



**Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina
Departamento de Salud Pública**

OLMUE BAJO EN SODIO Y RICO EN POTASIO, UNA POLITICA PÚBLICA COMUNAL

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN
EN GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

**AUTOR: BORIS MOENA GONZÁLEZ
PROFESOR TUTOR: Katherine Cuevas Lang**

**Valparaíso, Chile
Julio de 2015**

ÍNDICE GENERAL

Resumen	05
Introducción	06
Capítulo I: Contexto de la experiencia	09
Capítulo II: Justificación del proyecto	15
a. - Fundamentos teóricos	16
b. - Población objetivo	32
Capítulo III: Diagnóstico y planificación del proyecto	33
A. -Diagnóstico del problema	34
a. - Análisis de involucrados	35
b. - Análisis de problemas	37
c. - Análisis del entorno	41
d. - Análisis de objetivos/soluciones	42
e.- Matriz de marco lógico	54
f. - Planificación de actividades	64
g. - Presupuesto	66
h. - Sistema de seguimiento	67
Capítulo IV: Ejecución del proyecto	69
a. - Reformulación del proyecto	70
b. - Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo	72
c. - Actividades ejecutadas	73
Capítulo V: Evaluación del proyecto	85
a. - Eficacia y calidad	86
b. - Cobertura y focalización del programa	93
c. - Eficiencia y economía	95
d. - Ejecución presupuestaria	97

e. – Identificación y análisis del comportamiento de los indicadores	99
Capítulo VI: Discusión y conclusiones	105
a. - Conclusiones	106
b. - Comentarios y recomendaciones	107
Bibliografía	109
Anexos:	113
Anexo nº 1: Acta de capacitación de la política pública a mesa técnica	114
Anexo nº 2: Acta de aprobación de la política pública por mesa técnica	116
Anexo nº 3: Acta de elaboración de estrategias de presentación por mesa técnica	118
Anexo nº 4: Acta de capacitación de la política pública a equipo de salud	120
Anexo nº 5: Carta de apoyo a política pública por cámara de turismo	122
Anexo nº 6: Carta de apoyo a política pública por Rotary club	124
Anexo nº 7: Carta de apoyo a política pública por Carbono 14	126
Anexo nº 8: Acta de capacitación de la política pública a concejo municipal	128
Anexo nº 9: Acta de aprobación de la política pública por concejo municipal	130
Anexo nº 10: Decreto alcaldicio de política pública de salud	132
Anexo nº 11: Acta de difusión de la política pública a concejo consultivo	134
Anexo nº 12: Acta de difusión de la política pública a grupo “Carbono 14”	136
Anexo nº 13: Acta de difusión de la política pública por programa radial	138

INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Figuras:

Figura nº 1: Modelo OMS-2008: Inequidades en salud	17
Figura nº 2: Estimación del impacto de los DSS	19
Figura nº 3: Campo de fuerza grupal	50

Cuadros:

Cuadro nº 1: Población objetivo	32
Cuadro nº 2: Actores involucrados	34
Cuadro nº 3: Actores involucrados, problemas e interés potenciales	35
Cuadro nº 4: Alternativas y/o estrategias de solución y selección	43
Cuadro nº 5: Mapa de posición	46
Cuadro nº 6: Grado de interés de los actores involucrados	48
Cuadro nº 7: Estrategias de viabilidad política a la política pública	51
Cuadro nº 8: Requerimiento presupuestario	66
Cuadro nº 9: Sistema de seguimiento	67
Cuadro nº 10: Estimación de población potencial y objetivo	72
Cuadro nº 11: Estado de cumplimiento del fin y propósito	87
Cuadro nº 12: Cuantificación de beneficiarios efectivos totales y por componente	94
Cuadro nº 13: Estado de cumplimiento de indicadores de eficiencia en componentes	95
Cuadro nº 14: Ejecución presupuestaria	97
Cuadro nº 15: Niveles de producción y estado cumplimiento componentes	100

RESUMEN

La **Hipertensión arterial primaria** o esencial es considerada una **patología crónica** no transmisible, cuyo impacto radica directamente en el **aumento del riesgo coronario y cardiovascular global**. Su prevalencia está en aumento en mundo, en Chile y en la comuna de Olmué, esta última, básicamente por tratarse de una comuna envejecida.

Dentro de los **factores de riesgo**, descritos en evidencia científica reciente, de esta patología crónica, se hallan causas **endógenas y exógenas**, dentro de las últimas se ha identificado al **desequilibrio en la ingesta dietética del sodio y potasio** (aumento de la ingesta dietética de sodio y bajo en potasio) como el **factor medioambiental más dominante en la etiopatogénesis** de la enfermedad.

Desde la mirada de la salud pública, se considera que los desequilibrios dietarios de la población, causantes de enfermedades, son un **determinante social de la salud intermedio**, los cuales, entre otros, dependen o son el resultado de otro tipo de determinantes más primarios, los **determinantes sociales estructurales**.

Entonces, desde el enfoque específico de la **determinación social**, es que el **contexto socio-político**, en particular las **políticas públicas de salud**, ofrecen una solución estructural de la génesis del problema de salud mencionado.

Estas **políticas públicas de salud**, no tan sólo existen a **nivel nacional o regional**, sino que también pueden ser construidas a **nivel comunal** involucrando **actores socio-políticos locales claves**, como sanitarios, políticos y comunidad, permitiendo que éstas sean elaboradas desde su diseño ad-hoc a la **realidad local** y por tanto con mayores posibilidades de una **operacionalización efectiva**.

La política pública de salud comunal: **“Olmué bajo en sodio y rico en potasio”** es una **estrategia de solución** que se desarrolla en la **comuna de Olmué**, frente a un problema de gestión de falta de planificación y priorización del desequilibrio dietario del sodio y potasio.

1.- INTRODUCCIÓN

El presente documento, el cual se enmarca en la comuna de Olmué, tiene como **fin**: “contribuir a disminuir la *alta tasa de incidencia y **proporción de descompensación de Hipertensión Arterial Primaria en personas de 15 y más años” y como **propósito**: “Implementar la Política Pública de Salud “Olmué bajo en sodio y rico en Potasio, entre febrero y diciembre de 2013”. Se considera la construcción de una política pública de salud a nivel de microgestión (nivel comunal) que revierta el principal factor de riesgo medioambiental descrito en la literatura como responsable de la etiopatogénesis de la Hipertensión arterial primaria o esencial, la elevada ingesta dietética de sodio y baja de potasio. La estrategia mencionada es elegida, tras un análisis de viabilidad, gobernabilidad y factibilidad, como una medida de gran cobertura poblacional que genera un entorno social políticamente protegido para contribuir a la disminución en una de las patologías crónicas no transmisibles más prevalentes que ocasionan una carga sanitaria elevada a nivel local, nacional y mundial.

En cuanto a los **componentes** (bienes o servicios) que lo conforman se hallan 6 principalmente, el primero de ellos es: “**Capacitación en la importancia del desbalance dietario sodio/potasio a actores involucrados realizada**”, aquí la conforman principalmente todas aquellas actividades de capacitación a los diversos actores comunitarios involucrados como estrategias para lograr el objetivo deseable. El segundo hace referencia a: **Propuesta de política pública de salud “Olmué bajo en sodio y rico en potasio” formulada y aprobada por mesa técnica de salud/educación**”, esto se refiere a la elaboración del documento de propuesta de la política pública por la entidad local encargada para ello, la mesa técnica de salud/educación, organismo autónomo conformado por representantes políticos y sanitarios locales cuyo objetivo principal es la generación de políticas públicas de salud para la comuna.

**Alta tasa de incidencia de HTA se define como: 18,75 personas x 1000 habitantes/año en la comuna de Olmué respecto al rango de incidencia descrito en la literatura: 0,4 a 2,5 personas x 1000 habitantes/año.*

***Proporción de descompensación de HTA, se define como una proporción de: 39,3% a fines del año 2012 en comparación con los resultados logrados, a nivel local, en el año 2011: 38%.*

El tercero se refiere a: **Propuesta de política pública de salud “Olmué bajo en sodio y rico en potasio” aprobada por concejo municipal**”, esto es la obtención del decreto Alcaldicio a través de la aprobación de la política pública por la último organismo, el concejo municipal, instancia conformada por los concejales y alcaldesa. El cuarto hace referencia a la **“Difusión a la comunidad de política pública de salud “Olmué bajo en sodio y rico en potasio” realizada”**, vale decir una vez formulada y aprobada la política pública de salud, la socialización de ésta a todos los actores sociopolíticos relevantes y a la comunidad a través de diversas instancias como reuniones con grupos específicos y difusión masiva. El quinto componente es: **“Plan de acción de política pública de salud creado y entregado a actores involucrados de la comuna”**, vale decir la elaboración, por la mesa técnica de salud, del documento de plan de acción emanado de la política pública de salud creada y su posterior entrega a los actores involucrados. El último componente se denomina: **“Política pública de salud “Olmué bajo en sodio y rico en potasio” implementada”**, es decir la puesta en marcha de la política pública de salud creada por los actores sociopolíticos involucrados de la comuna.

En relación al **contexto** de política y normativa en la que se encuentra el programa, tal y como se menciona antes, éste forma parte de la normativa interna en la comuna de Olmué que es enfrentar problemas sanitarios de gran magnitud e impacto mediante las políticas públicas de salud. Esta suerte de política interna adoptada hace algunos años atrás, se expresa en un inicio como una simple declaración de intenciones que se materializa y concreta con la creación y consolidación de la mesa técnica salud/educación.

Dentro de las **instituciones y/o agrupaciones involucradas** en la ejecución del programa se encuentran: el centro de salud familiar Manuel Lucero de Olmué, la mesa técnica de salud/educación, el concejo municipal, organizaciones sociales como Rotary Club Olmué, el grupo organizado comunitario “Carbono 14” y establecimientos de expendio de comida preparada (restaurantes) de la comuna.

Como se ha dejado ver con anterioridad, en cuanto al **ámbito de acción territorial**, está compuesto por la dualidad político-sanitaria, distinguido por una fuerte intersectorialidad y trabajo comunitario.

Referente al **periodo de ejecución** del programa, éste se desarrolla entre febrero y diciembre de 2013

2.- CAPÍTULO I: CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA

2.- CAPÍTULO I: CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA

La **comuna de Olmué** pertenece a la Provincia de Marga Marga, junto a con Quilpué, Villa Alemana y Limache. La nueva provincia tiene una superficie 1,179, 4 kilómetros cuadrados (7,4% de la superficie de la región) y reúnen 347 mil habitantes (20% de la población regional). En esta nueva provincia, Olmué es la comuna más pequeña, aportando sólo un 4,6% de la población y un 20% de la superficie.¹

La comuna ha presentado un crecimiento sostenido en el tiempo, con variaciones sobre 10% en cada período. La población que el año 1982 ascendía a poco menos de 11.400 personas; en la actualidad bordea las 16 mil. Las variaciones han fluctuado entre 10,93% en período 1982/1992 a 13,19% en el lapso 2002/2010. En el contexto de la provincia de Marga Marga, Olmué es la que menos crece.¹

Olmué es una comuna definida como “**adulta**”; su población menor de 30 años alcanza sólo un 45%. Más aún, uno de cada cinco personas es menor de 14 años. En relación a la población de **adultos mayores**, que asciende a 15,77%, siguiendo a la definición de los organismos internacionales, Olmué tiene una población altamente envejecida, proporción que sobrepasará el 20% en los próximos cinco años.¹

Olmué es una **comuna rural** y se presenta con estas características, no obstante uno de cada cuatro habitantes habita en el sector rural, esto es, con un claro predominio de la población urbana.

De acuerdo al **Índice de Desarrollo Humano de Salud** (0,78) del año 2003, la Comuna de Olmué se ubica en el lugar 26 entre las 38 comunas de la región. Esta situación pareciera no haber mudado mayormente. De acuerdo a los antecedentes entregados por el Ministerio de Salud, uno de cada tres personas que fallece en la comuna tiene menos de 50 años. En el ámbito regional, la proporción es uno de cada cinco y en el ámbito nacional uno de cada cuatro. Se observan adolescentes y adultos fallecidos, no obstante prevalecen los fallecimientos de adultos mayores. La tasa de años potencialmente perdidos en la comuna es una de las más altas entre las comunas de la región¹.

Los **niveles de pobreza** determinados por la Encuesta CASEN son bastante favorables en Olmué, el 14% de población en estado de pobreza e indigencia del año 2006, se redujo a 8,4% el año 2009, donde la indigencia es menos del 2%.

Los **servicios de salud** de la comuna está representado por el centro de salud familiar, CESFAM Manuel Lucero, único centro de salud de la comuna, que atiende a aproximadamente 16 mil usuarios, con una dotación de 16 tipos de profesionales de la salud, cuatro de ellos médicos.¹

En relación al **ámbito epidemiológico**, la hipertensión afecta aproximadamente al 25% de la población adulta en todo el **mundo**, y se predice que su prevalencia aumentará al 60% para el 2025 cuando estén afectadas 1.560 millones de personas. Es el mayor factor de riesgo para enfermedad cardiovascular y es responsable de la mayoría de las muertes en todo el mundo. La hipertensión primaria, también conocida como hipertensión esencial o idiopática, comprende alrededor del 95% de todos los casos de hipertensión.²

En relación a la **incidencia a nivel mundial** reportada en la literatura por el autor Ignacio Macías Castro en su documento, Epidemiology of high-blood pressure en 1997, se descrito entre **0,4 y 2,5%₀ anual**.

En **nuestro país**, la Hipertensión arterial primaria o esencial es también, hoy en día, un problema de salud pública, con una prevalencia arrojada en la última encuesta nacional de salud 2009-10 de 26,9% (28,7% en hombres y 25,3% en mujeres), incremental respecto a la edad, afecta al 75% de los adultos mayores de nuestro país y es mayormente prevalente en personas con menor nivel educacional y menor nivel socioeconómico.

La **prevalencia de Hipertensión arterial primaria** en la comuna de Olmué, según datos obtenidos del censo del PSCV del año 2012 corresponde a **12,1%**.

En relación a la **incidencia en Chile**, **no se cuenta con registros de este tipo de datos**, sólo se ha trabajado con indicadores de prevalencia para describir la magnitud de esta patología crónica.

Respecto a los **niveles de descompensación en Chile**, la última encuesta nacional de salud 2009-10 arrojó una proporción de descompensación del **83,5%**, vale decir, personas con Hipertensión arterial con niveles de presión arterial mayor o igual a 140/90 mmhg.

En relación a la **realidad local** de la **comuna de Olmué**, según datos arrojados por el censo del programa de salud cardiovascular (PSCV) del mes de diciembre del año 2012, la **incidencia de HTA primaria** corresponde a 300 casos al año, lo que equivale a **18,75 personas x 1000 habitantes/año**.

Asimismo, el **censo del PSCV 2012**, arrojó un **nivel de descompensación de personas con HTA** del **39,3%** en comparación con el **censo del PSCV del año 2011**, en el cual se observa un proporción de pacientes hipertensos descompensados del **38%**.

La hipertensión arterial afecta a menos del 1% de las sociedades aisladas, pero aproximadamente a la tercera parte de los adultos de las sociedades de países industrializados. La diferencia en la prevalencia de la hipertensión arterial en estas poblaciones había sido atribuida a las **diferencias en la ingesta de sodio**, pero también podría reflejar las **diferencias en el consumo de potasio**. La relocalización de estas sociedades aisladas en áreas urbanas se ha asociado con los aumentos de los valores de presión arterial relacionados con la edad y con el aumento de la prevalencia de hipertensión arterial, a medida que la relación sodio/potasio disminuía.²

En el **ámbito de desarrollo económico**, Olmué, que históricamente tuvo una estructura económica basada en la agricultura, principal fuente de ingreso de la población local, cambia gradualmente y el sector servicio se constituye en el carro jefe de la economía local, donde el turismo es la actividad más relevante y la más demandada por turistas nacionales que se sienten identificado con el sector rural de la zona central del país.¹

La población incorporada a la actividad laboral, Población Económicamente Activa, es de poco menos de siete mil personas, donde sólo la tercera parte son mujeres, proporción menor a la observada a nivel regional y nacional. Dos de cada cinco trabajadores son jóvenes de menos de 35 años de edad.

El **sector agrícola** local, si bien se ha visto reducida en extensión por el cambio de uso de suelo en parcelas de agrado, no ha perdido su capacidad de demandar mano de obra; un 25% de la PEA trabaja en este sector.

Las explotaciones agrícolas predominantes son las de 5 ha o menos, que se dedican a cultivos de subsistencia (las de menor tamaño) y cultivos hortícolas. Son propiedades que emplean tecnologías tradicionales donde, por ejemplo, aun predomina el riego por tendido, no obstante lo ineficiente que es en una zona donde el agua de riego en la época de primavera y verano es limitante.

En cuanto a la **organización administrativa en Olmué**, como en todas las comunas del país, son las municipalidades las responsables de la administración del gobierno comunal. Éstas son corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Su máxima autoridad es el alcalde. Es pertinente mencionar que desde el año 2013 asume el liderazgo de la comuna un nuevo gobierno local, que influirá de manera positiva en el desarrollo y culminación de este proyecto, tal como se analizará más adelante.

La misión del **municipio** es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de la comuna. Complementa esta labor el Concejo Municipal, encargado de fiscalizar la gestión municipal, compuesto por 6 concejales y el Consejo Económico y Social (integrado por organizaciones comunales). Los concejales son elegidos por votación popular al igual que el cargo de alcalde en las elecciones municipales que se realizan cada 4 años y dentro de sus funciones está el velar por el bienestar de comunidad local en sus distintos ámbitos y aprobar o rechazar medidas de impacto colectivo como lo son las políticas públicas de salud entre otras. De los 6 concejales existentes, 3 de ellos son designados por el alcalde para abordar temáticas relacionadas con el ámbito de la salud, esto incluye fiscalización y elevación de propuestas vinculadas a este sector.

Desde el año 2010 en la comuna de Olmué, se instauró un organismo **denominado “Mesa Técnica de Salud y educación”**, conformada por actores de 4 ámbitos básicos:

Político, salud, educación y comunidad. Específicamente su composición es por los 3 concejales de salud, director/a y 2 representantes del equipo de salud del CESFAM Olmué, director y/o representante del área educación y organismos comunitarios pertinentes de acuerdo al tema a tratar. El objetivo de esta instancia es la generación de políticas públicas de salud comunal co-construidas de forma participativa entre los actores esenciales involucrados, vale decir: Políticos y sanitarios locales.

Una vez discutida y aprobada internamente la Política de salud en cuestión por la Mesa técnica de salud, ésta elabora un informe escrito resumido y es presentada de manera oral ante el concejo municipal para su posterior discusión y aprobación por esta entidad superior. Para lo anterior, la mesa técnica es responsable de gestionar la solicitud de la instancia disponible para su presentación. Es entonces el **concejo municipal** el organismo del que finalmente dependerá la promulgación de la política pública mediante Decreto Alcaldicio. Para este efecto, es él quién determinará en reunión de concejo ordinario el número de sesiones necesarias para discutir dicha propuesta de política pública y será autónomo en solicitar los antecedentes que estime necesario a la mesa técnica de salud para decidir sobre la materia.

En el caso de ser aprobada la Política Pública de salud, es el concejo municipal quien se encarga de gestionar la generación del **Decreto Alcaldicio**, documento escrito que respalda y sirve de **marco jurídico** para promulgación de la política pública dentro de la comuna, el cual debe ser firmado por el alcalde/sa y por el secretario municipal.

Es relevante mencionar que la creación de la Mesa Técnica de Salud y educación como organismo, se remonta a un periodo con un contexto político diferente al actual, ya que en ese entonces el alcalde correspondía a un partido político diferente, hecho que no ha interferido en el reconocimiento de la labor de este organismo ni de su conducto regular por el gobierno actual, dejando entrever con esto que en la dinámica local las decisiones políticas anteriores son respetadas independiente del partido político gobernante de turno, permitiendo con ello dar continuidad a las medidas adoptadas en algún tiempo, considerando que el fin último es el bienestar de la población.

3.- CAPÍTULO II: JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

3.- CAPÍTULO II: JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

a) Fundamentos teóricos:

Como se ha descrito anteriormente, la comuna de Olmué, presenta una alta prevalencia de hipertensión arterial, pues bien, es sabido que ésta problemática está vinculada con aspectos tales como: determinantes sociales, promoción de la salud y con las políticas públicas de salud.

Según la Organización mundial de la salud (OMS) en el año 2010, la Hipertensión arterial, fue uno de los tres más importantes factores de riesgo para la carga global de enfermedad (7,0% global DALYs o AVISA). Se trata de una de las patologías crónicas más prevalentes en Chile y el mundo, siendo la enfermedad crónica más recurrente en atención primaria de salud y que está asociada a variados impactos negativos a nivel individual, familiar y comunitario. Es un importante desafío de salud pública en todo el mundo. La prevención, detección, tratamiento y control de esta enfermedad deberían tener alta prioridad en los planes y metas nacionales de salud.

- **Determinantes sociales de salud:**

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las **condiciones sociales en que las personas viven y trabajan**, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla.”⁶

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al **contexto social** como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.

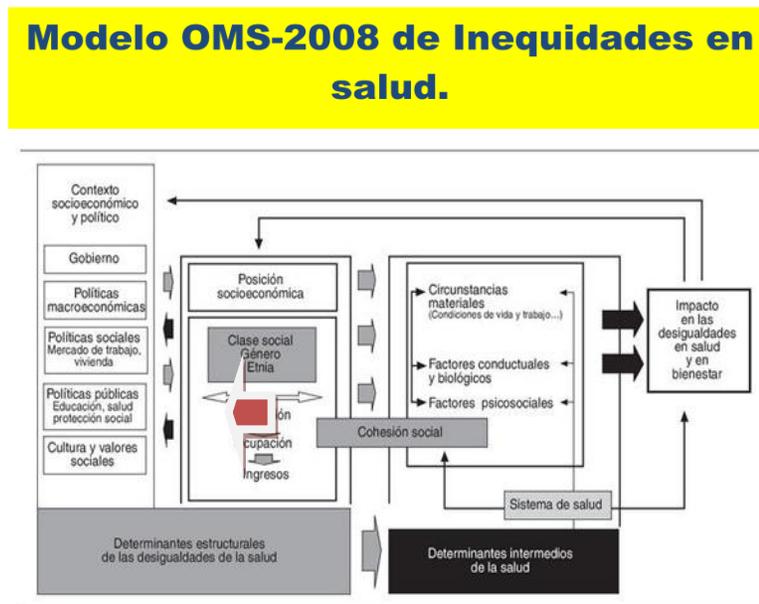
El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en

la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Así una pregunta clave para las políticas de salud es: ¿Hasta que punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual?⁶

Esta pregunta es central al enfoque de determinantes sociales y amplía el foco de los esfuerzos en salud pública más allá de las personas e incluso las comunidades para analizar las causas sociales más estructurales.

Por otra parte, la atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman.

FIGURA N° 1
MODELO OMS-2008 DE INEQUIDADES EN SALUD



Existen varios autores que han intentado explicar mediante modelos los determinantes sociales de la salud. Pues bien la comisión de Determinantes Sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008 difunde el modelo de “Inequidades en Salud” con el propósito de explicar cómo los distintos determinantes de la salud interaccionan entre sí impactando, como resultado, en las desigualdades en salud y en el bienestar de la población. El **marco conceptual** adoptado por la OMS se basó en que las inequidades sociales comienzan en la etapa temprana de la vida y tienden a acumularse a lo largo de la vida, que diferentes factores determinantes tienden a acumularse y concentrarse en determinados grupos sociales y geográficos y en facilitar la identificación de acciones y políticas para enfrentar y eliminar las inequidades en salud. Finalmente este modelo se sustenta en el Modelo de F. Diderichsen, Experiencia M. Whitehead.⁷

Este modelo, presentado en la figura nº 1, plantea que existe una **jerarquización de los determinantes sociales**, clasifica a los determinantes en dos grandes grupos: “Los Determinantes Estructurales de las Desigualdades de la Salud” y “Los Determinantes Intermedios de la salud”.

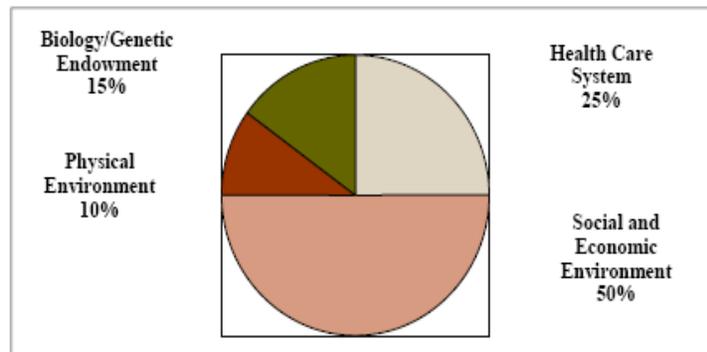
Los **Determinantes estructurales**, contemplan el contexto socioeconómico y político de una sociedad conformado por el gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales, públicas de salud, educación y protección social y la cultura y valores sociales. Además incorpora en esta parte la posición socioeconómica que ocupan las personas en esa sociedad conformada por la clase social, género, etnia, educación, ocupación e ingresos. Ambos subgrupos de determinantes interaccionan entre sí de modo bidireccional dando lugar al tipo de determinantes más importantes, trascendentales y basales, los cuales sustentan y condicionan la salud de la población.

Los **Determinantes intermedios**, corresponden a las circunstancias materiales (condiciones de vida y trabajo), factores conductuales (dieta y ejercicio entre otros) y biológicos, factores psicosociales y el sistema de salud como tal. Todos los anteriores son el resultado de los determinantes estructurales. Así los determinantes intermedios, son de alguna manera la causa más inmediata del estado de salud de la población, sin embargo es importante recalcar que no son la causa primaria o de base sino más bien un síntoma o expresión de los determinantes estructurales.

Es imposible dejar de mencionar además que según este modelo el **“sistema de salud”** como tal es considerado dentro de este tipo de determinantes, como una manera de demostrar que la salud poblacional no depende exclusivamente de él de un modo potente ni menos exclusivo, lo que orienta que la prevención efectiva en salud se sustenta fuera del sistema sanitario, en el intersector y la comunidad. Tal como lo representa la figura nº 2, su impacto estimado individual según el “Canadian Institute for advanced research”, corresponde a un 25%. Ahora si se excluye la “carga biológica/genética”, es posible cuantificar que el 85% de la determinación de la salud es social.

FIGURA Nº 2
ESTIMACIÓN DEL IMPACTO DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL
STATUS DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Chart 1- Estimated Impact of Determinants of Health on Health Status of the Population



Source: Canadian Institute for Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT 2002.

El determinante estructural más importante identificado por el modelo de la OMS, corresponde al **entorno social y económico**, cuyo impacto en la salud poblacional ha sido estimado en un 50%, el más alto con respecto al resto de los determinantes. Dentro de estos, se hallan las diversas políticas públicas existentes en una sociedad, siendo de especial importancia en este caso las políticas de salud.

-Desbalance dietario sodio/potasio en la etiopatogénesis de la Hipertensión Arterial Primaria

La hipertensión primaria resulta de la acción recíproca entre desajustes internos (primariamente en el riñón) y el medio ambiente exterior. El sodio, principal catión extracelular, ha sido largamente considerado el factor ambiental más importante en la enfermedad. Numerosos estudios muestran un efecto adverso de una ingesta exagerada de sodio sobre la presión arterial. En contraste, el potasio, el principal catión intracelular, ha sido visto como un factor menor en la patogénesis de la hipertensión. Sin embargo, hay abundante evidencia que indica que un déficit de potasio tiene un rol crítico en la hipertensión y sus secuelas cardiovasculares⁵. **Evidencias recientes**, así como estudios clásicos, señalan a la **interacción entre sodio y potasio**, en lugar de un exceso de sodio o déficit de potasio aislados, como el **factor medioambiental dominante en la patogénesis de Hipertensión primaria** y el riesgo cardiovascular consecuente.²

Poblaciones aisladas que solo consumen alimentos naturales tienen una ingesta diaria de potasio mayor de 150 mmoles y de sodio de 20-40 mmoles (relación sodio/potasio 3-10, generalmente más cercana a 10). En forma muy contrastante, las poblaciones de países industrializados basan su dieta en comidas procesadas, con un consumo diario de potasio de 30-70 mmoles y el de sodio llega a 100-400 mmoles (relación sodio/potasio < 0,4).³

Los **riñones** están preparados para conservar sodio y excretar potasio, útil para la dieta pobre en **sodio** y rica en **potasio** del ser humano prehistórico. Los riñones son responsables del 90% de la excreción de potasio. Este mecanismo no es adecuado para la **dieta moderna**. El resultado final de la incapacidad del riñón para adaptarse a esta dieta es el exceso de sodio y el déficit de potasio a nivel celular.⁴

Al mismo tiempo, la evidencia señala que los **altos niveles de potasio y bajos índices de sodio dietarios** permiten un **descenso** de los niveles de **presión arterial** en **sujetos hipertensos**, sobre todo cuando ellos son adultos mayores, de raza negra, presentan diabetes u obesidad, ³. De este modo, la construcción de una política pública de salud orientada a favorecer una dieta alta potasio y baja en sodio a nivel poblacional, permitirá impactar favorablemente en la regulación de las cifras de tensión arterial en sujetos con Hipertensión Arterial primaria previamente diagnosticada, logrando de esta manera, **modificar su estado de compensación**, es decir, su paso de paciente crónico descompensado a paciente crónico compensado. Los mecanismos descritos para este impacto son diversos tales como: estimular la diuresis, vasodilatación directa, incremento de factores vasodilatadores como óxido nítrico, inhibición del sistema nervioso simpático, secreción de renina, respuestas vasoconstrictoras y aumento de la sensibilidad de presorreceptores.

Actualmente, las **dosis dietéticas recomendadas** por la Organización Mundial De La Salud (OMS), de estos minerales son de **sodio**: menos de **2000 mg/día** o menos de **5 gr. de cloruro de sodio, NaCl**, (sal común de mesa) al día y de **al menos 3510 mg/día de potasio**.

Por otra parte, también se ha visto que los **hijos de los pacientes hipertensos, son capaces de retener más sodio que aquellos hijos de pacientes sin hipertensión arterial**. De este modo, si ellos son sometidos a un ambiente dietario con altas dosis de sodio, retendrán más sodio y su consecuencia será la activación del gen generador de la HTA en el organismo^{3,4}.

Es preciso enfatizar que la literatura reciente, recalca que dentro de **todos los factores de riesgo asociados a Hipertensión arterial primaria**, el **desbalance dietario del sodio y potasio** es el **factor de riesgo medioambiental más dominante** en comparación a otros factores de riesgo como: **Malnutrición por exceso, dieta hipercalórica y tabaquismo entre otros**⁴.

Ahora, vista la importancia de la **dieta**, es preciso mencionar que, como otros estilos de vida, es considerada un **determinante de la salud, intermedio, inmediato o directo** en los diversos procesos salud enfermedad, como lo es en el caso de la hipertensión. Sin embargo, la existencia de otros tipos de determinantes estructurales o primarios, condicionan la adopción de ciertos estilos de vida en las personas y en consecuencia, dependiendo de esto, las hacen más vulnerables o protegen de la aparición de enfermedades.⁷

- Promoción de la Salud:

La promoción de la Salud como concepto, según la carta de Ottawa en 1986 se trata del **“Proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”**.

Constituye un **proceso político y social global**, abarca por una parte: acciones dirigidas a **fortalecer** las habilidades y capacidades de los **individuos y modificar las condiciones** sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.⁸

La promoción es un **proceso**, que permite a las **personas** Incrementar su **control** sobre los **determinantes de la salud** y en consecuencia mejorarla.⁹

Estrategia que involucra a **individuos, familias, comunidades y sociedad** en un proceso de cambio orientado a modificar las condicionantes o determinantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.⁸

Estrategia que permite avanzar hacia la meta de lograr mayor salud y bienestar incorpora el concepto de **salud positiva**, reconoce el concepto de salud positiva, a la persona como **sujeto con derechos y deberes**, y al usuario como centro del quehacer del sector salud. **Enfrenta a las patologías prevalentes desde sus condicionantes básicos.** Presenta una alternativa a la crisis organizacional, financiera y sobre todo de impacto, que viven los sistemas de salud en la actualidad.⁹

La promoción de la salud se sustenta en 4 pilares, los que se combinan y hacen posible de manera efectiva que se operacionalice, estos son:

- **Comunicación social.**
 - **Participación social.**
 - **Educación para la salud.**
 - **Coordinación intersectorial**
- **Políticas Públicas de Salud:**

Para comenzar con el análisis del concepto de Política Pública de salud, es necesario partir definiendo el concepto de “Política”, el cual se refiere a un: Conjunto de principios y acciones estables en el tiempo adoptado por un **gobierno** u organismo destinado a resolver **problemas públicos relevantes en salud** en beneficio de la sociedad. Manifiestan los **valores e intereses** de la sociedad y de las autoridades regentes.¹⁰

En la tradición anglosajona existen dos términos diferentes, **politics y policy**, que el castellano recoge en un solo término: política. La diferenciación de significados es importante para comprender la literatura sobre el tema.

El término **politics** proviene del griego *politikós (πολιτικός)* y se refiere a aquella actividad del ciudadano cuando interviene en los asuntos públicos con su opinión, con su voto, o de cualquier otro modo; la expresión **politics** equivaldría en consecuencia a **lo político**, refiriéndose a la dimensión política en general, a un sistema político o a sus componentes.

El término **policy**, se puede traducir en plural como **“políticas”**, tiene en inglés un origen diferente, que se remonta al entorno comercial del imperio bizantino, donde el término *apodeisis (απόδειξις)*, designaba la póliza o garantía que legitimaba la forma de proceder frente a los acuerdos y convenios mercantiles; la *polizza* era la norma para las partes; con este significado fue introducido al italiano como póliza y utilizado luego por Maquiavelo; sus traductores y la ciencia política posterior han retomado esta acepción como *policy*, con significados diferentes y a menudo ambiguos, que incluyen los siguientes: la toma de decisiones; los diferentes sectores de acción estatal (educación, trabajo, salud...); los

propósitos y programas, tanto generales como específicos, de un gobierno¹¹; el conjunto de principios o plan de acción que guía la toma de decisiones actuales y futuras en un aspecto específico; o bien, aquellas reglas de conducta que gobiernan una organización, una comunidad, una provincia o un país.¹²

Con frecuencia, la literatura se refiere a una **Política de Salud (PS)** como al: “curso de acción que afecta al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras del *sistema de atención sanitaria*; es frecuente también que las publicaciones se refieran a las **PS** como políticas sectoriales de los ministerios del ramo. Ya Walt ha anotado que esta concepción se queda corta, pues la salud no depende solo de los servicios médicos y éstos suelen afectarse también por acciones e intenciones de otros agentes como el público, el sector privado y organizaciones voluntarias.¹³

En contraste con el énfasis de las **PS** en los servicios de salud, Hancock acuñó el término **Política Pública Saludable HPP** (Healthy Public Policy)¹⁴⁻¹⁵ con la intención de estimular el pensamiento sobre los demás determinantes de la salud y no solo sobre las políticas dirigidas a generar o mantener sistemas de atención médica. La noción de **HPP** ha sido propuesta también por Nancy Milio¹⁶ para superar la estrechez conceptual de quienes proponen políticas de salud centrados solo en los servicios de salud, ampliando el concepto a todas aquellas acciones realizadas por organizaciones públicas, privadas y voluntarias que, al modificar las condiciones en que vive la gente y modificar sus opciones de decisión, tienen un impacto favorable en su salud.

En el sentido amplio, una **HPP** se ocupa entonces, tanto de los efectos del ambiente y las condiciones socioeconómicas sobre la salud, como de la provisión de asistencia sanitaria¹³. En consecuencia, una **HPP** podría definirse como toda política, generada o no en el sector, y dirigida a promover la salud y/o prevenir la enfermedad, cuyos objetivos debieran estar orientados a reducir equitativamente en la población los riesgos de enfermar y exponerla equitativamente a condiciones saludables¹⁷. Si pretenden ser exitosas, las **HPP** deben aumentar la gama de opciones para que la población pueda tomar las mejores decisiones y al menor costo económico y personal.

La noción propuesta por Milio tiene la ventaja de ampliar la perspectiva de los analistas y puede ser muy útil para calificar una **PS** como promotora de la salud, pero no puede aplicarse a todas las políticas relacionadas con la salud, como si la bondad de sus efectos fuera algo intrínseco a su naturaleza.

Considerando la **manera de realizar la gestión de políticas públicas**. A diferencia de lo que proponen algunos teóricos del tema, el proceso político (**policymaking**) no se comporta de una forma lineal, secuencial, ni completamente racional. Por el contrario, se revela como un **proceso complejo y dinámico** de intereses, presiones y negociaciones, donde se refleja la variabilidad de vivencias de los seres humanos¹⁸. La **heterogeneidad**, la **diferencia** y el **conflicto** son inherentes a la gestión de políticas públicas porque los seres humanos somos por naturaleza diferentes. Reconocer este principio nos conduce nuevamente a la necesidad de aceptar los consensos como la única vía razonable para generar y poner en marcha las políticas públicas y la necesidad de ilustrar a quienes participan en la toma de decisiones para que sus análisis puedan considerar los diferentes aspectos que inciden en la formulación y aplicación de sus lineamientos.¹⁹

Respecto a los **aspectos formales de la política**, las políticas públicas pueden asumir diferentes **formas administrativas y jurídicas**; sus lineamientos pueden expresarse entonces en la Constitución, **las leyes, las ordenanzas, los acuerdos y los decretos**; pero también en los acuerdos programáticos, los planes, los programas, los proyectos y los contratos. Estas figuras pueden constituir un excelente medio de expresión de la política como directriz, pero no garantizan por sí mismas que el lineamiento se aplique o produzca los efectos esperados.²⁰

A la luz de todo lo mencionado, la **gestión de políticas públicas** más que un proceso burocrático, frío, reservado a los servidores públicos, se revela como un **proceso social amplio y heterogéneo de interacción y consenso**, donde los individuos e instituciones, actuando como agentes sociales, apoyados en nuestros intereses, experiencias y valores, y liderados por el Estado, acordemos los lineamientos que regirán nuestras acciones y fundamentarán nuestro futuro.

Por otra parte, a través del modelo presentado anteriormente (OMS-2008), queda claro que las políticas de salud son parte del contexto socioeconómico y político de una sociedad y son consideradas como uno de los Determinantes estructurales de la salud.

Lo ideal en la generación de toda política pública de salud es que debe ser co-construida entre políticos y sanitarios para asegurar una toma de decisiones correcta y efectiva. Una vez creadas, generan un **entorno favorable protegido** para abordar temas de interés en el ámbito de la salud, a través del **compromiso** de las **autoridades** pertinentes, tangibilizado mediante un documento formal que asegura su continuidad, independiente del gobierno de turno en el cual fueron concebidas.

Dentro de sus beneficios está en que al ser creadas, logran brindar amplia cobertura poblacional para un problema de salud, útil sobre todo en aquellos de gran magnitud actual como es el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), específicamente en este caso la hipertensión arterial primaria. Por otra parte, toda política Pública promulgada debe ser cumplida por la población, por lo tanto condiciona el comportamiento de ella de un modo favorable. De este manera el carácter de **“Obligatoriedad”** de una Política Pública, nos permite contar con un entorno creado **“convenientemente saludable”** para así condicionar a la población a optar por comportamientos saludables en desmedros de los insaludables, en este caso un “Entorno Anti-hipertensivo”.

Las Políticas Públicas de salud, pueden ser generadas a nivel nacional o **local (municipal)**, mientras que las primeras corresponden ser gestionadas, en nuestro país, por el Ministerio de Salud (MINSAL), se observan algunos beneficios de éstas últimas como permitir a los sanitarios y políticos locales **mayor gobernabilidad, factibilidad y viabilidad** traducido en una **posibilidad concreta** de **participar en su creación** y construirlas de acuerdo a la **realidad local**.

Por otra parte, dentro de los **principios que rigen las actuales políticas de salud** se hallan¹⁰:

- **Marco ético:** respeto por los derechos humanos
- **Universalidad:** se hace cargo de los problemas de salud de todas las personas, sin consideración de sus condiciones sociales, de género, económica, cultural o multiétnico.
- **Equidad:** en la cobertura, el acceso y la oportunidad, en la erradicación de discriminaciones y exclusiones de todo tipo.
- **Solidaridad:** mayor aporte desde las personas con más recursos a aquellos que tienen menos, desde los sanos a los enfermos, de los jóvenes a los viejos y hacia las mujeres en edad fértil.
- **Integralidad:** con perspectiva biológica, psicológica y social.
- **Continuidad de los cuidados:** que abarca desde la promoción, prevención, curación y rehabilitación, con calidad y respecto a la dignidad de las personas en la atención y los cuidados de salud.
- **Empoderamiento de la población:** a través del fortalecimiento de la comunidad y del ejercicio del control social, así como del autocuidado y promoción de su propia salud con hábitos saludables.
- **Democratización:** a través de la constitución y fortalecimiento de los espacios de participación, como los consejos (consultivos, desarrollo, salud etc.)
- **Descentralización:** a través de mayor poder de gestión y decisión regional

Por fines del presente proyecto, es relevante hacer énfasis en el último principio declarado antes, la “descentralización”, pues **respalda y valida la toma de decisiones** en el ámbito de las políticas públicas de salud a nivel de la **meso y microgestión**, dejando entrever el **reconocimiento de las diferentes realidades locales** y en consecuencia **avalando la resolución de problemas de salud** de acuerdo a su **capacidad e iniciativa**.

Con respecto al **Proceso de desarrollo de una Política de Salud** se han descrito ciertos pasos necesarios como¹⁰:

- Obtener y analizar información disponible sobre un tema de interés social
- Definir un problema relevante que deba ser abordado.
- Desarrollar alternativas de solución.
- Evaluar impacto mediático de la medida en la sociedad
- Definir grupos objetivos
- Definir un conjunto de estrategias (difusión y acceso) y planes de trabajo (programas) que operativicen la política
- Análisis de costos y beneficios.
- Establecer Objetivos medibles a mediano y largo plazo

Es importante mencionar en relación al punto anterior que a pesar de que la forma en que se elaboran las políticas públicas a nivel nacional, municipal e intermunicipal puedan ser diferentes con respecto a los **actores socio-políticos involucrados**, el proceso el desarrollo **se alinea** con los pasos descritos.

Los actores socio-políticos: **Públicos, Poderes fácticos, Sociedad civil, Actores identitarios** son de gran trascendencia en el tema de las políticas públicas ya que de ellos dependen la consideración de un problema en la agenda pública y por ende el nacimiento de una política pública.

Ahora bien, para la creación de una **política pública de salud**, primero es necesario que el tema o punto polémico que la suscite amerite ser solucionada mediante ella, ya que no todos los problemas de salud son “dignos” de ser resueltos mediante este tipo de medidas. Dentro de los **requisitos básicos** para que un asunto sea candidato a este tipo de medida están¹⁰:

- Que sea objeto de atención amplia
- Una buena parte de la gente considere que se requiere algún tipo de acción
- Y que a los ojos de la comunidad la acción sea competencia de alguna entidad gubernamental

De este modo la gran prevalencia de Hipertensión arterial mencionada en el ítem anterior, la masificada conciencia ciudadana local respecto al tema y la presencia de actores

sociales que se encargan de comunicarlos y hacer “**Abogacía**” han permitido vislumbrar la solución de una política pública promocional y preventiva frente al problema de salud pública de la hipertensión arterial a nivel local.

La **abogacía o advocacy** Adquiere relevancia para el posicionamiento de la vinculación entre el Estado y la sociedad. Ésta se plantea como una **movilización y obtención de apoyos y alianzas político - sociales** para la influencia acumulativa con objetivos estratégicos de cambio. Toda acción de advocacy supone un **ejercicio de empoderamiento**, tener conciencia de las relaciones de poder existentes, las relaciones dominantes y de poder "sobre" que buscan controlar a distintos grupos sociales. Existe necesidad de construir argumentos sólidos para el debate y es fundamental contar con estrategias comunicacionales²¹.

La **construcción de problemas públicos** se sustentan por distintos actores que se vinculan entre sí, transformando un asunto en su centro de atención, iniciativas, debates que conforman un dominio político. La **combinación de oportunidades políticas y estructuras organizativas** ofrecen una base estructural para la acción, que debe contener estrategias con el objeto de movilizar los asuntos de interés público²⁰⁻²¹.

Finalmente, Las políticas públicas de salud pueden contemplar acciones tendientes al ámbito promocional, preventivo o curativo. Pues bien, dada la evidencia científica que apoya fuertemente la prevención primaria y la promoción como una de las estrategias de ésta, toda política pública de salud estratégica debiera estar conformada por un fuerte componente promocional, es por ello que se hace necesario comprender el concepto de la Promoción de la salud desde sus distintos enfoques.

- Desafío de las políticas públicas de salud:

El problema del **desequilibrio dietético** en la ingesta del sodio y potasio es considerado un **determinante intermedio** de la salud (causa exógena más directa de la HTA primaria como patología crónica) que tiene que ver con los factores conductuales y biológicos, según el modelo de “Inequidades en salud” de la OMS-2008. Sin embargo este mismo modelo, señala la existencia de los llamados **determinantes estructurales** (o primarios) del proceso salud-enfermedad, en donde se hallan, dentro de otros, las políticas públicas

de salud, las cuales condicionarían el entorno de las personas hacia un entorno favorable o adverso para su salud

Pues bien, reconociendo la importancia de crear políticas de salud que favorezcan el desarrollo de entornos saludables y dada la dificultad de su creación e implementación en el corto plazo a nivel nacional (macro-gestión) es que se hace necesario comenzar a trabajar a nivel de la microgestión para generar políticas públicas comunales que sirvan de marco regulatorio para mejorar los estilos de vida de la población y como experiencia que sirvan como un plan piloto para instaurarlas a nivel nacional en el futuro. El intentar intervenir los estilos de vida de la población sin considerar que emanen desde las políticas públicas de salud, se traduce en un enfoque de determinantes sociales de la salud, ya que sólo contempla trabajar con los determinantes intermedios de la salud. En contraposición el hecho de pensar en una problemática de salud desde la mirada de la **determinación social**, nos orienta a basarnos en las políticas públicas como la esencia de a solución a elegir.

De este modo **el modelo OMS 2008 de DSS** es un potente referente teórico para comenzar a prevenir las ECNT y revertir el daño actual de manera efectiva. Hasta ahora las estrategias utilizadas han tenido énfasis en los determinantes intermedios, específicamente en los estilos de vida, los cuales dependen directamente de las personas, pero estos a su vez dependen de factores ambientales estructurales que posibilitan y favorecen su adopción efectiva, por lo que los resultados en salud actuales, que hemos visto, demuestran lo ineficaz de las medidas adoptadas tradicionalmente.

De este modo, de acuerdo a este marco teórico, lo que se requiere para tener éxito en el abordaje de la hipertensión arterial, como problema de salud pública, son **POLITICAS PÚBLICAS INTERSECTORIALES, PROMOCIONALES E INTEGRALES**, NO TAN SÓLO el trabajo con la motivación de las personas para modificar estilos de vida.

Dada la **magnitud del problema** de la hipertensión arterial, las estrategias utilizadas deben ser aplicadas a nivel poblacional para lograr una mejor cobertura. Las políticas públicas nos dan la posibilidad de alcanzar esa cobertura anhelada.

Las políticas públicas Hacen que los **esfuerzos individuales** en la adopción de hábitos de vida saludables sean menores, facilitándolos. Hacen más fácil el trabajo de las personas y de los equipos de salud en la lucha contra las ECNT. Con el entorno actual es casi una “Misión Imposible” intentar cambiar los hábitos erróneos de la población. Necesitamos como equipos de salud un ambiente idóneo para generar esos cambios anhelados en nuestros pacientes

Los **determinantes estructurales** de la salud son **PRE-REQUISITO VITAL** para lograr cambios efectivos en la salud poblacional. Para abordar la problemática de las ECNT se deben desarrollar estrategias que combinen los DSS intermedios y estructurales. Hoy en día, con énfasis en los últimos. Al no existir Políticas Públicas adecuadas, se genera un sobreesfuerzo individual de los pacientes y del equipo de salud para intentar hacer cambios. Actualmente el énfasis de la solución debe estar centrado en el entorno o medioambiente social.

b) Población objetivo:

La **población objetivo** coincide con la **población potencial**, ya que todas las personas que sufren el problema son las mismas personas a quienes se le solucionará el problema. Esta población la componen la **totalidad de la población de Olmué**, es decir, las personas que residen en la comuna de Olmué y que no presentan Hipertensión Arterial Primaria (**población sana**) y aquellos que ya tienen un diagnóstico médico de Hipertensión Arterial primaria (**población patológica**), de este modo la población objetivo es la totalidad de población de la comuna de Olmué.

CUADRO Nº 1
POBLACIÓN OBJETIVO

Población objetivo	Descripción	Cuantificación
Población libre HTA	Proporción de la población de la comuna de Olmué que no presenta Hipertensión Arterial Primaria	14.061 personas*
Población con HTA	Proporción de la población de la comuna de Olmué que presenta diagnóstico médico compatible con Hipertensión Arterial Primaria y se halla bajo control en el programa de salud cardiovascular (PSCV) del CESFAM Manuel Lucero.	1939 personas**
Población Total	////////////////////////////////////	16.000 personas

*Población estimada por diferencia entre la población total de la comuna y la población con Hipertensión arterial primaria bajo control en CESFAM Manuel Lucero de Olmué.

**Fuente: Censo, diciembre, PSCV año 2012, Centro de Salud Familiar Manuel Lucero, Olmué.

4.- CAPÍTULO III: DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

4.- CAPÍTULO III DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO:

- Diagnóstico del problema:

a) Análisis de involucrados:

CUADRO Nº 2
ACTORES INVOLUCRADOS

INSTITUCIONES	GRUPOS DE INTERÉS	OTROS
Centro de salud familiar (CESFAM)	Usuarios Inscritos a la institución.	Población de Olmué libre de HTA
Municipio (concejo municipal)	DAEM (departamento de administración de educación municipal)	Establecimientos de expendio de comida preparada de consumo humano, Restaurantes. (Estos se hallan representados a través de la cámara de turismo)
Cámara de Turismo (empresarios gastronómicos)	Grupo organizado comunitario "Carbono 14"	
Rotary Club Olmué	Mesa Técnica de Salud y educación	

CUADRO Nº 3
ACTORES INVOLUCRADOS, PROBLEMAS E INTERESES POTENCIALES

	CESFAM OLMUÉ	MUNICIPIO	MESA TÉCNICA DE SALUD Y EDUCACIÓN	ROTARY CLUB OLMUÉ	CAMARA DE TURISMO
P R O B L E M A S	<p>-Alta incidencia y descompensación de HTA</p> <p>-Antecedentes familiares de HTA</p> <p>-Dieta poblacional alta en sodio y baja en potasio</p> <p>-Persistencia de énfasis en lo asistencial y curativo en lugar de lo promocional y preventivo.</p> <p>-Altos costos sanitarios derivados de la alta carga de HTA</p>	<p>-Alta incidencia y descompensación de HTA.</p> <p>-Dieta poblacional alta en sodio y baja en potasio</p> <p>- Altos costos sanitarios derivados de la alta carga de HTA</p>	<p>-Alta incidencia y descompensación de HTA</p> <p>-Dieta poblacional alta en sodio y baja en potasio</p> <p>- Altos costos sanitarios derivados de la alta carga de HTA</p>	<p>-Problemas socio-sanitarios locales</p> <p>-Alta incidencia y descompensación de HTA</p> <p>-Dieta poblacional alta en sodio y baja en potasio</p>	<p>-Alta incidencia y descompensación de HTA.</p> <p>-Dieta poblacional alta en sodio y baja en potasio</p> <p>-Modificación de la cultura gastronómica por parte de su oferta culinaria</p>

I N T E R E S E S P O T E N C I A L E S	<p>-Promoción de la salud y prevención de HTA.</p> <p>-Reducir la carga sanitaria existente derivada de la alta prevalencia de HTA primaria a nivel local</p> <p>-Resolver problemas sanitarios locales logrando eficiencia de los recursos.</p>	<p>-Velar por todos los intereses y necesidades de la población.</p> <p>-Aprobar medidas sanitarias de impacto poblacional</p> <p>-Reducir costos sanitarios</p>	<p>-Prevenir la HTA primaria desde la mirada político-sanitaria, mediante la construcción de políticas públicas de salud co-construidas de manera participativa entre actores locales pertinentes.</p> <p>-Resolver problemas sanitarios de gran prevalencia local</p> <p>-Reducir gastos en salud en la comuna</p>	<p>-Colaborar con otras organizaciones locales, de manera participativa para resolver problemas socio-sanitarios que afecten a la población local, mediante la movilización de recursos humanos y materiales que aporten a la solución de las problemáticas</p>	<p>-Ofrecer alternativas de una gastronomía saludable que colabore con el sector salud en la prevención de HTA primaria.</p> <p>-Incorporar mensajes saludables relacionados con la temática en los locales comerciales y en las preparaciones ofertadas</p> <p>-Distinguir del resto de las comunas a la gastronomía de Olmué como típica y saludable</p> <p>-Mantener el estado de salud de sus propios trabajadores como estrategia de mejora de la producción de la empresa</p>
--	--	--	---	---	---

b) Análisis de problemas:

- Identificación del Problema:

El problema central identificado es: Alta incidencia y niveles de descompensación en personas de 15 y más años con Hipertensión arterial primaria en la comuna de Olmué.

- Descripción del Problema:

El problema descrito anteriormente se basa en una serie de causas, las cuales se detallan a continuación:

La principal causa estructural identificada es la **ausencia de una política pública de salud comunal** que aborde de manera intersectorial y bajo el alero de un resguardo legal el desequilibrio dietario del sodio y potasio en la población. Entonces al no existir una política comunal que de cobertura poblacional, permite la generación de un entorno social desfavorable para que las personas logren una ingesta adecuada de sodio y potasio permanente en el tiempo, lo que genera finalmente el desbalance de esta diada nutricional en la comuna. Esta causa, es considerada según la literatura actual, como el factor medioambiental más importante o factor de riesgo principal en la etiopatogénesis y control de las cifras de tensión arterial de la población.

Por otra parte, la **cultura gastronómica local desfavorable**, identificada como otra causa estructural, juega un rol paralelo ya que históricamente ésta ha contribuido a una dieta hipercalórica e hipergrasa, con franco aumento de ácidos grasos saturados que conllevan a aumentar los niveles de malnutrición por exceso en la población y con ello el aumento de los casos de hipertensión arterial primaria y descompensación de los pacientes previamente hipertensos.

Los **antecedentes familiares de Hipertensión arterial**, conllevan a elevar la carga genética de esta patología crónica, y además se ha visto que los hijos de los pacientes hipertensos retienen más sodio que aquellos hijos de pacientes sin hipertensión arterial,

de modo que es por ello que una dieta alta en sodio y baja en potasio es capaz de contribuir a desarrollar HTA en personas que, teniendo antecedentes familiares de hipertensión, tienen una dieta desequilibrada en estos dos oligoelementos.

Los **altos niveles de tabaquismo**, también han sido relacionados con el aumento del desarrollo de casos de hipertensión y a su vez empeora los niveles de compensación de los pacientes hipertensos, mediante diversos mecanismos fisiopatológicos.

A su vez el problema descrito antes, tiene una serie de efectos, los cuales se detallan a continuación:

La alta incidencia de HTA y el empeoramiento de los niveles de compensación de pacientes hipertensos contribuyen más tarde a aumentar la **prevalencia de Hipertensión Arterial Primaria** en la comuna. Una vez instaurada la hipertensión y sumando el mal control de los niveles de presión arterial es posible el desarrollo de **patologías asociadas** a órgano blanco, principalmente, a nivel cardíaco, retina, renal y cerebral. El paciente comienza a desarrollar discapacidad parcial o total posterior a dichos eventos, que disminuye su independencia y funcionalidad, lo que impacta negativamente en su **participación social** y finalmente en su calidad de vida.

- Operacionalización del Problema:

El problema descrito antes “**Alta incidencia de HTA**” y “**Altos niveles de descompensación de HTA**”, se **definen conceptualmente** como: aumento del número de casos nuevos en un periodo de tiempo de personas con hipertensión arterial primaria y aumento del número de personas con diagnóstico de HTA con cifras de tensión arterial igual o mayor a 140/90 mmhg respectivamente.

En cuanto a la **variable principal** que compone este problema están: “**Hipertensión arterial primaria**” y “**descompensación de HTA**”. La primera variable se define conceptualmente como una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), consistente en la mantención de cifras de presión arterial igual o mayor a 140/90 mmhg en 3 ocasiones en un lapso de 15 días. La segunda variable se define conceptualmente como personas con diagnóstico de HTA con cifras de tensión arterial igual o mayor a 140/90 mmhg.

En relación a la **definición operativa** de las variables antes mencionadas sería a través de la **revisión del censo del programa de salud cardiovascular (PSCV)** del CESFAM Manuel Lucero de Olmue.

c) Análisis el entorno:

Analizando el entorno en el cual se desarrolla esta experiencia, Olmué se trata de una **comuna de tipo rural**, pequeña con **amplia dispersión geográfica** por lo que es catalogada como una **comuna vulnerable**. Lugar geográfico que reúne a los actores socio-políticos que forman parte del problema descrito.

Estos **actores**, en algunos casos, se tratan de **instancias existentes exclusivamente** en la **realidad local**, como lo es la **mesa técnica de salud/educación**, de la cual no se tiene antecedentes de su existencia en otras comunas del país. Efectivamente esta iniciativa nace en Olmué hace unos años atrás y es quien juega un rol central, decisivo y protagónico en el problema presente. Y es a través de ella que se tangibiliza y promueve un fuerte y respetado trabajo intersectorial entre el mundo sanitario, educativo y político interno, a pesar de algunas irregularidades sufridas en su funcionamiento a lo largo del tiempo.

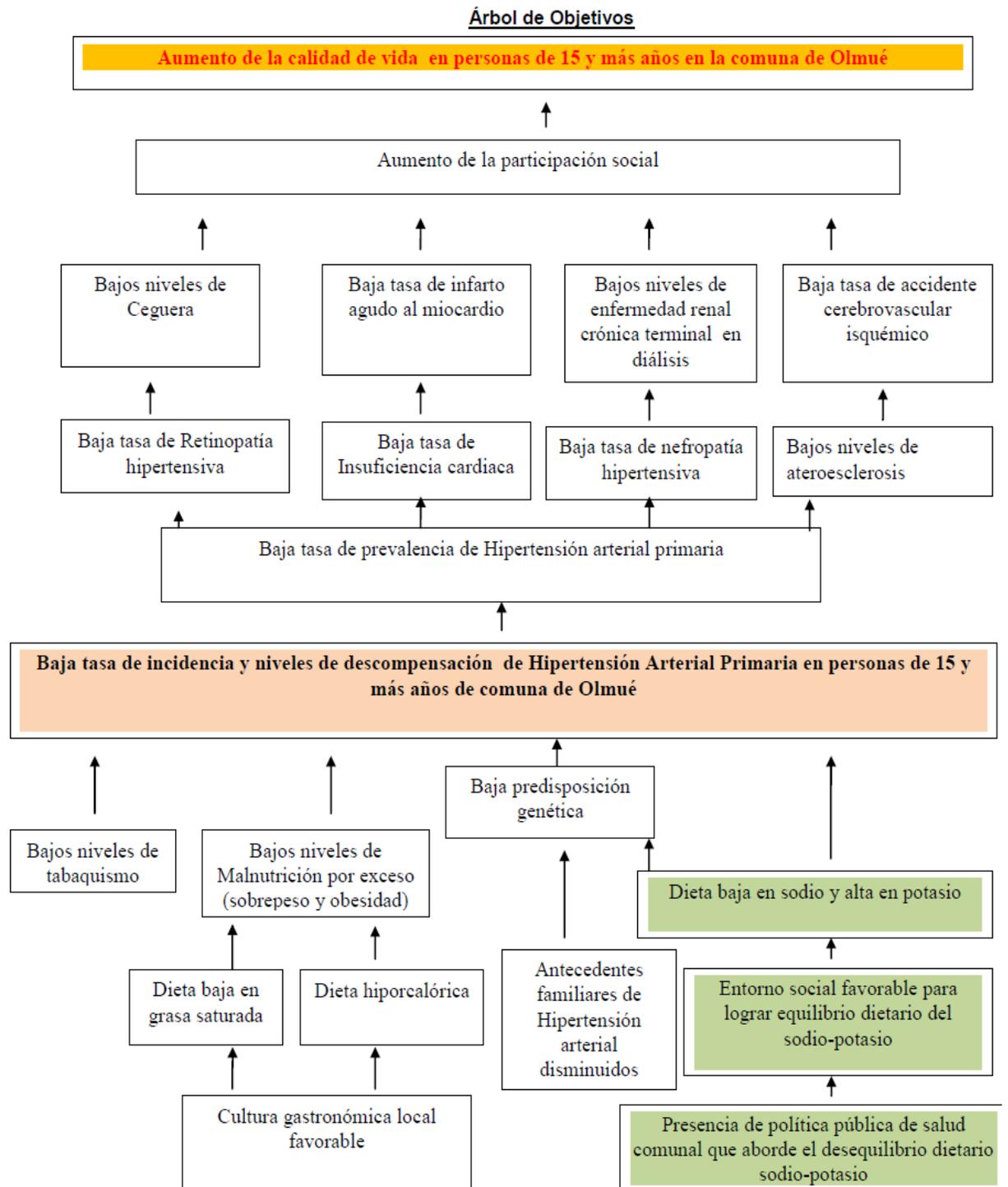
Como referencia externa, para el **servicio de salud viña del mar Quillota**, desde el año 2009, esta comuna se ha distinguido por el trabajo comunitario, científico e innovador que ha desarrollado en el ámbito de los problemas de las patologías crónicas y sobre todo por su interés tanto en su tratamiento integral como de su prevención.

El resto de los actores involucrados, si bien es cierto, se hallan representados en otras realidades, en esta comuna adquieren algunas características propias como por ejemplo al poseer un solo centro de salud familiar, el cual es el responsable de asistir sanitariamente a toda la población local y comunidad extraterritorial que ha optado por su inscripción debido a la calidad de la atención prestada.

Dada las características particulares de los **actores socio-políticos involucrados** en esta comuna, es que se hace posible, en una primera instancia, detectar efectivamente el problema, sus causas y efectos y a través de esta identificación lograr posteriormente prever las posibles soluciones para su intervención.

d) Análisis de objetivos/soluciones

- Árbol de objetivos:



CUADRO Nº 4
ALTERNATIVAS Y/O ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN Y SELECCIÓN

ALTERNATIVA/ANÁLISIS	GOBERNABILIDAD	VIABILIDAD	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Realización de programa desde sector salud local para disminuir los altos niveles de tabaquismo poblacional	Alta por: -Tratarse de una problemática sanitaria de dominio del sector salud	Alta por: - Contar con RRHH disponible capacitado y motivado desde sector salud local y por estar alineado con los objetivos sanitarios de la década.	Alta porque: -No se requiere de presupuesto externo para su realización.	Bajo porque: -Se trata de un factor de riesgo reconocido en la etiopatogénesis de la HTA pero no el más decisivo.
Creación de una campaña desde el sector salud local para modificar la cultura gastronómica local desfavorable	Alta por: - Tratarse de una problemática sanitaria de dominio del sector salud	Alta porque: -. Contar con RRHH disponible capacitado y motivado desde sector salud local y por estar alineado con los objetivos sanitarios de la década.	Alta porque: -No se requiere de presupuesto externo para su realización.	Medio porque: - Se trata de un factor de riesgo reconocido en la etiopatogénesis de la HTA pero no el más decisivo factor medioambiental.

<p>Fortalecimiento de las acciones intersectoriales preexistentes que abordan la malnutrición por exceso a lo largo del ciclo vital individual en la comuna.</p>	<p>Alta por: Contar con actores de salud capacitados en el tema para su realización</p>	<p>Alta por. Contar con RRHH disponible capacitado y motivado desde sector salud local y por estar alineado con los objetivos sanitarios de la década</p>	<p>Alta por: No requerir presupuesto externo para su realización</p>	<p>Medio porque: Se trata de un factor de riesgo reconocido en la etiopatogénesis de la HTA pero no el más decisivo factor medioambiental</p>
<p>Implementar una política pública de salud local que aborde el desbalance dietético de sodio y potasio, como el factor medioambiental más dominante en la prevención y tratamiento de HTA. <u>Con componentes de:</u> 1.Capacitación a actores involucrados</p>	<p>Alta por: -La existencia de actores relevantes que pertenecen a la mesa técnica de salud y educación y apoyan la creación de políticas públicas de salud como estrategia de abordaje de problemas de</p>	<p>Alta por: -Se cuenta con el apoyo de la alcaldesa actual. -Se cuenta con la experiencia previa en la generación de políticas públicas en la comuna. -Se cuenta previamente con una mesa técnica de salud y educación</p>	<p>Alta porque: -No se requiere de presupuesto externo para su realización. Los actores sociopolíticos de las instancias involucradas como: mesa técnica de salud y educación y municipio, conforman un equipo preestablecido y funcionando con destinación de</p>	<p>Alto porque: -Asegura la creación de un entorno político favorable y protegido para abordar un problema de gran magnitud a nivel comunal -Permite el abordaje del problema desde una mirada</p>

2.Propuesta de política pública de salud aprobada por mesa técnica de salud	salud de gran magnitud local.	creada y funcionante -Su génesis radica en parte de la propia comunidad organizada.	horas protegidas para el fin propuesto	integral, intersectorial y participativa (sanitarios, concejales, educación y comunidad) -Una vez decretada, su continuación es independiente del alcalde de turno (independencia política)
3.Propuesta de política pública aprobada por concejo municipal				
4.Difusión de la política pública creada				
5.Plan de acción de la política pública creado				
6.Política pública de salud implementada				

Dadas las razones, principalmente de impacto, la alternativa elegida es: Implementación de una política pública de salud local que aborde el desbalance dietético de sodio/potasio, como el factor medioambiental más dominante en la prevención y tratamiento de hipertensión arterial primaria. Esta alternativa se alinea con la prevención primaria de salud, recurriendo a la promoción de salud como estrategia para lograr cumplir dicho propósito.

**CUADRO Nº 5
MAPA DE POSICIÓN**

Política en consideración: Olmué rico en sodio y bajo en potasio

Actores u organizaciones	Proponentes (apoyo)	Grado de poder	Índice de Posición	No movilizables	Oponentes	Opone (oposición)	Poder de grado	Índice de posición
ALCALDESA OLMUE	3	5						
MESA TÉCNICA DE SALUD Y EDUCACION	3	4						
3 CONCEJALES DESIGNADOS PARA EL ÁREA SALUD	3	4						
3 CONCEJALES NO DESIGNADOS PARA EL ÁREA SALUD						1	2	
EQUIPO DE	2	2						

SALUD								
CÁMARA DE TURISMO DE OLMUE	3	2						
ROTARY CLUB OLMUE	3	4						
DAEM	3	2						
GRUPO ORGANIZAD O “CARBONO 14”	3	2						

Poder	Muy alto 5	Alto4	Mediano 3	Bajo 2	Muy bajo 1
Apoyo		Alto3	Medio 2	Bajo 1	
Oposición		Alta 3	Media 2	Bajo 1	

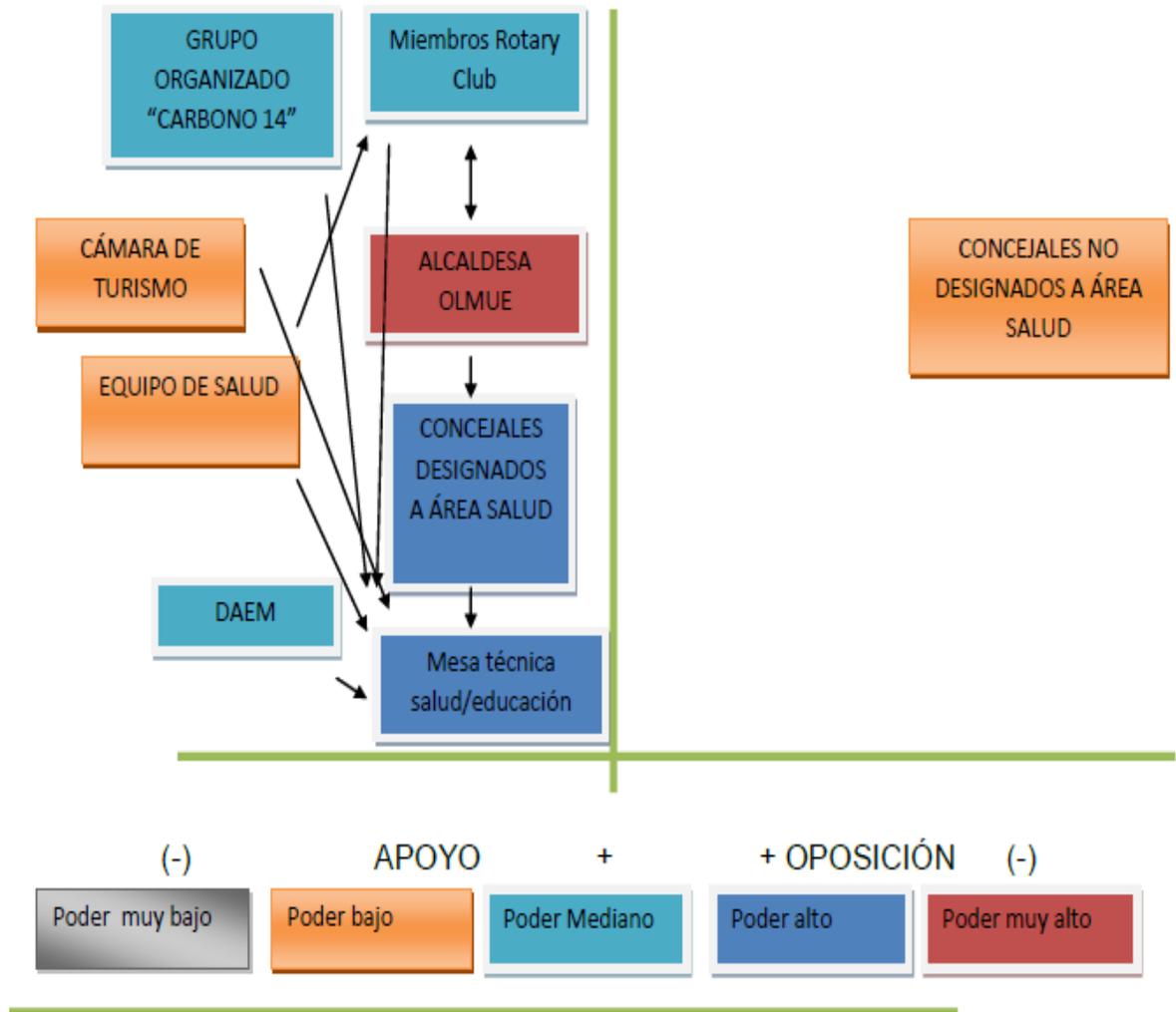
CUADRO Nº 6
GRADO DE INTERÉS DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS

Política en consideración: Olmué rico en sodio y bajo en potasio

Organización	Intereses u objetivos	Prioridad para la organización (cuanto le interesa a la organización nuestro programa)		
		Baja	Media	Alta
MUNICIPALIDAD OLMUE	Satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de la comuna		X	
CESFAM OLMUÈ	Lograr los objetivos propuesto en el plan de salud comunal, los cuales están orientados a contribuir al desarrollo de Olmué como una “Comuna Saludable”			X
DAEM	Impartir una Educación Humanista-Científico y técnica gastronómica, permitiendo que los jóvenes que tienen inquietudes e inclinación por continuar estudios de			X

	nivel superior, puedan acceder a las Universidades y a los Institutos de Formación Profesional.			
ROTARY CLUB OLMUÈ	Brindar servicio humanitario integral en sus comunidades y promover el desarrollo de la buena voluntad y la paz.			X
CÁMARA DE TURISMO	Agrupar los centros turísticos y gastronómicos para una toma de decisiones consensuadas que potencien el turismo y la gastronomía típica de la comuna		X	
GRUPO ORGANIZADO "CARBONO 14"	Socializar y generar un aprendizaje horizontal en distintos temas, de acuerdo a las diversas disciplinas de los participantes que lo componen			X

FIGURA Nº 3
CAMPO DE FUERZA GRUPAL



CUADRO N°7
ESTRATEGIAS DE VIABILIDAD POLÍTICA A LA POLÍTICA PÚBLICA

	Acciones	Metas	Problemas	Beneficios
Estrategias positivas				
ALCALDESA y ROTARY CLUB	Realizar reunión de capacitación y coordinación en el tema con miembros de Rotary Olmué	Lograr apoyo para generar la política pública	Realización oportuna de la reunión antes de prenatal de alcaldesa	Apoyo político
CONCEJO MUNICIPAL	Realizar reunión de capacitación en el tema	Lograr apoyo del concejo municipal para aprobar la política pública	Lograr una sensibilización adecuada a los concejales que no pertenecen a la comisión de salud	Apoyo político completo del cuerpo de concejales
MESA TÉCNICA DE SALUD/EDUCACIÓN	Realizar reunión de capacitación y coordinación en el tema	Lograr apoyo de la mesa técnica salud/educación para generar la política pública	Lograr realizar las reuniones de capacitación planificadas de manera regular	Unidad sanitario-política funcionando de manera regular

EQUIPO DE SALUD	Realizar reunión de capacitación en el tema	Lograr compromiso del equipo de salud	Equipo de salud poco motivado	Equipo de salud participante
CÁMARA DE TURISMO, RCO Y GRUPO CARBONO 14	Realizar reunión de capacitación en el tema	Lograr compromiso de empresarios gastronómicos, RCO y grupo carbono 14	Resto de Empresarios gastronómicos poco motivados	Empresarios gastronómicos participantes
Estrategias Negativas				
3 CONCEJALES NO DESIGNADOS PARA EL ÁREA SALUD	Verbalizar la pertinencia de las decisiones en temas de salud de los concejales de salud, en reunión de concejo municipal.	Lograr apoyo en aprobación de la política pública	Dificultad en el convencimiento del beneficio de la creación de la política pública	Aprobación unánime de la política pública

Explicitación de línea base:

Considerando que la línea base, establece el estado en que se encuentra el problema hoy y constituye un elemento que podrá ser utilizado posteriormente para estimar los resultados e impacto del programa, se definen y cuantifican el problema central y el primer efecto identificado en el árbol de problemas:

-Tasa de incidencia de Hipertensión arterial primaria en la comuna de Olmué: 18,75 x 1000 habitantes (300 casos de HTA año 2012/total de población de Olmué, 16.000 habitantes x 1000)

-Proporción de pacientes hipertensos descompensados bajo control en PSCV en CESFAM Olmué: 39,3% (763 personas con HTA descompensada de 15 y más años bajo control en PSCV año 2012/total de población PSCV bajo control, 1939 personas con HTA de 15 y más años)

-Prevalencia de Hipertensión arterial primaria en la comuna de Olmué: 12,1% (1939 personas con HTA bajo control en PSCV/ total población Olmué, 16.000 habitantes x 100)

- Matriz del Marco Lógico²²:

Objetivos	Indicadores				Medios de Verificación	Supuestos
	Enunciado	Fórmula de cálculo	Meta	Dimensión/ámbito de control		
Fin: Contribuir a disminuir la Alta Tasa de incidencia y proporción de descompensación en personas con HTA de 15 y más años de la comuna de Olmué	-Tasa de variación porcentual de incidencia de morbilidad de personas con HTA	((Tasa de incidencia de morbilidad de personas con HTA en año actual/Tasa de incidencia de morbilidad de personas con HTA años anterior) -1) x 100	-Disminuir a 91,8% al cabo del primer año y a 86,4% al cabo del segundo año del proyecto	Eficacia/Resultado Final	Censo Programa de salud cardiovascular	Implementación efectiva de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"
	Proporción de personas con HTA descompensada	-Nº de hipertensos descompensados/Nº total de hipertensos x 100	Disminuir a 38% al cabo del primer año y a 35% al cabo del 2º año del proyecto	Eficacia/Resultado Final	Censo Programa de salud cardiovascular	Implementación efectiva de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"

Propósito: Política Pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" implementada entre febrero a diciembre de 2013 en la comuna de Olmué	Proporción de personas que consumen dieta baja en sodio y alta en potasio	N° de personas que consumen dieta baja en sodio y alta en potasio/población total de la comuna x 100	30%de las personas de la comuna logran consumir una dieta baja en sodio y alta en potasio al 1° año y 60% al 2° año del proyecto	Eficacia/ Resultado intermedio	Encuesta Alimentaria comunal (Tendencia de consumo cuantificada)	Personas se empoderan en la adopción de una dieta baja en sodio y alta en potasio
	Eficacia en la ejecución presupuestaria	Gastos realizados/gastos programados x 100	100% de gastos realizados se ajustan a presupuesto programado	Economía/ Resultado intermedio	Boletas y comprobantes de pago	Disponibilidad e archivos de boletas y comprobantes de pago
	Proporción de gastos administrativos sobre total de gastos del programa	Gastos administrativos/total gastos del programa x 100	Máximo de un 30% de gastos administrativos	Eficiencia/Resultado Intermedio	Boletas y comprobantes de pago	Disponibilidad e archivos de boletas y comprobantes de pago
	Proporción de la población con una alta satisfacción usuaria de la política pública de salud implementada	N° de personas con alta satisfacción usuaria de la política pública de salud implementada/Total de la población de la comuna	Mínimo de 60% de alta satisfacción usuaria en relación a la política pública de salud implementada en la población	Calidad/Resultado Intermedio	Encuesta de satisfacción usuaria	Actores involucrados operacionalizan correctamente la política pública de acuerdo a lo programado

Componentes:						
1.Capacitación en la importancia del desbalance dietario sodio/potasio a actores involucrados realizada	Proporción de reuniones de capacitación realizadas	Nº de reuniones de capacitación realizadas/nº de reuniones de capacitación programadas x 100	100% de reuniones de sensibilización realizadas	Eficacia/proceso	Actas de reunión de mesa técnica de salud y educación y/o carta de apoyo de actores involucrados	Disponibilidad de tiempo de actores involucrados
	Proporción de asistentes que comprenden la información entregada durante la sensibilización y/o capacitación	Nº de asistentes que comprenden la información entregada durante la sensibilización y/o capacitación /Nº total de asistentes x 100	100% de asistentes comprenden la información entregada durante la sensibilización y/o capacitación	Calidad/Proceso	Verbalización de los asistentes	Ponencia se diseña y expone en lenguaje comprensible
2. Propuesta de política pública de salud "Olmé bajo en sodio y rico en potasio" formulada y aprobada por mesa técnica de salud/educación	Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por mesa técnica de salud y educación.	Propuesta de Política Pública de Salud aprobado por mesa técnica de salud y educación: SI/NO	Propuesta de política pública de salud aprobada por mesa técnica de salud y educación	Calidad/producto	Acta de aprobación de mesa técnica de salud y educación	Mayoría de integrantes de mesa técnica votan a favor de la propuesta de política pública
	Tiempo destinado por equipo de mesa técnica de salud/educación para la aprobación de la propuesta de política pública de salud	Nº de meses destinados por equipo de mesa técnica de salud/educación para la aprobación de la propuesta de política pública de salud	Máximo 1 mes desde la presentación de la propuesta de política pública de salud ante la mesa técnica	Eficiencia/Proceso	Acta de aprobación de mesa técnica salud y educación	Asistencia regular de los actores involucrados a reuniones programadas

3. Propuesta de política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" aprobada por concejo municipal	Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por concejo Municipal	Propuesta de Política Pública de Salud por concejo municipal aprobado: SI/NO	Propuesta de política pública de salud aprobada por concejo municipal	Calidad/producto	Acta de aprobación de mesa técnica salud y educación	Mayoría de integrantes de concejo municipal votan a favor de la propuesta de política pública
	Tiempo destinado por concejo municipal para la aprobación de la propuesta de política pública de salud	Nº de meses destinados por concejo municipal para la aprobación de la propuesta de política pública de salud	Máximo 1 mes desde la presentación de la propuesta de política pública de salud ante la mesa técnica	Eficiencia/proceso	Acta de aprobación de mesa técnica salud y educación	Asistencia regular de los actores involucrados a reuniones programadas
	Decreto Alcaldicio Firmado	Decreto alcaldicio firmado: SI/NO	Decreto alcaldicio firmado	Eficacia/producto	Decreto alcaldicio firmado	Agilización de trámites de firma de alcaldesa y secretario municipal

4. Difusión de la política pública de salud decretada "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"	Proporción de reuniones de difusión realizadas	N° de reuniones de difusión realizadas/n° de reuniones de difusión programadas x 100 N° de	100% de reuniones de difusión realizadas	Eficacia/producto	acta de reunión de mesa técnica de salud y educación	Asistencia de actores involucrados
	Proporción de reuniones de difusión oportunamente realizadas	reuniones de difusión oportunamente/N° total de reuniones de difusión programadas x 100	100% de reuniones de difusión realizadas oportunamente máximo en 1 mes posterior a la emisión del decreto de la política pública	Calidad/Product	acta de reunión de mesa técnica de salud y educación	Disponibilidad horaria de los actores que conforman la mesa técnica de salud/educación
	Realización de programa radial para la difusión de política pública de salud	Programa radial para la difusión de política pública de salud decretada: SI/NO	Programa radial realizado	Eficiencia/Producto	acta de reunión de mesa técnica de salud y educación	Personas de la comuna de Olmué sintonizan radio en horario establecido
5.- Plan de acción de política pública de salud creado y entregado a actores involucrados de la comuna	Realización oportuna de programa radial para la difusión de política pública de salud	Realización oportuna de programa radial para la difusión de política pública de salud decretada: SI/NO	Programa radial realizado en un plazo máximo de 1 mes, posterior a la emisión del decreto de política pública	Calidad/Product	acta de reunión de mesa técnica de salud y educación	Disponibilidad horaria de los actores que conforman la mesa técnica de salud/educación
	Elaboración de plan de acción por mesa técnica de salud/educación	Elaboración de plan de acción por mesa técnica de salud/educación: SI/NO	1 documento escrito	Eficacia/Product	Documento escrito	Integrantes de la Mesa técnica de salud/educación elabora y aprueba el documento de plan de acción
	Elaboración oportuna de plan de acción por mesa técnica de salud/educación	Elaboración oportuna de plan de acción por mesa técnica de salud/educación: SI/NO	1 documento escrito de plan de acción elaborado máximo a los 2 meses una vez decretada la política pública de salud	Calidad/Product	Acta de mesa técnica salud/educación	Integrantes de mesa técnica de salud/educación se reúnen según reuniones establecidas

	Proporción de actores involucrados que reciben documento de plan de acción	Actores involucrados que reciben documento de plan de acción/total de actores involucrados programados x 100	100% de actores involucrados reciben documento de plan de acción	Eficacia/producto	Acta de entrega de documento firmada	Actores involucrados asisten a reunión planificada de entrega de documento de plan de acción
	Actores involucrados reciben oportunamente documento de plan de acción	Actores involucrados reciben oportunamente documento de plan de acción: SI/NO	Actores involucrados reciben documento de plan de acción máximo 1 mes posterior a la aprobación del documento por parte de la mesa técnica de salud	Calidad/Productor	Acta de entrega de documento firmada	Actores involucrados asisten a reunión planificada de entrega de documento de plan de acción

6. Política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" implementada	Proporción de actores involucrados que operacionan correctamente la política pública de salud	N° de actores involucrados que cumplen con un mínimo de 80% de los criterios de Pauta de evaluación aplicada por CESFAM Olmue a la 3° visita de supervisión/ N° total de actores involucrados supervisados x 100	100% de actores involucrados cumplen con un mínimo de 80% de los criterios de Pauta de evaluación aplicada por CESFAM Olmue a la 3° visita de supervisión	Calidad/Producto	Pauta de evaluación	Actores involucrados revisan plan de acción con especificaciones técnicas de sus funciones y las operacionalizan
	Proporción de visitas de supervisión por CESFAM Olmue	N° de visitas de supervisión realizadas por CESFAM Olmue a los actores involucrados/N° de visitas programas	1 visita de supervisión mensual a cada actor involucrado desde el inicio de la implementación de la política pública de salud	Eficacia/Producto	Acta de supervisión	Ente supervisor y Actores involucrados logran acordar reunión de supervisión
	Proporción de horas semanales de equipo profesional responsable destinadas a monitoreo y seguimiento de la implementación de la política pública de salud	N° de horas semanales de equipo profesional responsable destinadas a monitoreo y seguimiento de la implementación de la política pública de salud/total de horas semanales contratadas x 100	11% de horas semanales de profesional responsable destinada a monitoreo y seguimiento de la política pública de salud. (Basal: 5 horas semanales)	Eficiencia/Producto	Actas de seguimiento y monitoreo	Disponibilidad de recurso humano idóneo para labores de seguimiento y monitoreo

<p>Actividades</p> <p>1.1 Realización reunión de capacitación en el tema con Alcaldesa y miembros de Rotary Olmué.</p> <p>1.2 Realización reunión de capacitación y coordinación en el tema a mesa técnica de salud/educación.</p> <p>1.3 Realización de reunión de capacitación en el tema a concejo municipal.</p> <p>1.4 Realización de reunión de capacitación en el tema a equipo de salud.</p>						
<p>1.5 Realización de reunión de capacitación en el tema a presidenta de cámara de turismo y empresarios gastronómicos.</p> <p>1.6 Verbalización de la pertinencia de las decisiones en temas de salud de los concejales de salud en reunión de concejo municipal</p> <p>2.1 Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por mesa técnica de salud y educación.</p>						

<p>3.1 Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por concejo Municipal</p> <p>3.2 Firma de Decreto Alcaldicio</p> <p>4.1 Realización de reunión entre Integrantes de mesa Técnica de Salud y Concejo Consultivo de la comuna para la difusión de política pública de salud</p> <p>4.2 Realización de reunión entre Integrantes de mesa Técnica de Salud y Grupo organizado "Carbono 14" de la comuna para la</p>						
<p>difusión de política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio".</p> <p>4.3 Realización de programa radial para la difusión de política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio".</p> <p>5.1 Elaboración de plan de acción de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio".</p> <p>5.2 Entrega de documento de plan de acción de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" a actores involucrados</p>						

<p>6.1 Implementación de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" por actores involucrados</p> <p>6.2 Supervisión de CESFAM Olmue de la implementación de la política pública de salud "Olmue bajo en sodio y rico en potasio" por actores involucrados</p>							
---	--	--	--	--	--	--	--

- Planificación de actividades: Carta Gantt:

Actividad/Mes	Febrero 2013	Marzo 2013	Abril 2013	Mayo 2013	Junio 2013	Julio 2013	Agosto 2013	Septiembre 2013	Octubre 2013	Noviembre 2013	Diciembre 2013
1.1 Realización reunión de capacitación en el tema con Alcaldesa y miembros de Rotary Olmué.	X										
1.2 Realización reunión de capacitación y coordinación en el tema a mesa técnica de salud/educación.	X										
1.3 Realización de reunión de capacitación en el tema a concejo municipal.		X	X								
1.4 Realización de reunión de capacitación en el tema a equipo de salud.			X								
1.5 Realización de reunión de capacitación en el tema a presidenta de cámara de turismo y empresarios gastronómicos			X								
1.6 Verbalización de la pertinencia de las decisiones en temas de salud de los concejales de salud en reunión de concejo municipal				X							
2.1 Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por mesa técnica de salud y educación.					X						
3.1 Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por concejo Municipal					X						
3.2 Firma de Decreto Alcaldicio						X					

4.1 Realización de reunión entre Integrantes de mesa Técnica de Salud y Concejo Consultivo de la comuna para la difusión de política pública de salud						X					
4.2 Realización de reunión entre Integrantes de mesa Técnica de Salud y Grupo organizado "Carbono 14" de la comuna para la difusión de política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"						X					
4.3 Realización de programa radial para la difusión de política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"						X					
5.1 Elaboración de plan de acción de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"							X	X			
5.2 Entrega de documento de plan de acción de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" a actores involucrados									X		
6.1 Implementación de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" por actores involucrados									X	X	

6.2 Supervisión de CESFAM Olmue de la implementación de la política pública de salud "Olmue bajo en sodio y rico en potasio" por actores involucrados									X	X	X
---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

- Presupuesto:

**CUADRO Nº 8
REQUERIMIENTO PRESUPUESTARIO**

<u>Item</u>	<u>Cantidad</u>		<u>Costo V</u>		<u>Sub Total</u>		<u>Costo Total</u>
	Propio	Externo	Propio	Externo	Propio	Externo	
Desarrollo del Proyecto (RR.HH)	14	--	420.000		420.000		420.000
Gastos Generales (materiales de escritorio)	5	--	100.000		100.000		100.000
Otros (Traslado)	1	1	50.000	50.000	50.000	50.000	100.000
Solicitud de recursos del programa						50.000	50.000
Costo total del programa							\$620.000

- Sistema de Seguimiento:

CUADRO Nº 9

SISTEMA DE SEGUIMIENTO

Actividades	Cronograma		Presupuesto	
	previsto	Real	previsto	Real
1.1 Realización reunión de capacitación en el tema con Alcaldesa y miembros de Rotary Olmué.	Febrero		\$38.750	
1.2 Realización reunión de capacitación y coordinación en el tema a mesa técnica de salud/educación.	Febrero		\$38.750	
1.3 Realización de reunión de capacitación en el tema a concejo municipal.	Marzo-abril		\$38.750	
1.4 Realización de reunión de capacitación en el tema a equipo de salud.	Abril		\$38.750	
1.5 Realización de reunión de capacitación en el tema a presidenta de cámara de turismo y empresarios gastronómicos	Abril		\$38.750	
1.6 Verbalización de la pertinencia de las decisiones en temas de salud de los concejales de salud en reunión de concejo municipal	Mayo		\$38.750	
2.1 Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por mesa técnica de salud y educación.	Junio		\$38.750	
3.1 Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por concejo Municipal	Junio		\$38.750	
3.2 Firma de Decreto Alcaldicio	Julio		\$38.750	
4.1 Realización de reunión entre Integrantes de mesa Técnica de Salud y Concejo Consultivo de la comuna para la	Julio		\$38.750	

difusión de política pública de salud				
4.2 Realización de reunión entre Integrantes de mesa Técnica de Salud y Grupo organizado "Carbono 14" de la comuna para la difusión de política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"	julio		\$38.750	
4.3 Realización de programa radial para la difusión de política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"	Julio		\$38.750	
5.1 Elaboración de plan de acción de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"	Agosto-septiembre		\$38.750	
5.2 Entrega de documento de plan de acción de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" a actores involucrados	Octubre		\$38.750	
6.1 Implementación de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" por actores involucrados	Octubre-noviembre		\$38.750	
6.2 Supervisión de CESFAM Olmue de la implementación de la política pública de salud "Olmue bajo en sodio y rico en potasio" por actores involucrados	Octubre-noviembre-diciembre		\$38.750	

5.- CAPITULO IV: EJECUCION DEL PROGRAMA

5.- CAPITULO IV: EJECUCIÓN DEL PROYECTO

a) Reformulación del proyecto

Se ejecutaron todas las actividades derivadas de los componentes n° 1 a n° 4, es decir, hasta la **aprobación de la política pública de salud** por el concejo municipal, obteniendo el **decreto Alcaldicio firmado**. Sin embargo, se dejaron planificados, con sus indicadores y supuestos, el resto de los componentes, los relacionados con la elaboración del documento de plan de acción, su entrega a los actores involucrados y el componente de implementación para permitir la continuidad del proceso de la política pública de salud creada.

Si bien es cierto se realizaron todas las actividades programadas mencionadas antes, existieron algunas **modificaciones de fecha de realización, ejecución de una actividad extra no planificada previamente y algunas reformulaciones relacionadas con el presupuesto**. Se describe el detalle a continuación:

-La actividad n° 1.1 **“Realización reunión de capacitación en el tema con Alcaldesa y miembros de Rotary Olmué”**, planificada en el mes de febrero de 2013, se llevó a cabo en el mes de abril del mismo año por dificultad de convocar a los participantes.

-La actividad n° 1.4 **“Realización de reunión de capacitación en el tema a equipo de salud”**, planificada en el mes de abril de 2013, se llevó a cabo en el mes de febrero del mismo año, dada la colaboración e interés por parte del equipo de salud.

-Las actividad n° 1.6 **“Verbalización de la pertinencia de las decisiones en temas de salud de los concejales de”**, la cual estaba planificada para el mes de mayo del año 2013, se logró realizar en el mes de julio del mismo año, esto ya que era necesario adaptarse a la disponibilidad de agenda del concejo municipal para hacer efectiva la reunión. Además esta actividad se realizó en conjunto con la actividad n° 3.1 **“Aprobación de la propuesta de política pública de salud por concejo municipal”** en la fecha señalada.

-La actividad 2.1 “**Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por mesa técnica de salud y educación**” planificada en el mes de junio de 2013, se realizó en febrero de mismo año, dada la fluidez del proceso dentro de la mesa técnica de salud.

- Se ejecutó una actividad extra “**Elaboración de estrategias por mesa técnica de salud para presentar política pública de salud a concejo municipal**”, posterior a la actividad planificada 2.1, dado los acuerdos previstos por la mesa técnica de salud.

-Dentro de la planificación de **requerimientos presupuestarios**, se consideró un aporte externo de \$50.000 para gastos de traslado y otros ítems, sin embargo a lo largo del desarrollo del programa, no fue necesario recurrir a él, pues las organizaciones participantes asumieron ese tipo de gastos.

b) Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo

La **población objetivo** coincide con la **población potencial**, ya que todas las personas que sufren el problema son las mismas personas a quienes se le solucionará el problema. Esta población la componen la **totalidad de la población de Olmué**, es decir, las personas que residen en la comuna de Olmué y que no presentan Hipertensión Arterial Primaria (**población sana**) y aquellos que ya tienen un diagnóstico médico de Hipertensión Arterial primaria (**población patológica**), de este modo la población objetivo es la totalidad de población de la comuna de Olmué.

CUADRO N° 10
ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN POTENCIAL

Población objetivo	Descripción	Cuantificación
Población libre HTA	Proporción de la población de la comuna de Olmué que no presenta Hipertensión Arterial Primaria	14.061 personas*
Población con HTA	Proporción de la población de la comuna de Olmué que presenta diagnóstico médico compatible con Hipertensión Arterial Primaria y se halla bajo control en el programa de salud cardiovascular (PSCV) del CESFAM Manuel Lucero.	1939 personas**
Población Total	////////////////////////////////////	16.000 personas

*Población estimada por diferencia entre la población total de la comuna y la población con Hipertensión arterial primaria bajo control en CESFAM Manuel Lucero de Olmué.

**Fuente: Censo, diciembre, PSCV año 2012, Centro de Salud Familiar Manuel Lucero, Olmué.

c) Actividades ejecutadas

Se realizaron las actividades programadas a lo largo de un periodo de tiempo de 6 meses (febrero a julio de 2013), las cuales se detallan a continuación según el orden en el cual fueron ejecutadas, la cual varía de acuerdo a la fecha de su planificación.

1) Actividad n°1.2. Realización de reunión de capacitación en el tema a mesa técnica de salud:

Esta actividad corresponde al primer paso realizado, la cual se llevó a cabo el 05 de febrero de 2013 desde las 10:00 am hasta las 13:00 hrs, como sesión de carácter extraordinario, en dependencias del centro de salud familiar Manuel Lucero de la comuna de Olmué, cuyos asistentes fueron: el director y 2 representantes del equipo de salud del CESFAM Olmué, la directora del DAEM (departamento de educación municipal), la presidenta de Rotary Club Olmué (RCO), 3 concejales de salud, representante del departamento de finanzas del municipio, 2 representantes de la agrupación organizada comunitaria "Carbono 14" (grupo de adultos mayores de la comuna de Olmué) y representante de cámara de turismo Olmué. Se expone presentación expositiva, mediante power point, sobre la problemática de la Hipertensión arterial, su relación con el sodio y potasio como factores preventivos y se propone como alternativa de solución la creación de una política de salud comunal que aborde el problema. Se **sensibiliza positivamente** a los asistentes, se realiza una ronda de preguntas y se aclaran dudas relacionadas y una vez que se logró la comprensión y sensibilización completa del tema, se acuerda realizar una próxima reunión dentro de un plazo de 2 semanas para discutir en profundidad la idoneidad de la estrategia de solución propuesta.(Acta ver anexo n° 1).

2.) Actividad 2.1 Aprobación de la propuesta de política pública de salud en Mesa Técnica de Salud.

Esta actividad realizada, se define con un carácter trascendental, debido a que de esta reunión dependía la confirmación de la idoneidad de aprobar la construcción de una política pública para la comuna respecto al tema en cuestionamiento. Esta reunión no se pudo realizar en el plazo acordado de 2 semanas posteriores a la reunión anterior, ya que comprometía la asistencia mínima requerida de los actores relevantes, de manera que se optó por reprogramarla para 1 semana posterior. Finalmente se lleva a cabo el día 25 de febrero de 2013 de 11:00 a 14:00 hrs en dependencias del CESFAM Manuel Lucero de Olmué. Los asistentes fueron: el director y 1 representante del equipo de salud del CESFAM Olmué, la presidenta de Rotary club Olmué, la presidenta de la cámara de turismo de Olmué, la directora del DAEM, un representante del grupo organizado comunitario “Carbono 14” y 2 concejales de salud.

Se realizan grupos de trabajo de pares de distintas áreas (intersectoriales) de la comuna y se realiza un primer **análisis crítico** de la propuesta de política pública. Posteriormente, luego de 30 minutos, cada grupo de trabajo dio a conocer sus conclusiones. En seguida, considerando las conclusiones expuestas desde todos los sectores, se realiza un segundo análisis crítico y discusión del tema, pero esta vez de manera general entre los participantes de la comisión.

Cabe destacar que dada la **imperiosa colaboración** de todos los miembros asistentes, esta discusión tuvo ribetes con bastante **consenso** entre las partes involucradas, sin embargo, a pesar de estar de acuerdo y llegar a la conclusión con la idea de una política pública de salud en torno al tema, se logró identificar como un **nudo o punto crítico vital** la futura aprobación por parte del **concejo municipal**, esto ya que por tratarse de un tema muy técnico y profundamente vinculado al área salud, sería un **desafío importante** transmitir la ideología del trabajo mancomunado e intersectorial con los matices propios que implican los determinantes sociales de la salud en un tema que aparentemente a los ojos de nuestros políticos locales, sería un problema sanitario y por ende aislado a la responsabilidad única del sector salud.

De este modo se concluye que se aprueba la política pública como organismo autónomo, sin embargo se debe realizar una nueva reunión para en un plazo de 2 semanas para elaborar las estrategias y la metodología de la presentación de esta propuesta ante el concejo municipal. (Acta ver anexo nº 2).

Tras la finalización de la reunión de discusión de la propuesta de política pública y según normativa interna a la mesa técnica de salud como organismo autónomo local, es de responsabilidad del secretario de la mesa técnica proceder a elaborar las actas emanadas de ella, de modo que luego de 1 semana, se elaboró el **acta de aprobación** de la propuesta de política pública de salud “Olmué bajo en Sodio y Rico en Potasio” (ver anexo nº 2).

3.) Actividad extra ejecutada. Elaboración de estrategias por mesa técnica de salud para presentar política pública de salud a concejo municipal.

Esta actividad no fue planificada, sin embargo dada las reuniones previas y acuerdos de la mesa técnica de salud, se debió realizar y se llevó a cabo el 12 de marzo de 2013 desde las 10:00 am hasta las 13:00 hrs en dependencias del CESFAM Manuel Lucero de Olmué. Los asistentes fueron: El director y 1 representante del equipo de salud del CESFAM Olmué, la directora del DAEM, los 3 concejales de salud, la presidenta de Rotary Club Olmué, una representante de la cámara de turismo y un representante de la agrupación comunitaria “Carbono 14”, de este modo con la representación de todos los sectores involucrados se crean grupos pequeños de trabajo de 2 personas de sectores diferentes y se da tiempo para discutir y presentar las estrategias y metodología que se cree más efectiva para lograr la sensibilización del concejo municipal.

En esta reunión se abordaron las estrategias a adoptar para presentar la propuesta de política al concejo municipal más que reformular la misma. Así el **sector político local** representado por los 3 concejales de salud tuvieron un **protagonismo especial**, ya que justamente el ámbito al cual pretendíamos llegar era claramente el sector político pero esta vez además de los propios concejales pertenecientes a la mesa técnica de salud a aquellos que no pertenecían a ella y a la propia alcaldesa, vale decir, al concejo municipal.

Luego del trabajo en grupos, se hizo una mesa redonda para exponer las conclusiones de cada grupo. Finalmente se acuerda que la metodología más idónea para presentar el tema era la **metodología expositiva** a través de medios audiovisuales (PPT), en donde se deberá utilizar un **lenguaje técnico** pero con sus respectivas **aclaraciones** para facilitar la **comprensión** de la magnitud del problema y la solución.

Se creyó pertinente que la presentación incorporara los conceptos de determinantes sociales de la salud, promoción de la salud, lógicamente políticas públicas de salud, además de lo relacionado con lo técnico de la patogénesis del sodio y potasio en la Hipertensión arterial, esto para demostrar la totalidad de las bases que sustentan la propuesta presentada y construir un **argumento sólido** que la respalde.

Asimismo se acordó que el integrante ad-hoc para ejecutar dicha presentación debía ser el profesional de CESFAM del cual emanaba la propuesta original, que por su **capacidad técnica y relaciones intersectoriales** sería el actor socio-político clave en esta etapa. Igualmente casi la totalidad de los integrantes de la mesa técnica debían estar presente el día de la presentación por pertenecer al concejo municipal (director de salud y educación y 3 concejales de salud), hecho que permitiría además contar con **votos estratégicos asegurados** para lograr la aprobación de la política pública.

Por otra parte, como parte de las estrategias se decide obtener cartas de apoyo para la aprobación de la política pública propuesta por parte de los principales actores involucrados de la comunidad, a modo de tangibilizar su apoyo y compromiso a la causa. De esta manera recurriendo a los beneficios de la **abogacía** se determinaron las estrategias antes presentadas. (Acta ver anexo nº 3).

4.) Actividad 1.4. Realización de reunión de capacitación en el tema a equipo de salud

Con fecha 05 de abril de 2013, de 16:00 a 17:00 hrs, en horario de reuniones clínicas del CESFAM Olmué, se realiza la sesión de **capacitación sobre la problemática** de la Hipertensión arterial en relación al sodio y potasio y se da a conocer la **propuesta** de política pública de salud comunal, cuya aprobación depende del organismo político administrador local, el concejo municipal. Se utilizó material audiovisual (PPT) para dar a conocer la información, se resolvieron dudas y consultas y se acogieron ideas para incorporar con posterioridad al plan de acción que emanará de la política pública una vez

que sea aprobado por el organismo competente. El equipo de salud verbalizó su apoyo a la propuesta, haciendo alusión al alineamiento que se demuestra en el proyecto con las premisas de la salud familiar, en el ámbito de la intersectorialidad y el trabajo comunitario y el director del establecimiento, reconociendo lo innovador y estratégico de la solución presentada, solicita un informe de la propuesta de política pública para socializar en la reunión CIRA (Concejo de integración de la red asistencial) más próxima que asista. (Acta ver anexo nº 4).

5.) Actividad nº 1.5. Realización de reunión de capacitación en el tema a presidenta de cámara de turismo y empresarios gastronómicos.

Con fecha 11 de abril de 2013, de 17:00 a 19:00 hrs se realiza la capacitación sobre el tema a la presidenta de la cámara de turismo y representantes de los principales empresarios gastronómicos locales en dependencias del restaurante “Parador de Bety”, propiedad de la presidenta de la cámara de turismo.

Es necesario aclarar que la presidenta de la cámara de turismo ya había recibido la capacitación sobre el tema en instancias de la mesa técnica de salud, sin embargo en este caso se trató de una capacitación exclusiva a actores del mundo gastronómico, de modo que adquiriría una connotación diferente, ya que en un futuro la medida que se intentaba promover (la política pública) impactaría directamente en la forma en cómo debían elaborar las preparaciones culinarias que ofertaran a sus clientes en relación a 2 componentes nutricionales, el sodio y el potasio.

Se realiza la sesión de **capacitación sobre la problemática** de la Hipertensión arterial en relación al sodio y potasio y se da a conocer la **propuesta** de política pública de salud comunal, cuya aprobación depende del organismo político administrador local, el concejo municipal. Se utilizó material audiovisual (PPT) para dar a conocer la información, se resolvieron dudas y consultas y se acogieron ideas para incorporar con posterioridad al plan de acción que emanará de la política pública una vez que sea aprobado por el organismo competente.

Algunos empresarios gastronómicos asistentes (3 de 10) plantearon la inquietud del desafío que implicaría el cambio de actitud y comportamiento en los manipuladores de alimentos que trabajan en los locales para cumplir con los requisitos de esta política, que si bien es cierto, se refiere a tan sólo 2 elementos nutricionales de un gran universo de

nutrientes, sin embargo igualmente se requerirá un trabajo de capacitación futuro al personal a su cargo para que la implementación de la política sea correcta. Finalmente todos los asistentes verbalizaron su apoyo a la política pública en cuestión y además éste logró ser tangibilizado mediante una carta de apoyo explícita de parte de toda la comunidad gastronómica de Olmué a través de la cámara de turismo local (carta de apoyo, ver anexo nº 5).

6.) Actividad nº1.1. Realización reunión de capacitación en el tema con Alcaldesa, miembros de Rotary Olmué y el grupo organizado comunitario “Carbón 14”

Con fecha 18 de abril de 2013 de 11:00 a 13.00 hrs, se realiza esta actividad de capacitación a la autoridad municipal, miembros de Rotary Club Olmué y el grupo comunitario “Carbón 14” en dependencias del CESFAM Olmué. Se realiza la sesión de **capacitación sobre la problemática** de la Hipertensión arterial en relación al sodio y potasio y se da a conocer la **propuesta** de política pública de salud comunal, cuya aprobación depende del organismo político administrador local, el concejo municipal. Se utilizó material audiovisual (PPT) para dar a conocer la información, se resolvieron dudas y consultas y se acogieron ideas para incorporar con posterioridad al plan de acción que emanará de la política pública una vez que sea aprobado por el organismo competente. Dentro de las ideas que los participantes declararon, las más importantes fueron que Rotary Olmué al ser parte activa del proceso de la construcción de la política pública, enviará un artículo del tema a Rotary International para que esta innovadora participación de Rotary local sea conocida por los clubes rotarios de todo el mundo como un ejemplo de trabajo comunitario de esta organización social. Por su parte la alcaldesa enfatizó sobre el desafío de la aprobación de la política pública por el concejo municipal por el carácter propio de los actores que componen esta instancia, es decir, que en muchas ocasiones las decisiones de temas técnicos se ven afectados por argumentos políticos que van desde intereses personales ocultos hasta la simple oposición al tema por el color político de las personas de las cuales nace dicha iniciativa. Luego de los análisis realizados, los participantes verbalizaron su apoyo a la política pública en cuestión y además éste logró ser tangibilizado mediante una carta de apoyo explícita de parte de Rotary Club Olmué (ver anexo nº 6) y el grupo comunitario “Carbón 14” (ver anexo nº 7).

Por su parte, cabe mencionar que el apoyo de la alcaldesa solo podía ser verbalizado, de ninguna manera plasmado en una carta de apoyo, por su pertenencia al concejo municipal, instancia que con posterioridad debía aprobar o rechazar la medida propuesta.

7.) Actividad n° 1.6. Realización de reunión de capacitación del tema a concejo municipal

Con fecha 25 de abril de 11:00 a 13.00 hrs, se realiza esta actividad en la sala de concejo del municipio de Olmué, lugar donde se celebra de manera habitual las reuniones del concejo municipal. Asisten la alcaldesa, la totalidad de los concejales que conforman el concejo (6 concejales), el director del CESFAM Olmué y un representante de la mesa técnica de salud, quien fue el encargado de realizar la capacitación.

Se realiza la sesión de **capacitación sobre la problemática** de la Hipertensión arterial en relación al sodio y potasio y se da a conocer la **propuesta** de política pública de salud comunal. Se utilizó material audiovisual (PPT) para dar a conocer la información. Se presenta información relevante de determinantes sociales, promoción de la salud, Hipertensión arterial en relación al sodio y potasio y políticas públicas. Además se da a conocer el análisis **de gobernabilidad, factibilidad y viabilidad** de la propuesta, se presentan las cartas de apoyo de las distintas organizaciones comunitarias, se discute la medida propuesta, se resolvieron dudas y consultas sobre el tema y se resuelve realizar discusión final de la propuesta y decisión de aprobación o rechazo dentro de un plazo máximo de 1 mes en sesión ordinaria de concejo municipal.

Es preciso mencionar que los concejales de salud y la alcaldesa verbalizaron la pertinencia de la medida y confirmaron su viabilidad en la comuna mientras tanto los concejales no designados a salud fueron aquellos que realizaron el 100% de las consultas y dudas de la reunión, verbalizaron la importancia de tratar estos temas, sin embargo les parecía necesario estudiar más sobre el tema y la solución propuesta durante el plazo intermedio a la próxima reunión para emitir un voto responsable. (Acta ver anexo n° 8).

8.) Actividad n°1.6 y n° 3.1. Verbalización de la pertinencia de las decisiones en temas de salud de los concejales de salud y Aprobación de política pública de salud por concejo municipal.

Con fecha 05 de julio de 2013 se realiza en sesión ordinaria de concejo municipal la discusión definitoria de la propuesta de política pública de salud. Asisten la alcaldesa, la totalidad de los concejales que conforman el consejo (5 concejales), el director del CESFAM Olmué y un representante de la mesa técnica de salud, quien fue el encargado de liderar la discusión.

Como una de las estrategias previamente definidas, éste fue el responsable de **verbalizar la pertinencia de las decisiones de los concejales de salud** en los temas de salud que se aborden dentro del concejo municipal, influyendo de esta manera en el **alineamiento de la votación** de los concejales no designados a salud con los designados a esta área. Se discute ampliamente la **política de salud pública** presentada con su **objetivo general y específicos**, se da la palabra a los asistentes según solicitud, se analizan cada uno de los objetivos propuestos, se evalúa la viabilidad de cada uno de ellos, el impacto comunitario y la movilización de recursos de distinta índole que requieren. Los concejales no designados a salud solicitan los antecedentes de apoyo a la política pública de los organismos y representantes comunitarios con los que se cuenta, evalúan su **veracidad** y dan a conocer la información que recopilaron sobre el tema desde la reunión previa. Ellos concluyen que la comuna de Olmué es una de las pocas comunas de la región que se ha sabido que han incursionado en soluciones de problemas de salud pública a través de la construcción de políticas públicas y que al igual que la primera política de salud creada e implementada exitosamente en nuestra comuna hace unos años atrás, en esta oportunidad se trataría de una nueva instancia que amerita el nacimiento de una segunda política pública, sobre todo considerando los siguientes factores:

-La génesis de la propuesta presentada deriva de un **organismo local validado** en estos temas como lo es la mesa técnica de salud

-La comuna de Olmué ha definido, desde el gobierno local anterior, la instancia técnica encargada de elaborar propuestas de políticas públicas para problemas de gran magnitud

que afecten a la población y al ser la **mesa técnica** un organismo reconocido por el actual gobierno, es perentorio **mantener dicho lineamiento local**, hacer uso del trabajo de sus integrantes y dar fe de su esfuerzo al intentar buscar soluciones intersectoriales a temas que están en boga.

-Al existir políticos locales, los **concejales de salud**, personajes destinados y más **idóneos** a abordar exclusivamente **temas de salud**, es preciso reconocer y validar su trabajo, recogiendo sus propuestas.

-La **propuesta** presentada se construyó de manera **estratégica**, considerando todos los **actores intersectoriales**, tangibilizando su apoyo, con argumentos sólidos y científicos, lo que refleja la seriedad del trabajo y genera la confianza necesaria para apoyarla.

-La propuesta presentada se enmarca dentro de un **trabajo académico de post-grado** de un funcionario del área salud dedicado al tema, con años de experiencia y reconocido por la comunidad local, hecho que tiene un peso específico importante a la hora de apoyar la propuesta.

Luego de lo expuesto anteriormente, se somete a votación dentro de la sala, solicitando a cada integrante la pronunciación: si o no frente a la aprobación o rechazo a la propuesta de política pública de salud presentada.

Finalmente el acuerdo del consejo municipal en **sesión ordinaria nº 1176 de fecha 05 de julio de 2013 aprueba por unanimidad la política pública de salud “Olmué bajo en Sodio y Rico en Potasio”** (acta ver anexo nº 9):

-**Cuyo Objetivo General es:** Disminuir la ingesta alimentaria de sodio y en forma conjunta potenciar el consumo de potasio para contribuir a la prevención del desarrollo de Hipertensión Arterial Primaria en las personas de la comuna de Olmué.

-Cuyos objetivos específicos son:

a).- Capacitar a la población, con énfasis en la comunidad escolar, en relación a la importancia de la regulación dietética del sodio y potasio

b).- Establecer alternativas de preparaciones alimentarias certificadas bajas en sodio y ricas en potasio en los restaurantes y/o locales de expendio de alimentos de consumo humano de la comuna.

c).- Potenciar la coordinación y trabajo colaborativo entre el sector salud, educación y municipio.

Sin embargo **se solicita reformular** una parte de la propuesta presentada: que esta política de salud se **incorpore al PLADECO** (Plan de desarrollo comunal) una vez creado su decreto.

Se cierra la sesión ordinaria de concejo y se da plazo máximo de 1 mes para obtener y socializar el decreto de la política pública a todos los actores involucrados de la comunidad.

9.) Actividad n° 3.2. Elaboración y firma del decreto de política pública de salud “Olmué bajo en sodio y rico en potasio”

Luego de 2 semanas posterior a la reunión anterior, el 23 de julio de 2013 se realiza reunión en dependencias del municipio entre representante de la mesa técnica de salud, la abogada y la alcaldesa de la municipalidad de Olmué y se obtiene el **decreto firmado** de la **política de salud “Olmué bajo en Sodio y Rico en Potasio”** (ver anexo n° 10).

10.) Actividad n° 4.1. Realización de reunión entre Integrantes de Mesa Técnica de Salud y Concejo Consultivo de la comuna para la difusión de política pública de salud.

Se realiza esta actividad el 25 de julio de 2013 en dependencias del CESFAM Olmué, en donde asisten representantes del consejo consultivo de la comuna y la mesa técnica de salud. Se realiza sesión de difusión de la política de salud comunal “Olmué bajo en sodio y rico en potasio”. Se aclaran dudas y consultas y se recogen propuestas para incorporar en el plan de acción que emanará de esta política pública. (Acta ver anexo n° 11)

11.) Actividad n° 4.2. Realización de reunión entre Integrantes de Mesa Técnica de Salud y Grupo organizado “Carbono 14” de la comuna para la difusión de política pública de salud

Se realiza esta actividad el 26 de julio de 2013 en dependencias del CESFAM Olmué, en donde asisten representantes del grupo organizado “Carbono 14” y la mesa técnica de salud. Se realiza sesión de difusión de la política de salud comunal “Olmué bajo en sodio y rico en potasio”. Se aclaran dudas y consultas y se recogen propuestas para incorporar en el plan de acción que emanará de esta política pública. Es acorde señalar que en este caso, esta actividad fue meramente de carácter formal, ya que este grupo fue parte de todo el proceso de construcción de la política pública, por lo que estaba al tanto de la experiencia. (Acta ver anexo n° 12)

12.) Actividad n° 4.3. Realización de programa radial para la difusión de la política pública de salud

Con posterioridad a la emisión del decreto de la política pública de salud, el 30 de julio de 2013, con asistencia del secretario de la mesa técnica de salud, el director del CESFAM, la presidenta de RCO y una alumna interna de la carrera de nutrición y dietética de la Universidad de Valparaíso, se realizó un programa radial en relación a la política pública de salud “Olmué bajo en sodio y rico en potasio” en **radio Latina** (dial 98.5) de la **comuna de Limache**, en el espacio radial semanal del CESFAM Olmué de 16:00 a 17:00 hrs. Cabe mencionar que esta radio tiene una cobertura en Quillota, Quilpué, Villa Alemana,

Peña Blanca además de la totalidad de la comuna de Olmué, de modo que significó una oportunidad para ampliar la socialización de la iniciativa.

Es además importante recalcar que esta radio es ampliamente escuchada por los ciudadanos olmueinos, es por ello que se cuenta con un espacio pagado hace más de 7 años para difundir diversos temas de interés en Olmué a pesar de tratarse de una radio ubicada en otra comuna. Durante el programa realizado se **difundió la nueva política pública de salud comunal**, se **sensibilizó** a la población sobre el rol del sodio y potasio en la prevención de la Hipertensión Arterial, se recibieron llamados en directo de los oyentes, se aclararon dudas y se motivó a adoptar una conducta y comportamiento saludable respecto al tema tanto en los olmueinos como en los oyentes de la radio. Además se aprovechó de **promover en los municipios vecinos** la construcción de políticas públicas de salud co-construidas para resolver problemas de salud pública de gran magnitud siguiendo el ejemplo de la comuna de Olmué. (Acta ver anexo nº 13).

6.- CAPITULO V: EVALUACION DEL PROGRAMA

6.- CAPITULO V: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

a) Eficacia y calidad

Como puede observarse en el cuadro n° 12, es posible señalar que **no se ha cumplido** el objetivo a nivel del **fin** y **propósito**, como se puede ver en el cuadro n° 12. La razón de este no cumplimiento es porque en la etapa de ejecución del presente programa, solamente se ejecutaron las actividades derivadas de los componentes capacitación, aprobación de la política pública por la mesa técnica de salud y por concejo municipal y finalmente la difusión de la política pública de salud decretada a los actores involucrados (componentes n° 1 a n°4), quedando sin ejecutar las actividades derivadas de los componentes de elaboración del plan de acción e implementación de la política pública de salud en la comunidad. Es por ello que el propósito ni el fin del programa fueron cumplidos, debido a que el encadenamiento de objetivos, propio del marco lógico, no fueron cumplidos en su totalidad.

Sin embargo lo anterior, al existir la política pública de salud “Olmué bajo en sodio y rico en potasio” decretada y difundida”, esto genera un **marco jurídico** local que permite que se desprendan, con posterioridad, un **plan, programas y proyectos** que permitan su operacionalización a través de acciones concretas para abordar el problema. Es decir, el nacimiento de ésta política pública significa el **primer paso cumplido** del eslabón que forja el **nivel estratégico** de la planificación que permite posteriormente completar el **nivel táctico y operativo** que contribuye finalmente a disminuir la prevalencia de la HTA primaria.

CUADRO N° 11
ESTADO DE CUMPLIMIENTO DEL FIN Y PROPÓSITO DEL PROGRAMA

Objetivos	Indicadores			Estado de cumplimiento
	Enunciado	Fórmula de cálculo	Meta	Cumplido/No cumplido
Fin: Contribuir a disminuir la Alta Tasa de incidencia y proporción de descompensación en personas con HTA de 15 y más años de la comuna de Olmué	-Tasa de variación porcentual de incidencia de morbilidad de personas con HTA	((Tasa de incidencia de morbilidad de personas con HTA en año actual/Tasa de incidencia de morbilidad de personas con HTA años anterior) -1) x 100	-Disminuir a 91,8% al cabo del primer año y a 86,4% al cabo del segundo año del proyecto	No cumplido

	Proporción de personas con HTA descompensada	-Nº de hipertensos descompensados/Nº total de hipertensos x 100	Disminuir a 38% al cabo del primer año y a 35% al cabo del 2º año del proyecto	No cumplido
Propósito: Política Pública de salud “Olmué bajo en sodio y rico en potasio” implementada entre febrero a diciembre de 2013 en la comuna de Olmué	Proporción de personas que consumen dieta baja en sodio y alta en potasio	Nº de personas que consumen dieta baja en sodio y alta en potasio/población total de la comuna x 100	30% de las personas de la comuna logran consumir una dieta baja en sodio y alta en potasio al 1º año y 60% al 2º año del proyecto	No cumplido
	Eficacia en la ejecución presupuestaria	Gastos realizados/gastos programados x 100	100% de gastos realizados se ajustan a presupuesto programado	No cumplido

	<p>Proporción de gastos administrativos sobre total de gastos del programa</p>	<p>Gastos administrativos/total gastos del programa x 100</p>	<p>Máximo de un 30% de gastos administrativos</p>	<p>No cumplido</p>
	<p>Proporción de la población con una alta satisfacción usuaria de la política pública de salud implementada</p>	<p>N° de personas con alta satisfacción usuaria de la política pública de salud implementada/Total de la población de la comuna</p>	<p>Mínimo de 60% de alta satisfacción usuaria en relación a la política pública de salud implementada en la población</p>	<p>No cumplido</p>

- Comparación de los resultados preliminares del presente programa con otros programas similares a nivel internacional, nacional y local

Una comparación a **nivel internacional** que merece ser mencionada, es con el **proyecto de Karelia del norte de Finlandia**, liderado por el Dr. Pekka Puska, cuyos comienzos se remontan a la década de los años 70. Las autoridades de esa nación se propusieron mejorar una serie de indicadores como **presión arterial, tabaquismo y colesterol (LDL)**, luego de identificar cifras alarmantes en la población, por lo que se propusieron rebajar la mortalidad cardiovascular de una localidad del este de este país denominada *North Karelia*. Para ello se desarrolló un completo programa de intervención. Para lo cual generaron una **estrategia de política pública** que tras 30 años desde su implementación, **permitió bajar el riesgo cardiovascular en un 80% y el de cáncer en un 65%**.

Los **componentes** de la estrategia fueron los siguientes:

- **Incentivaron la ingesta de alimentos bajos en sal, azúcar y grasas:** se rebajó el costo de estos alimentos (frutas, verduras, legumbres, lácteos descremados) e incluso se logró que los restaurantes ofrecieran ensaladas gratuitamente
- **Motivaron una mejor condición metabólica:** se generaron competencias entre las comunidades por rebajar en el menor tiempo posible, los índices de tabaquismo, hipertensión e hipercolesterolemia
- **Motivaron a la propia comunidad:** se identificaron y potenciaron a líderes locales, es decir, personas que dieran su testimonio respecto a los cambios alimenticios y la práctica de ejercicio
- **Adaptaron la producción alimentaria a un estilo saludable:** dado que North Karelia era productor de leche y mantequilla (alimentos no saludables en su versión entera alta en grasa), se entregaron facilidades para el cultivo de berries, cambiando el giro agro-industrial de esa área geográfica

Esta experiencia europea, es un claro ejemplo de la **importancia de la creación y del impacto favorable de las políticas públicas de salud** a la hora de revertir un problema de salud detectado. Al igual que el presente programa, este proyecto tuvo su **énfasis** en lo **promocional y preventivo** en relación a los principales factores de riesgo asociados de las patologías crónicas no transmisibles y por la misma razón es que es trascendental señalar una característica que sucede cuando se intenta hacer prevención en este tipo de enfermedades, es que se requiere de un **tiempo prolongado** (años) para ver los **efectos poblacionales deseados**, puesto que una de las cosas que se intenta modificar son los comportamientos humanos arraigados y condicionados (modos de vida) por determinantes sociales estructurales como el contexto socio-político, el cual es posible cambiar sólo a través del nacimiento de nuevas **políticas públicas** que **generan nuevos entornos, propiciadores de la salud humana**.

En relación a la realidad en **Chile**, están en marcha algunas **políticas públicas** como **experiencias pilotos**, en las que se ha acordado **metas voluntarias** con la **industria panificadora** para **reducir progresivamente el contenido de sal del pan**, en **25%** al **2012** hasta alcanzar un **50%** en **2014**.

Recientemente se aprobó la **Ley 20.606** sobre “**Composición nutricional de los alimentos y su publicidad**”, que añade al **etiquetado nutricional** existente, la obligación de rotular con **mensajes de advertencia** aquellos alimentos con un **alto contenido sal**, entre **otros nutrientes**. Se espera que esta medida contribuya a una selección de alimentos más saludables por los consumidores.

La **orientación de las políticas públicas** de salud para **prevenir la HTA** primaria en nuestro país, **consideran solamente el sodio** como eje central de la etiopatogénesis, dado que la evidencia científica que lo respalda en su rol gatillante está muy sustentada. Es por ello que el **presente programa** otorga una visión innovadora ya que contempla además del **sodio al potasio**, que como dualidad, se les ha descrito en las últimas revisiones, un rol más significativo en la etiopatogénesis hipertensiva.

Por otra parte, a diferencia de la ley de etiquetado nutricional (que considera al sodio como parte obligada de declarar por la industria alimentaria), la **política pública** del

contenido de **sodio** en la **industria panificadora**, es una medida “**voluntaria**”, situación controversial a la hora de “**asegurar**” a la población, el efectivo cumplimiento, pues no cuenta con el **marco jurídico** que da **obligatoriedad** en comparación con las acciones que deriven de la política pública respaldada bajo decreto alcaldicio en la iniciativa “**Olmué bajo en sodio y rico en potasio**”.

A pesar de lo anterior, sin lugar a dudas se trata de **iniciativas nacionales** que de alguna manera dan respuesta a la problemática de la HTA como problema de salud pública que afecta a nuestro país y dan cuenta de un **trabajo y coordinación intersectorial** que da el **punta pie inicial** para la adopción de **medidas más integrales y efectivas en el futuro**.

Desde una **mirada transversal**, la **política de salud** promovida en la comuna de **Olmué**, se halla completamente **alineada** con las **políticas de salud** voluntarias y obligatorias para la prevención de HTA primaria existentes en el **país** y podría tratarse de una **experiencia piloto** que en un futuro sirva para **alimentar las decisiones a nivel nacional** en la materia.

Por otra parte, si se **comparan los resultados** de este programa con otros similares del nivel local (Olmué), cabe mencionar que “Olmué bajo en sodio y rico en potasio” es la **2º política pública de salud creada**, la **primera** tuvo lugar en el año **2010**, la que nace de la **mesa técnica de salud** conformada entre otros actores por **académicos** de la **escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso**, la cual a través de un decreto alcaldicio “**prohibió la existencia de todo tipo de kioscos de comida en el interior de los establecimientos educacionales**” públicos de la comuna de Olmué. Si bien es cierto, ambas políticas lograron ser aprobadas por el concejo municipal y por lo tanto decretadas, las **diferencias** radican en el **proceso** a través del cual se obtuvieron y algunos **resultados de impacto poblacional**, puesto que la primera política pública se desarrolló con menos participación social de la comunidad, se trató de una medida restrictiva y prohibitiva que causó elevada resistencia de los principales actores involucrados y afectados, tuvo un impacto negativo en los afectados directos (kiosqueros) ya que anulaba mediante decreto alcaldicio su actual fuente laboral, generando resistencia a la medida adoptada a nivel municipal.

b) Cobertura y focalización del programa

En relación al análisis de cobertura de la población beneficiaria en relación a la población objetivo y potencial, como es señalado antes, dado que en el presente programa no se ejecutaron las actividades derivadas de la totalidad de su componentes, sólo se ejecutaron las actividades derivadas de 4 de los 6 componentes, la población objetivo (que es igual a la población potencial) que corresponde a las personas sin y con Hipertensión arterial primaria en la comuna de Olmué, no recibió el servicio del programa, la cobertura de este programa es cero según el logro de los objetivos preliminares obtenidos. Es decir, el hecho que la política pública de salud haya alcanzado a ser solamente decretada y difundida y no implementada, la población objetivo aún no ha recibido los beneficios de ella.

Respecto a la cuantificación e identificación de los beneficiarios efectivos totales y por componente de la experiencia que se detallan a continuación en el cuadro nº 13, básicamente estos corresponden a aquellas instituciones, organizaciones o agrupaciones que fueron beneficiadas de los siguientes servicios:

- Capacitación en el tema de la importancia del equilibrio dietario del sodio y potasio para prevenir y controlar la Hipertensión arterial primaria

- Aprobación de una política pública de salud local

- Difusión de una política pública de salud local decretada

CUADRO Nº 12
CUANTIFICACION E IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS EFECTIVOS TOTALES Y
POR COMPONENTE

	Beneficiarios efectivos totales	Beneficiarios componente nº 1	Beneficiarios componente nº 2	Beneficiarios componente nº 3	Beneficiarios componente nº 4	Beneficiarios componente nº 5	Beneficiarios componente nº 6
Cuantificación (organizaciones y/o agrupaciones)	8	6	1	3	8	0	0
Identificación de los beneficiarios	-Cesfam -Municipio -Mesa Técnica salud/educación -Rotary Club -Cámara de turismo -Grupo organizado "carbono 14" -Grupos organizados -Comunidad*	- Alcaldesa -Rotary Club -Mesa técnica salud/educación -Concejo municipal -Equipo de salud Cesfam -Cámara de turismo	- Mesa técnica salud/educación	-Concejo municipal - Mesa técnica salud/educación -Municipio	-Municipio -Cesfam -Concejo consultivo -Grupo organizado "carbono 14" -Cámara de turismo -Rotary Club -Grupos organizados -Comunidad*		

*Población estimada de la comuna de Olmué beneficiada de la difusión de la política pública mediante programa radial: 10.000 habitantes (de un total de 16.000)

b) Eficiencia y Economía

La evaluación de los indicadores con dimensión de eficiencia y economía que se presentan a continuación en la cuadro n° 14, hacen referencia solamente a indicadores con dimensión de eficiencia que se lograron programar a nivel de componentes, a nivel de ellos no se identificaron indicadores con dimensión de economía. Por otra parte, como ha sido mencionado anteriormente, los indicadores con las dimensiones señaladas que están a nivel del propósito y del componente n° 6, no son presentados en este ítem ya que la implementación de la política pública de salud no fue realizada, por lo tanto esos indicadores se consideran por efecto no cumplidos.

CUADRO N° 13
ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE EFICIENCIA A NIVEL DE COMPONENTES DEL PROGRAMA

Componente	Indicadores			Estado de cumplimiento
	Enunciado	Fórmula de cálculo	Meta	Cumplido/No cumplido
2. Propuesta de política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" formulada y aprobada por mesa técnica de salud/educación	Tiempo destinado por equipo de mesa técnica de salud/educación para la aprobación de la propuesta de política pública de salud	Nº de meses destinados por equipo de mesa técnica de salud/educación para la aprobación de la propuesta de política pública de salud Eficiencia/Proceso	Máximo 1 mes desde la presentación de la propuesta de política pública de salud ante la mesa técnica	Cumplido

<p>3. Propuesta de política pública de salud “Olmué bajo en sodio y rico en potasio” aprobada por concejo municipal</p>	<p>Tiempo destinado por concejo municipal para la aprobación de la propuesta de política pública de salud</p> <p>Decreto Alcaldicio Firmado</p>	<p>Nº de meses destinados por concejo municipal para la aprobación de la propuesta de política pública de salud</p> <p>Eficiencia/proceso</p> <p>Decreto alcaldicio firmado: SI/NO</p> <p>Eficacia/producto</p>	<p>Máximo 1 mes desde la presentación de la propuesta de política pública de salud ante la mesa técnica</p> <p>Decreto firmado alcaldicio</p>	<p>Cumplido</p> <p>Cumplido</p>
<p>4. Difusión de la política pública de salud decretada “Olmué bajo en sodio y rico en potasio”</p>	<p>Realización de programa radial para la difusión de política pública de salud</p>	<p>Programa radial para la difusión de política pública de salud decretada: SI/NO</p> <p>Eficiencia/Producto</p>	<p>Programa radial realizado</p>	<p>Cumplido</p>

d) Ejecución presupuestaria

-Dentro de la planificación de **requerimientos presupuestarios**, se consideró un aporte externo de \$50.000 para gastos de traslado y otros ítems, sin embargo a lo largo del desarrollo del programa, no fue necesario recurrir a él, pues las organizaciones participantes asumieron ese tipo de gastos. Además, según el cronograma planificado hubo algunas actividades que se realizaron en distintos meses según lo previsto y otras que no realizaron, como puede observarse en el cuadro nº 15.

CUADRO N° 14
EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Actividades	Cronograma		Presupuesto	
	previsto	Real	previsto	Real
1.1 Realización reunión de capacitación en el tema con Alcaldesa y miembros de Rotary Olmué.	Febrero	Abril	\$38.750	\$38.750
1.2 Realización reunión de capacitación y coordinación en el tema a mesa técnica de salud/educación.	Febrero	Febrero	\$38.750	\$38.750
1.3 Realización de reunión de capacitación en el tema a concejo municipal.	Marzo-abril	Abril	\$38.750	\$38.750
1.4 Realización de reunión de capacitación en el tema a equipo de salud.	Abril	Febrero	\$38.750	\$38.750
1.5 Realización de reunión de capacitación en el tema a presidenta de cámara de turismo y empresarios gastronómicos	Abril	Abril	\$38.750	\$38.750
1.6 Verbalización de la pertinencia de las decisiones en temas de salud de los concejales de salud en reunión de concejo municipal	Mayo	Febrero	\$38.750	\$38.750

2.1 Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por mesa técnica de salud y educación.	Junio	Febrero	\$38.750	\$38.750
3.1 Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por concejo Municipal	Junio	Junio	\$38.750	\$38.750
3.2 Firma de Decreto Alcaldicio	Julio	Julio	\$38.750	\$38.750
4.1 Realización de reunión entre Integrantes de mesa Técnica de Salud y Concejo Consultivo de la comuna para la difusión de política pública de salud	Julio	julio	\$38.750	\$38.750
4.2 Realización de reunión entre Integrantes de mesa Técnica de Salud y Grupo organizado "Carbono 14" de la comuna para la difusión de política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"	julio	Julio	\$38.750	\$38.750
4.3 Realización de programa radial para la difusión de política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"	Julio	Julio	\$38.750	\$38.750
5.1 Elaboración de plan de acción de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"	Agosto-septiembre	No realizada	\$38.750	No realizada
5.2 Entrega de documento de plan de acción de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" a actores involucrados	Octubre	No realizada	\$38.750	No realizada
6.1 Implementación de la política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" por actores involucrados	Octubre-noviembre	No realizada	\$38.750	No realizada
6.2 Supervisión de CESFAM Olmue de la implementación de la política pública de salud "Olmue bajo en sodio y rico en potasio" por actores involucrados	Octubre-noviembre-diciembre	No realizada	\$38.750	No realizada

e) Identificar y analizar las causas que explican el comportamiento de los indicadores

En relación a la **cuantificación del nivel de producción de los componentes**, algunos de ellos no pueden cuantificarse en números absolutos o relativos puesto que se trata de **indicadores dicotómicos con categorización**, SI/NO, que refleja presencia o ausencia de un producto o servicio, por lo tanto su nivel de producción debe adaptarse al estado “Cumplido y No cumplido”, entendiéndose que el estado cumplido sería un nivel de producción positivo o completo. El resto de los indicadores se presentan cuantificados según meta establecida en la matriz del marco lógico.

Debido al **nivel de producción óptimo en los 4 primeros componentes** pero dada la **inexistencia de nivel de producción de los componentes n° 5 y 6**, es posible señalar que **los componentes no son suficientes para permitir el logro del propósito ni del fin del programa.**

A continuación se describe el nivel de producción y estado de cumplimiento de todos los indicadores a nivel de componentes presentados en la matriz del marco lógico en el cuadro n° 16.

CUADRO Nº 15
NIVELES DE PRODUCCION Y ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS
COMPONENTES

Componente	Indicadores			Nivel de producción y Estado de cumplimiento
	Enunciado	Fórmula de cálculo	Meta	Cumplido/No cumplido
1.Capacitación en la importancia del desbalance dietario sodio/potasio a actores involucrados realizada	Proporción de reuniones de capacitación realizadas	Nº de reuniones de capacitación realizadas/nº de reuniones de capacitación programadas x 100	100% de reuniones de sensibilización realizadas	6/6 x 100: 100% Cumplido
	Proporción de asistentes que comprenden la información entregada durante la capacitación	Nº de asistentes que comprenden la información entregada durante la capacitación /Nº total de asistentes x 100	100% de asistentes comprenden la información entregada durante la capacitación	70/70 x 100: 100%: Cumplido
2. Propuesta de política pública de salud "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" formulada y aprobada por mesa técnica de salud/educación	Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por mesa técnica de salud y educación.	Propuesta de Política Pública de Salud aprobado por mesa técnica de salud y educación: SI/NO	Propuesta de política pública de salud aprobada por mesa técnica de salud y educación	Obtención de 1 acta de aprobación: Cumplido

<p>3. Propuesta de política pública de salud “Olmué bajo en sodio y rico en potasio” aprobada por concejo municipal</p>	<p>Tiempo destinado por equipo de mesa técnica de salud/educación para la aprobación de la propuesta de política pública de salud</p>	<p>Nº de meses destinados por equipo de mesa técnica de salud/educación para la aprobación de la propuesta de política pública de salud</p>	<p>Máximo 1 mes desde la presentación de la propuesta de política pública de salud ante la mesa técnica</p>	<p>Aprobación de propuesta de política pública en el lapsus de 3 semanas desde su ingreso a mesa técnica de salud: Cumplido</p>
	<p>Aprobación de Propuesta de Política Pública de Salud por concejo Municipal</p>	<p>Propuesta de Política Pública de Salud por concejo municipal aprobado: SI/NO</p>	<p>Propuesta de política pública de salud aprobada por concejo municipal</p>	<p>Obtención de 1 documento escrito: Decreto Alcaldicio: Cumplido</p>
	<p>Tiempo destinado por concejo municipal para la aprobación de la propuesta de política pública de salud</p>	<p>Nº de meses destinados por concejo municipal para la aprobación de la propuesta de política pública de salud</p>	<p>Máximo 1 mes desde la presentación de la propuesta de política pública de salud ante la mesa técnica</p>	<p>Aprobación de política pública de salud en 1 sesión ordinaria de concejo municipal: Cumplido</p>
	<p>Decreto Alcaldicio Firmado</p>	<p>Decreto alcaldicio firmado: SI/NO</p>	<p>Decreto alcaldicio firmado</p>	<p>Obtención de 1 documento escrito: Decreto Alcaldicio: Cumplido</p>

4. Difusión de la política pública de salud decretada "Olmué bajo en sodio y rico en potasio"	Proporción de reuniones de difusión realizadas	Nº de reuniones de difusión realizadas/nº de reuniones de difusión programadas x 100 Nº de	100% de reuniones de difusión realizadas	2/2 x 100: 100%: Cumplido
	Proporción de reuniones de difusión oportunamente realizadas	reuniones de difusión realizadas oportunamente/Nº total de reuniones de difusión programadas x 100	100% de reuniones de difusión realizadas oportunamente máximo en 1 mes posterior a la emisión del decreto de la política pública	2/2 x 100: 100%: Cumplido
	Realización de programa radial para la difusión de política pública de salud	Programa radial para la difusión de política pública de salud decretada: SI/NO	Programa radial realizado	1 programa radial realizado: Cumplido
	Realización oportuna de programa radial para la difusión de política pública de salud	Realización oportuna de programa radial para la difusión de política pública de salud decretada: SI/NO	Programa radial realizado en un plazo máximo de 1 mes, posterior a la emisión del decreto de política pública	1 programa radial realizado en el lapsus de 3 semanas posterior a emisión de decreto alcaldicio: Cumplido
5.- Plan de acción de política pública de salud creado y	Elaboración de plan de acción por mesa técnica de salud/educ	Elaboración de plan de acción por mesa técnica de salud/educa	1 documento escrito	No Cumplido

entregado a actores involucrados de la comuna	acción	ción: SI/NO		
	Elaboración oportuna de plan de acción por mesa técnica de salud/educación	Elaboración oportuna de plan de acción por mesa técnica de salud/educación: SI/NO	1 documento escrito de plan de acción elaborado máximo a los 2 meses una vez decretada la política pública de salud	No cumplido
	Proporción de actores involucrados que reciben documento de plan de acción	Actores involucrados que reciben documento de plan de acción/total de actores involucrados programados x 100	100% de actores involucrados reciben documento de plan de acción	No cumplido
	Actores involucrados reciben oportunamente documento de plan de acción	Actores involucrados reciben oportunamente documento de plan de acción: SI/NO	Actores involucrados reciben documento de plan de acción máximo 1 mes posterior a la aprobación del documento por parte de la mesa técnica de salud	No cumplido
6. Política pública de salud "Olmue bajo en sodio y rico en potasio" implementada	Proporción de actores involucrados que operacionalizan correctamente la política pública de salud	Nº de actores involucrados que cumplen con un mínimo de 80% de los criterios de Pauta de evaluación	100% de actores involucrados cumplen con un mínimo de 80% de los criterios de Pauta de evaluación aplicada por CESFAM Olmue a la 3º visita de supervisión	No cumplido

	<p>Proporción de visitas de supervisión por CESFAM Olmue</p>	<p>aplicada por CESFAM Olmue a la 3º visita de supervisión/ N° total de actores involucrados supervisados x 100</p> <p>Nº de visitas de supervisión realizadas por CESFAM Olmue a los actores involucrados/Nº de visitas programas</p>	<p>1 visita de supervisión mensual a cada actor involucrado desde el inicio de la implementación de la política pública de salud</p>	<p>No cumplido</p>
	<p>Proporción de horas semanales de equipo profesional responsable destinadas a monitoreo y seguimiento de la implementación de la política pública de salud</p>	<p>Nº de horas semanales de equipo profesional responsable destinadas a monitoreo y seguimiento de la implementación de la política pública de salud/total de horas semanales contratadas x 100</p>	<p>11% de horas semanales de profesional responsable destinada a monitoreo y seguimiento de la política pública de salud. (Basal: 5 horas semanales)</p>	<p>No cumplido</p>

7.- CAPITULO VI: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.- CAPITULO VI: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

a) Conclusiones sobre el desempeño global

- Desde una **perspectiva parcial** de los resultados obtenidos en el presente programa, los **4 primeros componentes** de: capacitación (n°1), aprobación de la propuesta de política pública de salud “Olmué bajo en Sodio y rico en Potasio” por la Mesa Técnica de Salud/Educación (n°2), aprobación de la política pública de salud “Olmué bajo en Sodio y rico en Potasio” por Concejo Municipal (n°3) y Difusión de la política pública de salud “Olmué bajo en Sodio y rico en Potasio” a la comunidad y actores involucrados (n°4), **lograron ser cumplidos en su totalidad de manera óptima** tanto en sus **dimensiones de eficacia, calidad y eficiencia** a lo largo de la ejecución del programa.

- En relación a los **2 últimos componentes** de: Elaboración de un plan de acción de la política pública de salud “Olmué bajo en Sodio y rico en Potasio” y entrega a los actores involucrados (n°5) e Implementación de la política pública de salud “Olmué bajo en Sodio y rico en Potasio” **no lograron ser ejecutados a lo largo del periodo del programa**, por lo que no existe algún nivel de producción derivados de ellos. Sin embargo fueron contruidos los indicadores en sus diversas dimensiones y ámbitos de control, según el enfoque de marco lógico, que permiten su posterior ejecución y evaluación en otras etapas que den continuidad a este programa.

- Finalmente, dado el **logro parcial de los componentes** descritos antes y tomando en consideración el encadenamiento de objetivos que constituye el enfoque de marco lógico, **el propósito y fin de este programa no fueron logrados.**

- Los **resultados preliminares** que logró obtener este programa instaure **un cimiento relevante** para el **mundo sanitario y la comunidad**, como es el logro de la **construcción participativa e intersectorial de una política pública de salud comunal**, resultado de una **movilización efectiva** de diversos **actores sociopolíticos claves** en pos de otorgar una **solución concreta, estructural** y de **cobertura poblacional** a un **problema de salud pública de gran magnitud** en la comuna de Olmué.

b) Comentarios y recomendaciones

- Una de las características más importantes e influyentes a la hora de realizar la política pública de salud fue la existencia de “**voluntades personales**” que facilitaron el proceso de construcción y aprobación. Éste ámbito es singularmente relevante pensando que en el nacimiento de una política pública están involucradas diversas **instituciones** y no se debe olvidar que ellas están **compuestas por personas** y por más que las instituciones tengan lineamientos generales descritos en la visión y misión, los asuntos técnicos pueden verse facilitados u obstaculizados simplemente porque pasan por las personas que la componen.

- El **reconocimiento y respeto** existente a la labor de los **actores del mundo sanitario local**, en la comuna de Olmué, favoreció la **entrada y discusión de la propuesta** de política pública ante la mesa técnica de salud, asumiendo de base que existían **fundamentos sólidos** que respaldaban la propuesta y que por lo tanto la atención debía orientarse a **comprender** aquellos fundamentos para así alinearse en la visión sanitaria y tomar **decisiones políticas correctas**.

- El nuevo **gobierno local** de turno, se transformó en un actor socio-político clave que generó un **entorno de apoyo favorable** para convocar la **coordinación intersectorial** y comenzar a analizar el problema e identificar la solución idónea, resguardando los **tiempos y recursos económicos y humanos** destinados al trabajo que involucra el proceso de construcción de una política pública comunal.

- La existencia previa de la **mesa técnica de salud y educación** y el hecho de contar con la experiencia anterior de una política **pública de salud decretada** en la comuna, permitió contar con una **valoración** ya afianzada sobre las “políticas públicas” como **estrategia de solución** frente a problemas sanitarios de gran magnitud e impacto, esto sin duda facilitó todo el proceso.

- El énfasis de la **co-construcción** de la política pública propuesta, significó añadir un matiz de credibilidad y confianza ante el **concejo municipal**, al entender que ésta emanaba de un organismo certificado como lo es la **mesa técnica de salud**, la cual

estaba conformada por diversos **actores capacitados con cargos estratégicos** del mundo sanitario, educativo, académico y político y de la propia comunidad representada a través de grupos organizados comunitarios y organizaciones sociales de prestigio.

- A nivel de atención primaria de salud, es necesario cultivar **buenas relaciones interpersonales** entre el **sector sanitario** y **político** en pos de lograr un **compromiso** y afianzar un **trabajo intersectorial**, promoviendo la **participación social** para la construcción de **políticas públicas de salud comunales** que **hagan sentido a la comunidad** y resuelvan **problemas de gran magnitud e impacto** del nivel local beneficiando a la población.

- Las **comunas**, como **entidades autónomas**, debieran hacer los esfuerzos necesarios para instaurar una **mesa técnica de salud** que reúna **actores socio-políticos claves** para la construcción de **políticas públicas de salud** acordes a su realidad local o ya sea para **adaptar** y **operacionalizar** las políticas de salud de índole **nacional**.

- El **equipo de salud** y los **actores estratégicos** de los diversos **organismos** y **sectores** comunales deben ser **instruidos** en la importancia del enfoque de **determinantes sociales de la salud** con énfasis en los **determinantes estructurales**, dimensionando el concepto de **determinación social** y su impacto en la salud de la población, comprendiendo que el abordaje exclusivo de los **determinantes intermedios** no logra modificar los **modos de vida** de las personas.

- Las **políticas públicas de salud** comunales siempre deben ser **co-construidas** y contener un **fuerte componente promocional** y **preventivo** (de preferencia **prevención primaria** de acuerdo a la **historia natural de la enfermedad**).

- El **estado** debe **conocer** las **iniciativas locales** de **políticas públicas de salud**, pues se trata de experiencias a nivel de **microgestión** que pueden ser **replicadas** en otras comunas u otros niveles de gestión como el **regional** o **nacional**.

8.- BIBLIOGRAFÍA

8.- Bibliografía:

- 1.- Ilustre Municipalidad Olmué. Actualización plan de desarrollo comunal de Olmué. Olmué. 2011-2015.
- 2.- Androgué H, Madias N. Sodio y Potasio en la patogénesis de la Hipertensión. N. E. Journal of Medicine, 2007;356: 1966-78.
- 3.- Svetkey LP, Simons-Morton D, Vollmer WM, et al. Effects of dietary patterns on blood pressure. Subgroup analysis of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH). Radomized clinical trial. Arch Intern Med 1999;159:285-93.
- 4.- Simopoulos AP. The nutritional aspects of hypertension. Com Ther 1999;25:2-7.
- 5.- Obarzanek E, Sacks FM, Vollmer WM, et al. Effects on blood lipids of a blood pressure-lowering diet: the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trial. Am J Clin Nutr 2001;74:80-9.
- 6.-Minsal: Ministerio de salud. Determinantes sociales en salud. (Internet). Chile. (Actualizado 15 de abril de 2014, citado 8 de agosto de 2014). Disponible en: http://web.minsal.cl/determinantes_sociales.
- 7.- Universidad de Valparaíso, Apuntes de Determinantes sociales, Magíster en Salud Pública, Chile, 2012; 13.
- 8.- Universidad de Valparaíso, Apuntes de Promoción de la salud, Magíster en Salud Pública, Chile, 2012; 13.
- 9.- Gómez-Arias, Rubén Darío, González, Edwin. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: Factores que deben considerarse. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004; 22 (1):87-106 ISSN 0120-386x.

- 10.- Universidad de Valparaíso, Apuntes de Políticas públicas de salud, Magíster en Salud Pública, Chile, 2012; 13.
- 11.- Walt G. Health policy: An introduction to process and power. Witwatersrand University Press. Johannesburg. Zed Books, London and New Jersey; 1994. p 40 -42.
- 12.- Ontario's Heart Health resource center. Policy development. @Heart Issue 10, Spring 2001. Ontario.
- 13.- Walt G. Health policy: An introduction to process and power. Witwatersrand University Press. Johannesburg. Zed Books, London and New Jersey; 1994.
- 14.- Hancock T. The conserver society. *Can Fam Phys* 1981;26 March: 3201.
- 15.- Hancock T. Beyond Health Care. *The Futurist* 1982; Aug 4-13
- 16.- Milio, Nancy. Glossary: healthy public policy. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:622-623.
- 17.- Milio, Nancy. Promoting health through public policy. Canadian Public Health Association. Ottawa. 1989.
- 18.- Walt G. Health policy: An introduction to process and power. Witwatersrand University Press. Johannesburg. Zed Books, London and New Jersey; 1994. p41.
- 19.- Meny I, Thoenig JC. Las Políticas Públicas. Versión española a cargo de Francisco Morata. Madrid: Editorial Ariel Ciencia Política; 1991.
- 20.- *Palast, Greg.* Gats got his tongue *The Observer, London* Sunday, April 15, 2001.

21.- Cardozo Brom, Myriam. Análisis de políticas de salud una área nueva? Salud pública Méx;31(5):703-7,sept.-oct. 1989.

22.- Universidad de Valparaíso, Apuntes de Marco lógico y Matriz del Marco Lógico, Magíster en Salud Pública, Chile, 2012; 13.

9.-ANEXOS

ANEXO N°1
ACTA DE CAPACITACIÓN DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA A MESA
TÉCNICA DE SALUD

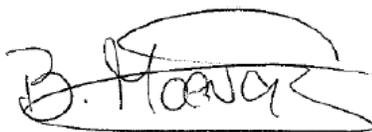
Acta Mesa Técnica de salud

-Fecha: 05 de febrero de 2013

-Asistentes: Dr. Rodrigo Venegas (director CESFAM) y Sr. Boris Moena (representante del equipo de salud del CESFAM Olmué), Sra. Teresa Arancibia (directora del DAEM), Sra. Sonia Muñoz, Sr. Álvaro Zamora, Sr. Ramón Donoso (concejales de salud), Ann Davenport (presidenta de Rotary Club Olmué, representante de la agrupación comunitaria "Carbono 14" y representante de la cámara de turismo)

-Temas tratados y acuerdos logrados:

-En esta reunión se realiza capacitación al equipo de trabajo de la mesa técnica de salud en relación al tema de la política pública de salud comunal "Olmué bajo en sodio y rico en potasio". Se discute el tema propuesto, se aclaran dudas y consultas y se coordinan y programan las actividades relacionadas para evaluar y aprobar la propuesta presentada.



.....
Sr. Boris Moena
Secretario Mesa Técnica de Salud

ANEXO Nº2
ACTA DE APROBACIÓN DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA POR MESA
TÉCNICA DE SALUD

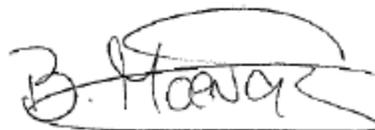
Acta Mesa Técnica de salud

-Fecha: 25 de febrero de 2013

-Asistentes: Dr. Rodrigo Venegas (director CESFAM) y Sr. Boris Moena (representante del equipo de salud del CESFAM Olmué), Sra. Teresa Arancibia (directora del DAEM), Sra. Sonia Muñoz, Sr. Álvaro Zamora, Sr. Ramón Donoso (concejales de salud), Ann Davenport (presidenta de Rotary Club Olmué, representante de la agrupación comunitaria "Carbono 14" y representante de la cámara de turismo)

-Temas tratados y acuerdos logrados:

-En esta sesión se evalúa, discute en profundidad y aprueba la propuesta de política pública de salud comunal "Olmué bajo en sodio y rico en potasio", la cual debe ser presentada ante el concejo municipal a la brevedad, según disponibilidad de agenda de éste por el Sr. Boris Moena, nutricionista del centro de salud familiar Manuel Lucero de la comuna de Olmué.



.....
Sr. Boris Moena
Secretario Mesa Técnica de Salud

ANEXO N°3
ACTA DE ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE PRESENTACIÓN DE LA
PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA POR MESA TÉCNICA DE SALUD ANTE
CONCEJO MUNICIPAL

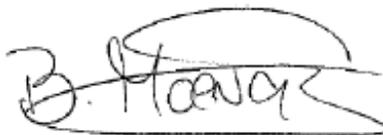
Acta Mesa Técnica de salud

-Fecha: 12 de marzo de 2013

-Asistentes: Dr. Rodrigo Venegas (director CESFAM) y Sr. Boris Moena (representante del equipo de salud del CESFAM Olmué), Sra. Teresa Arancibia (directora del DAEM), Sra. Sonia Muñoz, Sr. Álvaro Zamora, Sr. Ramón Donoso (concejales de salud), Ann Davenport (presidenta de Rotary Club Olmué, representante de la agrupación comunitaria "Carbono 14" y representante de la cámara de turismo)

-Temas tratados y acuerdos logrados:

-En esta reunión se realiza la elaboración de las estrategias a adoptar para presentar la propuesta de política pública de salud comunal "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" a concejo municipal. Se determinó la metodología, áreas temáticas, exponente de presentación y otras estrategias para realizar abogacía.



.....
Sr. Boris Moena
Secretario Mesa Técnica de Salud

ANEXO Nº4
ACTA DE CAPACITACIÓN DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA A EQUIPO
DE SALUD

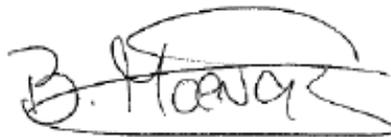
Acta Mesa Técnica de salud

-Fecha: 05 de abril de 2013

-Asistentes: Dr. Rodrigo Venegas (director CESFAM) y Sr. Boris Moena (representante de mesa técnica de salud y Jefe de sector B), Sr. Enzo Dodero (jefe de sector A), representantes de sector A y B.

-Temas tratados y acuerdos logrados:

-En esta reunión se realiza capacitación al equipo de salud del CESFAM Olmué en relación al tema de la política pública de salud comunal "Olmué bajo en sodio y rico en potasio". Se discute el tema propuesto, se aclaran dudas y consultas y se recogen propuestas para incorporar al plan de acción que emanará de esta propuesta.



.....
Sr. Boris Moena
Secretario Mesa Técnica de Salud

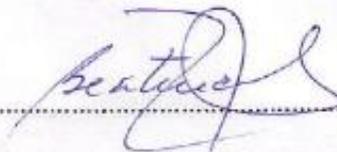
ANEXO Nº 5
CARTA DE APOYO A PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA POR CÁMARA DE
TURISMO

CARTA DE APOYO Y COMPROMISO

Olmué, 11 abril de 2013

Mediante la presente; yo Beatriz Del Carmen Zahr Tajmuchi, R.U.N: 4.936.096-7, como Presidenta (s) de Cámara de Turismo Olmué, R.U.T: 72.433.300-1 en representación de los empresarios gastronómicos y hoteleros de la comuna, deseo hacer explícito nuestro apoyo a la generación e implementación de la Política Pública de Salud Local: "Olmué Bajo en Sodio y Rico en Potasio", considerando el gran aporte que significaría para nosotros, contar con alternativas de preparaciones alimentarias certificadas bajas en Sodio y Altas en Potasio que nos permitan contar con un sello que nos distinga del resto de las comunas, como una Gastronomía Saludable, colaborando así desde nuestra parte, a prevenir la alta prevalencia de Hipertensión Arterial y en definitiva una mejor calidad de vida para las personas de nuestra comuna de Olmué.

Se despide atte;



Beatriz Zahr Tajmuchi
Presidenta (s) Cámara de Turismo Olmué

ANEXO Nº 6
CARTA DE APOYO A PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA POR ROTARY CLUB
OLMUÉ



ROTARY CLUB OLMUÉ
Distrito 4320 / CHILE



CARTA DE APOYO Y COMPROMISO

Olmué, 18 de abril de 2013

Mediante la presente; yo Gonzalo Fontanes Eguiguren, R.U.N: 8.285.258-1, como Presidente de Rotary Club Olmué, R.U.T: 65.062.755-5 en representación de nuestro club, deseo hacer explícito nuestro apoyo a la generación e implementación de la Política Pública de Salud Local: "Olmué Bajo en Sodio y Rico en Potasio".

Rotary Club, a lo largo de su historia y actualmente ha sido una institución que busca promover una buena calidad de vida en la población, por lo tanto es de mucho interés para nosotros apoyar y trabajar en conjunto en pos de esta iniciativa que busca en su objetivo final prevenir la alta prevalencia de Hipertensión Arterial en la comuna de Olmué.

Se despide atte;

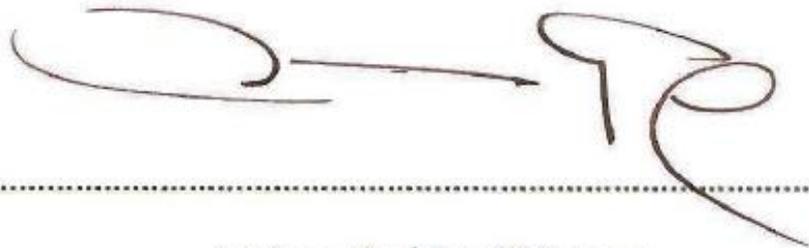
Gonzalo Fontanes Eguiguren
Presidente Rotary Club Olmué

ANEXO N° 6
CARTA DE APOYO A PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA POR GRUPO
ORGANIZADO COMUNITARIO “CARBONO 14”

CARTA DE APOYO

Mediante la presente, yo Luciano Rodrigo Cisternas, R.U.N: 4.676.102-2, en mi calidad de Presidente de la agrupación comunitaria, Carbono 14, R.U.T: 65.649.450-6 y en representación de nuestro club, deseo hacer explícito nuestro apoyo a la generación e implementación de la Política Pública de Salud Local: "Olmué Bajo en Sodio y Rico en Potasio". Luego de sensibilizarnos en el tema, creemos que esta iniciativa es un comienzo positivo y muy importante para trabajar de manera conjunta a nivel comunitario el problema de la alta prevalencia de la Hipertensión Arterial en la comuna de Olmué.

Olmué, 18 de abril de 2013



Luciano Rodrigo Cisternas
Presidente Club Carbono 14

ANEXO N°8
ACTA DE CAPACITACIÓN DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA A CONCEJO
MUNICIPAL

Acta Mesa Técnica de salud

-Fecha: 25 de abril de 2013

-Asistentes: Sra. Macarena Santelices Cañas (alcaldesa) Dr. Rodrigo Venegas (director CESFAM), Sr. Boris Moena (representante del equipo de salud del CESFAM Olmué), Sra. Sonia Muñoz, Sr. Álvaro Zamora, Sr. Ramón Donoso (concejales de salud), Dr. Alberto Córdova, Sra. Yolanda Pablo, Sr. Leonel Gómez (concejales no designados a salud)

-Temas tratados y acuerdos logrados:

-En esta reunión se realiza capacitación al concejo municipal de la comuna de Olmué en dependencias del municipio en relación al tema de la política pública de salud comunal "Olmué bajo en sodio y rico en potasio". Se discute el tema propuesto, se aclaran dudas y consultas y se coordinan y programan las actividades relacionadas para evaluar y aprobar la propuesta presentada.



.....
Sr. Boris Moena
Secretario Mesa Técnica de Salud

ANEXO Nº9
ACTA DE APROBACIÓN DE LA PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA POR
CONCEJO MUNICIPAL

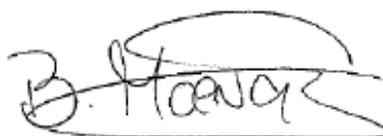
Acta Mesa Técnica de salud

-Fecha: 05 de julio de 2013

-**Asistentes:** Sra. Macarena Santelices Cañas (alcaldesa) Dr. Rodrigo Venegas (director CESFAM), Sr. Boris Moena (representante del equipo de salud del CESFAM Olmué), Sra. Sonia Muñoz, Sr. Álvaro Zamora, Sr. Ramón Donoso (concejales de salud), Dr. Alberto Córdova, Sra. Yolanda Pablo, Sr. Leonel Gómez (concejales no designados a salud)

-Temas tratados y acuerdos logrados:

-Se elabora este informe para dejar constancia en acta de mesa técnica de salud que durante la reunión definitiva de aprobación o rechazo de la política pública de salud comunal "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" realizada en dependencias del municipio junto al concejo municipal, se verbaliza la pertinencia de las decisiones en temas de salud por los concejales de salud como estrategia de la mesa técnica de salud para abogar por la aprobación de la propuesta de política pública presentada. Finalmente, la política pública se reformula y aprueba por unanimidad.



.....
Sr. Boris Moena
Secretario Mesa Técnica de Salud

ANEXO N° 10
DECRETO ALCALDICIO DE POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD “OLMUE BAJO EN
SODIO Y RICO EN POTASIO”



EXENTO N° 1635 / 13

Olmué, 23 Julio 2013

VISTO :

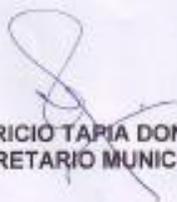
- 1.-Considerando que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de morbilidad e impacto económico a nivel local, nacional y mundial;
- 2.-Considerando la existencia previa de la primera política pública de salud promulgada el año 2009 sobre los kioskos saludables;
- 3.-El Acuerdo del Concejo Municipal en sesión Ordinaria N° 1176 de fecha 05 de Julio de 2013, aprueba por unanimidad como Política Pública de Salud "OLMUE BAJO EN SODIO Y RICO EN POTASIO", cuyo Objetivo General es: Disminuir la ingesta alimentaria de sodio y en forma conjunta potenciar el consumo de potasio para contribuir a la prevención del desarrollo de Hipertensión Arterial Primaria en las personas de la comuna de Olmué.
- 4.-Que, los objetivos específicos de esta Política Pública son:
 - a) Capacitar a la población, con énfasis en la comunidad escolar, en relación a la importancia de la regulación dietética del sodio y potasio.
 - b) Establecer alternativas de preparaciones alimentarias certificadas, bajas en sodio y ricas en potasio en los restaurantes y/o locales de expendio de alimentos de consumo de la comuna.
 - c) Potenciar la coordinación y trabajo colaborativo entre el sector salud, educación y municipio.
- 5.-Las facultades que me otorga la ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipales y sus modificaciones.

DECRETO :

- I.-APRUEBASE la política pública de salud "OLMUE BAJO EN SODIO Y RICO EN POTASIO", con su objetivo general y objetivos específicos, ya señalados en los Vistos.
- II.-INCORPÓRESE al **PLADECO COMUNAL** y establézcase como Política Pública obligatoria en el CESFAM "Manuel Lucero de Olmué"

ANOTESE, COMUNIQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE.




PATRICIO TAPIA DONOSO
SECRETARIO MUNICIPAL (S)


MACARENASANTELICES CAÑAS
ALCALDESA

Distribución

- 1.-CESFAM Olmué
- 2.-Habilitada Salud
- 3.-Archivo Concejo
- 4.-Archivo Decretos



ANEXO Nº 11
ACTA DE DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD DECRETADA A
CONCEJO CONSULTIVO

Acta Mesa Técnica de Salud

-Fecha: 25 de julio de 2013

-Asistentes: Nut. Boris Moena (CESFAM Olmué), Ann Davenport (presidenta RCO), Dr. Rodrigo Venegas (director CESFAM Olmué), Sra. Maria Verdejo y Sra. Verónica Cifuentes (representantes del concejo consultivo Olmué)

Se realiza sesión de difusión de la política de salud comunal "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" a representantes del concejo consultivo de la comuna de Olmué. Se aclaran dudas y consultas y se recogen propuestas para incorporar en el plan de acción que emanará de esta política pública.



Sr. Boris Moena G.
Secretario Mesa técnica de salud

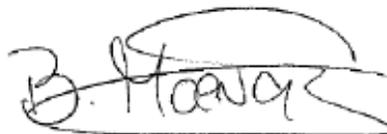
ANEXO Nº 12
ACTA DE DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD DECRETADA A GRUPO
ORGANIZADO COMUNITARIO “CARBONO 14”

Acta Mesa Técnica de Salud

-Fecha: 26 de julio de 2013

-Asistentes: Nut. Boris Moena (CESFAM Olmué), Ann Davenport (presidenta RCO y miembro del grupo "Carbono 14"), Sr. Luciano Rodrigo (Presidente del grupo "carbono 14") y miembros del grupo carbono 14.

Se realiza sesión de difusión de la política de salud comunal "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" a representantes de un grupo organizado de la comuna de Olmué, Carbono 14. Se aclaran dudas y consultas y se recogen propuestas para incorporar en el plan de acción que emanará de esta política pública.



Sr. Boris Moena G.
Secretario Mesa técnica de salud

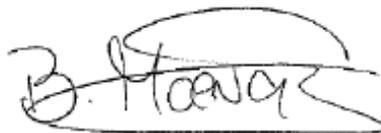
ANEXO Nº 13
ACTA DE DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD DECRETADA A
COMUNIDAD MEDIANTE PROGRAMA RADIAL

Acta Mesa Técnica de Salud

-Fecha: 30 de julio de 2013

-Asistentes: Nut. Boris Moena (CESFAM Olmué), Ann Davenport (presidenta RCO y miembro del grupo "Carbono 14"), Dr. Rodrigo Venegas (director CESFAM Olmué), Srta. Catalina Zamora Fonck (alumna internas de nutrición UV)

Se realiza sesión de difusión de la política de salud comunal "Olmué bajo en sodio y rico en potasio" a la comuna de Olmué y alrededores, mediante programa radial establecido del CESFAM Olmué en Radio Latina de Limache (dial 98.5). Se aclaran dudas y consultas, se recogen propuestas para incorporar en el plan de acción que emanará de esta política pública y se promueve esta buena práctica a actores sociopolíticos de municipios vecinos.



Sr. Boris Moena G.
Secretario Mesa técnica de salud