

INFORME DE SÍNTESIS
SISTEMATIZACIÓN PROGRAMA FORMACIÓN DE FORMADORES

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS	2
I.1. Sobre la metodología de descarga de los trabajos	2
I.2. Sobre el trabajo de sistematización	5
II. SÍNTESIS DE RESULTADOS	6
II.1. MÓDULO 1	6
II.2. MÓDULO 2	12
II.3. MÓDULO 3	16
II.4. PRODUCTO FINAL 1	19
II.5. PRODUCTO FINAL 2	23
II.6. PRODUCTO FINAL 3	27

I. PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS

El presente corresponde a un informe de síntesis de los resultados obtenidos en la sistematización de los trabajos realizados por los/as participantes del Programa Formación de Formadores a nivel nacional, donde se presentan los resultados resumidos de la sistematización de seis productos (módulos de aprendizaje 1, 2 y 3; y productos finales 1, 2 y 3). Además de este informe, se presentan como resultado del proceso de sistematización los siguientes productos:

-6 informes de resultados: informes de resultados de los Módulos 1, 2 y 3; y de los Productos Finales 1, 2 y 3 (en formato papel y en CD).

-Anexos (en CD): carpeta “BASE DE DATOS Y TRABAJOS RECIBIDOS”, que contiene seis documentos Excel con cada una de las listas regionales de trabajos recibidos por producto; y una carpeta con los trabajos de cada grupo y región, para cada uno de los 6 productos. Además, en el CD se puede encontrar una carpeta titulada “Anexos PF1 y PF2” que contiene las tablas y gráficos analíticos de los resultados de los Productos Finales 1 y 2.

I.1. Sobre la metodología de descarga de los trabajos

Para sistematizar los 483 trabajos válidos recibidos en los 3 módulos de aprendizaje y 3 productos finales, éstos primero debieron ser descargados de la plataforma web del Programa Formación de Formadores. Además de los trabajos que se descargaron, se recibieron algunos otros trabajos directamente desde el Ministerio de Salud, pues aparecían algunas regiones muy subrepresentadas en la plataforma. Los detalles de esto se encuentran en el CD de anexos que se adjunta al presente informe, dentro de la carpeta “BASES DE DATOS Y TRABAJOS RECIBIDOS”. En dicha carpeta, se encuentra un documento Excel por cada uno de los 6 productos sistematizados, que contiene un resumen de los trabajos recibidos, y luego el detalle por regiones de todos los trabajos que se sistematizaron. En dicho documento Excel, en la hoja de resumen, aparece primero la fecha en que se terminaron de descargar los trabajos correspondientes al módulo o producto final desde la plataforma web; junto a ello el número de trabajos que en la plataforma aparecen como on-line, y luego el número de trabajos que se pudieron descargar al buscar por regiones. Es importante mencionar que los números no calzan, por ejemplo, para el módulo 1, aparecen 151 trabajos on-line, sin embargo se descargaron 135 al buscarlos por regiones (lo cual fue necesario para poder agrupar y sistematizar los trabajos a niveles regionales). Es decir, hay una “pérdida” de 16 trabajos a los que no se pudo acceder. Por esta misma razón fue que el Minsal envió otros trabajos, en especial de aquellas regiones que presentaban pocos casos.

En la hoja Excel de resumen, aparecen luego las regiones detalladas en las filas, y en las columnas se explicita lo siguiente:

-**trabajos online**: número de trabajos que se descargaron de la web hasta la fecha indicada más arriba;

-**trabajos reales**: del total de trabajos descargados, el número de trabajos “reales” corresponde a todos aquellos que no se encontraban repetidos y que correspondían al módulo o producto final encomendado. En este sentido, hubo regiones que solo pusieron en la plataforma 1 trabajo por grupo (como La Araucanía), mientras en otras se repetían los mismos trabajos en numerosas ocasiones (ejemplo, Valparaíso), lo que implicó un trabajo de limpieza y selección de los trabajos. Además, hubo trabajos que no correspondían a las tareas encomendadas (correspondían a otros módulos o se trataba de otro tipo de documentos del programa). En los casos en que se trató de trabajos que correspondían a otros módulos de aprendizaje o productos finales, se asignaron al módulo correspondiente. En las columnas de “no corresponden” y “repetidos” se especifica cuántos trabajos estuvieron en estas situaciones.

-**trabajos incorporados tras descarga**: corresponden al número de trabajos que se recibieron cuando ya se había cerrado el proceso de descarga desde la plataforma. Estos trabajos fueron directamente enviados al equipo de investigación desde el Minsal, o fueron descargados de la plataforma en fechas posteriores a la explicitada como cierre de dicho proceso.

-**trabajos reales totales**: corresponden a la suma de los trabajos descargados más los que se recibieron posteriormente.

En cada uno de los Informes de Resultados de los 6 productos sistematizados, se expone una tabla resumen de esta base, donde se explicita el número de trabajos recibidos y el número de trabajos válidos:

-trabajos recibidos: corresponde a la suma de los trabajos online, con los trabajos incorporados tras la descarga.

-trabajos válidos: corresponden al número final de trabajos que fue posible sistematizar, que en algunas ocasiones son menos que los “trabajos reales totales”. Esto ocurre especialmente en los Productos Finales 1 y 2, donde algunos de los trabajos recibidos fueron realizados con escalas diferentes a las que se solicitaban y no fue posible agregarlos a las bases cuantitativas generadas para el análisis.

A continuación se presenta una tabla que resumen los trabajos recibidos, y los trabajos válidos que se sistematizaron para cada uno de los 6 productos:

	MÓDULO I		MÓDULO II		MÓDULO III		PROD. FINAL 1		PROD. FINAL 2		PROD. FINAL 3		
	trabajos recibidos	trabajos válidos	trabajos recibidos	trabajos válidos	trabajos recibidos	trabajos válidos	trabajos recibidos	trabajos válidos	trabajos recibidos	trabajos válidos	trabajos recibidos	trabajos válidos	trabajos válidos por región
Nivel Central	6	4	6	4	7	5	5	5	5	4	4	3	25
Arica Parinacota	8	8	7	6	8	5	0	0	0	0	0	0	19
Tarapacá	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2
Antofagasta	3	1	2	1	3	1	5	5	5	4	5	5	18
Atacama	4	4	6	4	5	4	3	0	5	2	5	3	19
Coquimbo	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	18
Valparaíso	36	6	34	5	30	5	27	5	31	5	30	5	31
O'Higgins	6	3	5	2	7	4	4	0	5	3	5	3	19
Maule	2	2	2	2	3	3	2	2	1	1	1	1	11
Biobío	10	10	15	10	15	9	2	2	2	1	2	2	35
Araucanía	14	13	15	13	15	12	14	13	14	12	14	13	77
Los Ríos	12	10	37	32	12	10	7	7	10	9	9	9	77
Los Lagos	26	9	23	11	24	11	16	2	16	4	16	5	44
Aysén	9	4	3	3	5	5	1	0	7	5	6	5	22
Magallanes	1	5	1	5	1	4	1	0	4	4	0	4	23
RM	3	8	2	7	1	8	1	7	1	6	1	7	43
	145	92	163	110	141	91	90	50	108	62	99	66	483

I.2. Sobre el trabajo de sistematización

En el trabajo de sistematización del Programa Formación de Formadores, se sistematizaron 6 productos entregados por los/as alumnos/as a lo largo del desarrollo del Programa: 3 de ellos corresponden a los trabajos finales de los Módulo 1, 2 y 3; y 3 de ellos a los llamados Productos Finales 1, 2 y 3, que corresponden a tareas de síntesis del proceso global de aprendizaje del Programa.

En los tres módulos de aprendizaje, “Módulo 1: Salud Pública y Sociedad”, “Módulo 2: Desafíos para la Protección de la Salud: Intersectorialidad y Participación”, y “Módulo 3: De un Sistema de Control de Enfermedades a un Sistema de Producción Social de Salud”, los trabajos se centraban en preguntas de desarrollo que se sistematizaron de manera diferenciada según la naturaleza de cada una.

En los módulos 1 y 3, por tratarse de preguntas abiertas y dada la gran variedad de respuestas emitidas en cada una de ellas, se realizó un proceso de vaciado de las respuestas de cada pregunta por región. Una vez realizado esto, se establecieron categorías transversales por región, con el fin de poder agrupar los diversos temas planteados en categorías amplias que permitieran su análisis. Posteriormente, dichas categorías fueron agrupadas en categorías transversales a nivel nacional, con el fin de poder comparar las realidades regionales desde una visión nacional amplia. Estas categorías transversales incluyen varios de los temas señalados por los grupos de las diversas regiones.

En el módulo 2, además de la misma estrategia utilizada en los módulos 1 y 3, se generaron tablas donde es posible contabilizar el número de menciones de experiencias de salud en diversos niveles de participación ciudadana y de trabajo intersectorial.

El caso de los productos finales 1 y 2 es diferente, pues se trató de trabajos que pudieron sistematizarse de manera más cuantitativa.

El producto final 3 consistía en la formulación de una propuesta de intervención en base a los problemas priorizados en el producto final 2; este producto fue analizado con una estrategia cualitativa similar a la utilizada en los módulos de aprendizaje.

II. SÍNTESIS DE RESULTADOS

II.1. MÓDULO 1: SALUD PÚBLICA Y SOCIEDAD

De acuerdo a los objetivos de este módulo, se le pidió a los participantes que elaboraran un documento grupal que, teniendo presente la historia de la Salud Pública de la región, identificara los principales ejes de desarrollo regional y sus implicancias actuales potenciales en la salud de la población.

Dicho documento se construyó en torno a 3 preguntas abiertas que todos los grupos debían responder teniendo presente la historia de la Salud Pública de la región, identificando los principales ejes de desarrollo regional y sus implicancias actuales potenciales en la salud de la población.

Las 3 preguntas correspondientes al Módulo 1 son las siguientes:

1.- ¿Cómo se expresan en la realidad regional o provincial los procesos de producción social de salud? Describa 5 de ellos y analice su implicancia en relación a la salud de la población.

2.- ¿Cuáles son las principales debilidades para afrontar los problemas de salud de la población, que se detectan en el proceso actual de Reforma?

3.- ¿Qué enseñanzas se pueden rescatar de la historia político sanitaria para los desafíos del presente?

La sistematización de este módulo, el cual trata sobre el tema de salud pública y sociedad, implicó abordar 3 preguntas diferentes, cuya naturaleza y sentido varían entre sí.

A continuación se presenta los principales resultados (el detalle de cada una de las preguntas se puede encontrar en el Informe de Resultados Módulo 1).

II.1.1. Pregunta 1: ¿Cómo se expresan en la realidad regional o provincial los procesos de producción social de salud?

Las respuestas en torno a esta pregunta variaron en cada una de las regiones, siendo algunas de ellas muy extensas y claras en sus ejemplos, y otras más generales. Aún así, se puede establecer que la mayoría de las regiones que respondieron esta pregunta incorporaron una perspectiva de determinantes sociales de la salud, estableciendo ejemplos claros a través de los cuales se expresan los procesos de producción social de la salud en cada región y territorio.

Cabe destacar que algunos grupos no se limitaron a responder la pregunta, sino que fueron más allá planteado un marco general de la región frente a la problemática (lo que hemos denominado como "sistematización general"), diagnósticos específicos y sugerencias y propuestas regionales. El detalle de cada uno de estos productos se puede encontrar en el Informe de Resultados Módulo 1.

En las respuestas a esta pregunta resalta el enfoque de determinantes sociales aplicado por la mayoría de los grupos, lo que permite visualizar un enfoque integral de salud que contempla, para un análisis de salud de la población, desde las condiciones de trabajo en que se encuentran las personas, hasta temas específicos regionales como la interculturalidad o las identidades regionales.

Las respuestas emitidas por las diversas regiones se transformaron en categorías transversales. El análisis global de todos los trabajos presentados permitió establecer las siguientes categorías (ordenadas a continuación de manera decreciente: desde las que fueron nombradas por el mayor número de regiones, hasta las que fueron nombradas solo por una región):

1. Trabajo
2. Educación
3. Vivienda
4. Acceso a salud
5. Medio ambiente
6. Estilos de vida
7. Dispersión geográfica
8. Saneamiento básico
9. Diversión y esparcimiento

10. Ruralidad
11. Inequidad social
12. Migración
13. Género
14. Adulto mayor
15. Intersectorialidad
16. Pobreza
17. participación
18. Modelo de salud
19. Agua potable rural (APR)
20. Salud mental
21. Sedentarismo
22. Etnicidad
23. Alcoholismo
24. Transporte
25. ETA
26. Obesidad
27. Segregación, enfermedades infecciosas, zoonosis, tabaquismo, accidentes de tránsito, adolescentes, violencia, comunicación y salud, evaluación de programas sanitarios, centros de acopio lechero, carnicerías, factores climáticos, identidad regional (todas estas nombradas sólo 1 vez).

Las categorías se generaron buscando agrupar los tópicos mencionados por los diversos grupos en temas comunes que permitieran su agrupación. En este sentido, la categorización no es absoluta ni determinante, sino que fue construida como una herramienta metodológica que contribuyera en la tarea de ordenar la información presentada por todos los grupos.

A continuación se presenta una breve definición de las categorías que fueron mencionadas por al menos dos regiones, aunque cabe recordar que cada región y territorio ha significado cada categoría de manera particular, lo que queda reflejado en los ejemplos presentados en el Informe de Resultados Módulo 1.

Categoría	N° de regiones que la nombran	Definición
Trabajo	14	A través de esta categoría, las regiones presentan un panorama de la situación laboral y de trabajo de sus territorios, dando cuenta de la manera en que las condiciones laborales afectan a la salud de la población. Cada región ejemplifica este tema de acuerdo a sus realidades propias. Este tema fue nombrado por 14 regiones, lo que deja entrever que la mayoría de los grupos consideró que es una problemática central a la hora de analizar los procesos de producción social de la salud.
Educación	12	A través de esta categoría, las regiones dan cuenta de la centralidad de la educación en los procesos de producción social de la salud, principalmente entre aquellos sectores sociales que acceden a la educación pública. Cada región presenta ejemplos específicos de este tema en su territorio. Tema importante ya que fue nombrado por 12 regiones.

Vivienda	12	A través de esta categoría, los diversos grupos que la nombraron plantean que la calidad de la vivienda es central en los procesos de producción social de la salud. Temas como el hacinamiento, la ubicación de las viviendas y la calidad de construcción de éstas fueron recurrentes.
Acceso a la salud	10	Esta categoría se relaciona principalmente con los problemas que gran parte de la población tiene para acceder a la salud en sus territorios específicos, ya sea por razones geográficas, como por inequidades propias del sistema de salud que dejan fuera del acceso a ésta a parte de la población. Tema muy nombrado por las regiones.
Medio ambiente	9	Dice relación principalmente con la contaminación del medio ambiente y las consecuencias de esto para con la salud de la población. Se presentan casos particulares de cada región que abarcan contaminación atmosférica, por químicos, ruidos molestos, entre muchas otras formas de contaminación.
Estilos de vida	9	Esta categoría es muy amplia, y en ella se agrupan temas que van desde cambios en los hábitos alimenticios, hasta consumo de drogas. Tiene que ver con el efecto que el estilo de vida de la población tiene sobre la salud.
Dispersión geográfica	8	Se refiere a las regiones que presentan mayor dispersión de su población (principalmente las regiones del norte del país y del extremo sur), y las consecuencias de esto en el acceso a la salud y a otros bienes.
Saneamiento básico	8	Se refiere a las condiciones deficientes en alcantarillado, agua potable, disposición de basuras, etc., que vive parte de la población en muchas regiones; y las consecuencias de esto en la salud de la población.
Diversión y esparcimiento	7	Varios grupos hicieron mención a la importancia de este ítem en la producción social de la salud, y la escasez de tiempo y espacios que las regiones tienen para que la población pueda tener tiempos de recreación, ocio, deporte y vida sana.
Ruralidad	6	Esta categoría hace mención a la realidad que viven los sectores rurales, sus necesidades específicas y el impacto de la ruralidad sobre la salud de la población.
Inequidad social	5	Hace referencia a las inequidades que están presentes en nuestra sociedad actual (ingresos, acceso a bienes y servicios, etc.), y las consecuencias de esto sobre la salud de la población más vulnerable.
Migración	5	Hace referencia al fenómeno de la migración, principalmente rural/urbano, el impacto que tiene esto sobre las zonas rurales y sobre la salud de la población joven que es la que más migra.
Género	4	Hace referencia a los cambios de roles de género producidos en las últimas décadas en nuestra sociedad, y el impacto de esto en la salud de las mujeres. Esta categoría habla también de temas tales como salud mental de las mujeres, género y trabajo, violencia de género, entre otros.
Adulto mayor	3	Esta categoría se refiere principalmente a la desprotección que existe respecto a los adultos mayores, los cambios en la estructura etárea de la población y sus consecuencias sobre la salud.
Intersectorialidad	3	Categoría que se refiere básicamente a la falta de trabajo y de coordinación intersectorial; así como de la necesidad de ampliar los temas de salud a otras reparticiones del Estado.
Pobreza	3	Hace referencia al impacto de la pobreza en la salud de la población.

Participación	3	Categoría que habla de la importancia de generar espacios de participación ciudadana como estrategia de salud eficiente.
Modelo de salud	3	Categoría que habla de características propias del modelo de salud chileno, y sus consecuencias sobre la salud de la población.
APR	3	La centralidad del agua potable rural en la salud de los sectores rurales.
Salud mental	3	Los diversos problemas de salud mental originados por los estilos de vida actuales, y sus implicancias en la salud.
Sedentarismo	3	Las consecuencias del sedentarismo en la salud.
Etnicidad	2	Nombrada por dos regiones, categoría que busca visibilizar la presencia indígena en el país y la necesidad de generar políticas interculturales en las diversas áreas (salud, educación, etc), así como fomentar el respeto por las cosmovisiones propias de los pueblos originarios.
Alcoholismo	2	Hace referencia al grave problema del consumo nocivo del alcohol.
Transporte	2	Hace referencia a las dificultades en el transporte y sus consecuencias en la salud.
ETA	2	Hace referencia a la manipulación de alimentos, hábitos alimenticios y salud.
Obesidad	2	Hace referencia al grave problema de obesidad que enfrenta el país.

Los temas que componen las categorías se construyeron en base a las respuestas de todos los grupos de todas las regiones que enviaron sus trabajos correspondientes al módulo 1. De este modo, se puede apreciar que regiones como Araucanía (representada por 13 trabajos), Biobío (10 trabajos), y Los Ríos (10 trabajos), mencionan una serie de temas que no son abordados por regiones como Antofagasta (que sólo presenta 1 trabajo), u O'Higgins (que presenta 3), por mencionar aquellas regiones menos representadas.

De esta manera, Araucanía, por ejemplo, nombra casi todas las categorías, mientras Antofagasta sólo menciona educación, estilos de vida, dispersión geográfica, inequidad social, intersectorialidad e identidad regional. Esto no quiere decir que para la región de Antofagasta temas tales como vivienda o acceso a la salud no sean de importancia a la hora de identificar la manera en que se expresan en la realidad regional o provincial los procesos de producción social de salud, sino que probablemente no quedan representados regionalmente por los pocos trabajos recibidos desde dicho territorio. Asimismo, quizás hay temas regionales específicos que tampoco están presentes por la falta de representación de las regiones, como es el caso de Tarapacá, región de la cual no se tienen datos.

Por otra parte, resulta interesante observar cómo en esta primera pregunta del Módulo 1 ya se comienzan a esbozar los problemas de salud que posteriormente muchas regiones toman como problemas prioritarios de salud en el Producto Final 2. Así, por ejemplo, lo que en esta pregunta se categoriza como "Estilos de vida" (y aparece mencionado por 9 regiones), en el Producto Final 2 da paso, entre otros, al problema de obesidad, el cual tiene el puntaje de recurrencia más alto a nivel nacional.

En el Informe de Resultados Módulo 1 se puede ver en detalle la manera en que cada región significa las diversas categorías. Lo que resulta interesante es que más allá de las especificidades regionales (las cuales deben ser consideradas a la hora de generar políticas y programas en torno a estos temas, los cuales deben incluir pertinencia cultural), hay temas que se repiten transversalmente, lo que da cuenta de ciertos "problemas país" en lo que respecta a los procesos de construcción social de la salud.

II.1.2. Pregunta 2: ¿Cuáles son las principales debilidades para afrontar los problemas de salud de la población, que se detectan en el proceso actual de Reforma?

Esta pregunta fue respondida, en todas las regiones, de manera más general que la pregunta 1, lo cual no permitió generar tantas especificaciones regionales como con la pregunta 1. Aún así, todas las

regiones presentaron una gran variedad de respuestas, lo que significó tener que optar por generar categorías transversales que incluyeran la mayoría de las respuestas, y dejar sin nombrar algunas menciones específicas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, dicha información se ordenó de acuerdo a los criterios presentados por los distintos grupos. Dada la gran variedad de respuestas, se establecieron categorías transversales para todas las regiones, las cuales permitieron agrupar las respuestas de los diversos grupos de cada región de acuerdo a criterios comunes.

De este modo, los temas presentados por los grupos de las diversas regiones se agruparon en las siguientes 11 categorías, que corresponden a las principales debilidades detectadas por todas las regiones para afrontar los problemas de salud de la población que se detectan en el proceso actual de reforma:

1. Falta de trabajo comunitario y participación social
2. Débil trabajo intersectorial
3. Falta de incentivo y escasez de recursos humanos
4. Falta de fortalecimiento de las Seremi
5. Falta de coordinación entre subsecretarías
6. Falta de claridad de la reforma de salud
7. Necesidad de descentralización
8. Recursos económicos insuficientes
9. Falta de transversalización del enfoque de género
10. Acciones sanitarias excluyentes
11. Falta de capacitación para funcionarios/as

Dicha sistematización, al igual que en la pregunta 1, se realizó generando categorías a partir de las respuestas de todos los grupos.

Cabe destacar que los temas mencionados con mayor frecuencia por las diversas regiones corresponden a debilidades detectadas en torno a **participación, intersectorialidad e integración sectorial**. No se mencionan como prioritarios temas relativos a determinantes sociales de la salud. Como hipótesis planteamos que esto se puede deber a que este tema fue ampliamente abordado en la pregunta 1, o bien porque este enfoque aún no se internaliza por parte de los equipos de salud como parte del actual proceso de Reforma. Llama la atención cómo muchos grupos incorporan estos enfoques en sus Propuestas de Intervención en el Producto Final 3 (junto con el enfoque de DSS), es decir, se intenta superar estas debilidades detectadas a partir de propuestas regionales, que si bien son específicas y locales, dan cuenta de un proceso de incorporación de estos conceptos por parte de los grupos.

Por otra parte, cabe mencionar que hay temas que quedaron fuera de las categorías por ser muy específicos de cada región, pero no por ello dejan de ser temas importantes para cada territorio. Algunos de estos temas son los siguientes:

se trabaja sólo en la contingencia; falta potenciar el rol de la salud pública; falta de visibilización de los principios y la lógica de la reforma en su implementación; población flotante inmigrante que requiere atención de salud; escaso recurso médico en el área pública; falta de programa de salud para hombres; falta de implementación de modelo de salud familiar; necesidad de actualizar herramientas legales para la fiscalización; existencia de inequidades sociales, económicas, etc.; derecho a la salud, solidaridad; deficiente articulación de la red asistencial; deficiencia a nivel local para evaluar y supervisar proyectos; débil gestión técnico-administrativa y financiera de los municipios en materia de salud primaria; comprometer el cumplimiento de las metas sanitarias por parte de otras autoridades; reforma de salud con problemas comunicaciones; AUGE/GES: aumenta tiempos de espera y atención; falta de claridad en la estructura organizacional, ejecución de políticas no acordes con diseño original; escaso compromiso político con el desarrollo integral de la reforma; carencia del concepto de trabajo en equipo en el sector salud; falta de planificación, evaluación y monitoreo permanente; entre otros.

II.1.3. Pregunta 3: ¿Qué enseñanzas se pueden rescatar de la historia político sanitaria para los desafíos del presente?

Al igual que con las preguntas anteriores la información se ordenó de acuerdo a categorías que fueron apareciendo, y que permitieron agrupar las respuestas de los diversos grupos de cada región de acuerdo a criterios comunes.

Una vez que se ordenó toda la información contenida por región, se establecieron categorías transversales para todas las regiones, así los temas presentados por los grupos de las diversas regiones se agruparon en las siguientes 16 categorías:

1. Importancia de la participación social
2. Incentivo y pertenencia de los/as trabajadores/as de salud a Salud Pública
3. Necesidad de rescatar y mantener una buena planificación y políticas sanitarias
4. Necesidad de descentralización y reforzamiento de la Autoridad Sanitaria Regional
5. Fortalecer la atención primaria
6. Rescate de la salud pública
7. Mayor comunicación y coordinación sectorial
8. Rescate de enfoque de medicina social
9. Trabajo intersectorial
10. Rescate de enfoque integral de salud
11. Necesidad de construir un sistema de salud solidario
12. Cambio del modelo de atención de visión curativa a preventiva
13. Evaluación de la reforma de salud
14. Necesidad de asociatividad
15. Cambios en la administración de la salud
16. Voluntad política

Cabe destacar que, al igual que en la pregunta 2, aparecen mencionados los temas de participación, intersectorialidad e integración sectorial; y el enfoque de DSS de manera indirecta, a través del rescate de enfoque de medicina social, de un enfoque integral de la salud, entre otros.

II.2. MÓDULO 2: DESAFÍOS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD: INTERSECTORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN

De acuerdo a los objetivos planteados para este módulo, se les pidió a los participantes elaborar un documento grupal donde se analicen las principales temáticas del módulo explicitando una transferencia hacia el contexto local considerando las actuales prácticas de trabajo e identificando focos de mejora.

Dicho documento se construyó en torno a 3 preguntas. A continuación se presenta los principales resultados (el detalle analítico se puede encontrar en el Informe de Resultados Módulo 2).

II.2.1. Pregunta 1: Identifique y describa una experiencia relevante de Participación en salud de su región: Señale actores involucrados, nivel de participación a que se llega, y momentos en que la ASR incorpora la Participación de la ciudadanía (diseño, planificación, implementación, evaluación, monitoreo). Recuerde considerar los diferentes ámbitos del quehacer institucional; regulación, vigilancia, fiscalización, atención de usuarios, promoción, etc.

Analizando la distribución nacional de los niveles de participación en que se ubican las experiencias descritas, se encuentra lo siguiente:

	Nivel de participación	N° menciones por subnivel	N° menciones por nivel
Consulta	Información	10	27
	Opinión	14	
	No distinguen subnivel	3	
Presencia y representación	Participación asociada a un beneficio	15	28
	Participación en el proceso de toma de decisiones	7	
	No distinguen subnivel	6	
Influencia	Decisiones	10	29
	Control social	15	
	No distinguen subnivel	4	
Todos los niveles		5	5
No identifican nivel		36	36

La tabla muestra que a nivel nacional, hubo un número similar de experiencias mencionadas en los niveles de consulta (27), presencia y representación (28) e influencia (29). En el nivel de consulta, la mayoría de las experiencias se ubican en el sub-nivel de opinión; en el nivel de presencia y representación, la mayoría de las experiencias se ubican en participación asociada a un beneficio; y en el nivel de influencia, en el subnivel de control social.

La mayoría de las respuestas a nivel nacional se enfocaron en describir experiencias de participación en salud, ubicándolas en un nivel de participación, sin comentar u explicitar su comprensión del concepto de participación. Si bien esto último no era el foco de la pregunta, algunos grupos sí comentaron al respecto. Las regiones de Araucanía y Los Ríos presentan elementos interesantes de análisis (fueron las regiones que más trabajos presentaron, con 13 y 32 respectivamente).

En líneas generales, los grupos que presentan reflexiones analíticas a la pregunta, consideran que la mayor parte de las veces se incorpora a la ciudadanía en el nivel de consulta, pero no efectivamente en otras etapas de trabajo, que supongan cuotas mayores de participación en la toma de decisiones. En este sentido, se considera que en el país se logran pocas instancias “reales” de participación de la ciudadanía en las acciones de salud. Es importante mencionar que esto depende de las regiones y de las experiencias descritas, siendo el Programa Comunas Vulnerables el que se considera que llega a los más altos niveles de participación de la ciudadanía.

Otro punto de análisis importante que surge en algunas regiones (con mayor frecuencia en la región de Los Ríos) dice relación con el desconocimiento y falta de difusión de las actividades y acciones que involucran la comunidad, tanto al interior del sector salud como hacia la comunidad.

II.2.2. Pregunta 2: El grado de involucramiento con otros sectores o el nivel de trabajo intersectorial pueden ser de distinto tipo y magnitud. Dentro de las siguientes definiciones identifique cuál de ellas considera usted que es la modalidad de relación que predomina en el sector salud para con los otros sectores. Si considera que no está representada la que existe, marque la más cercana e incluya sus comentarios en el espacio final vacío. (Las definiciones entregadas se refieren a las modalidades: informativa, de cooperación, coordinación, integración u otra).

Como análisis de las modalidades de trabajo intersectorial que predominan en el sector salud, a nivel nacional se observa la siguiente distribución de respuestas:

	N° regiones que consideran que la modalidad predomina	N° de grupos que mencionan ejemplos en la categoría
Informativa	10	66
Cooperación	9	73
Coordinación	1	55
Integración	0	54
Otra		8

Analizando el número de regiones que consideran que cada modalidad de relación en el trabajo intersectorial predomina, nos encontramos con que 10 lo hacen en el nivel informativo, 9 en el de cooperación, 1 en el de coordinación y ninguna en el de integración (marcando algunas regiones dos modalidades de predominio). De éstas, la mayoría de las regiones considera que las modalidades de información y cooperación a la vez, son las que predominan en el trabajo intersectorial (Nivel Central, Coquimbo, Valparaíso, Los Lagos, Aysén y RM).

Como no todos los grupos ni regiones explicitan qué modalidad(es) predomina(n), también es útil mirar al número de experiencias que se describen a nivel regional y nacional en cada uno de los niveles. En esta lectura, la modalidad de cooperación obtiene el mayor número de menciones (73), seguida de la modalidad informativa (66), luego de coordinación (55) y por último de integración (54). A través de esta lectura, se comprueba que las modalidades informativa y de cooperación son las que se consideran predominantes en el sector salud a nivel nacional, sin embargo la modalidad de cooperación obtiene más menciones que la informativa (que fue la que más regiones marcaron como predominante).

Es así como analizando las modalidades que predominan y los ejemplos entregados por cada grupo, nos encontramos con que las modalidades informativa y de cooperación son las más relevantes en el trabajo intersectorial en el sector salud.

La mayoría de los grupos entrega ejemplos en las diferentes modalidades de trabajo intersectorial sin hacer comentarios analíticos, mientras otros tantos realizaron reflexiones en torno a lo que implica este tipo de trabajo. La mayoría de aquellos que sí realizan comentarios analíticos, critican el tipo de trabajo intersectorial en el sector salud, sosteniendo que a pesar de las intenciones de lograr un trabajo coordinado e integrado en red, lo que la mayor parte de las veces se consigue es un trabajo en el nivel informativo, o de cooperación. Se menciona la falta de objetivos comunes en el sector salud que impiden un trabajo intersectorial de calidad.

Se menciona también que en el sector salud hay una especie de cultura de sólo “mirar hacia adentro” y considerar a los otros actores relevantes solo en instancias informativas y/o de consulta, pero sin una participación real. Varios grupos mencionan que en el sector salud predominan voluntades sectoriales y/o individuales más que metas comunes, lo que dificulta el trabajo intersectorial.

Los grupos de la Región Metropolitana señalan las siguientes debilidades para avanzar en el trabajo intersectorial:

- Ausencia de valores y metas comunes, voluntades políticas débiles, prevalencia de etnocentrismo institucional.
- Cambios de autoridades del MINSAL y con ello de las prioridades, lo que ha resultado dañino para establecer y mantener el trabajo intersectorial. De similar importancia son los cambios de autoridad o dependencia que tienen los otros sectores. Lo anterior plantea como requisito del trabajo intersectorial implementar instancias que permitan mantener los compromisos y tareas más allá de los tiempos políticos y de los cambios de autoridad.
- Se han promulgado leyes y reglamentos que obligan a MINSAL a dar respuesta a temáticas de salud, sin haber consultado por capacidad y competencia de nuestro sector para responder a estas obligaciones.
- Falta de coordinación e integración de las distintas divisiones y departamentos en nuestro sector como en el intersector, para desarrollar adecuados modelos y diseños de nuestras redes interinstitucionales e interministeriales.

II.3.3. Pregunta 3: A partir de este esquema (presentado en Informe Resultados Módulo2), describa por qué es importante considerar la intersectorialidad y la participación de la ciudadanía en las acciones de regulación y fiscalización.

Esta pregunta fue la que obtuvo las respuestas más breves y quizás menos analíticas de las 3 preguntas del módulo, y en general los grupos mencionaron la importancia de la intersectorialidad y participación de la ciudadanía de manera amplia, sin vincularla a las acciones de regulación y fiscalización.

Los grupos respondieron de modo similar la pregunta, aludiendo a temáticas generales tales como la optimización de recursos, eficiencia, control social, priorización de necesidades, y adecuación a la realidad local. Pocas veces se hace mención al tema de regulación y fiscalización, ya que las respuestas son bastante amplias al considerar la participación ciudadana e intersectorialidad en términos generales. Aquellos que sí hablan de fiscalización se refieren al carácter punitivo de la misma (Araucanía, Aysén, RM).

La totalidad de los grupos a nivel nacional observan las estrategias de participación ciudadana y de intersectorialidad de manera positiva, considerándolas clave para lograr la equidad en salud. Es importante mencionar que los grupos, al igual que en las respuestas a las preguntas 1 y 2, mencionan la importancia de alcanzar niveles “reales” de participación (que vayan más allá del nivel del consulta) y de trabajo intersectorial (que vayan más allá de una modalidad informativa).

Con respecto a ideas generales sobre la intersectorialidad, si bien se releva la gran importancia de lograrla, se reconoce asimismo que en el sector salud no se han logrado niveles “óptimos” de trabajo intersectorial. Por ejemplo, en la región de la Araucanía consideran que las unidades y departamentos de

las SEREMIS trabajan como islas individuales, desconociendo el quehacer de otros, sólo unidos a través de los Objetivos Sanitarios, especies de hilos conductores para establecer miradas comunes. Esta modalidad se replica el trabajo intersectorial, donde cada “isla” planifica y proyecta su quehacer sin relación con otros sectores, y donde se aprecia una falta de conducción alineada de provincia y región desde las autoridades. Asimismo, consideran que no se ha logrado resaltar una identidad regional o provincial que haga la diferencia territorial al momento de planificar y ejecutar esta planificación tanto por parte del sector salud como por parte del intersector. En este sentido, se considera que la intersectorialidad sólo ocurre como acercamiento incipiente en algunas tareas puntuales y aisladas.

Por su parte, la región de Los Lagos considera que desde el enfoque de determinantes sociales de la salud, la mirada y la intervención intersectorial debe ser integral y no parcial, con el fin de aumentar la eficiencia y eficacia toda vez que es posible disminuir la duplicidad de intervenciones, optimizar el recurso humano y financiero de las instituciones y realizar acciones de mayor impacto en la población. La reflexión sobre la falta de información sobre las acciones que se realizan al interior del sector salud y en otros sectores fue un tema recurrente a lo largo del módulo.

A continuación se describen las principales categorías de temas que surgen para justificar por qué es importante considerar la participación e intersectorialidad en salud.

En primer lugar, se destaca que tanto la intersectorialidad como la participación ciudadana son coherentes con el **enfoque de determinantes sociales de salud**, puesto que visibilizan que la salud es un todo complejo que debe ser tratado desde diversas aristas, integrando una mayor cantidad de variables en las políticas de salud.

Un tema que aparece con frecuencia es que el trabajo intersectorial permite la **optimización de recursos**, que refiere tanto a recursos humanos como financieros, aludiendo a que éstos pueden aminorarse y aprovecharse de modo más eficaz al ser usados por más de un sector a la vez. Ésta va de la mano de la eficiencia y del mejoramiento de los planes de trabajo.

Con la aplicación de las estrategias de intersectorialidad y participación ciudadana es posible el **mejoramiento de la gestión pública**. Algunos grupos se refieren a la gestión pública en términos de transparencia de la información y ejecución de acciones (Los Lagos, RM).

Otro eje recurrente de análisis es que la participación ciudadana e intersectorialidad permiten **identificar más fácilmente las necesidades que para la población misma son de mayor interés**.

De la mano del punto anterior, los grupos mencionan que el trabajo participativo e intersectorial permite **generar planes de salud adecuados a las realidades locales**, en términos de considerar las características y necesidades particulares de cada localidad. La participación ciudadana se percibe como una estrategia muy útil en el levantamiento de las especificidades de cada localidad, lo que debe ir de la mano de un trabajo intersectorial que sea capaz de adecuar las políticas de carácter nacional a las realidades particulares de cada región y cada contexto territorial particular.

Otros ejes analíticos que destacan son los de **control social y empoderamiento**. El control social es entendido como la capacidad de la sociedad civil de auto-regular sus propias necesidades y problemas. Por eso, se habla en términos de derechos y deberes, lo que está a su vez fuertemente relacionado con el concepto de empoderamiento, ya que se habla de un ciudadano informado y activo dentro de su comunidad.

Por último, y con especial atención en la estrategia de intersectorialidad, se menciona que ésta, al proponer objetivos comunes y transversales, lo que hace es **promover la cooperación e integración dentro de la sociedad**. Algunos grupos mencionan que esto puede inducir a crear un sentimiento de confianza mayor (Atacama, Araucanía, Los Ríos).

II.3. MÓDULO 3: DE UN SISTEMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES A UN SISTEMA DE PRODUCCIÓN SOCIAL DE SALUD

De acuerdo a los objetivos planteados en este módulo, se le pidió a los/as participantes que elaboraran un documento grupal que diera cuenta de la comprensión, alcance e importancia del Plan de Salud Pública a través de un análisis crítico de los procesos de planificación utilizados en la actualidad y proyectar la formulación de un Plan de Salud Pública bajo la óptica de las Determinantes Sociales en Salud.

Dicho documento se construyó en torno a 7 preguntas que debían ser respondidas por todos los grupos. Las preguntas del Módulo 3 fueron las siguientes:

- 1.- ¿Cuáles deben ser los elementos centrales de un Plan Regional de Salud Pública?
- 2.- ¿Cómo se identifican y valoran las necesidades de salud de la población en su territorio?
- 3.- ¿Quiénes participan en el proceso de planificación y en la elaboración del Plan Regional de Salud Pública, y quienes debieran o podrían participar?
- 4.- ¿Cómo se consideran e incorporan otros sectores del Sistema de Protección Social (incluyendo las Redes Asistenciales) en la planificación de la Autoridad Sanitaria Regional?
- 5.- ¿Cómo se debería incorporar la visión territorial y el enfoque de determinantes sociales en el desarrollo del Plan Regional de Salud Pública?
- 6.- ¿Cuáles intervenciones desarrolladas por la Autoridad Sanitaria Regional han tenido impacto y han sido evaluadas?
- 7.- ¿Cuál debería ser el período recomendado para el diseño y ejecución de un Plan Regional de Salud Pública?

A continuación se presentan los principales resultados del módulo por pregunta, el detalle de cada una de las preguntas se puede encontrar en el Informe de Resultados Módulo 3.

II.3.1. Pregunta 1: ¿Cuáles deben ser los elementos centrales de un Plan Regional de Salud Pública?

En términos generales se observa que las diversas regiones coinciden bastante respecto a los elementos centrales que se identifica que deben ser considerados en un Plan Regional de Salud Pública. Entre los principales elementos considerados destacan la **participación** a través de diagnósticos participativos y el trabajo con la comunidad; la **intersectorialidad** a través del trabajo intersectorial; la inclusión del enfoque de **determinantes sociales de la salud**; contar con diagnósticos de salud regionales y locales; así como objetivos y metas claras. Otro aspecto muy mencionado por las diversas regiones es la centralidad de realizar monitoreo y evaluación de las acciones emprendidas, así como del plan mismo. No se evidencian grandes particularidades regionales.

II.3.2. Pregunta 2: ¿Cómo se identifican y valoran las necesidades de salud de la población en su territorio?

Las estrategias de identificación y valoración de las necesidades de salud de la población en los territorios más mencionadas son la **participación** a través de diagnósticos participativos, Foros de Salud, Consejos Consultivos, reclamos de la población a través de OIRS, etc. Por otra parte, se menciona la **información estadística y proveniente de encuestas** como otro elemento central. Asimismo, generar **perfiles epidemiológicos** de la población es un elemento que se destaca. La **intersectorialidad** fue otro de los temas recurrentemente nombrados por las regiones. No se distinguen mayores especificidades regionales a la hora de responder esta pregunta.

II.3.3. Pregunta 3: ¿Quiénes participan en el proceso de planificación y en la elaboración del Plan Regional de Salud Pública, y quienes debieran o podrían participar?

La mayoría de los grupos sostiene que en la actualidad quienes participan son principalmente jefaturas y funcionarios ministeriales (Ministro) y regionales (Seremi de Salud); así como de departamentos específicos. Algunas pocas regiones nombran a otros actores principalmente del intersector, y sólo algunas (como por ejemplo, Los Lagos) nombran a representantes de la ciudadanía. En general, respecto a quienes se piensa que deberían participar, todas las regiones amplían largamente la lista de actores, incluyendo la participación de la comunidad (organizaciones civiles, ONGs, Consejos Consultivos, entre otros) y también de funcionarios de salud de diversos sectores, intra e intersector, organizaciones públicas y privadas, entre otras como universidades que aparecen nombradas por varias regiones.

II.3.4. Pregunta 4: ¿Cómo se consideran e incorporan otros sectores del Sistema de Protección Social (incluyendo las Redes Asistenciales) en la planificación de la Autoridad Sanitaria Regional? Se puede decir que en términos generales, las diversas regiones sostienen que existe escasa o nula consideración e incorporación de otros sectores del Sistema de Protección Social en la Planificación de la Autoridad Sanitaria Regional (incluyendo Redes). En base a esto, las diversas regiones plantean sus necesidades específicas en este ámbito, así como estrategias que debieran -a juicio de cada región- ser incluidas.

II.3.5. Pregunta 5: ¿Cómo se debería incorporar la visión territorial y el enfoque de determinantes sociales en el desarrollo del Plan Regional de Salud Pública?

Las diversas regiones proponen distintas y variadas estrategias para incorporar la visión territorial y de determinantes sociales en el desarrollo del Plan de Salud Pública. En general, dichas estrategias giran en torno a los siguientes ejes:

1. Participación social
2. Intersectorialidad
3. Pertinencia local
4. Datos estadísticos y epidemiológicos de la región y sus territorios
5. Contexto cultural, social y económico del territorio.

II.3.6. Pregunta 6: ¿Cuáles intervenciones desarrolladas por la Autoridad Sanitaria Regional han tenido impacto y han sido evaluadas?

Cabe mencionar que las regiones sostienen que muy pocas de las intervenciones han sido evaluadas, por lo cual se mencionan muchas que en definitiva no han sido evaluadas, así como otras que están en proceso de evaluación, junto con aquellas que sí han sido evaluadas. Pocas regiones hacen distinción sobre este punto, muchas sólo mencionan las intervenciones.

Entre las intervenciones mencionadas aparecen de acuerdo a orden de menciones:

- Ley de tabaco y separación de ambientes para fumadores y no fumadores
- Programa de control de la enfermedad de Chagas
- Control de la pandemia AH1N1
- Campañas de prevención del VIH/SIDA
- Control de obesidad
- Programa EGO
- Programas de Comunas Vulnerables
- Campaña de vacunación antiinfluenza
- Control de enfermedades transmisibles como Cólera y Hepatitis
- Cobertura en campañas de vacunación en general

- Zoonosis (prevención y vacunación de la rabia y otros)
- Programa Marea Roja
- Monitoreo de calidad del aire
- Saneamiento básico
- Campaña Hanta Virus
- Manejo de basura
- Fluoración del agua potable
- Promoción de la salud
- Fiscalización y monitoreo de calidad de agua potable rural
- Programa de Alimentación
- Fiscalización de los trabajos de los temporeros

II.3.7. Pregunta 7: ¿Cuál debería ser el período recomendado para el diseño y ejecución de un Plan Regional de Salud Pública?

Se puede sostener que el diseño de los planes regionales propuesto por los grupos fue de un rango muy variable; pero en general aludiendo a la necesidad mínima de 6 meses a un año. La mayor parte de los grupos alude a la ejecución del plan en un rango de años que corresponderían a un solo periodo presidencial. El segundo conglomerado de grupos, plantea que la ejecución debe ser puesta en marcha de modo tal que trasciendan entre los periodos de los gobiernos. Por último, una cantidad menor de grupos considera la ejecución en planes anuales, bianuales, trienales o quinquenales. Los grupos puntualizan además la necesidad de un periodo evaluativo de los planes regionales ya instaurados, que podría ser realizado en algunos meses o de manera anual. Además se considera necesario evaluar el plan anterior e incluir proyecciones.

II.4. PRODUCTO FINAL 1

En el Producto Final 1, se solicitaba a los grupos que priorizaran 3 áreas de capacitación que consideraran se requieren para el desarrollo de las funciones de Salud Pública (de una lista de 10 áreas que se entregaban previamente formuladas). Se pedía que los grupos que marcaran sólo las 3 áreas de capacitación general priorizadas por su grupo (con valor “1” la primera prioridad seleccionada, “2” la segunda prioridad” y “3” la tercera prioridad).

El análisis del Producto Final 1 permite levantar las principales necesidades de capacitación detectadas por los propios grupos de trabajo que participaron del Programa Formación de Formadores. A nivel de áreas generales de capacitación, se observa que existen tres grandes temas sobre los cuales existen necesidades de capacitación:

- “Modernización de la fiscalización y vigilancia de la salud desde la perspectiva de los DSS” (área 8),
- “Fortalecimiento de la participación social y el control ciudadano sobre su propia salud” (área 6)
- “Salud en todas las políticas: fortalecimiento de salud en las políticas intersectoriales” (área 7)

Estos tres temas se pueden considerar el núcleo firme de temas bases que comparten como prioridad la mayoría de las regiones.

Adicionalmente, el análisis regional indica que también existen necesidades de capacitación específica ligadas a los requerimientos locales, como es el caso de las capacitaciones sobre “Determinantes sociales de salud, producción social de salud y enfermedad” (área 1) en las regiones de Antofagasta, Coquimbo y Del Biobío; y la “Medición, evaluación y análisis de las inequidades en salud” (área 10) en el Nivel Central. En cuanto a la ponderación de la importancia de los tópicos específicos, se observa en la mayoría de las áreas que aquellos sub temas orientados a obtener conocimiento sobre experiencias chilenas de salud/participación reciben las ponderaciones más bajas. Este aspecto resulta de interés pues podría denotar una predisposición distinta hacia las experiencias de trabajo nacional ya conocidas.

La distribución de las elecciones de primera, segunda y tercera prioridad indica la existencia de tres áreas generales de capacitación que los grupos consideran prioritarias. El área general 8, “Modernización de la fiscalización y vigilancia de la salud desde la perspectiva de los DSS” es señalada por 20 grupos (de un total de 50) como la primera prioridad de capacitación, por 4 como la segunda y por 16 como la tercera. De manera también relevante aparece el área general 6, “Fortalecimiento de la participación social y el control ciudadano sobre su propia salud”, que recibe 8 menciones en primera prioridad, 19 en segunda y 7 en tercera. También se presenta en frecuencias de mención altas el área general de capacitación número 7, “Salud en todas las políticas: fortalecimiento de salud en las políticas intersectoriales”, que obtiene 6 menciones en primera prioridad, 11 en segunda y 11 en tercera prioridad.

Las áreas de capacitación general restantes muestran una presencia menor: ninguna de ellas es escogida como primera prioridad por más de 3 grupos, ni son escogidas como segunda o tercera prioridad en más de cuatro trabajos. El área general 4 (“Aplicación de conocimientos científicos en la elaboración de políticas en salud pública”) no es indicada por ningún grupo como un tema prioritario. El detalle del recuento de elecciones se presenta en la tabla 1 a continuación.

Tabla 1. Recuento de elección de áreas generales de capacitación en primera, segunda y tercera prioridad

	Primera Prioridad	Segunda Prioridad	Tercera prioridad
1. Determinantes Sociales de Salud/ Producción Social de Salud y Enfermedad	2	1	4
2. Análisis de situación de salud de la comunidad diagnóstico y análisis con enfoque de DSS	1	2	0
3. Asociación e impacto de los factores de riesgo y de los problemas de salud. Sistemas de información y de vigilancia	1	2	3
4. Aplicación de conocimientos científicos en la elaboración políticas en Salud Pública	0	0	0
5. Plan de Salud: Diseño, implementación y evaluación de Intervenciones Sanitarias.	3	4	2
6. Fortalecimiento de la participación social y el control ciudadano sobre su propia salud	8	19	7
7. Salud en todas las políticas: Fortalecimiento de salud en las políticas intersectoriales	6	11	11
8. Modernización de la Fiscalización y Vigilancia de la Salud desde la perspectiva de los DSS	20	4	16
9. Elaboración de guías y protocolos para procesos de la Autoridad Sanitaria Regional	1	0	1
10. Medición, Evaluación y Análisis de las Inequidades en Salud	2	1	0

Además de contabilizar el número de grupos que marcaron cada área de capacitación como prioridad, y con el fin de obtener una variable única que diera cuenta del nivel de prioridad asignado a las áreas generales de capacitación, se construyó un Índice de Priorización, calculado en base a las elecciones de primera, segunda y tercera prioridad. Para construir el Índice de Priorización se consideraron los siguientes cálculos:

- si en el trabajo se marca un área general como primera prioridad, se suman 3 puntos a dicha área general;
- si el grupo marca el área general como segunda prioridad, el área general suma 2 puntos;

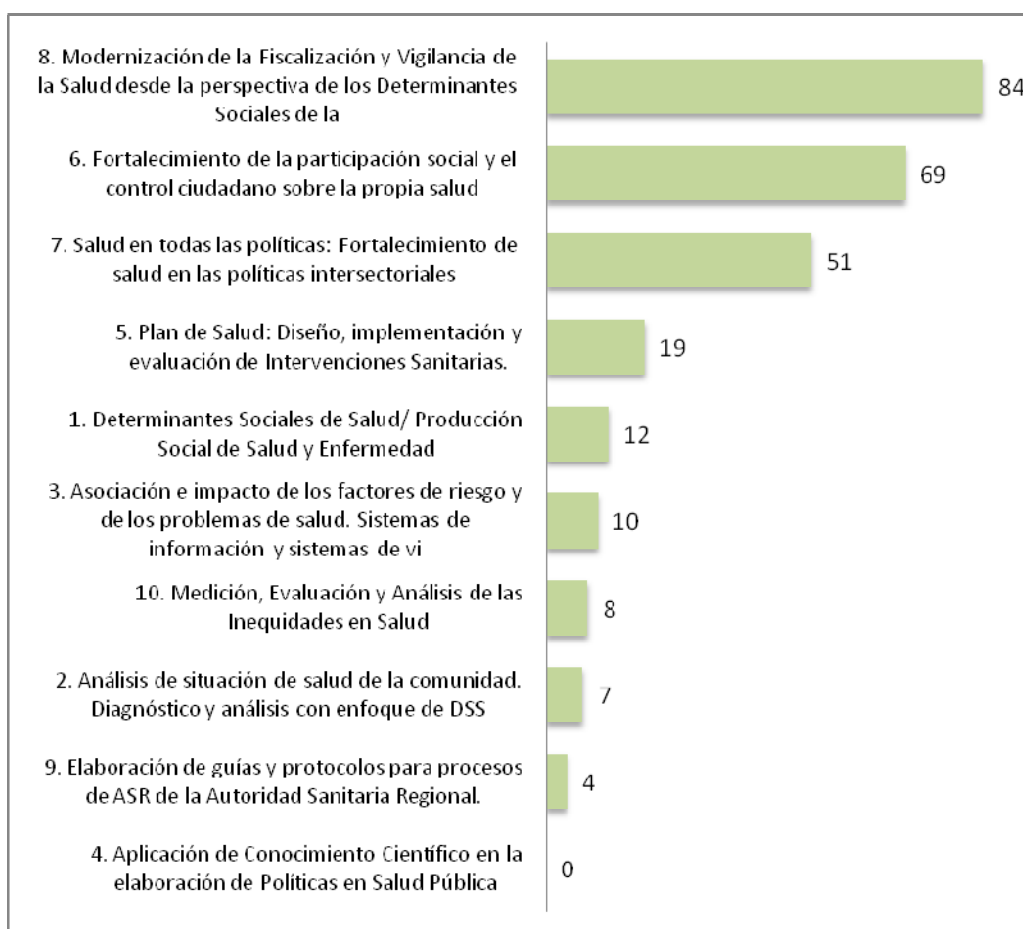
-si el grupo marca el área general como tercera prioridad, el índice suma 1 punto;

-si el grupo no escogió el área general de capacitación como un área prioritaria, el índice suma 0 puntos. Una vez obtenidos los valores finales del índice en cada área general de capacitación, se analizaron los puntajes totales obtenidos y los puntajes totales obtenidos por región.

Los puntajes del índice de priorización permiten indagar con más detalle en el nivel de prioridad que los grupos participantes asignan a cada área general de priorización. Mayores valores del índice de priorización indican una mayor importancia del área de capacitación. Los puntajes totales obtenidos por cada área general de capacitación se observan en el Gráfico 1.

Ratificando la tendencia ya observada, las áreas de capacitación 8, 6 y 7 obtienen los mayores puntajes (84, 69 y 51 puntos respectivamente). El tema 5, “Plan de salud: diseño, implementación y evaluación de intervenciones sanitarias”, aparece como la cuarta prioridad de capacitación obteniendo 19 puntos. Los temas que aparecen como quinta, sexta, séptima y octava prioridad según el índice de priorización obtienen puntajes similares, oscilando entre 12 y 7 puntos. Si bien estos puntajes son de magnitudes bajas en comparación a las tres primeras prioridades, es importante recalcar que se vuelven temas prioritarios en algunas regiones del país.

Gráfico 1. Puntajes nacionales totales del índice de priorización.



Cabe destacar que en el presente resumen ejecutivo se han presentado los resultados nacionales. A los datos regionales se puede acceder en el Informe Resultados Producto Final 1, donde se detallan las respuestas de cada región.

II.5. PRODUCTO FINAL 2

II.5.1. Análisis de resultados

El Producto Final 2 buscaba que los grupos utilizaran una herramienta de priorización de Salud Pública para la selección de problemas a intervenir a nivel regional o local. Cada grupo debía realizar una lluvia de ideas e identificar los 10 problemas de salud prioritarios a nivel regional o local, asignándole a cada uno un puntaje de priorización de 1 a 5.

El análisis muestra que a nivel nacional, los diez problemas de salud que presentan los mayores puntajes de recurrencia (promedio puntajes regionales de cada región, multiplicados por el número de regiones que lo mencionan), son los siguientes (en orden decreciente): obesidad; consumo nocivo de alcohol; salud laboral; accidentes de tránsito; disposición de basuras, basurales y microbasurales; enfermedades cardiovasculares, población canina y problemas de salud asociados, cáncer, tabaquismo y contaminación atmosférica.

A continuación se presenta un gráfico de barras con los puntajes de recurrencia de los problemas de salud a nivel nacional, incluyendo los problemas que fueron mencionados por tres regiones y más (los problemas mencionados sólo por una o dos regiones quedan especificados en el Informe de Resultados Producto Final 2). Tras el problema de salud se explicita el número de regiones en que el problema se mencionó, entre paréntesis.

Para este análisis nacional, las sistematizaciones regionales se realizaron indicando las categorías de problemas presentes, la cantidad de menciones de problemas particulares que componen cada categoría y, finalmente, el nivel de priorización asignado a la categoría, calculado como la media de los puntajes totales de las menciones que componen cada categoría (promedio de puntajes las menciones que componen cada categoría, dividido por número de menciones). Tras realizar los análisis de cada región con la lógica recién explicada, se procedió a calcular los valores nacionales, para lo cual: primero se sacó el promedio de puntajes para cada problema de salud a nivel nacional, promediando los puntajes que cada región asignó al mismo problema de salud; y luego se multiplicó el valor nacional de cada problema de salud, por el número de regiones que lo mencionaron, para obtener un puntaje de recurrencia que muestre la problemática en su expresión nacional.



Esta priorización es bastante coherente con lo que ocurre a nivel regional (los análisis regionales se presentan en el Informe de Resultados Producto Final 2, y siguieron una metodología diferente al análisis nacional), siendo la obesidad el problema identificado como la primera prioridad en 5 regiones (Nivel Central, Coquimbo, Araucanía, Los Ríos, y Magallanes), y como el tercer problema de mayor importancia en 2 regiones (Biobío y Aysén). De las 15 regiones analizadas el problema de la obesidad se menciona en 14.

Con respecto al consumo nocivo de alcohol, mencionado en 12 regiones, aparece como primer problema priorizado en la región de Tarapacá, como segundo problema mencionado en las regiones de Valparaíso y Los Ríos, y como tercera prioridad en salud en el Nivel Central y Región Metropolitana.

La salud laboral aparece mencionada también en 12 regiones, y presenta diferencias regionales; si bien en algunas regiones se hace mención más bien genérica a “salud laboral”, “salud de los trabajadores”, o “enfermedades profesionales”, hay regiones que entregan mayor detalle sobre esta materia. En el Nivel Central se hace referencia a “educación en salud ambiental”; en Antofagasta a “stress laboral por sistema de trabajo”; en Atacama a “accidentes laborales fatales”; en O’Higgins a “enfermedades causadas por exposición a sílice en trabajadores vulnerables”. En Araucanía, además de las descripciones más genéricas, se hace mención a “trabajadores vulnerables y desprotegidos”; en Los Ríos se refieren a “ausencia de programas de vigilancia de trabajadores INP” y “desprotección en salud de trabajadores informales”; en Los Lagos a “falta de control en el cumplimiento de normativas que resguardan la salud de los trabajadores de las empresas”; en Aysén y Magallanes se mencionan “accidentes laborales”. En las regiones de Valparaíso y Metropolitana, aparecen múltiples sub-temas. En ambas se mencionan “accidentes laborales”; en Valparaíso además se refieren a “desconocimiento ley 16.744 seguro accidentes de trabajo”, “morbimortalidad en trabajadores de la construcción por consumo de drogas” y “stress laboral”; y en la región Metropolitana se refieren a “desprotección de salud de trabajadores temporales e informales”, “deficientes condiciones laborales de trabajadores de temporada e indefinidos” y a “condiciones seguridad en trabajadores de la construcción”.

Los accidentes de tránsito son mencionados en 10 regiones, especialmente en la zona centro y sur del país (todas las regiones los mencionan a excepción de Tarapacá, Atacama, Coquimbo, Maule y Magallanes).

El problema de disposición de basuras, basurales y microbasurales también aparece en 10 regiones (a excepción de Coquimbo, O’Higgins, Maule, Biobío y Los Lagos).

Las enfermedades cardiovasculares se identifican como problema en 8 regiones (Nivel Central, Coquimbo, Valparaíso, Maule, Araucanía, Los Ríos, Aysén y Magallanes). Llama la atención que no estén mencionadas en el norte del país (Tarapacá, Antofagasta ni Atacama), sin embargo, se debe recordar que las regiones del norte del país en su conjunto presentaron menos trabajos que las del sur, lo que incide en la cantidad de menciones a problemas de salud que estas regiones exponen.

Los problemas de salud asociados a la población canina y el cáncer se encuentran mencionados en 9 regiones a lo largo de todo el país. El tabaquismo también se menciona en 9 regiones, desde Coquimbo hacia el extremo sur (con excepción de las regiones de O’Higgins, Biobío y Los Lagos), sin ser presentado como problema de salud en las regiones del norte (de Tarapacá, Antofagasta ni Atacama).

Los problemas de contaminación (ambiental, atmosférica y de aguas) son muy relevantes a lo largo del país; si se toman en su conjunto son mencionados en 10 regiones. La contaminación ambiental es un problema priorizado en las regiones de Valparaíso, Araucanía, Los Ríos, Aysén, Metropolitana y Nivel Central; la contaminación atmosférica en las regiones de Antofagasta, Atacama, Valparaíso, O’Higgins, Biobío, Araucanía, Los Ríos, y Metropolitana; y la contaminación de aguas en Antofagasta, Atacama, Valparaíso, O’Higgins, Araucanía y Los Ríos. Con respecto al agua, hay otra categoría identificada como problemas de abastecimiento y escasez de agua potable rural, presente en las regiones de Atacama, Valparaíso, Maule, Araucanía, Los Ríos, Magallanes y Metropolitana. Por último, también hay menciones más específicas a contaminación por plaguicidas, identificada en las regiones de Valparaíso, O’Higgins, Araucanía y Metropolitana.

Si se atiende sólo a los promedios nacionales de los puntajes asignados a cada problema de salud (sin considerar por cuántas regiones fueron considerados), los problemas que recibieron los puntajes más altos (por sobre un promedio de 3,5 puntos) fueron los siguientes, en orden decreciente:

Problema de salud (n° regiones que lo mencionan)	Promedio priorización nacional
Enfermedades cardiovasculares (8)	3,88
Calidad de atención a usuarios/as (4)	3,80
Consumo de drogas (7)	3,79
Deficiente coordinación intra e intersector (4)	3,74
Contaminación atmosférica (8)	3,60
Accidentes (4)	3,56
Contaminación de aguas (6)	3,55
Obesidad (14)	3,53
ECNT (5)	3,53
Accidentes de tránsito (10)	3,52

Esta tabla nos muestra que hay problemas que, aunque no obtienen los puntajes de recurrencia más altos, obtienen valores altos de priorización por los grupos que los mencionan. En esta lógica, los problemas cardiovasculares obtienen el mayor puntaje nacional (a diferencia de la posición N°6 en el puntaje de recurrencia), y un problema como la obesidad pasa al octavo lugar de prioridad, pues aunque fue mencionado por la gran mayoría de las regiones, se le asignaron puntajes menores en cada región que lo expuso como problema que a los 7 problemas que le preceden.

Cabe destacar que en el presente resumen ejecutivo se han presentado los resultados nacionales. A los datos regionales se puede acceder a través del Informe de Resultados Producto Final 2, donde se detallan las respuestas de cada región.

II.6. PRODUCTO FINAL 3

La sistematización del Producto Final 3: Propuesta de Intervención a Problema de Salud Priorizado, se realizó en base a las 66 propuestas de intervención realizados por los grupos de las distintas regiones. En este trabajo, se pedía a cada grupo que generara una propuesta de intervención para un problema de salud priorizado en el Producto Final 2.

A nivel nacional, al analizar el número de regiones que tomaron ciertos problemas de salud como ejes de sus propuestas de intervención, se comprueba que son coherentes con los resultados del producto final 2, donde se debían priorizar las mayores problemáticas de salud identificadas a nivel regional.

A continuación se presenta una tabla donde se compara el número de regiones que toman los problemas de salud para construir sus propuestas de intervención (producto final 3), con el lugar de priorización de problema de salud que estos problemas obtuvieron como resultado nacional del producto final 2 (al final de este capítulo se presenta una tabla detallada de las categorías de problemas de salud a nivel regional y nacional que se utilizaron en las propuestas de intervención).

Si se realiza una lectura regional de los problemas tratados se comprueba también la coherencia entre las propuestas. Hay unos pocos casos en que los grupos toman en sus propuestas de intervención problemáticas que no habían sido nombradas en la región como prioridades de salud en el producto final 2.

Problema de salud	Número regiones que consideran el problema para formular sus propuestas de intervención Producto Final 3	Lugar de priorización del problema a nivel nacional (según puntaje de recurrencia) Producto Final 2
Obesidad	7	1
Salud laboral	6	3
Contaminación atmosférica	4	10
Accidentes de tránsito	4	4
Disposición de basuras, basurales y microbas.	3	5
Consumo nocivo de alcohol	3	2
Enfermedades cardiovasculares	3	6
Abastecimiento y escasez de agua potable rural	3	15
Población canina y problemas de salud asoc.	3	7
Salud mental	2	12
Calidad de atención a usuarios/as	2	23
Embarazo adolescente	2	18

En la tabla recién presentada se comprueba que los problemas priorizados en el producto final 2 se utilizan a su vez para generar las propuestas de intervención. Los problemas de obesidad, consumo nocivo de alcohol, salud laboral, accidentes de tránsito, disposición de basuras, enfermedades cardiovasculares, problemas de salud derivados de la población canina, y contaminación atmosférica, están dentro de los 10 primeros problemas de salud priorizados en la matriz de priorización a nivel nacional (producto final 2). Los problemas restantes (salud mental, abastecimiento y escasez de agua potable rural, embarazo adolescente y calidad de atención a usuarios/as), si bien no aparecen dentro de

los diez problemas de salud priorizados a nivel nacional, sí son mencionados como problemas de relevancia.

Con respecto a las propuestas de intervención, a lo largo del país se encuentra una gran diversidad en los niveles de análisis de la problemáticas tratadas, presentándose en algunos casos propuestas muy escuetas que no permiten realizar análisis acabados, y en otros, propuestas muy completas e integrales. En el análisis regional del producto final 3 (que se detalla en el documento Informe Resultados Producto Final 3), para cada propuesta de intervención se realizó una breve descripción de la misma, se identificaron las unidades integradas en su implementación, y luego se identificaron los enfoques integrados en ellas. Los enfoques utilizados resultan ser el elemento más rico de análisis, pues permiten apreciar si los conceptos clave del Programa fueron o no incorporados por los/as participantes. En el análisis de las propuestas de intervención, se intentó dar cuenta de la integración de los enfoques de determinantes sociales de salud (DSS), intersectorialidad, integración sectorial y participación. El enfoque de intersectorialidad fue el más presente a lo largo del país; en la gran mayoría de los trabajos se menciona la participación de unidades de diversos sectores. Ahora bien, en muchos de estos casos se aprecia que hay una sumatoria de unidades que no necesariamente son coherentes con las propuestas desarrolladas, y en algunos trabajos se llega a propuestas demasiado ambiciosas donde se pretende integrar a todos los servicios gubernamentales. Si bien es interesante que así sea planteado, esto también muestra una falta de criterios de aplicabilidad de las propuestas a las realidades de trabajo nacional y regional.

Con respecto a la integración sectorial, si bien se presenta en muchas de las propuestas, queda “opacada” por la importancia que se le da a la intersectorialidad. Esto guarda relación con las respuestas de los grupos a lo largo de los distintos productos del Programa, en donde en numerosas ocasiones se señala que cada unidad del sector salud trabaja de manera aislada y hay una carencia de canales de comunicación y de cooperación efectivas entre las mismas.

Con respecto al enfoque de determinantes sociales de la salud, son pocos los grupos que explicitan su utilización, y cuando lo hacen, es de manera poco específica, no explicitando la manera en que se vincula directamente a la problemática presentada. En este sentido, se dice por ejemplo que se utiliza el enfoque de DSS pues la población beneficiada es pobre y vulnerable, o que se utiliza un enfoque de DSS basados en el género pues la población beneficiaria es de mujeres, pero no se desarrolla esta idea ni se integra de manera articulada a las propuestas. Es importante asimismo mencionar que hay grupos que sí incorporan el enfoque de DSS de forma integral.

El enfoque de participación resultó el más complejo de incorporar en las propuestas. La mayor parte de las veces no se incorporó más que en un sentido muy restringido de consulta, a través de instancias de información o de opinión, pero sin incorporar a la ciudadanía en procesos de toma de decisiones en los distintos niveles de implementación de las propuestas. Algunos grupos explicitan que integraron la participación ciudadana, sin embargo lo hacen en los niveles recién descritos, mientras otros no lo explicitan. Hay casos en que sí se incorpora una participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones, pero resultan los menos. Esto resulta relevante dado que a lo largo de los módulos de aprendizaje, una de las mayores críticas al trabajo en el sector salud que los grupos mencionan es la falta de incorporación “real” de la ciudadanía a los procesos de toma de decisiones (esto queda en evidencia en el módulo 2). Se comprueba en las propuestas que a los grupos les resulta difícil proponer intervenciones que incorporen a la ciudadanía de forma integral.