar manera se hará con algunas respuestas a modo de comparar las disimilitudes o semejanzas. En otros casos estimamos conveniente citar textualmente debido a la riqueza del contenido y sus significados para el posterior análisis.

Es relevante destacar que el quipo promotor anterior, nunca se constituyó formalmente, además su funcionamiento no fue de forma continua, los integrantes fueron cesando en su participación a medida que transcurría el tiempo, en algunas ocasiones por cambios de domicilio, en otros por cambios de trabajo, por dificultárseles la asistencia a las reuniones, o simplemente por desinterés.

El Comité inicial estaba constituido por siete personas, cuyas profesiones o cargos eran enfermera, médico, paramédica, secretaria y encargado de la oficina de la juventud de la Municipalidad. La pauta sólo se les realizó a estas cinco personas por los motivos anteriormente señalados.

Frente a lo que se entiende por estilo de vida saludable, nos encontramos con distintas miradas, en algunos afloran instintivamente una mirada más biologicista, planteándose como una de las principales variables el no enfermar física y visiblemente. Por otra parte aparecen concepciones más integrales que aúnan temáticas como la participación comunitaria, la comunicación, buenas relaciones con el entorno, etc.

Este hecho llama la atención al tratarse de un Comité que estaba encargado de llevar a cabo el plan de Promoción de Salud en la comuna. Diremos que en este primer ítem en relación a los estilos de vida saludables propiamente tal, nuestras expectativas de respuestas, nociones, o apreciaciones por parte del equipo eran mayores, ya que la concepción sobre los estilos de vida saludables es determinante para llevar a cabo las acciones en Promoción de Salud.

En lo que respecta a los objetivos que planteaba el plan de promoción, nos encontramos peculiarmente con dos visiones un tanto desiguales, la primera enfocada netamente al ámbito médico (intervención médica, por ejemplo), no mencionándose de ninguna forma lo psicosocial, y la otra tratada de una manera más integral mencionando en términos como la calidad de vida, promoción de estilos de vida saludables, participación, encuentros, etc.

Frente a esto planteamos lo importante que es la reeducación y el fortalecimiento de estos nuevos conceptos, no sólo a encargados sino a la comunidad en general. Los primeros grandes cambios ya surgieron en el año 1948 cuando la OMS definió salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” y no sólo como “ausencia de enfermedad”. En la asamblea de la OMS de 1998, junto con reafirmar la definición de salud de la OMS, se agregó al “estado completo de bienestar físico, mental y social, el espiritual”.

En referencia al cumplimiento de los objetivos trazados por el plan, cuatro miembros del equipo coinciden en que se han cumplido parcialmente debido a la falta de instancias de encuentro. Esto repercute en la realización de las actividades, en las programaciones, en la comunicación, etc. En general en el buen funcionamiento interno del equipo.

Como sabemos, para tomar buenas decisiones es fundamental tener claro a que meta nos estamos dirigiendo, que se desea obtener y cómo queremos hacerlo.

Podemos establecer una relación directa entre la sensación de incumplimiento de los objetivos y las escasas instancias de evaluación que tuvo el equipo. De esta forma lo que se produjo fue una inversión aislada de esfuerzos de cada miembro por cumplir con sus objetivos pero, no existió un momento en que se aunaran estos esfuerzos, afectando la efectividad del trabajo.

“Cada uno de nosotros, desde su propia área de trabajo desarrolló interesantes propuestas, sólo que faltó decantarlas en conjunto” (Doctor).

Como punto relevante nos centramos en las actividades realizadas para la consecución de los objetivos, puesto que ya sabemos que los logros fueron parciales, por tanto es importante destacar como analiza el equipo el proceso vivido.

Los cinco coinciden en que el trabajo más fuerte ha sido en las escuelas (realizando charlas) y con el grupo de diabéticos. Sólo uno (encargado oficina juvenil) hace mención sobre la importancia de reactivar el Comité Intersectorial de Promoción sumando más sectores representativos de la comuna.

“Es necesario aunar los esfuerzos de este equipo, para que los sectores que aún no se suman vean los avances y se motiven” (Encargado departamento de la juventud).

Pese a que el equipo entiende la importancia de trabajar la temática de promoción en la comuna, es extraño que no todos consideren la importancia de reactivar el Comité Intersectorial, tal como se debiese. Esto nos sorprende puesto que en la pregunta anterior la mayoría coincidió en que los objetivos no estaban siendo cumplidos a cabalidad y una de las grandes debilidades era la conformación y complementariedad del equipo.

Con respecto a los productos que se han obtenido de las actividades realizadas, nos encontramos con que los cinco coinciden en que los principales beneficios se han logrado en la comunidad especialmente con los diabéticos y sus familias, ya que son

ellos los principales receptores de las actividades realizadas (encuentros, talleres, charlas, etc).

No se ahonda más allá sobre la calidad de los productos ni si responden a las expectativas formuladas.

“ Se ha hecho harto en cantidad, pero no hemos tenido tiempo de recoger las impresiones de la gente” (Secretaria).

Con relación a si se han cumplido las metas deseadas por medio de las actividades estipuladas, sólo se basan en apreciaciones subjetivas para responder, pues no existe ningún indicador establecido que permita evidenciar el cumplimiento. Esto se traduce en algunas divergencias a la hora de analizar sus respuestas. La mayoría coincide en que el grueso de las metas se ha cumplido, salvo en aisladas ocasiones, otros discrepan, expresando que sólo parcialmente, debido principalmente a la discontinuidad de las actividades.

A modo de análisis diremos que es imprescindible establecer indicadores que nos sirvan de guía y permitan establecer mayor objetividad al momento de evaluar el trabajo, de este modo se pueden evitar evaluaciones subjetivas tan dispares.

En lo que respecta al proceso de Monitoreo, se consulta al equipo si existió incentivo a las buenas prácticas. La mayoría de ellos no presentaba mucha claridad, encontrándonos con respuestas como estas.

“Creo que sí, pero no sé cómo” (Secretaria).

***“Supongo... la verdad los monitoreos los hacía la enfermera con el médico”
(Paramédica)***

El seguimiento en el proceso de ejecución es un elemento fundamental, ya sea para redefinir tareas, compromisos o metodologías.

En este caso en particular el estímulo a las buenas prácticas lo consideramos indispensable, puesto que la labor de un equipo a cargo de cualquier temática en una comuna (especialmente rural), debe contar con un constante apoyo, motivación y cooperación, ya que en estos procesos continuamente se deben estar readecuando y reimpulsando nuevas estrategias para el logro de los objetivos.

Además se espera que el Comité de Promoción sea el más motivado, puesto que ellos representan la cara visible de las gestiones de promoción. Así tanto en el funcionamiento interno como en el externo, debiesen estimularse las buenas prácticas a modo de sobresaltar los resultados de calidad y excelencia.

En otro de los ítems nos referimos a las fallas que ellos han visualizado, no para que sean expresadas puntualmente sino con el fin de conocer si las han tratado de mejorar.

La mayoría coincide en este punto planteándose el interés continuo del equipo de corregir las imperfecciones y falencias encontradas a lo largo del proceso, especialmente cuando estas se producían en actividades que tenían mayor y mejor impacto y que eran mejor recepcionadas por la población con el fin de hacerlas cada vez más atractivas.

“Es necesario identificar los obstaculizadores, trabajarlos y revertirlos a nuestro favor ” (Enfermera).

En todos los procesos existen falencias, incorrecciones, etc., propias de una labor que involucra el trabajo con personas en la realidad misma, especialmente si se trata de toda una comuna. Las redefiniciones y cambios en los equipos, comités, instituciones, mesas de trabajo, organizaciones, etc., no deben estar acompañados del temor al cambio (y verlo como retroceso), sino que más bien debe verse como un avance producto de la reflexión que ayudará a mejorar la gestión. Esto conlleva innegablemente confrontaciones y divergencias que se deben saber manejar para poder consolidar el equipo de trabajo.

“El trabajo en equipo no es una tarea simple ya que se debe estar dispuesto a escuchar, colaborar y complementarse con los otros” (Doctor).

Siguiendo esta línea de las transformaciones y cambios, expresamos la interrogante acerca de si se han realizado reprogramaciones acordes a la realidad. Algunos dicen no tener la certeza, otros establecen que la mayor parte de las reprogramaciones son debido a factores externos:

“Acá hay que replantear muchas cosas, adecuarlas a nuestra ruralidad, el clima, lluvias, etc” (encargado departamento de la juventud).

Otros se plantean entorno a las variaciones que dependen del equipo mismo, como grupo, aportando nuevas ideas y cambios para mejorar.

Reconocemos que existen variables que influyen a la hora de planear las actividades en promoción, específicamente en la comuna de Alhué con todas las características y singularidades que ella presenta siendo mucho más relevante trabajar en temas ambientales, temas de violencia intrafamiliar, y deserción escolar, producto del trabajo infantil. Sin obviar el factor climático, que sabemos, es un elemento que incide fuertemente en los habitantes.

En otro punto nos centramos en las fortalezas y debilidades del equipo, observadas y presentadas desde los propios participantes. Acá visualizamos aspectos muy positivos tales como las “ganas”, el cariño por lo que realizan, buenos elementos, reconocimiento que han obtenido por parte de la comunidad hacia su trabajo, etc. En cuanto a las debilidades aparece la escasez de recurso humano, lo que se traduce en un recargo excesivo de funciones, poca unidad por parte del equipo, etc.

Es relevante destacar que todos los integrantes del equipo tienen una mirada muy positiva del trabajo que realizan en conjunto, lo cual habla bien del carácter de colaboración y disposición para con el trabajo comunitario. Cabe destacar esta postura del equipo, ya que ellos destinan tiempo extra laboral para llevar a cabo esta función.

Además es significativo destacar la importancia que tiene el reconocimiento y refuerzo tanto propio como hacia los demás, frente a la obra realizada. En este punto es preciso destacar el valor de los factores protectores como instrumento de acercamiento, unión, crecimiento, refuerzo, apoyo y como forma de potenciarse positivamente unos a otros.

En cuanto a las debilidades exhibidas observamos que no se enumeran demasiadas, pero si se rescata el hecho de que se repite constantemente el sobrecargo de funciones, lo que repercute y condiciona la disposición y energía invertida en las actividades de promoción y por ende en sus resultados.

Al presentar ya puntos de orden más personal y de tipo evaluativo, proseguimos consultando a cada uno de ellos acerca de los aportes que los otros realizan (según sus propias visiones o puntos de vista).

Acá se vislumbra claramente que tanto el doctor como la enfermera son descritos como las cabezas del grupo, con adjetivos como coordinadores, gestores, organizadores, apoyos para la obtención de recursos, etc.

Por parte de los otros integrantes las principales descripciones son que cada uno de ellos maneja y se desarrolla en su propia área de trabajo (posta, administrativa, departamento juvenil). Se rescata que en general los principales aportes son las iniciativas, ideas, participación y esfuerzo.

Similar al punto anterior cada uno rescata y advierte la importancia del trabajo del otro, resaltándose la experticia y manejo que tiene cada uno en su rol, pero no de forma individualista sino más bien como parte de un todo.

En esta misma línea continuamos con la división de funciones de acuerdo a los roles de cada uno. Se plantea en general que no existía una marcada división de funciones propiamente tal, sino más bien una especie de focalización de acuerdo a sus funciones, habilidades o áreas de interés.

Es positivo que cada integrante se perfeccione y haga cabeza en la materia en que tiene mayor experticia y preparación, pero a su vez es importante destacar el trabajo en equipo. Es más, la acción en conjunto (varias áreas) es considerada para el logro de una superior equidad en salud, especialmente en aquellos casos en que la consecución dependa de disposiciones y acciones de distintas personas y sectores. Un objetivo importante de la acción mancomunada consiste en lograr una mayor participación de distintos sectores y con ello, un movimiento en la dirección de las políticas públicas saludables a nivel nacional.

Otra de las interrogantes presentadas pretende saber si los integrantes realizan capacitaciones según sus áreas de trabajo. Aquí nos encontramos con diferentes posiciones, por una parte se plantea que escasamente, y por otro lado que sí, pero no en forma permanente.

Un componente central en Promoción de la Salud es la contribución entre los múltiples sectores, en este caso según áreas de trabajo, llámese infancia, educación, adultos mayores, salud, adolescentes, etc. Siempre se espera que los equipos participen activamente en las planificaciones, implementaciones, evaluaciones y capacitaciones, para responder mejor a las diferentes necesidades de la comuna.

Los planificadores de programas de promoción deben buscar estratégicamente las maneras de incentivar continuamente a grupos y sectores a participar en forma continua con el fin de tener una programación más eficaz y con mayor sustentabilidad. Es decir es imperativa la retroalimentación, el mejoramiento y la constante formación de los integrantes.

En el siguiente párrafo ahondaremos en los aspectos más evaluativos con los que cuenta el equipo, en este sentido establecemos las interrogantes sobre si el equipo se reúne a evaluar en algún momento y si es así, cada cuanto.

Aquí nos encontramos con la sensación de que en cierta forma el equipo no dio la relevancia suficiente al proceso de evaluación ya que la mayoría de ellos expresa que

eran muy pocas las instancias en que se reunían con este fin y que incluso poco a poco se fue perdiendo la constancia de los pocos encuentros que tenían.

La evaluación corresponde a una etapa importante en cualquier proceso, por esto es interesante analizar las distintas respuestas que dieron los integrantes y observar sus propias opiniones y críticas al respecto.

Las evaluaciones favorecen el encuentro, el intercambio de experiencias, retroalimentación y aprendizajes entre los participantes, que llevará a la reflexión de los participantes sobre sus propios trabajos y los de otros.

Es importante considerar que es necesario cuestionar y adecuar las prácticas siempre con miras de mejorar las gestiones. Todo esto unido a la variable continuidad que dará persistencia al trabajo realizado y por ende un mejoramiento natural.

Siguiendo la línea de los encuentros que sostenía el equipo promotor, profundizamos acerca de cuáles eran las temáticas que se trabajan en dichos encuentros. Así, aparecen mencionadas materias como el trabajo en equipo, temática medio ambiental, alimentación, recursos, dinámicas, planificaciones, actividades, etc. Aunque a su vez reconocen que son muy escasos los encuentros e incluso para algunos casi inexistentes.

En igual relación al ítem anterior, planteamos la relevancia de ir adecuando los procesos de acuerdo a las falencias y perpetuar los aciertos, replicándolos a otros sectores y grupos.

Nos adentraremos ahora, en el orden del funcionamiento interno del grupo, consultando acerca de cómo se manejan las relaciones, si existen o consideran jerarquías a la hora de tomar decisiones, etc.

Nos encontramos, claramente con una jerarquía que está basada, en primera instancia, en el doctor, que es el jefe de servicio de la posta, y posteriormente en la

enfermera. Si bien, esta jerarquización no se da de manera impuesta, igualmente se generan mayores expectativas y responsabilidades especialmente en temas de mayor competencia o toma de decisiones. Se expresa de todas maneras que es una jerarquía natural, de orden horizontal y democrática.

En la toma de decisiones es evidente que se den ciertas condiciones que favorecen o entorpecen ésta. Una de ellas es el liderazgo, existiendo una distinción entre el concepto de liderazgo como una cualidad personal (asociado a características personales) y el liderazgo como función (como consecuencia de una distribución de autoridad, para la toma de decisiones), es en este punto en donde basaremos nuestro análisis, puesto que es lógico que existan jerarquías de acuerdo a los roles de cada uno de los participantes, pero es esperable que aquello no represente una dificultad a la hora de establecer consensos frente a las diferencias que se puedan presentar, y que debiesen ser un aporte y no un retroceso.

Además, ya se ha resaltado en respuestas anteriores, la separación natural de funciones de acuerdo a las diferentes temáticas que cada uno de ellos desarrolla en la comuna y por lo cual es esperable que se den distintos puntos de vista.

Profundizaremos ahora acerca de la información entregada a la comuna para saber si esto resulto ser un proceso dificultoso o expedito. Las apreciaciones generales del equipo fueron del orden más contradictorio que alentador, puesto que todos coincidieron en lo dificultoso que fue para ellos el entregar la información necesaria, ya sea por problemas climáticos, geográficos, de disposición, etc. También se menciona el hecho de que la información hacia ellos como equipo tampoco era tan fluida y por ende más se tardaba en llegar a la población; finalmente se menciona la dificultad que representa, el acceso a la gente, su permeabilidad y recepción, ya que existen personas que son muy críticas del trabajo de los otros.

Enfatizaremos en este punto, que la comunicación social en promoción tiene el papel de sensibilizar, otorgar información, y aumentar la motivación al cambio, asumiendo la responsabilidad activa y en conjunto. Para su eficacia se requiere de mensajes claros,

de fácil acceso, entendibles por los grupos a quienes va dirigido, y que sean de real interés para la comunidad.

La variable información es muy importante no sólo a nivel de usuarios sino también a nivel de ejecutores, siendo un elemento vital en la óptima toma de decisiones.

Es necesario entonces hacer uso de todos los medios disponibles para aquello, ya sean masivos, locales, directos, indirectos.

“Tenemos que usar más nuestros espacios públicos, los lugares más recurrentes de la comunidad para promover los estilos de vida saludables”(Secretaria).

Se planteó al equipo que entregase, de acuerdo a su percepción, el porcentaje de la comuna que creen conoce de la existencia del plan de Promoción de Salud.

Nuevamente nos encontramos con posiciones dispares entre el equipo, el porcentaje más negativo entregado correspondió a un 7% y los más positivos apuestan por un 60%. Cabe destacar que varios expresan que el número talvez no es muy alentador, pero se debe tener en cuenta que muchas personas han participado por lo menos una vez de las actividades, el problema es que ellos muchas veces no lo relacionan formalmente con un plan de Promoción, por tanto lo conocerían indirectamente.

“ A veces la gente participa en actividades que creen son de recreación, pero que sin saberlo corresponden a un plan de Promoción establecido y trabajado de acuerdo a sus necesidades”(Enfermera).

Ante esto debemos recordar que la salud es un derecho humano universal y factor clave del desarrollo sustentable de las sociedades. Por tanto el Estado debe garantizar el derecho de todos a la salud y por su parte los ciudadanos deben participar en la construcción personal comunitaria de modelos de vida más saludables.

En el caso de la Promoción de la Salud el foco de atención corresponde al total de la población y no sólo los grupos de riesgo, como es el caso de la prevención. Una de las grandes labores de la Promoción de Salud es entregar primeramente la información a la población para que luego la localidad se empodere de ella y finalmente que la incluya en sus prácticas cotidianas como forma de vida. En este sentido es deseable que a medida que continúe el trabajo en la línea de la promoción y de los estilos de vida saludables, este se vaya replicando e involucre cada vez a más personas.

Continuando en la dirección del plan de promoción nos referiremos a cómo creen los integrantes del equipo que ha funcionado en general, el plan en la comuna. Ante esto nos encontramos, por segunda vez, una coincidencia en las apreciaciones del equipo, aunque lamentablemente este se mantiene en una clasificación de regular, por la inconsistencia, por la escasa coordinación, por la discontinuidad.

Uno de los componentes que más se repiten en las respuestas fue la inconstancia en el funcionamiento del plan. Entorno al funcionamiento de un plan (cualquiera sea este) es conocida la necesidad de que exista continuidad en los procesos siendo necesaria la existencia de un hilo conductor que encadene etapas, que ordene propósitos, tareas, metodologías, planificaciones, etc.

Toda programación necesita una regulación permanente como condicionante de éxito y de formación de alianzas para dar una respuesta más integral a las necesidades de la población.

Respecto al tema de la participación, abordaremos contenidos entorno a si la concurrencia que han tenido las actividades programadas en el plan ha sido la esperada, esto de acuerdo al punto de vista de los ejecutores.

La mayoría de ellos concuerda en que la concurrencia es buena (aunque no la deseada), salvo excepciones que faltan a las actividades no por carencia de interés sino por dificultad en el desplazamiento de un sector a otro.

El primer desafío para desarrollar la participación social lo compone la democratización de la información (acceso), con el manejo apropiado de la temas acerca de los beneficios sociales, recursos disponibles, condicionantes de salud, presencia de canales y dispositivos de participación ciudadana, decisiones de carácter técnico, políticas y todos aquellos aspectos vinculados a la salud de la población.

Como uno de los puntos primordiales rescatamos la importancia que tienen que la gente reciba la información ya que de esta forma se acercan los beneficios que entrega la Promoción de la Salud.

Siguiendo, con el tema de la participación, nos proponemos rescatar desde el equipo nuevas iniciativas y estrategias que ellos propondrían para fomentar una mayor participación por parte de la comunidad alhuina.

En este punto nos encontramos con varias e interesantes iniciativas, como es el incentivar a nuevos actores que participen en el comité y ampliar la gama de profesionales (otras áreas y más diversidad). Además de la necesidad de utilizar nuevas estrategias comunicacionales por ejemplo, eventos masivos, invitar a dirigentes, trabajar propuestas en conjunto (gobierno local, comunal), hacer campañas puerta a puerta, relacionar las actividades con la identidad local, etc.

Todos los participantes mencionaron el tema de la difusión, como una de las principales estrategias para incentivar la participación comunitaria (como eje principal).

A continuación desarrollaremos la forma como ha sido concebida la participación en promoción.

La participación ha sido interpretada como *“un proceso social mediante el cual el sector público facilita y estimula a los actores y sectores de la sociedad chilena en diferentes niveles de gestión (nacional, regional y comunal) para que aporten en el diagnóstico de sus propias necesidades, señalen prioridades, establezcan relaciones de intercambio y cooperación, negocien y se concierten con la autoridad pública,*

promuevan y pongan en práctica soluciones concretas ante las diversas situaciones que los afectan, evalúen y controlen la gestión pública de salud” (Albala et al., 2002:21).

Lo rescatable en este sentido, es que el equipo comprende la importancia que posee la participación comunitaria y por ello cada uno formuló distintas propuestas para el logro de sus objetivos.

A modo de apreciación indagamos acerca de que forma califica el equipo el éxito del programa. Obteniendo calificaciones principalmente en el orden de lo regular, debido a diversos motivos, como la inconstancia, escaso tiempo del equipo, discontinuidad, etc. Pero se expresa que igualmente hubo logros como por ejemplo la acreditación de saludables de dos escuelas saludables y la participación de varios integrantes de la comunidad en las actividades deportivas.

A modo de análisis vemos nuevamente la inconsistencia en el trabajo, como uno de los mayores problemas que afectaron el éxito del plan de Promoción en Salud 2004, específicamente por la discontinuidad que prevaleció.

Otro elemento que debemos destacar en estas contestaciones, es la palabra asistencialidad, puesto que una de las principales apuestas del trabajo en Promoción de Salud es el cambio de paradigma.

En Chile se ha definido la Promoción de Salud *“como la estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio de los condicionantes y determinantes de la salud. La Promoción de Salud se lleva a la práctica, mediante acciones de educación, información y comunicación social, trabajo comunitario y abogacía, atención de salud, investigación, vigilancia y regulación”* (OMS, 2001).

Todo esto confiere a la población un rol activo, presente, con derechos y deberes, dejando fuera lo mero asistencial, para que desde ella nazcan y se establezcan sus propias necesidades y metas.

Finalmente buscamos que el equipo promotor exponga los aportes que integraría para optimizar el trabajo en Promoción de la Salud de la comuna. Acá cada uno de ellos manifestó sus opciones, por nuestra parte expondremos textualmente dos de ellas, por parecernos más notables.

“Apoyo programa maternal (matrona, internas obstetricia)- Trabajo oficinas DIDECO, más constante. – Apoyo financiero constante. – Planificación más rigurosa. – Apoyo funcionarios no profesionales” (Doctor).

“Integrar a los medios de comunicación, mayor continuidad, objetivos claros a cumplir, integración de otros grupos, trabajo en familia y no sólo por segmentos en forma aislada” (Encargado departamento juvenil).

En todos los integrantes del equipo se observa una intención de que el trabajo realizado por ellos debe tener una continuidad, lo que expresa la relevancia que ellos le otorgan a esta labor y lo positivo que puede ser para la comunidad.

En general todas sus opiniones fueron favorables con relación a la temática y sólo hubo reparos entorno al funcionamiento.

Finalmente podemos indicar y resaltar la voluntad del trabajo realizado por la antigua mesa de Promoción de Salud, pese a las dificultades que debieron sortear en el transcurso de este procesos, tales como escasez de tiempo, insuficiencia de participantes, limitación en los recursos, etc.

Concluyentemente frente a una de las propuestas, sobre que el departamento Municipal DIDECO, estuviera presente en la mesa de Promoción de Salud, podemos

decir que desde finales del año 2005, se reestructuró el equipo de Promoción de Salud, debido al cese de su funcionamiento y por disgregación de los integrantes. En su lugar se estableció un Comité Intersectorial en Promoción de Salud. Esta variante tiene un trasfondo positivo puesto que al tratarse de un comité intersectorial involucra a los principales sectores de la comuna. A continuación desarrollaremos la importancia de que exista de este Comité.

Se hace necesario construir una red de protección social, la que se inicia con la apertura de oportunidades, superar las desigualdades en el acceso a educación, salud, seguridad social, participación, seguridad ciudadana y buen uso de espacios públicos.

Justamente en este contexto, planteamos la imperiosa necesidad de conformar un comité intersectorial cuyo objetivo de acción debe basarse en el logro de una mayor participación y empoderamiento de los distintos sectores de la comuna de Alhué, y con ello dar movimiento a las políticas públicas saludables.

Con esto se entiende que la promoción es una tarea no sólo del sector salud, sino una tarea de todos los sectores tales como: Educación, Salud, Justicia, Comunicaciones, Obras publicas, Municipio y otros, todo ello coordinado y coherentemente articulado con una Política de Estado, que permita cumplir con el principio sistémico de que el todo es más que la suma de las partes.

El desarrollo de la intersectorialidad permite otorgar mayor integralidad a las acciones emprendidas por el aparato público. Permite una mayor eficiencia en el uso de los recursos, y a la vez una mayor eficacia y efectividad en las acciones. Contribuye a articular las distintas propuestas sectoriales en función de un objetivo común, otorgando una respuesta mas integral a las necesidades de la población, potenciando una mejora en la calidad de vida.

La intersectorialidad es un proceso de construcción compartida, en que los diversos sectores envueltos son invitados por saberes, lenguajes y modos de hacer que no les

son comunes entre sus compañeros. La intersectorialidad implica la existencia de algún grado de abertura, en cada sector envuelto para dialogar, estableciendo vínculos de co-responsabilidad y co-gestión. Sin embargo no debe ser pensada como una estrategia única. Por el contrario, ella debe responder a las necesidades de salud de una colectividad, movilizando los sectores necesarios para eso y, principalmente, envolviendo a la población en el proceso (desde diagnóstico de la situación a la evaluación de las acciones implantadas).

A modo de síntesis se puede considerar que el análisis sobre el funcionamiento del plan, por parte del equipo, es poco enriquecedor y carece de sustancia relevante, considerando que estamos examinando un plan que es promovido por el Gobierno Regional el cual intenta coordinar políticas de promoción a nivel local y mejorar el conocimiento de políticas saludables de los actores locales.

Si bien la formulación teórica del plan es correcta, su aplicación en la realidad no es del todo eficaz pues, la casi inexistencia de un proceso de monitoreo y la falta de indicadores cualitativos imposibilitan la retroalimentación que debe existir con la comunidad a la hora de evaluar las actividades. El posicionamiento de la estrategia de Promoción de la Salud tiene como eje importante la puesta en marcha de procesos de planificación y evaluación local participativa, con el fin de acrecentar la responsabilidad social y de crear espacios de soporte social. Esta situación es producto también de la focalización que han tenido las actividades de promoción en el área educacional, debido a que se trabaja con una población cautiva (alumnos) que está siempre a disposición, con la cual no se estila comúnmente realizar evaluaciones. Esto debido al enfoque reduccionista que se tiene del alumno como sujeto receptor y no como creador y protagonista de su aprendizaje.

A su vez se relega a un segundo plano el área de trabajo comunitario el cual es uno de los ejes claves de intervención, según lo plantean las propias estrategias de la Promoción en Salud que lo ven como herramienta de desarrollo local; pues es en la comuna en donde se forjan las primeras instancias de demanda por una salud más integral, lo que a su vez impulsaría la creación de políticas locales saludables.

Con el análisis de las respuestas se hace patente que el plan de Promoción, aún es un documento abstracto, el cual ha sido trabajado de manera funcional a manera de responder a un requerimiento del ministerio, priorizando lo cuantitativo sobre lo cualitativo. Esto se refleja en la creación de indicadores solamente porcentuales, que si bien son importantes no siempre dan cuenta de una sensibilización o entendimiento más profundo de la temática que aún se presenta tímida e insubstancialmente a la población. Con esta afirmación no nos referimos destructivamente al trabajo realizado por el equipo, sino más bien rescatamos la complejidad y amplitud del tema, que sin duda requiere de mayor inversión en tiempo, en recursos, en investigación, en capacitación, etc.

Rescatando este último punto se evidencia una mediana interiorización entorno a todo lo que involucra la promoción, quedando esto de manifiesto en distintos aspectos, como el nivel y profundización de las respuestas, el mínimo nivel de propuestas y escasa utilización de lenguaje técnico propio de la promoción.

También es evidenciable la poca rigurosidad en la jerarquización de las necesidades, lo cual queda reflejado en una desordenada distribución de los recursos humanos y materiales a la hora de programar las actividades. Además se observa una escasa motivación para perfeccionarse en temas de promoción, poca interiorización en temas claves como factores de riesgos (modificables y no modificables), comunicación social, empoderamiento, epidemiología, salud mental, reorientación de los sistemas de salud, etc.

Pese a que ya en 1998 se puso en marcha el Plan Nacional de Promoción definiéndose prioridades tales como, promover la responsabilidad social por la salud, capacitar a las comunidades, empoderar a los individuos, aumentar inversiones en el desarrollo de la salud, etc., aún hoy por hoy no se logra un cambio real en el paradigma.

CONCLUSIONES

Como bien sabemos la salud está íntimamente ligada no sólo al ámbito médico, si no que también a los estados psicológicos, sociales, afectivos y espirituales del sujeto. Ya hace más de 30 años que fueron expuestas las limitaciones de las aproximaciones biomédicas a los problemas del sufrimiento humano. A partir de las nuevas concepciones es que se han planteado diferentes áreas de intervención social en salud con el fin de alcanzar el tan deseado “completo bienestar físico, psicológico y mental”, de la población.

Como trabajadores (as) sociales, sabemos que la salud está ligada a los cambios sociales, y por ello se discute su importancia en la salud pública. Para propiciar cambios sociales, el desarrollo y el análisis de políticas públicas se presentan como herramientas útiles, sobretodo si se las analiza desde una perspectiva holística, tal como lo hacen las diferentes cartas y tratados de promoción, como por ejemplo la carta de Ottawa de 1986. La incorporación de las prácticas sociales y la participación en la promoción nos permite ampliar la mirada de la salud más allá del sector sanitario y nos permite caminar hacia el objetivo nuclear que es trascender la mirada del sector médico.

Desde este aspecto el concepto con el que trabaja la promoción, integra al ser humano desde una perspectiva global, como nombrábamos en el párrafo anterior, y es éste enfoque el que quiere rescatar nuestra investigación. Al analizar las percepciones de los sujetos intentamos explicar un hecho, más que dar cuenta de una mera percepción. Este fenómeno nos interesa porque responde a una problemática social que emerge desde las desigualdades sociales que se dan en salud, inequidades que se determinan como diferencias constantes innecesarias y evitables.

Es necesario reconocer que hoy en día no sólo es necesario contar con recursos económicos para lograr el bienestar de los individuos, familias y grupos; también es fundamental revisar otros aspectos como las ideas preconcebidas que posee la comunidad o las concepciones que pudiesen ser un tanto estigmatizantes, como es el

pensar que la salud sólo implica la ausencia de enfermedad física, dejando relegado a un segundo o tercer plano tales como: elementos tan importantes como el capital humano, observación de la manera en que se están dando las relaciones sociales, el conocimiento acerca de los estilos de vida saludables, el reconocimiento de la participación social como ejercicio democrático, etc.

Al reconocer la complejidad y riqueza del tema, es que nos planteamos que nuestra investigación debía darse de la manera más integral posible y por tanto comprometía recoger vivencias desde los dos ámbitos en que se asentó el trabajo de la promoción en la comuna, que fueron los “beneficiarios” de las acciones y los ejecutores y concebidores de tales acciones.

La forma de llegar a las percepciones y opiniones de estos grupos fue recogida gracias a tres instrumentos. En primer lugar una escala tipo likert que nos otorgó la percepción individual de cada uno de los usuarios, un focus group que nos permitió conocer el discurso social que se formó en el grupo, al relatar, rebatir y compartir distintas experiencias, muchas veces similares pocas veces diferentes; Y un cuestionario aplicado al Comité Intersectorial de Promoción, que nos permitió conocer las perspectivas de cada integrante, permitiéndonos con ello parangonar ambos discursos y enriquecer los análisis.

Los resultados obtenidos nos llevan a sustentar una primera premisa; la concepción sobre los estilos de vida saludable, aún sigue sustentándose principalmente en el sustrato biomédico y atomizado a los hábitos alimenticios.

Si bien uno de los esfuerzos de las estrategias de la promoción, ha sido integrar más variables de tipo social a la salud, este esfuerzo aún no es suficiente, ya que debe lidiar con una dimensión estructural en donde el autocuidado y la visión integradora han sido negadas por los sistemas convencionales de salud, los cuales siguen manteniendo actitudes ambiguas de benevolencia, exclusión e incluso de descalificación (en el sentido de restarles categoría), para todas aquellas iniciativas que emprende la atención de la salud fuera del ámbito de la prescripción médica.

En la comuna de Alhué, gracias al incipiente trabajo en Promoción de Salud, se ha ido trabajando ésta realidad que no les es ajena, y vemos que muy lentamente las personas comienzan a advertir que la salud conlleva tareas que se expresan tanto a nivel personal, como es el caso de las tareas más elementales de autocuidado, apoyo, protección y acompañamiento, y también a un nivel comunitario, como corresponde a la intervención de políticas de salud y actividades de saneamiento ambiental (relacionados con entornos saludables).

Hemos pesquisado, también, diferencias generacionales en la forma de concebir los estados de salud. Esto referido a que gran parte de los adultos mayores opina que enfermarse responde a una situación natural de acuerdo a la etapa de su ciclo vital, en cambio la escasa población joven se encuentra más conciente de que las enfermedades no son inherentes a la etapa de vida, y que por lo tanto pueden ser modificables las conductas en salud.

Las percepciones, opiniones y posturas frente a los estilos de vida saludables no se condicen con las acciones en muchos de los casos; es decir las personas mantienen la información en la periferia pero no la integran realmente en sus marcos referenciales, lo que hace que no se concreten los pensamientos en acciones.

Además podemos mencionar, que en muchos casos testados se corrobora la teoría de la “autodestrucción informada” (en la alimentación), que explica que las personas saben que no deben malnutrirse, pero de igual forma lo hacen. Esto debido principalmente a que los mensajes en los medios de comunicación son muy tajantes en sus consejos llegando incluso a idealismos exacerbados, que se acentúan con la exhibición de modelos corporales perfectos.

Así se nos muestra en programas y cortes comerciales, dentro de los cuales se incluye cuerpos perfectos, gente feliz, despreocupada, etc. que consiguen este estado gracias a cierto producto, dejando mensajes subliminarios en el subconsciente de que tales productos cumplen sus promesas.

El modelo utilizado por la publicidad para inducir al cambio individual de conducta está centrado en las expectativas valoradas, cuya base conceptual es que la probabilidad de que la persona esté dispuesta a actuar aumenta si percibe que la acción la conducirá a resultados que ella desea y valora. La persona opta entre conductas alternativas, por aquellas que creen le proporcionarán el máximo de buenos resultados con el mínimo esfuerzo y costo.

Paradójicamente el modelo utilizado por el sector salud (hasta ahora biologicista y asistencialista) ha sido el mismo. Poniéndose énfasis en el tratamiento medicamentoso, por implicar un menor esfuerzo por parte del paciente y menor trabajo por parte del médico y un menor costo para el servicio de salud.

Esto último en referencia a que se extiende al máximo el número de pacientes que debe atender un médico, puesto que el recurso humano siempre es escaso y por ende, las horas deben ser maximizadas en un cien por ciento, lo que se traduce en ahorrar tiempo entre una atención y otra.

Prosiguiendo con las observaciones, corroboramos nuestra primera hipótesis la cual planteaba que los conocimientos de los usuarios de la posta Villa Alhué eran escasos, en relación a los estilos de vida saludables, puesto que la mayoría de los consultados basaban sus nociones en elementos básicos, como por ejemplo el factor alimenticio. Discurremos que esto sucede debido a que la mayoría de las acciones realizadas por el Comité están atomizadas a entregar información conceptual, concreta, que no estimula la reflexión, generando así una participación instrumental que no fomenta la generación de nuevos conocimientos .

Esto tiene consecuencias adversas, puesto que sabemos que lo importante para generar cambios en los marcos referenciales (en este caso de la salud) es primordial propiciar la participación en nuevas experiencias, es decir hacer que la gente actúe y se involucre en actividades que le permitan compartir sus ideas y vivencias con otros.

Además podemos agregar, que el trabajo (en promoción) enfatizado en lo biomédico y nutricional, se debe en parte a que los mismos miembros del Comité no han incorporado de manera total todas las variables que determinan un óptimo estado de salud.

Con todo este escenario, pudimos corroborar nuestra segunda hipótesis que plantea que la actitud de los usuarios es de mediano interés hacia los estilos de vida saludables. Esto debido a que pudimos constatar inconsecuencias en referencia a las opiniones (que fueron favorables) y a las disposiciones concretas de formar parte en instancias formales de Promoción de la Salud, como por ejemplo el comité. Esto se debe, en parte, a la débil concientización y a la dificultad de reeducar a la población.

Como tercera hipótesis, planteábamos que la opinión de los usuarios con respecto a los estilos de vida saludables, era medianamente favorable. La cual fue corroborada.

El favorecimiento se forma desde lo adverso, al presenciar casos impactantes en sus poblaciones o a través de los medios de comunicación (obesidad mórbida, suicidio por depresión, etc). Se forma así una idea más concreta desde lo negativo y no desde lo positivo como tal, es decir sus opiniones generalmente no se forman desde lo beneficioso y lo útil que es para la salud el llevar estilos de vidas sanos, si no desde la enfermedad misma.

En este contexto uno de los modelos utilizados por el sector salud es el de creencias en salud, que utiliza la amenaza como fuerza de motivación y entrega un camino opcional al cual las personas pueden optar, según la percepción de los beneficios que dicha vía ofrece. Según este modelo, la disposición a actuar para evitar una enfermedad sería más alta en la persona que se percibe así misma amenazada (vulnerabilidad personal y severidad de la condición); y percibe que la medida recomendada para enfrentar la amenaza es posible y eficaz; estimando que las barreras y costos son bajos; y considerando que tiene la habilidad para manejar exitosamente la conducta recomendada.

La observación del daño por parte de las personas es un recurso utilizado por la Promoción de la Salud, para aumentar la autoeficacia y el control de la salud a un bajo costo, puesto que la prevención minimiza los factores de riesgo.

Un ejemplo de la aplicación de este modelo, particularmente efectivo para enfrentar enfermedades graves y de exposición universal, es la campaña utilizada para prevenir enfermedades como el cólera o el hanta, enfermedades que producen gran temor por su gravedad y antes las cuales la población se sintió amenazada. La información y la educación a la población (promoción) se abordó con una estrategia intersectorial común que tuvo un gran éxito, ya que las medidas propuestas eran simples, efectivas y requerían un mínimo esfuerzo.

Si bien la contemplación del daño es útil y es un recurso de la promoción, como mencionábamos anteriormente, esta estrategia es distinta cuando se trata de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, como la obesidad, la hipertensión, la diabetes, enfermedades cardiovasculares etc., cuyas consecuencias se vislumbran en un porvenir más lejano, difícil de percibir aún para las personas con factores de riesgo. Esto dificulta utilizar el modelo de la amenaza como motivación para inducir un cambio en la conducta alimentaria y de estilo de vida, que muchas personas perciben como un esfuerzo difícil de asumir, en especial al no notar beneficios tangibles e inmediatos.

Pese a que las personas se dan cuenta de los efectos negativos que puede acarrear un estilo de vida poco saludable, no les es fácil cambiar su comportamiento, debido a que no existe una concientización total y debido a que la poca información recibida aún no es parte de la socialización cotidiana. Esto da cuenta de la etapa de contemplación en que se encuentra la población, en la cual la persona tiene intención de cambio, pero en los próximos seis meses tendrá conciencia de los “pro”, pero predominan los “contra”, las desventajas o los costos que le significa realizar un cambio en su estilo de vida.

Por su parte, al analizar las respuestas dadas por el comité éstas reflejan un cierto grado de disconformidad con respecto al resultado del trabajo en equipo. De esta

forma corroboramos nuestra cuarta hipótesis la cual planteaba que la opinión de los ejecutores era medianamente favorable, en relación al grado de cumplimiento de los objetivos y la calidad de las actividades desarrolladas por el plan. El equipo manifiesta que el nivel de cumplimiento de los objetivos propuestos por el plan de promoción es insatisfactorio. Por otra parte tampoco están satisfechos con la calidad de las actividades, debido a innumerables situaciones como: poco impacto en la comunidad, mediano compromiso por parte de algunos integrantes del equipo, dificultad para incentivar la participación, falta de voluntad política, focalización del trabajo con usuarios cautivos, como por ejemplo; alumnos del liceo, adultos mayores y grupo de crónicos.

Para los ejecutores la coherencia existente entre las metas y las actividades es medianamente positiva, tal como lo plantea la quinta hipótesis, puesto que no hubo cumplimiento cabal de las metas propuestas por el plan. De esto podemos deducir que las actividades no eran del todo eficaces para la consecución de las metas. Lo que habla de una planificación deficiente, utilización de estrategias inadecuadas no acordes con la realidad y necesidades de la población.

La meta principal de la educación para la salud, es contribuir al desarrollo de estilos de vida que conducen a cambios en las prácticas de la salud de las personas, esto es en los conocimientos y actitudes relacionadas con dichas prácticas, en el que estén consideradas las motivaciones, las percepciones y las formas en que se toman las decisiones relacionadas con la salud.

A esto se suma el hecho de que existen escasas evidencias de la eficacia de las pocas actividades realizadas. Cabe destacar que el análisis de la evidencia requiere de una metodología rigurosa, en donde se tenga en consideración el impacto económico, las barreras para la implementación de las intervenciones y los resultados positivos o negativos de las intervenciones en aspectos no relacionados con la salud

Otra de las hipótesis proponía que el proceso de monitoreo no había sido óptimamente realizado. Dicha hipótesis es corroborada gracias a las respuestas entregadas por el equipo, que indicaron que el proceso no había sido satisfactorio debido a múltiples situaciones como por ejemplo, la carencia de encuentros que sostenía el comité, la debilidad del trabajo en equipo, la falta visión de equipo (trabajo sectorizado), la poca complementación que se dio entre ellos y la carencia de recursos. Esta realidad que se dio en el funcionamiento del comité, entre muchas otras causales, tiene por motivo el hecho de que muchos se sienten sobre exigidos con su labor, y consideran que el trabajo en promoción es demasiado gratuito.

Este panorama afecta el funcionamiento del trabajo en equipo, que es justamente la séptima de las hipótesis, que plantea que el funcionamiento del trabajo en equipo era evaluado de forma insatisfactoria por parte del comité intersectorial, no por el espíritu del equipo (que era positivo) si no por las condiciones de trabajo. Como bien sabemos, el enfoque del trabajo en equipo plantea que este es un trabajo mancomunado que debiese facilitar el talento colectivo y canalizar las energías de las personas que allí participan, sin embargo muchas organizaciones afrontan entornos complejos y turbulentos tanto externos como internos, lo que en definitiva no permite avanzar. Este estancamiento se transforma en un círculo vicioso, lo que finalmente desmotiva.

Además cabe destacar la mayor parte del trabajo de promoción, fue realizado hasta el año 2005, por la posta, lo cual trajo como consecuencia la biologización de la promoción. Es decir, los usuarios estaban recibiendo un nuevo concepto de salud (menos biologicista) más integral, pero que se contradecía implícitamente con la institución de donde emanaba.

Dentro de los avances, para el 2006 la administración y la ejecución de plan de Promoción de Salud, está a cargo del Municipio de Alhué, hecho que dará una nueva perspectiva al trabajo. Pues se ha introducido el concepto de municipio saludable lo que significa que el sector reconoce que el liderazgo del proyecto de promoción no es enteramente de su responsabilidad, si no que es de la comuna y del municipio, así la comunidad deberá participar desde el principio dado que es su proyecto.

De esta manera el sector salud deja de ser el encargado absoluto de la salud de los individuos y las comunidades y asume un papel estratégico en la interpretación de la realidad, en la búsqueda de soluciones y en el proceso de facilitar la confluencia de intereses y experiencias de los diferentes actores del plan.

En la búsqueda de la desconcentración de los poderes y responsabilidades se plantea también la importancia de la existencia y fortificación del comité intersectorial el cual apunta a lograr una mayor participación de los distintos sectores, en pro del cumplimiento de las políticas públicas saludables. Se entiende, entonces, que la promoción es una tarea no sólo del sector salud sino de todos los sectores: educación, comunicaciones, justicia, medio ambiente, trabajo y otros, todo ello coordinado, articulado y coherente en una Política de Estado.

El desarrollo de la intersectorialidad permite otorgar mayor integralidad en las acciones emprendidas por el aparato público. Permite una mayor eficiencia en el uso de los recursos, a la vez que una mayor eficacia y efectividad en las acciones. Contribuye a articular los distintos sectores en función de un objetivo común, otorgando una respuesta más integral a las necesidades de la población.

El comité intersectorial reconoce que un equipo efectivo debiese producir resultados y obtener logros a pesar de las dificultades emergentes (debiéndose utilizar las dificultades a su favor, como forma de reversión), Sin embargo muy pocos se sienten enteramente responsables del resultado insatisfactorio de su funcionamiento, puesto que abogan ser afectados también por variables externas y no manejables por ellos.

Pese a la existencia real de estas variables (escasos recursos, carencia de preparación hacia el equipo, falta de descentralización de los poderes, distanciamiento entre los habitantes, etc). Pudimos apreciar que los miembros del comité exteriorizan las causas del regular funcionamiento del equipo, haciendo una transferencia de responsabilidad lo que no contribuye a la crítica ni a la reflexión.

Como última de las hipótesis se proyectó que el trabajo intersectorial era dificultoso, lo cual fue ratificado por el equipo, arguyendo que esto se debía a causas externas (como tiempo, recursos, condiciones geográficas etc). Esto ha imposibilitado un desenvolvimiento óptimo de las acciones del equipo, las cuales requieren de la realización de un trabajo deliberado y con refuerzos constantes, para poder remover todos los bloqueos que impidan el progreso y la suma de nuevos sectores.

Desde esta perspectiva los mayores desafíos para el trabajo interdisciplinario del comité Intersectorial, es fomentar una labor en equipo y en red; esto significa construcción de complementariedades para el abordaje de las problemáticas. Esto implica poder ampliar las temáticas abordadas en el diagnóstico comunal realizado por los miembros de la posta y desafía a los otros miembros del comité (representantes de distintas áreas) sumarse a este desafío, de poder integrar la mayor cantidad de variables sociales que influyen en la realidad de los habitantes de la comuna.

Conociendo la realidad de la comuna, es que se puede decir que las principales líneas de trabajo que se debiesen considerar como parte del desarrollo local en salud, es el cuidado del medioambiente, disminuir la contaminación, saneamiento y el manejo de residuos.

Hasta ahora las principales estrategias trabajadas por el plan de Promoción, se han priorizado en las llamadas Escuelas Promotoras de la Salud, Plazas Vida Chile, y Comunas y Comunidades saludables. Falta completar el cuadro de las estrategias de intervención con otras tareas importantes para la comuna, como lo son los Lugares de trabajo Saludables y el Programa Salud con la gente, este último con un silente comienzo el año 2005.

Según lo que se puede evidenciar en Alhué, la Promoción de la Salud como política de estado, recién está siendo asumida por los sectores salud y Municipio. Para implementar la estrategia de Lugar de Trabajo Saludable, mencionada en el párrafo anterior, se debe contar con el compromiso y la capacidad de los empresarios y los trabajadores para adoptar acciones estilos de vida saludables dentro del lugar de

trabajo. Eso significa fomentar el espacio laboral como fuente de salud, lo que implica una serie de acciones dentro de la jornada, tales como pausas saludables, acreditación de lugares libres del humo del tabaco, etc. Lo más importante es que requiere del compromiso del sector privado para que sea capaz de adoptar medidas que favorezcan la salud de sus trabajadores, tales como la protección de riesgos mecánicos, cánceres y accidentes, lo que llevará a impactar en el largo lazo la tasa de morbilidad y mortalidad asociada a los distintos factores de riesgos.

Para implementar la estrategia Salud con la Gente es preciso valorar y fomentar la participación comunitaria. Aquello implica el impulso de la creación de relaciones de confianza y cooperación, lo que exige que la mesa de promoción tenga no sólo un catastro de los grupos que funcionan en el sector, si no que establezca lazos de familiaridad con los miembros y líderes pertenecientes a tales organizaciones sociales.

Esto implica adicionar el trabajo con otras condicionantes relacionadas principalmente con los factores protectores psicosociales. Al complementar el trabajo de estas nuevas y necesarias condicionantes, se estará fortaleciendo la construcción de relaciones comunitarias, laborales e institucionales no violentas y de colaboración. Además se propicia la valoración del enfoque social (holístico) en donde la cercanía con la realidad del sujeto y la interacción con este permiten una primera noción acerca del conocimiento popular que produce la comunidad en la necesidad de enfrentar y resolver las problemáticas de la vida cotidiana.

Es aquí, en donde el equipo debe colocar el énfasis de su trabajo para poder hacerlo más eficiente y para poder medir la eficacia de sus acciones. Puesto que la mirada hermenéutica, permite descubrir desde el discurso de las personas, indicios de relevancia para la solución de las problemáticas: esto, como parte del proceso de validación del saber.

Desde esta perspectiva es que el comité intersectorial debe generar una visión de futuro, desarrollar la intuición como habilidad para elaborar un estado de situación y una posibilidad de acción a corto y largo plazo.

HALLAZGOS DE INVESTIGACIÓN

Toda investigación plantea, desde su inicio, inferencias acerca de lo que posiblemente será pesquisado, refutado, inferido o simplemente descubierto a modo de hallazgo, es en este último punto en donde centraremos los aciertos que aportó nuestra investigación.

Como primer hallazgo de investigación planteamos que, de acuerdo al ciclo de vida en que se encuentre el sujeto, sus perspectivas y posiciones hacia los cambios de conducta en referencia a los estilos de vida saludables tienen una particular visión y diferencia.

Como sabemos la salud puede ser definida de diversas maneras, desde la mirada más tradicional puede ser entendida como la simple ausencia de enfermedad, mientras que la OMS ha modificado esta concepción y la ha hecho más integral considerando que es un completo bienestar físico, mental, social y espiritual. Entendiendo que la primera definición es la que ha estado por más tiempo arraigada y siendo difundida, es que pudimos darnos cuenta de que muchos adultos mayores se consideran enfermos, cuando presentan signos de deterioro físico, pues para ellos salud es simplemente ausencia de enfermedad.

Además, los adultos mayores suelen ver sus enfermedades como parte natural del proceso de envejecimiento, estimando las dolencias físicas como algo esperable a su edad. A esto se suman distintas variables, que influyen negativamente en la autopercepción de la salud, tales como: el aislamiento social que viven los ancianos (as), la percepción subjetiva de improductividad económica, la creencia de que ancianidad es sinónimo de muerte, etc.

Las personas mayores en comparación con los más jóvenes presentaron menos sentimientos de temor, ira o vergüenza asociados a la enfermedad. La presencia de esta parece tener menor impacto en personas mayores, porque tienden a naturalizar la situación, y porque poseen una mayor experiencia en el enfrentamiento de situaciones

estresantes, siendo así capaces de desarrollar habilidades de afrontamiento de manera más rápida. Las estrategias utilizadas por los adultos mayores están enfocadas a la resignificación de las situaciones y a la reinterpretación de su estado a través de la comparación positiva (se comparan con personas de su misma edad que se encuentran en una situación similar o peor). Así pudimos darnos cuenta de que los problemas de salud constituyen un tipo de situación estresante habitual en las personas mayores, siendo esperables o predecibles, por lo que su adaptación a estos resulta más fácil.

De esta forma, consideramos que la Promoción de la Salud es un óptimo instrumento para ayudar a conseguir un aumento en el control del estado de salud, esto es, que las personas perciban que existe una relación funcional entre sus acciones y los eventos que siguen a tales acciones. Rescatamos, además, que las actividades promotoras de la salud, pretenden aumentar la autoeficacia y la competencia personal, lo que significa estar convencido de que una determinada conducta es eficaz para lograr ciertas consecuencias (control) y que la persona misma puede llevarla a la práctica (autoeficacia).

Frente a esto se trabaja fuertemente en todos los niveles y ciclos de vida, ya que la promoción es un concepto que busca siempre integrar e incluir a todos los sujetos, cualquiera sea su condición, su estrato socioeconómico, su edad, género, etc. Esta estrategia de inclusión es muy importante a la hora de crear lazos y redes de apoyo comunitario que favorezcan un cambio de paradigma, ya que busca una construcción de significantes y sentidos compartidos, esperando contribuir a la generación de una nueva visión de futuro como punto de partida.

Se plantea también, en este sentido, un énfasis en el aprendizaje social. El aprendizaje social es una herramienta que enfatiza la naturaleza interactiva de los procesos cognitivos con otros factores personales y ambientales sobre la conducta; y tiene como principio básico que el individuo afecta y es afectado por su medio ambiente (reciprocidad).

Esto significa que además de tener una población motivada y con los conocimientos y habilidades necesarias para mantener un estilo de alimentación y vida saludable, debería propiciarse un ambiente favorable en el que la publicidad, oferta y precio de los alimentos saludables debería ser al menos comparable con la existencia de los alimentos procesados y comidas rápidas que contribuyen a la obesidad y otras enfermedades relacionadas con la alimentación.

Otro de los hallazgos presentes en nuestra investigación tiene referencia con la relevancia práctica que posee el tema de la descentralización en la comuna, puesto que por tratarse de un sector con características de ruralidad y por tanto de lejanía geográfica y dificultad en los accesos, la temática de la descentralización obtiene una mayor preponderancia; no sólo por ser parte de un proceso democratizador, sino por ser también un proceso de transferencias reales tanto políticas, técnicas, financieras y administrativas a instancias regionales y locales.

Se plantea dentro de este punto que dentro de la descentralización la escala territorial más importante es la municipal, que es donde la sociedad civil puede recuperar y desarrollar su capacidad de decisión acerca de asuntos comunes y cotidianos que la afectan. Es por esto la relevancia que posee el hecho de que se haya planteado para el año 2006, que la planificación y ejecución del plan de Promoción emanará del Municipio de Alhué, puesto que con la transferencia de poder político, y con la capacidad de tomar decisiones sobre la asignación de valores y recursos, se logra realmente la descentralización.

Además se suma a esto el hecho de que anteriormente todos los encuentros, confluencias y consultas estaban suscritas a reuniones de tipo mensual y eran realizadas en Santiago, lo cual obstaculizaba el proceso de comunicación y retroalimentación ya que era dificultoso asistir ya sea por problemas de lejanía y tiempo disponible de los convocados.

Esta dificultad debiese ser eliminada, ya que para este año (2006) se planteó que los encuentros de la mesa de promoción se llevaran a cabo en la comuna de Melipilla, lo

cual se traduce en un acercamiento territorial que beneficiara la participación de los convocados y por ende la posibilidad de optimizar la comunicación y la retroalimentación entre los encargados de las distintas mesas; (según la comuna que representan) lo que trae consigo el poder experimentar las distintas realidades, ofrecer nuevas alternativas ante dificultades similares y reproducir las buenas prácticas, entre otros beneficios.

IMPLICANCIAS DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO SOCIAL

La presente investigación tuvo como objetivo extraer las percepciones que tenían los usuarios de la posta Villa Alhué sobre los estilos de vida saludables en su comuna. Por otra parte, quisimos describir cómo evalúan los ejecutores del plan quinquenal de Promoción el funcionamiento de este.

El poder conocer la realidad de la práctica de la Promoción de la Salud, desde lo teórico formal, planteado por el plan, hasta la concreto de su aplicación dentro de la comunidad, nos permite tener una visión amplia y crítica del funcionamiento de una política que lleva pocos años de su puesta en marcha.

Sabemos la importancia que tiene para el Trabajo Social conocer la realidad desde las distintas perspectivas de los actores sociales, que participan de un determinado fenómeno. Debido a esto es que consideramos enriquecedora la visión que rescató nuestro estudio, al situarse desde la mirada de los usuarios hasta la del equipo ejecutor.

Podemos decir que la temática de los estilos de vida saludables es un campo poco explorado por el Trabajo Social debido a la tradicional subyugación del tema área médica.

El Trabajador(a) Social se ve involucrado (a) en esta materia en la medida que esta, se transforma día a día en un problema social ligado a problemas estructurales de nuestra sociedad, como lo son; la pobreza, las inequidades, el exiguo acceso a la información, estilos de vida poco sanos, malos hábitos alimenticios, deterioro de la participación, ausencia de redes de protección, uso y abuso de sustancias tóxicas, consumismo exacerbado, enfermedades psicosomáticas, etc.

Las mencionadas representan sólo algunas de las problemáticas que los Trabajadores (a) Sociales debemos enfrentar continuamente y que la Promoción de Salud también intenta revertir.

El objeto de nuestra investigación apunta justamente a identificar las percepciones de los usuarios, y del equipo ejecutor del plan, (opiniones, conocimientos y actitudes) con respecto a los estilos de vida saludables. El conocimiento de las percepciones será un punto de partida que orientará el trabajo hacia la obtención de mayores y mejores resultados en las futuras actividades de promoción que se realicen en la comuna.

Es de relevancia para el Trabajo Social, el conocer en profundidad las carencias, necesidades, potencialidades, dificultades y especificidades del sector a intervenir. Pese a que estos alcances parecieran elementales y axiomáticos, es consabido el hecho de que no siempre los creadores de proyectos sociales se encuentran completamente imbuidos de la características y particularidades del sector a intervenir.

A nivel teórico, los distintos enfoques nos han dado cuenta que más que trabajar sobre las problemáticas, es esencial profundizar sus causales, por ejemplo es relevante equiparar las inequidades en salud, la cual es definida por Whitehead (1990) "*como aquellas desigualdades que son evitables, innecesarias e injustas*". Este concepto de inequidad nos remite a aquellas desigualdades que están condicionadas por factores involuntarios (no naturales). Si bien existen desigualdades en las condiciones de salud de los individuos provenientes de las diferencias biológicas (de unos y otros), existen factores geográficos, sociales y culturales que intervienen en las inequidades de salud.

Los factores sociales y culturales, contruidos por el hombre en sociedad, son modificables y evitables, y sin embargo se continúan perpetuando desigualdades ya sea por la clase social a la cual se pertenece, por el acceso a la educación, por el nivel de ingreso, por la falta de oportunidades y por las condiciones del entorno (por ejemplo, la ruralidad).

Como Trabajadoras(es) Sociales consideramos que las inequidades en salud son un componente de injusticia para nuestra sociedad. Así, el Trabajo Social se encuentra en un importante desafío para poder afrontar las tensiones entre la expansión democrática y la economía, entre la libertad y la búsqueda de la igualdad, entre el crecimiento económico y la pobreza.

El Trabajo Social tiene como uno de sus fines primordiales y como imperativo ético profesional, el evitar las injusticias sociales. Así, lograr mayor equidad en salud implica una acción deliberada tanto de los actores sociales como de los profesionales y autoridades en general. Para modificar esta situación de injusticia, se deben utilizar estrategias que reduzcan diferentes brechas, como: entregar más y mejores niveles de educación, capacitar, empoderar, potenciar el capital social, mejorar los accesos a los beneficios sociales, promover la participación, mejorar el acceso a la información, concientizar sobre los derechos, etc.

Por otra parte, la metodología que utiliza el Trabajo Social da la ventaja de intervenir de manera integral, ya que contamos con las herramientas prácticas y teóricas para aunar el trabajo que realizan los distintos de los sectores (liceos, consultorios, municipio, postas, fuentes laborales, carabineros, etc). A esto se suma el enfoque sistémico de nuestro trabajo, con orientación y énfasis en lo biosicosocial (integralidad del sujeto y sus problemáticas).

Finalmente es el Trabajo Social una disciplina que tiene la idoneidad y aptitud de operar en los distintos ámbitos sociales, desde lo individual, familiar, organizacional, grupal, comunitario, etc. Siendo precisamente aquí donde se forjan las percepciones sobre los estilos de vida (por experiencias, tipos de relaciones, marcos referenciales, acciones, etc).

Por todo lo anteriormente mencionado se hace indispensable nuestra participación e involucración en las temáticas de Promoción de Salud, cuyas bases y enfoques se articulan y complementan perfectamente con la instrucción del Trabajo Social. Así, el trabajador social debe empoderarse de su nuevo rol en la salud, lo cual implica imbuirse y conocer completamente la nueva temática, esto va más allá de suministrar información sobre derechos y deberes de los ciudadanos-usuarios de los servicios de salud, pues significa disminuir las desigualdades en el acceso a la salud. Se entiende que acceso, no está referido sólo a la atención médica, sino que también a la educación en salud, lo cual involucra concientizar a la población sobre que muchas de

las causas de las enfermedades tienen un origen social y que a su vez el desarrollo de una enfermedad trae consecuencias en la dinámica social.

Como mencionábamos nuestra profesión se encuentra fuertemente ligada a las políticas sociales, a la coyuntura nacional, las instituciones de bienestar social y a los sectores de la población que sufren las problemáticas sociales. Las Políticas Públicas Saludables parten de la pregunta ¿Qué hace saludable a la gente?, esto considera cuestiones valoricas que nos competen como trabajadoras (es) sociales, tales como: derecho a la vida, desigualdad de acceso a los servicios de salud, derecho a participación social, derecho a la información, entre otros. De esta forma, este estudio nos muestra que se requiere organizar de forma explícita el aprendizaje colectivo del cómo producir salud como una meta global de la sociedad, y no como un producto del que sólo es responsable el sector salud.

BIBLIOGRAFÍA

Albala C, Olivares S, Salinas J, Vio F (2004)

Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud. INTA. Universidad de Chile, Santiago.Chile.

Alvarado, María (1990)

Antología de Psicología Social, (s/e) Ciudad de México, México.

Consejo Nacional para la Promoción de la Salud (2000)
VIDA CHILE

Plan Estratégico 2001-2006 Metas intersectoriales al 2006, Santiago de Chile.

Dreckman A, Torres P, Martínez C (2000)

Plan de Promoción de la Salud-Región Metropolitana 2001-2006, Santiago, Chile.

Evans, S (1998)

¿Qué es eso llamado salud? (s/e) Lima, Perú.

Griffin, R (1999)

Health and Well-Being in the Workplace
Journal of Management N°154
Washington DC, EE.UU.

Hanley, Jean (1995)

Calidad de vida en el Mundo de Hoy

Editorial Televisa, Lima, Perú.

Hernández R, Fernández C, Baptista P (2001)

Metodología de la Investigación, Editorial McGRAW-HILL, México.

Hoppenhayn ,Martín (2000)

Nuevos Retos de las Políticas Culturales frente a la Globalización, (s/e)

Barcelona, España.

Informe Anual del Director (2001)

Promoción de la Salud en las Américas, documento oficial N°32,

Washington DC, EE.UU.

Instituto Nacional de Estadísticas (2000)

Enfoques Estadísticos, Boletín N°8

Santiago, Chile.

IUECP/CELADE (1985)

Diccionario Demográfico Multilingue

Versión en español. Segunda edición, Editorial Ordina, Lieja, Bélgica.

Laurenti R, Prado J, Salina G (2004)

Revista Brasileira de Epidemiologia,
artículo: **“Mortalidad Materna”**, (s/e), São Paulo, Brasil.

Levi y Anderson, L (1980)

La Tensión Psicosocial, Población, Ambiente y Calidad de Vida
Editorial El manual moderno, México.

López, Oliva (s/a)

Desigualdad, Pobreza, Inequidad y Exclusión. diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas,
Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, México.

Max-Neef, M (1993)

Desarrollo a Escala Humana
Editorial Icaña.
Barcelona, España.

Menêzes G, Solla J (2000)

Revista Ciência & Saúde Coletiva
artículo: **“Municipalização plena do sistema de saúde: Construindo um sistema público e gratuito de atenção à saúde em Vitória da Conquista”**, (s/e)
Brasilia, Brasil.

Ministerio de Planificación y Cooperación (2001)

**Encuesta Nacional de
Caracterización
Socioeconómica CASEN
2001**, Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (2002)

**Plan Nacional de Promoción
de la Salud**, Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (2002)

**Planes Comunales de
Promoción de la Salud**,
Publicaciones años 1998,1999
y 2002, Santiago, Chile.

MINSAL, División de Rectoría y
Regulación Sanitaria (2002)

**Avance de Gestión Plan
Nacional de Promoción**,
Santiago, Chile.

Ortega, Francisco (2002)

**Envejecimiento Demografía
Longevidad**,
artículo: "**Sociopatología del
envejecimiento**", (s/e)
Asunción, Paraguay.

OPS/OMS (2002)

**El Compromiso de Chile
para la Promoción de la
Salud**, Santiago, Chile.

Organización Mundial de la Salud (2001)

Informe sobre la Salud en el Mundo: Salud Mental, Nuevos conocimientos, Nuevas esperanzas, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (1986)

Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Carta de Ottawa, Ottawa, Canadá.

PAHO (1998)

Revista Scientific Publication N°569,
Artículo: “**Health in the Americas**”, Washington DC, EE.UU.

Pender, Nora (1996)

Revista Ciencia y Salud
artículo: **Modelo de Promoción de Salud**,
Universidad de Concepción,
Concepción, Chile.

Pérez Sergio (2003)

Introducción a la Dinámica de la Población, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.

PNUD (1998)

Desarrollo Humano en Chile, Ediciones LOM, Santiago, Chile.

Ramírez J, González, E (2000)

Plan Comunal de Promoción en Salud 2001-2005, Alhué, Chile.

Salinas, Juan (1996)

Revista de Trabajo Social Nº 68
artículo: **“Participación Social en el Sistema Público de Salud en Chile”**, (s/e), Santiago, Chile.

Salinas J, Vio F (2002)

Revista Chilena de Nutrición Nº164
artículo: **“Promoción de la Salud en Chile”**, (s/e), Santiago, Chile.

Terris, Milton (1991)

¿Qué es la Promoción de la Salud?, OPS/OMS
Washington DC,EEUU.

Whitehead Mark (1990)

The Concept and Principles of Equity and Health, (s/e)
Copenhagen, Dinamarca.

Fuentes electrónicas

www.inta.cl/revista

www.minsal.cl/VIDACHILE

www.pediatrialadia.cl

www.sso.cl/legislacion

Obesidad desde la infancia

**Organización del Consejo
VIDA CHILE.**

Calidad de vida en Chile

Código Sanitario

ANEXOS

			Opinión acerca de los estilos de vida saludables	<p>Le parece enriquecedor conocer más del tema</p> <p>Le es indiferente</p> <p>No le parece de utilidad</p> <p>Le parece interesante el tema</p> <p>No le interesa en absoluto</p>
			Conocimiento de las actividades en pro de los estilos de vida saludables	<p>Ha oído acerca de estas actividades</p> <p>Ha sido invitado a participar en algunas de estas actividades</p>
			Actitud frente a las actividades a favor de los estilos de vida saludables	<p>Le interesa participar de estas actividades</p> <p>Le es indiferente participar</p> <p>Le parece de utilidad participar para su salud</p> <p>No le parece útil.</p>

			Opinión acerca de las actividades en pro de los estilos de vida saludables	<p>Le parece enriquecedor conocer más del tema</p> <p>Le es indiferente</p> <p>No le parece de utilidad</p> <p>Le parece interesante el tema</p> <p>No le interesa en absoluto</p>
Funcionamiento del P.C.P(Plan comunal de Promoción)	Desarrollo de actividades planeadas que sirven de apoyo a funciones sustantivas de acuerdo a los objetivos propuestos.	Entenderemos por funcionamiento del Plan Comunal de Promoción el desarrollo de actividades planeadas que han servido de apoyo para conseguir los objetivos propuestos por el equipo. Sabiendo que, todo el empeño va en pro del trabajo de promoción en la comuna.	Opinión del Comité Intersectorial de Promoción sobre el grado de cumplimiento de los objetivos	<p>Objetivos cumplidos</p> <p>Objetivos medianamente cumplidos</p> <p>Objetivos no cumplidos</p>
			Opinión sobre la calidad de las actividades	<p>Óptima calidad</p> <p>regular calidad</p> <p>mala calidad</p>
			Opinión sobre las metas en relación a las actividades	<p>metas cumplidas</p> <p>metas medianamente cumplidas</p>

				metas no cumplidas
			Monitoreo	<p>Reconocimiento e incentivo a las buenas prácticas.</p> <p>Mejoramiento de procesos con fallas o incompletos.</p> <p>Replanificación o reprogramación acorde.</p>
			Trabajo en equipo	<p>Participación del personal capacitado en promoción de salud.</p> <p>Capacitaciones permanentes del equipo por áreas estratégicas</p>
			Trabajo intersectorial	<p>Reuniones</p> <p>Evaluaciones permanentes</p> <p>Plan comunicacional focalizado en las metas intersectoriales.</p>

				<p>Participación permanente de organizaciones sociales de salud.</p> <p>Retroalimentación oportuna y efectiva a los niveles correspondientes.</p>
--	--	--	--	---

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA LIKERT

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
En la comuna continuamente entregan información acerca de los estilos de vida saludables					
Es comprensible la información que se entrega en la comuna acerca de los estilos de vida saludables					
Es de utilidad para usted la información que se entrega en la comuna acerca de los estilos de vida saludables					
Usted hace consultas en relación a los estilos de vida saludables en las instituciones de su comuna (posta, colegio, municipio)					
Usted gusta de participar en talleres y charlas etc. en que se hable de los estilos de vida saludables					
Quisiera que existieran mas instancias en que se hablen temas en torno a los estilo de vida saludables					
Ha sido invitado(a) a participar en instancias que traten el tema de los estilos de vida saludables					
Sabe que es lo que de debe hacer para tener un estilo de vida saludable					
Cree que es favorable para usted saber que se debe					

hacer para tener un estilo de vida saludable.					
Si llevo un estilo de vida saludable podré vivir más y mejor					
Me gustaría comunicarle a otros que no conocen, de que se trata los estilos de vida saludables					
Cuando me alimento de forma más sana me siento mejor					
Cuando realizo ejercicios me siento mejor					
Conozco personas que tengan una vida sana y que se enfermen menos					
Conozco personas que se encuentren enfermas por no haber llevado un estilo de vida saludable					
Seria parte de un comité de promoción de estilos de vida saludables.					

GRUPO FOCAL

Preguntas Para discutir en el Grupo Focal

1. ¿Qué sabe usted sobre los estilos de vida saludables?
2. ¿Ha tenido acceso a algún tipo de información sobre los estilos de vida saludables?, ¿Cuáles?
3. ¿En la posta ha recibido información acerca de los estilos de vida saludables?, ¿Cuáles?
4. ¿En qué otro lugar ha recibido información sobre los estilos de vida saludables?
5. ¿Ha compartido esta información con otras personas?, ¿Con quiénes?
6. ¿Cree usted que es de utilidad conocer sobre los estilos de vida saludables?
7. ¿Qué cree usted que implica llevar un estilo de vida saludable?
8. ¿Su postura es de rechazo o aceptación frente a los estilos de vida saludables?, ¿Por qué?
9. ¿Cómo recibe la información que ha obtenido sobre los estilos de vida saludables?.
10. ¿Qué le agradaría conocer acerca de los estilos de vida saludables?, ¿Por qué?
11. ¿Qué idea se ha formado a partir de lo que conoce como estilos de vida saludables?
12. ¿Cómo cree usted que se viven los estilos de vida saludables en la comuna?

13. ¿Piensa usted que la información que se otorga a la comuna con respecto a los estilos de vida saludables, es suficiente?, ¿Por qué?

14. ¿Cree usted que en la comuna recibirían de buena forma la entrega de mayores conocimientos acerca de los estilos de vida saludables?, ¿Por qué?

15. ¿Cómo piensa usted que los vecinos de la comuna recibirían de forma más positiva conocimientos acerca de los estilos de vida saludables?

PERCEPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

16. ¿Conoce usted qué actividades se han implementado, para la promoción de los estilos de vida saludables, en la comuna?

17. ¿Ha participado de estas actividades?, ¿De cuáles?

18. ¿Cree usted que sería de utilidad su participación en estas actividades, para la comuna?

19. ¿Cree usted que su participación ha sido útil?, ¿En qué?, ¿Por qué?

20. ¿De qué le ha servido participar en las actividades de los estilos de vida saludable?

21. ¿Si ahora lo (a) invitaran a participar en actividades sobre estilos de vida saludables, aceptaría?, ¿Por qué?

22. ¿Qué actividades se le ocurre a usted que podrían implementarse para fomentar los estilos de vida saludables en la comuna?, ¿Por qué esas actividades?

CUESTIONARIO PARA EL COMITÉ INTERSECTORIAL DE PROMOCIÓN DE SALUD

1. ¿Cuál es el concepto de estilo de vida saludable para el Comité Intersectorial?
2. ¿Cuáles son los objetivos del Plan de Promoción para el Comité Intersectorial?
3. ¿Cree usted que se han cumplido los objetivos del Plan de Promoción?, ¿Por qué?
4. ¿Cuáles son las actividades que se propuso realizar el Comité para el logro de los objetivos?
5. ¿Qué se ha logrado con esas actividades?
6. ¿En su opinión, como se han cumplido las metas en relación a las actividades?
7. Respecto al proceso de monitoreo ¿Ha existido reconocimiento e incentivo a las buenas prácticas?
8. ¿Se han mejorado los procesos con fallas o incompletos?
9. ¿Se ha realizado replanificación o reprogramación acorde a la realidad? (a partir de las falencias detectadas)
10. ¿Qué fortalezas y debilidades tiene el Comité Intersectorial?
11. ¿En qué se visualiza el aporte de cada integrante?
12. ¿Existe división de funciones de acuerdo al rol de cada miembro?
13. ¿Los integrantes del Comité Intersectorial realizan capacitaciones permanentes en sus áreas estratégicas de trabajo?
14. ¿El Comité Intersectorial tiene encuentros para realizar permanentes evaluaciones?, ¿Cada cuánto tiempo?
15. ¿Qué temáticas se trabajan en los encuentros?
16. ¿En el funcionamiento se consideran las estructuras y jerarquías a la hora de tomar decisiones?
17. ¿Les ha sido difícil o fácil bajar la información a la comuna?, ¿ Por qué?
18. ¿Qué porcentaje de la comuna cree usted que conoce acerca del plan de promoción?

19. ¿Cómo cree usted que ha funcionado el plan de Promoción de salud en la comuna?
20. ¿La concurrencia a las actividades ha sido la esperada?, ¿Por qué?
21. ¿Qué nuevas estrategias o formas propondría para que los habitantes de la comuna participen más?
22. ¿Cómo calificaría usted el éxito del programa? bueno, regular, malo ¿Por qué?
23. Si este programa tuviera una continuidad, ¿Qué aportes integraría?