



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA ELIGE VIVIR SANO EN EL MINISTERIO DE
SALUD (AÑO 2011 – 2013)

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS
PÚBLICAS

PATRICIA ISABEL ZAMORA VALDÉS

PROFESOR GUÍA:
MARCELA FERRER LUES

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
ALVARO VASQUEZ VALDIVIA
MARIA PIA MARTIN MUNCHMEYER

SANTIAGO DE CHILE
2015

RESUMEN DE TESIS PARA OPTAR AL
GRADO DE: Magister en Gestión y Políticas
Públicas.

POR: Patricia Isabel Zamora Valdés

FECHA: 28/10/2015

PROFESOR GUIA: Marcela Ferrer Lues

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA ELIGE VIVIR SANO EN EL MINISTERIO DE SALUD (AÑO 2011 – 2013)

El presente trabajo estudia la Implementación del Programa Elige Vivir Sano en el Ministerio De Salud (Año 2011 – 2013) y busca caracterizar las estrategias emergentes en las prácticas de los gerentes públicos y otros actores, para desarrollar la estrategia Elige Vivir Sano, y su implementación en el Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile durante el periodo 2011-2013.

Se trata de un estudio de tipo cualitativo, exploratorio e instrumental centrado no sólo en los aspectos formales del diseño sino también en las relaciones establecidas entre los actores basado en el método narrativo.

La producción de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas realizadas a personas que ejercieron cargos de dirección relacionados con el Programa Elige Vivir Sano en MINSAL durante el periodo.

Los resultados obtenidos dan cuenta de la influencia en el diseño e implementación del inicio de un ciclo de nuevas cúpulas político institucionales, incluyendo las estrategias de posicionamiento y resistencia respectivas a este tipo de coyunturas, el fenómeno de la creación de burocracias profesionales, la resiliencia de los mandos medios institucionales y finalmente las estrategias de resistencia a la modificación de la oferta programática institucional.

Las estrategias que favorecieron la implementación del programa, tales como, el logro temprano de un posicionamiento en la opinión pública, la implementación de un modelo intersectorial y el liderazgo al más alto nivel institucional.

Las estrategias que dificultaron su implementación, tales como, el enfoque de factores de riesgo por sobre una perspectiva de determinación social de la salud, la dificultad para identificar un diseño programático específico, el entendimiento de la intersectorialidad como coordinación institucional y no como un trabajo integrado, inclusivo y mancomunado.

Las propuestas dan cuenta de la necesidad de incluir en el programa un enfoque de intersectorialidad basado en el enfoque de derechos y Salud en Todas las Políticas, promover la estabilidad de los equipos de trabajo por sobre las coyunturas político institucionales y la necesidad de contar con un diseño de política que cuente con mecanismos de evaluación y control.

Agradecimientos

A mi familia, por su amor incondicional.

A la profesora Marcela Ferrer y el profesor Álvaro Vásquez, por el permanente apoyo al desarrollo de este trabajo.

Tabla de Contenido

1.	Introducción	1
2.	Objetivos	2
3.	Antecedentes	3
4.	Marco Conceptual.....	5
4.1	Valor Público	5
4.2	Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud	6
4.3	Promoción de la Salud en Chile.....	8
4.4	Estrategias Nacionales de Promoción de la Salud.....	9
4.5	Aspectos relevantes del diseño de políticas públicas	14
5.	Estrategia Metodológica	16
5.1	Mapa de Actores.....	17
6.	Relato del Caso	19
6.1	Diseñando Elige Vivir Sano.....	19
6.2	Implementando Elige Vivir Sano en MINSAL.....	24
6.3	Creación del Sistema Elige Vivir Sano	31
7.	Análisis del Caso	33
7.1	Creación de Valor Público para hacer frente a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles	33
7.2	La Estrategia Intersectorial de Elige Vivir Sano y el Enfoque de Salud en Todas las Políticas	37
7.3	Enfoques: Territorialidad, Factores de Riesgo y Determinación Social de la Salud	40
7.4	Complejidad de la Burocracia Estatal, Insularidad y Valor Público en MINSAL	41
8.	Conclusiones.....	43
8.1	Hallazgos Principales	43
8.2	Lecciones del caso en torno el “Programa” Elige Vivir Sano.....	46
8.3	Propuestas para el Sistema Elige Vivir Sano.	47

9. Bibliografía	48
10. Anexo 1	52
Estructura Narrativa	52
11. Anexo 2	54
Pauta de Entrevista.....	54

1. Introducción

En el año 2011, se lanza el Programa Elige Vivir Sano¹ (La Nación, 2011). El objetivo del Programa fue definido como “Contribuir a la instalación de prácticas de vida saludable en toda la población, con el fin de disminuir los factores y conductas de riesgo asociados a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles” (OPS, 2013^a, p. 16).²

El Sistema Elige Vivir Sano es una iniciativa planteada como un programa intersectorial de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Ambas materias en las que el principal gestor a la fecha había sido el Ministerio de Salud. El diseño del Sistema Elige Vivir Sano fue realizado durante el Gobierno de Sebastián Piñera Echeñique, bajo el alero del gabinete de la Primera Dama Cecilia Morel y finalmente la coordinación del sistema fue ubicada en el Ministerio de Desarrollo Social en el año 2014.

El hito fundamental de la implementación de Elige Vivir Sano consiste en la promulgación de la Ley N°20.670 que crea el Sistema Elige Vivir Sano en mayo del año 2013. Este consiste en un modelo de gestión constituido por “políticas, planes y programas que tengan por finalidad educar, informar y fomentar la prevención de los factores y conductas de riesgo asociadas a las enfermedades no transmisibles derivadas de estilos de vida no saludables”(Ministerio de Desarrollo Social, 2013, p. 1).

El Sistema Elige Vivir Sano, tiene el mérito de haber instalado en la opinión pública los esfuerzos estatales en materia de “Estilos de vida Saludable”. Así también, en términos de política pública en materia de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles es una oportunidad de instalar un sistema para el abordaje intersectorial más allá de los esfuerzos aislados del sector salud.³

El presente estudio busca estudiar la experiencia de implementación del Programa Elige Vivir Sano en el Ministerio de Salud, por lo que nos centraremos en las prácticas de gerencia social involucradas (Barzelay & Cortázar, 2004). Para esto consideraremos el diseño, el contexto con el que interactúan (por ejemplo el Programa de Promoción de la Salud y la estructura ministerial) y las interacciones entre los actores.

De acuerdo a lo anterior, este estudio buscará responder a la pregunta de investigación general: ¿Cómo influyen las estrategias emergentes de los gerentes públicos de MINSAL

¹ En este documento llamaremos Programa Elige Vivir Sano a la “iniciativa social” que desarrolla el gobierno entre los años 2011 y 2013 y Sistema Elige Vivir Sano a la “política social” creada por la Ley N° 20.670 en el año 2013 y que actualmente se encuentra en desarrollo.

² No es posible encontrar documentos oficiales del programa que establezcan esta información.

³ Durante su implementación y en el inicio del gobierno de la presidenta Michelle Bachelet se hicieron críticas al sistema indicando que contaba con un exclusivo foco comunicacional, una conceptualización del individuo como único responsable de su situación de salud sin considerar el rol del Estado y una falta de despliegue intersectorial de la iniciativa. Estas críticas fueron dadas a conocer a través de los medios de comunicación con afirmaciones como las siguientes “ el gobierno de Sebastián Piñera apuntó a un “enfoque de estilo de vida individual” y que se desarrolló una fuerte estrategia comunicacional con poco énfasis en la gestión intersectorial”.(EMOL 2014). Las críticas fueron respondidas acusando un “sesgo ideológico del nuevo gobierno” (El Mercurio 2014).

en los contenidos y en la trayectoria del Sistema Elige Vivir Sano y la forma en que se implementó hasta el año 2013?

Para ello, se formularon las siguientes preguntas específicas:

¿Cuáles fueron los principales eventos que favorecieron o dificultaron la implementación del programa?

¿Cuál es la explicación de los actores involucrados - gerentes públicos y otros -, del sector salud respecto del proceso de implementación del Programa Elige Vivir Sano y la configuración del actual Sistema Elige Vivir Sano?.

2. Objetivos

• Objetivo General

Caracterizar las estrategias emergentes en las prácticas de los gerentes públicos y otros actores, para desarrollar la estrategia Elige Vivir Sano, y su implementación en el Ministerio de Salud de Chile durante el periodo 2011-2013.

• Objetivos Específicos

1. Identificar los principales eventos de contexto que condujeron a su implementación.
2. Identificar y caracterizar los factores que influyeron en el surgimiento de estrategias emergentes considerando contexto con el que interactúan y las interacciones entre los actores.
3. Construir un relato del proceso de implementación de Vivir Sano, sobre la base de las descripciones y explicaciones de los gerentes públicos y otros actores involucrados respecto a cómo se desarrollaron los acontecimientos del proceso y la configuración del Sistema Elige Vivir Sano.
4. Identificar los principales hallazgos, sobre la base del relato de los actores, los que serán analizados críticamente desde la perspectiva conceptual de la implementación de políticas públicas, particularmente de aquellas relativas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad
5. Proponer acciones para el Sistema Elige Vivir Sano.

3. Antecedentes

A nivel internacional existen definiciones planteadas mediante consensos internacionales respecto de qué es la salud y su status como derecho humano, así como análisis y recomendaciones respecto de las oportunidades que tienen las personas para acceder a ella.

En 1946 la OMS definió la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, las personas tenemos desiguales oportunidades para acceder al goce de una buena salud, así como también diferentes niveles de control sobre la misma (OMS, 2009).

El derecho a la salud es un derecho de todos los seres humanos sin distinciones de ningún tipo, es decir, se trata de un derecho humano y como tal es universal e inalienable definido como “El goce del **grado máximo de salud que se pueda lograr** es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”(OMS, 2006). Así también, Chile ha reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU, 1966) y se ha comprometido a tomar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho

Por otro lado, también se han desarrollado en el campo de la salud pública recomendaciones respecto de cómo hacer posible que las personas tengan acceso a la salud. Henry Sigerist, en 1945 estableció que las cuatro tareas principales de la medicina son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y su rehabilitación (Martínez P Misleny; Sanabria R Giselda; Prieto S Rosibel, 2009). En la actualidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2011), ha definido que la Salud Pública, ostenta las siguientes funciones: monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población; la vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública; **la promoción de la salud**; el aseguramiento de la participación social en salud; la formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública; el fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública; la evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; la capacitación y desarrollo de los recursos humanos; la seguridad de la calidad en los servicios de salud; la investigación en la salud pública y la reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.

En este marco, la Promoción de la Salud ha sido conceptualizada como una función de la Salud Pública, es decir, como el “proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre sus propia salud y así mejorarla” (OMS, 1986) y además “proceso mediante el cual se crean capacidades para que los individuos y comunidades ejerzan un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo puedan mejorarla” (OMS, 2005).

En Chile, desde el año 1998 el Ministerio de Salud ha trabajado en esta materia y desde el año 2007, cuenta con un Programa de Promoción de la Salud.(MINSAL, 2012).

El año 2011 se lanza el Programa Elige Vivir Sano bajo el alero del gabinete de la Primera Dama y el año 2013 se crea mediante la Ley N°20.670 el Sistema Elige Vivir Sano (Ministerio de Desarrollo Social, 2013) con la finalidad de “promover hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas” y “contribuir a prevenir, disminuir o revertir los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles”.

Otros programas del Ministerio de Salud relacionados con las materias de interés declaradas por Elige Vivir Sano, específicamente con la prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, son el Programa Alimentación Saludable y Actividad Física (PASAF) implementado entre los años 2004-2010 y el Programa Vida Sana implementado desde el año 2011 a la fecha.

Estos programas aportan al cumplimiento de la meta de Salud Óptima, establecida en los objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Esta consiste en “Aumentar en 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores, en población mayor a 15 años”(MINSAL, 2011).

El Programa Elige Vivir Sano, al momento de su inicio en el año 2011 viene a insertarse en este contexto de políticas públicas de Promoción de la Salud y Prevención.

4. Marco Conceptual

El presente estudio busca estudiar la experiencia de implementación del Programa Elige Vivir Sano en el Ministerio de Salud, poniendo el foco en las prácticas de gerencia social involucradas (Barzelay & Cortázar, 2004).

En este acápite ampliaremos algunos de los conceptos enunciados como antecedentes y otros que por su relevancia práctica para el estudio son imprescindibles para su desarrollo y comprensión.

En el contenido encontraremos un desarrollo sobre el concepto de valor público, el contexto de recomendaciones internacionales asociado a la Promoción de la Salud en general, considerando las conferencias mundiales en la materia y la oferta programática existente en el país de manera previa a la implementación de Elige Vivir Sano.

4.1 Valor Público

Las instituciones públicas por medio de las políticas públicas buscan generar valor público tal como el objetivo de las instituciones del sector privado será la creación de valor privado.

Según Moore los directivos públicos “deben ser capaces de demostrar que los resultados obtenidos se pueden comparar tanto al coste del consumo privado como con la libertad del mismo a la hora de producir los resultados deseados. Sólo entonces pueden estar seguros de que se ha producido algún valor público” (Moore, 1998, p. 63).

El valor público está en “los deseos y percepciones de los individuos”(Moore, 1998, p. 87) y su respectiva satisfacción. Depende de lo que la sociedad haya establecido como valioso para ella, es decir, lo que hace que esté determinado por los procesos políticos debido a que se trata de propósitos establecidos colectivamente en atención a los valores de esa sociedad. El valor privado es objetivable en la ganancia producida por una determinada actividad.

La medición de cuánto valor público se crea es más compleja que la medición del valor privado debido a que depende de determinadas condiciones subjetivas de la sociedad en que tienen lugar la acción pública.

En el caso de sociedades liberales existen razones que justifican la intervención pública por sobre la acción del mercado en determinadas situaciones. Por un lado, la existencia de fallos de mercado que hagan necesaria la intervención estatal para la provisión del bien y por otro la existencia de una cuestión de justicia social y equidad en la provisión de un servicio o derecho (Moore, 1998, p. 77). La protección de la salud pública es valiosa para la sociedad, existiendo razones de equidad y justicia social que justifican que el Estado actúe para su provisión.

En este caso la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son funciones esenciales de la salud pública y el Estado debe desarrollar estrategias para su desarrollo en función de la protección de la salud de la población.

4.2 Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud

Se realizan Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud desde el año 1986, en ellas se entregan orientaciones e indicaciones a los gobiernos sobre las medidas a tomar en materia de Promoción de la Salud. A la fecha se han realizado ocho conferencias de este tipo.

1º Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Canadá, 1986), define promoción de la salud, como el “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre y para mejorar su salud . Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y el bienestar social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y hacer realidad sus aspiraciones, de satisfacer las necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud es, por lo tanto, vista como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas. Por lo tanto, la promoción de la salud no es sólo la responsabilidad del sector salud y va más allá de los estilos de vida saludables para el bienestar.”(OMS, 2015f).

2º Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Adelaida (Australia, 1998) declaró la importancia de la construcción de políticas públicas saludables, las que según su definición “Se caracterizan por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todos los ámbitos de la política y por una rendición de cuentas sobre su impacto en la salud. El objetivo principal de las políticas públicas de salud es crear un ambiente de apoyo para que las personas puedan llevar una vida sana. Estas políticas hacen que las opciones saludables sean posibles o más fáciles para los ciudadanos. Hacen que los entornos sociales y físicos mejoren la salud. En la búsqueda de unas políticas públicas saludables, sectores gubernamentales que se ocupan de la agricultura, el comercio, la educación, la industria y las comunicaciones deben tener en cuenta la salud como un factor esencial en la formulación de políticas. Estos sectores deben ser responsables de las consecuencias para la salud de sus decisiones políticas. Deben prestar tanta atención a la salud como a las consideraciones económicas”(OMS, 2015a).

3º Conferencia Internacional de Promoción de la Salud Sundsvall (Suecia, 1991), se centró en promover la creación de ambientes de apoyo a la salud. En ella se hace un llamado a todas las personas a “participar activamente en la generación de entornos más favorables para la salud. Al examinar la salud y las cuestiones ambientales de hoy en conjunto, la conferencia señala que millones de personas viven en la pobreza extrema y privaciones en un ambiente cada vez más degradado que amenaza su salud, por lo que la meta de salud para todos en el año 2000 es muy difícil de lograr. El camino a seguir consiste en hacer el medio ambiente - el entorno físico, el entorno social y económico y el entorno político - de apoyo a la salud en lugar de dañar a la misma” (OMS, 2015d).

4º Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Yakarta (Indonesia, 1997). Esta conferencia “revisa y evalúa el impacto de la promoción de la salud, identifica estrategias innovadoras para lograr el éxito en la promoción de la salud y facilitó el desarrollo de alianzas para enfrentar los desafíos globales” (OMS, 2015b) de esta forma “La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud ofrece una visión y un punto de enfoque de la promoción de la salud hacia el siglo venidero. Refleja el firme compromiso

de los participantes en la 4.a Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de hacer uso de la más amplia gama de recursos para abordar los factores determinantes de la salud en el siglo XXI” (OMS, 1997).

5º Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ciudad de México (México, 2000). tuvo como objetivos “Ilustrar el impacto de la promoción de la salud en la salud y la calidad de vida, especialmente para las personas que viven en circunstancias adversas; lograr que la salud ocupe un lugar destacado en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales y estimular la formación de alianzas en pro de la salud entre los distintos sectores y en todos los niveles de la sociedad” (OMS, 2000) en sus conclusiones hace especial énfasis en el “Fortalecimiento de la “teoría y la práctica” de promover la salud” y en el “Fortalecimiento de las aptitudes y las acciones políticas para la promoción de la salud” (OMS, 2000).

6º Conferencia internacional (Tailandia, 2005) en su Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado (OMS, 2005) establece que “Para avanzar hacia un mundo más sano se requieren medidas políticas enérgicas, una amplia participación y actividades permanentes de promoción” y establece como medidas requeridas “Para seguir avanzando en la aplicación de esas estrategias, todos los sectores y ámbitos deben actuar para abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad; invertir en políticas, medidas e infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud; crear capacidad para el desarrollo de políticas, el liderazgo, las prácticas de promoción de la salud, la transferencia de conocimientos y la investigación, y la alfabetización sanitaria; establecer normas reguladoras y leyes que garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños y la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas; asociarse y establecer alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles.” (OMS, 2005).

7º Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Nairobi (Kenia, 2009) destaca que “la salud y el desarrollo en la actualidad se enfrentan a amenazas sin precedentes. La crisis financiera amenaza la viabilidad de las economías nacionales en general y de los sistemas de salud en particular. El calentamiento global y el cambio climático ejercen pérdidas en la vida humana, especialmente en los países de ingresos más bajos. Las amenazas de seguridad crean un sentido de incertidumbre compartida para las comunidades de todo el mundo. Estos nuevos desafíos agravan los problemas de desarrollo que aún no se han resuelto. Y como los objetivos de desarrollo acordados a nivel internacional parecen cada vez más inalcanzable, las amenazas más nuevas están siendo reconocidos: el crecimiento inexorable de las enfermedades no transmisibles en las economías de bajos y medianos ingresos, y la amenaza de las pandemias potencialmente catastróficas.”(OMS, 2015c) La conferencia enfatiza en la brecha de implementación en “los programas de salud, donde la evidencia sobre las buenas prácticas de promoción de salud podría incorporarse de manera más eficaz; en la formulación de políticas y alianzas intersectoriales en los determinantes sociales de la salud, o los impactos en la salud equitativos, no se han considerado y la brecha en los sistemas de salud, por lo que la capacidad de un sistema de salud para promover la salud en sí un indicador de rendimiento.” (OMS, 2015c)..

8º Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Helsinki, (Finlandia, 2013) tuvo como objetivos “facilitar el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas y dar orientación sobre mecanismos eficaces para la promoción de la acción intersectorial; opinión acerca de abordar las barreras y crear capacidad para la implementación de la Salud en todas las políticas; identificar oportunidades para poner en práctica las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud a través de la salud en todas las políticas; establecer y revisar el caso económico, de desarrollo social y de la inversión en la STP; abordar la contribución de la promoción de la salud en la renovación y la reforma de la atención primaria de salud; y revisar el progreso, el impacto y los logros de promoción de la salud desde la Conferencia de Ottawa.”(OMS, 2015e). En esta conferencia se genera la propuesta de Salud en todas las políticas, que es el enfoque vigente y plantea abordar la promoción de la salud incorporando los determinantes sociales de la salud y por tanto la formulación e implementación de políticas intersectoriales. En este sentido se indica que “Actuando solo, el sector de la salud no puede lograr cobertura universal de salud y asegurar el bienestar de las comunidades. Estos objetivos requieren una acción coordinada por y entre los gobiernos, profesionales de salud y otros sectores y grupos sociales y económicos, organizaciones de voluntarios, las autoridades locales, la industria, los medios de comunicación, y la sociedad en su conjunto. Se necesita una acción intersectorial para reducir las inequidades en salud. La Reunión de la Asamblea General de Alto Nivel para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (2011) aprobó los enfoques multisectoriales, llevando a muchos países para perseguir estrategias con foco en Salud en todas las políticas” (OPS, 2013b).

4.3 Promoción de la Salud en Chile

En nuestro país, el Ministerio de Salud desde el año 1998 desarrolla acciones de promoción de la salud con la creación de la Unidad y posterior Departamento de Promoción de la Salud, la creación del Consejo Nacional para la Promoción de la salud Vida Chile en el año 1999 y luego con la elaboración del Plan Nacional de Promoción de la Salud en el año 2001(Vío & Salinas, 2002).

En el 2005 se definió a través de la Ley de Autoridad Sanitaria la Promoción de la Salud como una responsabilidad de la Subsecretaría de Salud Pública y a través del DFL N°1 de 2005 como una responsabilidad de las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremis) de Salud.

En el 2005 se definió, a través de la Ley de Autoridad Sanitaria, la estructura orgánica del Ministerio de Salud. Establecimiento las funciones de las dos subsecretarías que lo componen, es decir, la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Por otro lado estableció su jerarquía sobre las SEREMI de Salud y los Servicios de Salud a lo largo del país respectivamente.

Específicamente en el caso de la Subsecretaría de Salud Pública y las SEREMI, indica en su Artículo 9º que “El Subsecretario de Salud Pública subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas. (...) le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento

(...) administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional (...), pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las secretarías regionales ministeriales, de las entidades que integran el sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan. El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las secretarías regionales ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del Ministro, coordinará las mencionadas secretarías regionales."(Ministerio de Salud, 2005)

De esta forma, se estableció la Promoción de la Salud como una responsabilidad de la Subsecretaría de Salud Pública y a través del DFL N°1 de 2005 como una responsabilidad de las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremis) de Salud.

Años después, en el año 2007 se formaliza por primera vez el Programa de Promoción de la Salud actualizándose permanentemente.

En la actualidad, las acciones del Programa de Promoción de la Salud, están enmarcadas en la Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020. Específicamente en el objetivo estratégico N° 3 que consiste en “Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población”(MINSAL, 2011), focalizando su trabajo en 3 temas:

Salud óptima que busca “Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud” y su meta de “Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores⁴, en población mayor a 15 años” (MINSAL, 2011) y definiendo como factores protectores los siguientes: No fumar, IMC <25, actividad física regular, al menos 5 porciones de frutas y verduras, consumo de OH sin riesgo, PA <120/80 mm Hg, Col total < 200 mg/dl, glicemia bajo 100 mg/dl.(MINSAL, 2011) (MINSAL, 2011).

Sedentarismo que busca “Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes” y su meta de “Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente (4) en población entre 15 a 24 años”(MINSAL, 2011),

Sobrepeso y Obesidad que busca “Disminuir prevalencia de obesidad infantil” y su meta de “Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años”(MINSAL, 2011).

4.4 Estrategias Nacionales de Promoción de la Salud

En Chile, en la actualidad coexisten políticas públicas orientadas a la Promoción de la Salud y a la Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

⁴ No fumar, IMC <25, actividad física regular, al menos 5 porciones de frutas y verduras, consumo de OH sin riesgo, PA <120/80 mm Hg, Col total < 200 mg/dl, glicemia bajo 100 mg/dl.

Entenderemos por Promoción de la Salud como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”(World Health Organization, 1998) y Prevención de la Enfermedad “La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.”(World Health Organization, 1998)

Entre estas políticas encontramos el Sistema Elige Vivir Sano del Ministerio de Desarrollo Social y el Programa de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud. .La forma en que se relacionaron en el periodo 2011-2013 es parte de los antecedentes que esperamos clarificar en el estudio

a. Programa Elige Vivir Sano

De acuerdo a lo expresado en su sitio web⁵, este Programa, en el periodo estudiado, tuvo como objetivos “Educar a la población y unir esfuerzos para mejorar la salud de los chilenos”, “Contribuir a la instalación de prácticas de vida saludable en toda la población”, “convertirse en un referente para la calidad de vida de los chilenos, y en una política pública sustentable y con un horizonte de mediano y largo plazo” y “promover un cambio cultural en las personas y familias de nuestro país motivando a los ciudadanos a elegir informada y libremente aquellos medios y elementos que den a las personas una vida más plena” (Oficina de Sebastián Piñera, 2015).

Es descrito como “Una campaña educativa, propositiva y no restrictiva, que invita a una elección libre por una vida más saludable” además de “un sistema intersectorial compuesto de políticas, planes y programas que pretende contribuir a la disminución de los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles” (Oficina de Sebastián Piñera, 2015).

Esta política de Estado, se caracterizó durante el periodo 2010-2013 por fomentar las alianzas público-privadas y una fuerte presencia en medios de comunicación.

El hito fundamental de la implementación de Elige Vivir Sano consiste en la promulgación de la Ley N°20.670 que crea el Sistema Elige Vivir Sano en mayo del año 2013 indica en su Artículo 1° “Esta ley tiene por objeto promover hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas. Para efectos de esta ley, se entenderá por hábitos y estilos de vida saludables, aquellos que propenden y promueven una alimentación saludable, el desarrollo de actividad física, la vida familiar y las actividades al aire libre, como también aquellas conductas y acciones que tengan por finalidad contribuir a prevenir, disminuir o revertir los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles”. Este consiste en un modelo de gestión constituido por “políticas, planes y programas que tengan por finalidad educar, informar y fomentar la prevención de los factores y conductas de riesgo asociadas a las enfermedades no transmisibles derivadas de estilos de vida no saludables” (Ley N°20.670).

El Sistema Elige Vivir Sano, originado desde el Programa Elige Vivir Sano, está planteado como una política pública intersectorial en materia de calidad de vida, que como tal podría generar un beneficioso gran impacto en el largo plazo en materia promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Se trata de un programa orientado a la promoción de la salud de la población, que convive con otros programas ya existentes en la misma materia.

En la actualidad, el discurso institucional respecto del sistema apunta a que hasta el momento ha estado centrado en un enfoque de estilos de vida individuales. (Radio Agricultura 2014).

Si bien, posiblemente existen cambios de dirección en el Sistema Elige Vivir Sano originados en este cambio de concepción vinculado al cambio desde el gobierno del ex presidente Sebastián Piñera al gobierno de la actual presidenta Michelle Bachelet, estos no serán abordados y están fuera del periodo comprendido en este estudio.

b. Programa de Promoción de la Salud

El Programa de Promoción de la Salud tiene como propósito “Contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos y estilos de vida saludables”(MINSAL, 2012).

Los objetivos estratégicos que guían el programa son los siguientes:

“Promover la formulación e implementación de políticas locales en promoción de la salud en los entornos comunales, laborales y educacionales, construyendo oportunidades para que las personas familias y comunidades accedan a entornos que faciliten los estilos de vida saludables”.

“Lograr que las instituciones de educación superior y los lugares de trabajo sean reconocidos por la incorporación de estrategias de promoción de salud (sistema de acreditación)”.

“Fomentar la participación ciudadana en la gestión de políticas públicas regionales del sector salud y en las acciones de promoción de la salud a nivel local”.

“Fortalecer la expresión, en el nivel local y en los establecimientos de la red asistencial, de estrategias de promoción de la salud, y en particular que los programas ministeriales contengan componentes de dicha estrategia”.

“Reforzar la función de promoción de la Salud (liderazgo, abogacía y negociación) en las Seremis de Salud, en base a su marco legal y a las prioridades políticas del gobierno”.

Las estrategias específicas que se desarrollan en el programa y sus respectivos objetivos son:

1. Planes Comunales de Promoción de la Salud:

Su objetivo es “Instalar condiciones estructurales estables en el tiempo que sustenten el cambio de estilos de vida a través del desarrollo de entornos saludables para la población.”(MINSAL, 2012)

La estrategia de intervención social consiste en la ejecución de planes de trabajo con los componentes de vida libre de usos de tabaco, alimentación saludable, actividad física y otro de pertinencia territorial. Esto ocurre mediante la preasignación de recursos a todas las comunas del país, la posterior elaboración de Planes Comunales de Promoción de Salud para adjudicarse los recursos, los que son evaluados por parte de la SEREMI de salud respectiva y posteriormente implementados en el plazo de un año calendario por la encargada o encargado comunal de promoción de salud y la mesa intersectorial en cada comuna.

2. Lugares de Trabajo Promotores de la Salud

Su objetivo es “Incentivar la incorporación de las empresas e instituciones a un proceso voluntario de diagnóstico de sus entornos laborales, con la posibilidad de desarrollar programas de mejoramiento, con asesoría técnica permanente, para alcanzar una mejor calidad de vida de los trabajadores.” (MINSAL, 2012)

La estrategia de intervención social consiste en el reconocimiento por parte del Ministerio de Salud de aquellos lugares de trabajo, ya sean empresas privadas o instituciones públicas, que realizan programas para la promoción de salud y calidad de vida de sus trabajadores y trabajadoras. Esto ocurre mediante la firma de cartas de compromiso entre un representante del lugar de trabajo y el Secretario Regional Ministerial de salud correspondiente, a fin de implementar un plan de mejora de las condiciones del entorno laboral para promover la salud y calidad de vida en los trabajadores en un periodo acotado.

3. Instituciones de Educación Superior Promotoras de la Salud

Su objetivo es “Incentivar a las instituciones de educación superior a instalar políticas organizacionales y programas dirigidos a la promoción de la salud de la comunidad educativa” (MINSAL, 2012).

La estrategia de intervención social consiste en el reconocimiento por parte del Ministerio de Salud de aquellos establecimientos de educación superior autónomos, ya sean universidades, centros de formación técnica o institutos, que realizan programas para la promoción de salud y calidad de vida de sus estudiantes. Esto ocurre mediante la firma de cartas de compromiso entre un representante de la institución y el Secretario Regional Ministerial de salud correspondiente, a fin de implementar un plan de mejora

de las condiciones del entorno educacional para promover la salud y calidad de vida de sus estudiantes en un periodo acotado.

4. Establecimientos Educativos Promotores de Salud

Su objetivo es “Incentivar a los establecimientos de nivel preescolar o parvulario, básico o medio a instalar políticas organizacionales y programas dirigidos a la promoción de la salud de la comunidad educativa, para el mejoramiento de su salud y calidad de vida” (MINSAL, 2012).

La estrategia de intervención social consiste en el reconocimiento por parte del Ministerio de Salud de aquellos establecimientos educacionales, ya sea jardines, escuelas, colegios y liceos públicos y privados, que realizan programas para la promoción de salud y calidad de vida de sus estudiantes. Esto ocurre mediante la firma de cartas de compromiso entre un representante del establecimiento y el Secretario Regional Ministerial de salud correspondiente, a fin de implementar un plan de mejora de las condiciones del entorno educacional para promover la salud y calidad de vida de sus estudiantes en un periodo acotado.

Cuadro N°1:

Síntesis Estrategias del Programa de Promoción de la Salud

Estrategia	Objetivo	Foco de Intervención
Planes Comunales de Promoción de la Salud (PCPS)	Instalar condiciones estructurales estables en el tiempo que sustenten el cambio de estilos de vida a través del desarrollo de entornos saludables para la población	Comunal Todos los grupos de edad
Lugares de Trabajo Promotores de Salud (LTPS)	Incentivar la incorporación de las empresas e instituciones a un proceso voluntario de diagnóstico de sus entornos laborales, con la posibilidad de desarrollar programas de mejoramiento, con asesoría técnica permanente, para alcanzar una mejor calidad de vida de los trabajadores	Laboral Adultos
Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (IEPS)	Incentivar a las instituciones de educación superior a instalar políticas	Educacional Jóvenes y Adultos

	organizacionales y programas dirigidos a la promoción de la salud de la comunidad educativa	
Establecimientos Educativos Promotores de Salud (EEPS)	Incentivar a los establecimientos de nivel preescolar o parvulario, básico o medio a instalar políticas organizacionales y programas dirigidos a la promoción de la salud de la comunidad educativa, para el mejoramiento de su salud y calidad de vida	Educacional Niños

En la práctica, específicamente en el marco del Programa de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de Chile, se cuenta sobre todo con evaluaciones de implementación (proceso) de carácter cualitativo a nivel de estrategias, o evaluaciones a nivel de proyecto en lo referido al cumplimiento de actividades o ejecución de recursos (Sapag, 2006) (El Agua Consultores, 2012). Es decir, con evaluaciones que se focalizan en partes del trabajo realizado sin poder dar el paso a un modelo de evaluación que considere el fenómeno de manera holística. Es decir, que es necesario contar con evaluaciones del programa en lo que respecta a coherencia interna, evaluabilidad de sus procesos e impacto. Sin esto, no es posible realizar afirmaciones relativas a la adecuación del programa a la realidad nacional, sus alcances o resultados e impactos en el estado de salud de la población.

4.5 Aspectos relevantes del diseño de políticas públicas

Esta sección da cuenta de los conceptos más importantes a considerar para este estudio en materia de políticas públicas. Específicamente se trata de definiciones y distinciones que pueden ser útiles para el análisis.

i. Conceptos Principales

A continuación se desarrollarán conceptos relevantes a utilizar en el presente estudio, los que son relevantes debido a la multiplicidad de significados que algunos de ellos adquieren en la literatura referida a políticas públicas de salud.

i. Proyecto, Programa y Política Social

Un **proyecto** es “la unidad mínima de asignación de recursos que a través de un conjunto integrado de procesos y actividades busca transformar una parcela de la realidad disminuyendo o eliminando un déficit o solucionando un problema” (Cohen, 2004).

Un proyecto debe haber definido el problema social que busca abordar, objetivos de impacto, población objetivo, localización espacial de sus beneficiarios, un inicio y un fin temporalmente definidos.

Un **programa** social es “*un conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos, que pueden diferenciarse por trabajar con poblaciones diferentes y/o utilizar distintas estrategias de intervención*”(Cohen, 2004).

También, ha sido conceptualizado como “*un conjunto de actividades necesarias, integradas y articuladas que proveen bienes y/o servicios (componentes), tendientes a lograr un propósito específico en una población objetivo y que por esta vía resuelve el problema que dio origen al mismo*”(DIPRES, 2009).

Una **política social** es un “conjunto de programas que pretenden alcanzar los mismos fines, da las orientaciones sobre qué problemas sociales priorizar y define las principales vías y/o límites para la intervención que la política planea” (Cohen, 2004).

Por ejemplo, en términos analíticos, el Sistema Elige Vivir Sano⁶ creado por la Ley N° 20.670 (Ministerio de Desarrollo Social, 2013) correspondería a una Política Social y está compuesto, según indica la ley, de un conjunto de programas definidos anualmente por el Presidente de la República. En nuestro estudio de caso analizaremos lo que se denominó Programa Elige Vivir Sano durante los años 2011-2013. Es decir, hasta antes de la creación del Sistema Elige Vivir Sano.

El Programa de Promoción de Salud y otros programas del Ministerio de Salud podrían ser considerados como integrantes de ésta, aun cuando su formulación en la práctica fue anterior a la política en tanto su creación data del año 1998 y correspondan a otro ministerio.

⁶ En este documento llamaremos Programa Elige Vivir Sano a la “iniciativa social” que desarrolla el gobierno entre los años 2011 y 2013 y Sistema Elige Vivir Sano a la “política social” creada por la Ley N° 20.670 en el año 2013 y que actualmente se encuentra en desarrollo.

5. Estrategia Metodológica

El presente estudio busca estudiar la experiencia de implementación del Programa Elige Vivir Sano en el Ministerio de Salud durante el periodo 2011 al 2013 para comprender las estrategias emergentes en las prácticas de los gerentes públicos y otros actores en su implementación. En términos más amplios con el fin de aprender del proceso de gestión de las políticas y programas sociales.

Se trata de un estudio cualitativo en tanto busca “aprender de experiencias y puntos de vista de los individuos, valorar procesos y generar teoría fundamentada en las perspectivas de los participantes”(Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2006), en este caso “las estrategias emergentes de los gerentes públicos de MINSAL en los contenidos y en la trayectoria del Sistema Elige Vivir Sano y su posterior implementación hasta el año 2013”.

En términos clásicos, se trata de un estudio por ello exploratorio, dado que busca explorar en un “tema poco estudiado” (Hernández-Sampieri et al., 2006) cómo son las prácticas de gerencia social en el contexto de programas de salud y también descriptivo en tanto busca “especificar las propiedades” (Hernández-Sampieri et al., 2006) del proceso.

Complementando la descripción anterior, en términos de la literatura de investigación en políticas públicas, la investigación posee carácter instrumental (Barzelay & Cortázar, 2004), dado que permite comprender aspectos que sobrepasan a la experiencia misma en cuestión y su análisis nos permitirá comprender el desarrollo y operación de prácticas de gerencia social determinadas. En este caso de la implementación de un programa orientado a la promoción de la salud de la población desde el gabinete de una primera dama y su implementación y convivencia con otros programas ya existentes en la misma materia.

Según Barzelay(Barzelay & Cortázar, 2004), podemos realizar tres precisiones sobre las prácticas de gerencia social a) la situación con que interactúan son percibidas como problemas o situaciones insatisfactorias b) están orientadas a la obtención de resultados públicamente valiosos, es decir, a la creación de valor público y c) se trata de procesos en tanto secuencia de acciones en un tiempo y contexto dado.

El estudio estará centrado no sólo en los aspectos formales del diseño sino también en el contexto con el que interactúan y las interacciones entre los actores. Es decir, más allá de lo establecido en los documentos oficiales, considerando la perspectiva de los actores, la que incluye su interpretación particular del problema, propósitos y acciones.

En este caso, usaremos el método narrativo, cuyo foco de estudio corresponde a eventos en tanto “conjunto de acciones encadenadas coherentemente en función a su significado al interior de una experiencia global” (Barzelay & Cortázar, 2004), el procedimiento para explicar corresponde al “encadenamiento narrativo de los eventos (acciones) de manera que constituyan un proceso con sentido” dado que “ se busca explicar conexiones particulares entre eventos singulares” (Barzelay & Cortázar, 2004) y que se caracteriza por considerar el contexto dado que “sólo así es posible reconstruir el sentido global de

las acciones al interior de una experiencia situada en tiempo y lugar” (Barzelay & Cortázar, 2004).

La técnica de producción de datos será la realización de Entrevistas Semiestructuradas y se seleccionará una muestra de casos tipo privilegiando a “riqueza, profundidad y calidad de la información”(Hernández-Sampieri et al., 2006) sobre el caso en estudio.

Se entrevistará a actores involucrados en el episodio, cuyo propósito es capturar información descriptiva, explicativa, y general sobre cómo se desarrolló el programa, la que una vez analizada se utilizará en la elaboración de un relato de los actores de la situación estudiada, con el propósito de identificar los principales hallazgos que explican su desarrollo, y contrastarlo a los conceptos y doctrinas en que se funda una política pública de este tipo.

De esta forma buscaremos reconstruir la experiencia de forma holística considerándola como un todo.

Para configurar el relato, desarrollaremos sus elementos básicos, es decir los eventos y una trama y construiremos una estructura narrativa a partir entrevistas en las que se desarrollarán preguntas temáticas, explicativas y descriptivas.

5.1 Mapa de Actores

La muestra fue conformada por personas que ejercieron cargos de dirección relacionados con la implementación del Programa Elige Vivir Sano en el Ministerio de Salud, es decir, gerentes públicos y funcionarios durante el periodo 2011-2013.

El método para la selección de informantes fue el de muestreo deliberado, en el que los informantes fueron seleccionados por cumplir con las características antes descritas.

Se incluye en el estudio a personas que estuvieron en el gabinete del Subsecretario de Salud Pública, directivos y funcionarios de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. En este último caso, del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana y el Departamento de Alimentos y Nutrición. Aunque estaban considerados en el diseño original, no fue posible acceder a personas que desempeñaron funciones en el Gabinete del Ministro, el Programa Cardiovascular o el Programa Vida Sana durante ese periodo. En algunos casos no se logró conseguir datos de contacto y en otros en que se consiguió los datos no fue posible establecer contacto. Esto se debe principalmente a que se trata de personas que ya no trabajan en el Ministerio de Salud, institución que fue la principal fuente de datos de contacto.

El número de actores y la cantidad de entrevistas estuvo determinada por el criterio de saturación del dato en el caso de las entrevistas a profesionales. Es decir, se contactó a profesionales que trabajaron en ambos departamentos durante el periodo y se realizó entrevistas hasta que la información fue redundante.

En el caso del número de directivos, este fue determinado con por la disponibilidad de quienes ocuparon dichos cargos en departamentos relevantes de Minsal durante el periodo. Es decir, se contactó a quienes ocuparon los cargos directivos en las áreas involucradas durante el periodo y se realizó entrevistas a quienes fueron efectivamente contactados y accedieron a dar las entrevistas. Del listado preliminar, no se pudo obtener datos de contactos de tres directivos, y en un caso se contactó pero no fue posible concretar la entrevista aun cuando se re agendó en más de una ocasión y se acudió a su realización en la fecha y hora indicada.

El grupo final de entrevistados estuvo conformado por 10 personas, entre ellas 5 ubicadas en cargos directivos y 5 en cargos profesionales durante el periodo en estudio.

Los entrevistados en el estudio corresponden a la siguiente lista de perfiles. Cuadro N°2: Listado de perfiles considerados en el estudio.

Nº	Dependencia y Cargo	Ministerio	Periodo
1	Asesor Gabinete Subsecretario de Salud Pública	MINSAL	2010-2013
2	Profesional Equipo Elige Vivir Sano⁷	MINDES	2013
3	Jefatura DIPOL	MINSAL	2012-2013
4	Jefatura DIPOL	MINSAL	2010-2011
5	Jefatura Departamento de Nutrición	MINSAL	2010-2011
6	Jefatura del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana	MINSAL	2011
7	Jefatura del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana	MINSAL	2011-2013
8	Profesional del Departamento de Alimentos y Nutrición	MINSAL	2011-2012
9	Profesional del Departamento de Alimentos y Nutrición	MINSAL	2010-2013
10	Profesional del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana	MINSAL	2010-2012

⁷ Aunque no estaba considerado inicialmente, se agregó este perfil debido a la existencia del contacto y la posibilidad de contrastar información interna del Minsal con información externa.

6. Relato del Caso

6.1 Diseñando Elige Vivir Sano

El contexto de elaboración del diseño del programa Elige Vivir Sano en Chile, corresponde al inicio del periodo del Presidente Sebastián Piñera. Corresponde a un periodo de vuelta a gobernar de las fuerzas políticas de derecha después de 22 años de gobierno de una coalición de centroizquierda.

El cambio de gobierno, fue un periodo de cambios y de adaptación de nuevos actores que se incorporaron a las diversas reparticiones públicas. Así también, de salida de otros actores mayormente ligados a la coalición que gobernó con anterioridad.

El Ministerio de Salud no estuvo ajeno a este periodo de cambios en la composición de sus equipos técnicos y políticos, con mayor o menor profundidad en todas las áreas.

Las políticas públicas, programas y planes que se estaban implementando a la fecha pasaron por un periodo de revisión y evaluación. Siendo muchos de ellos eliminados al segundo año de gobierno, modificados o mantenidos.

Así también, algunos procesos que se encontraban en etapa de diseño fueron rediseñados y puestos en marcha con nuevas características.

Uno de estos procesos corresponde a la elaboración de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020. Proceso que se encontraba en etapa de diseño por parte de los diversos equipos técnicos al final del año 2010 y que incluso había considerado la participación de la sociedad civil a partir de un proceso de foros o diálogos participativos realizados en todo el país en el que participaron más de 47 mil personas (MINSAL, 2009).

Este proceso fue reemplazado por otra herramienta denominada Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (MINSAL, 2011), la que contienen un total de 9 objetivos sanitarios, 50 metas sanitarias, 64 indicadores de impacto y 513 resultados esperados.

La idea de elaborar un programa con las características de Elige Vivir Sano nace junto con la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, que daba cuenta de graves problemas en la población asociados a la prevalencia de Enfermedades Crónicas, lo que fue considerado como un diagnóstico suficiente para considerar necesario un trabajo en materia de prevención y promoción de la salud. No es posible establecer un autor de la idea aunque hay referencias a que esta habría surgido al interior de MINSAL e incluso que habría sido idea del ex ministro Mañalich⁸.

Dicha estrategia en su introducción titulada “NO HAY MEJOR MÉDICO QUE UNO MISMO Prevención de enfermedades y fomento de hábitos de vida más sanos.” plantea un curso de acción para el mejoramiento de la situación del país en diversas “La Estrategia implica apuntar a reducir el impacto de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, desde la tuberculosis a los problemas cardiovasculares,

⁸ Asesor Gabinete Subsecretario de Salud Pública y Profesional Equipo Elige Vivir Sano

adicionando causas de mortalidad como los accidentes de tránsito y la violencia intrafamiliar por medio de acciones como aumentar las patologías AUGE, generar paquetes preventivos garantizados, mejorar la cobertura del tratamiento de Hipertensión y Diabetes, entre otras medidas; la estrategia también implica atacar factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol, la obesidad y sedentarismo; atacar los riesgos para la salud tanto en las diferentes etapas de vida, como para las distintas situaciones sociales, demográficas; velar por contar con ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales razonables para el correcto desarrollo de las personas. Junto con lo anterior, la estrategia implica reforzar el sistema público de salud, cerrando las brechas en recursos humanos, potenciando la atención primaria, acreditando a los hospitales de la red, mejorando el acceso a las atenciones de salud, mejorando el trato a los usuarios, y dando a la población acceso a medicamentos de calidad y a precio justo. Finalmente, la estrategia recoge la necesidad de estar preparados para emergencias y desastres como los vividos en el país el 27 de febrero de 2010, contando con una red de salud que pueda responder en forma oportuna.”(MINSAL, 2011)

En este caso, es interesante constatar que desde el inicio del documento se da un énfasis particular a la prevención de las enfermedades crónicas estableciendo su abordaje como una tarea multisectorial a nivel presidencial y enunciando la implementación del programa Elige Vivir Sano, tal como señala el prólogo firmado por el Presidente Piñera: “Este es un desafío de marca mayor. La probabilidad de tener éxito dejando esta tarea solo a Salud es baja. Por ello, desde hace un año, el Gobierno se ha enfocado en una perspectiva de convocatoria a diversos actores, a través del Programa “Elige Vivir Sano”, que en el momento de lanzar esta Estrategia Nacional de Salud se muestra como imprescindible. Como sostiene la propia “Declaración de Valparaíso” recientemente elaborada con ocasión de los 200 años del Congreso Nacional, se requiere una coordinación que garantice esta perspectiva colaborativa, dependiente de la Jefatura de Estado, y que haga de esta política una tarea de todos, porque lo que está en juego, precisamente, es la suerte de todos.”

Si bien el proceso de elaboración de la Estrategia Nacional de Salud fue contemporáneo al diseño del programa Elige Vivir Sano, no fue hasta el año 2012 en que se pudo contar con el documento final. Es por esto que su portada lleva el logo del programa y el título dice Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 Elige Vivir Sano, aun cuando su proceso de elaboración fue iniciado mucho antes de que surgiera la idea de Elige Vivir Sano.

De esta forma, se atribuye la idea de la creación de Elige Vivir Sano al Ministerio de Salud. Esta es planteada por el entonces Ministro de Salud, Jaime Mañalich, a la Primera Dama Cecilia Morel⁹ quien desarrolla la idea en su gabinete en SEGPRES con la colaboración de diversos ministerios y elabora lo que denominamos Programa Elige Vivir Sano.

El lanzamiento de la iniciativa tuvo lugar el 17 de marzo de 2011 (La Nación, 2011) y en su lanzamiento se indicó que la inspiración para crear el programa se estableció en el

⁹ Entrevista Asesor/a Gabinete Subsecretaría de Salud Pública Programa Elige Vivir Sano N°1; Asesor/a Gabinete Primera Dama Programa Elige Vivir Sano y Profesional Ministerio de Desarrollo Social Programa Elige Vivir Sano N°1

Programa Let's Move de Estados Unidos. Iniciativa liderada por la Primera Dama de ese país Michelle Obama.

Así también, a fin de dar cuenta de la relevancia del problema, comparó el efecto de las enfermedades crónicas con un "tsunami silencioso" en que "Todos los años en nuestro país mueren 15 mil compatriotas, y nosotros nos mantenemos impávidos como si nada pasara; ese es un tsunami silencioso que nosotros vamos haciendo con nuestras propias vidas al ir teniendo malos hábitos de vida"(La Nación, 2011).

Otros hitos significativos durante el inicio de Elige Vivir Sano para el equipo de Cecilia Morel, corresponden su participación en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles realizada en septiembre de 2011 en Nueva York, Estados Unidos (Oficina de Sebastián Piñera, 2015) y la participación en Congreso EPODE International Network¹⁰.

En el caso de la reunión, el producto final fue la “Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles”(ONU, 2012).

En ella se establece como labor de los gobiernos y de toda la sociedad responder a problema de las enfermedades no transmisibles reconociéndole proporciones epidémicas con amplias repercusiones socioeconómicas y para el desarrollo. Se establecen medidas para reducir los factores de riesgo y crear entornos que promuevan la salud, reforzar las políticas y los sistemas de salud nacionales, establecer cooperación internacional y alianzas de colaboración, investigación y desarrollo, seguimiento y evaluación y otras medidas complementarias.(ONU, 2012)

En dicha reunión se presentó Elige Vivir Sano a la comunidad internacional “se destacó el carácter intersectorial, transversal y ciudadano de Elige Vivir Sano, sus objetivos y logros esperados. Asimismo, esta actividad permitió estudiar y compartir las experiencias de otras políticas gubernamentales destinadas a prevenir enfermedades de alto riesgo y que perjudican a todos los países, en especial, a los en vía de alcanzar el desarrollo, como es el caso chileno” (Oficina de Sebastián Piñera, 2015).

En el caso de la Red Internacional EPODE (EPODE International Network), el hito fue la participación en el 1º Foro Global de Obesidad realizado en Nueva York en Junio de 2012. En la reunión se compartieron buenas prácticas de los programas que conforman la red y buscaba la construcción de capacidades de innovación en materia de prevención de la obesidad infantil a nivel global. Elige vivir Sano se integró a la red durante el periodo diseño e inicios del periodo de implementación.

En esta primera etapa, que podría ser calificada como etapa de “Diseño” del Programa Elige Vivir Sano, está marcada por el carácter comunicacional de las acciones implementadas con presencia en medios masivos tales como la televisión a través de

¹⁰ Asesor/a Gabinete Primera Dama Programa Elige Vivir Sano y Profesional Ministerio de Desarrollo Social Programa Elige Vivir Sano N°1

comerciales, a través de contenidos en internet a través de su página web y en redes sociales y también a través de la implementación de una gira de un equipo para la realización de eventos masivos en todas las regiones del país, entre otros.

En esta etapa, desde el inicio se realizan coordinaciones interministeriales asociadas al programa, concretamente se empieza a realizar reuniones intersectoriales de Elige Vivir Sano en el palacio de la Moneda y a disponer la participación de los servicios públicos en acciones ligadas a la marca a nivel nacional y regional.

Sin embargo durante el 2011 y 2012 no es posible identificar una estructura de programa social para el Programa Elige Vivir Sano, es decir, entendida como “un conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos, que pueden diferenciarse por trabajar con poblaciones diferentes y/o utilizar distintas estrategias de intervención”(Cohen 2004) o como “un conjunto de actividades necesarias, integradas y articuladas que proveen bienes y/o servicios (componentes), tendientes a lograr un propósito específico en una población objetivo y que por esta vía resuelve el problema que dio origen al mismo”(DIPRES 2009).

Si bien durante el 2011 Elige Vivir Sano realizó una revisión de los programas y proyectos existentes a la fecha en el Estado y se publicó un documento con la oferta programática asociada al programa, no es posible identificar un documento estatal que fije la existencia de un programa ubicado en presidencia con objetivos, metas y un presupuesto. Es decir, que no existe un documento oficial con el diseño del Programa Elige Vivir Sano.¹¹

La oferta programática presentada (SEGPRES, 2011) fue el producto de un levantamiento de una oferta de programas previamente existente, que se visibilizó con la existencia del programa. Correspondiendo a un diagnóstico de la oferta existente y no a la creación de uno o más nuevos programas.

El catastro, da cuenta de la oferta pública orientada a favorecer estilos de vida saludable a través de sus ministerios y organismos dependientes, con un total de 342 programas y proyectos reportados por Presidencia (8), Secretaría General de Gobierno (25), Economía (1), Planificación (19), Educación (42), Salud (21), Vivienda (161), Agricultura (62) y Medio Ambiente (3).

En el caso del Ministerio de Salud, los programas y proyectos reportados son:

- a) División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL)
7. Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV)
8. EGO Escuelas
9. Regulación y Legislación
10. Alianzas Público-Privadas
11. Alianza Académica-Científica
12. Planes Comunales
13. Acreditación de Entornos Saludables

¹¹ Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva la que no presentó como hallazgo un documento con estas características.

b) División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

1. Promoción de Salud del Adolescente
2. Promoción de Salud Infantil (a, b, c, d)
3. Promoción de Salud en Personas Adultas (a, b, c, d, e, f)
4. Promoción de Salud del Adulto Mayor (AM), Familia y Cuidadores (a, b, c)

Llama la atención que además de programas propiamente constituidos, es posible encontrar reportadas como proyectos, iniciativas tales como mesas de trabajo o componentes de Programas (Regulación y Legislación, Alianzas Público-Privadas, Alianza Académica-Científica, Promoción de Salud del Adolescente, Promoción de Salud Infantil (a, b, c, d), Promoción de Salud en Personas Adultas (a, b, c, d, e, f), Promoción de Salud del Adulto Mayor (AM) y Familia y Cuidadores (a, b, c)) que se observan divididos hasta en cinco partes diferentes y que son contabilizados en forma independiente.

Todos estos actores interministeriales (Presidencia, Secretaría General de Gobierno, Economía, Planificación, Educación, Salud, Vivienda, Agricultura y Medio Ambiente) contaron con diferentes niveles de participación durante la trayectoria de Elige Vivir Sano.

Finalmente, sin lugar a dudas es posible constatar la existencia de una exitosa iniciativa de carácter comunicacional con amplia presencia a nivel nacional y muy valorada por la población (CADEM, 2013). Que como tal es más consistente con el concepto de proyecto, es decir, como “la unidad mínima de asignación de recursos que a través de un conjunto integrado de procesos y actividades busca transformar una parcela de la realidad disminuyendo o eliminando un déficit o solucionando un problema” (Cohen, 2004).

Concluyendo, los antecedentes de la investigación permiten establecer que el Programa Elige Vivir Sano fue ideado conjuntamente entre el gabinete del Ministerio de Salud y el gabinete de Cecilia Morel.

Los principales actores institucionales son Presidencia, Secretaría General de Gobierno, Economía, Planificación, Educación, Salud, Vivienda, Agricultura y Medio Ambiente.

En esta etapa Elige Vivir Sano presenta como elemento central una campaña comunicacional concordante con la estructura de un proyecto.

En esta etapa, también es posible identificar una iniciativa correspondiente a la realización de un catastro o levantamiento de la oferta de programas previamente existente en materia de vida saludable y que posteriormente fue “vestida” con la marca Elige Vivir Sano.

En esta etapa es posible advertir, la vocación intersectorial del naciente programa.

6.2 Implementando *Elige Vivir Sano* en MINSAL

De acuerdo a lo planteado con anterioridad, tanto el diseño como la implementación de *Elige Vivir Sano*, tuvieron como contexto una etapa de cambio en los equipos al interior de MINSAL. Estos cambios estaban relacionados con la constitución de los equipos y con la revisión de programas y proyectos que se encontraban en implementación a inicios de 2011.

El programa, de acuerdo a los actores consultados, nace como una necesidad diagnosticada en el Ministerio de Salud en el marco de la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud, que es transmitida a Cecilia Morel, quien pone en funcionamiento una campaña comunicacional en su Gabinete.

Se plantea como una iniciativa de carácter multisectorial, por lo que si bien el liderazgo se encontró siempre en la figura de la primera dama, requiere la cooperación de diversas reparticiones públicas. Las reparticiones públicas que participaron principalmente son el Ministerio de Salud, Instituto Nacional del Deporte y luego el Ministerio del Deporte, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social.

En el caso de MINSAL la mayor parte de las coordinaciones era realizada directamente entre actores del gabinete de la Primera Dama en Presidencia (GABPRES) y el gabinete del Ministro de Salud (GABMIN), así como también con el gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública (GABSSP).

La relación de MINSAL con GABPRES se concretaba a través de múltiples actores. Esta se iba dando en la medida que GABPRES iba realizando diferentes solicitudes tanto de información como de coordinación.

En GABSSP eran recibidas solicitudes del GABMIN pero también directamente desde GABPRES. Los interlocutores en ambos casos eran diversos e iban cambiando dependiendo del tema en GABPRES y GABMIN.

Desde el año 2011 se contó con una profesional periodista en GABSSP encargada de *Elige Vivir Sano*. Las funciones de esta profesional consistían en resolver los requerimientos provenientes de *Elige Vivir Sano* en coordinación con los equipos técnicos de las diferentes divisiones y departamentos al interior de la subsecretaría así como con los equipos de las diferentes SEREMIS de Salud a los largo de todo el país.

Gran parte de estos requerimientos estaban relacionados con sistematizar la información sobre hitos comunicacionales ocurridos en las SEREMI y en el Nivel Central para ser reportados al equipo de GABPRES, esto con el fin de ser informados centralizadamente por *Elige Vivir Sano*.

Estas actividades eran principalmente hitos comunicacionales de la oferta programática habitual de MINSAL a las que se les agregaba la imagen de *Elige Vivir Sano* pero que no responden a un Programa *Elige Vivir Sano* con un documento de Orientación Técnica propio o una resolución de Programa que fije cuáles eran sus actividades y cuál era su financiamiento. Ejemplos de estas actividades, son la firma de convenios de Planes Comunales de Promoción de la salud, Firma de actas de compromiso y reconocimiento

de los Sistemas de reconocimiento del Programa de Promoción de la salud tales como Lugares de trabajo promotores de Salud y establecimientos Educativos Promotores de Salud, también el Concurso Elige no Fumar de la Oficina de tabaco, entre otros.

Otra fuente de actividades, fueron las organizadas por la gira del “Team” de Elige Vivir Sano por el país. Estas se caracterizaban por un camión que visitaba diferentes ciudades, cuya visita implicaba la realización de actividades masivas tales como corridas, cicletadas, clases de zumba al aire libre, entre otros.

Las coordinaciones producto del itinerario del “Team” Elige Vivir Sano eran coordinadas directamente desde GABPRES con las intendencias regionales y desde esa instancia regional con las SEREMI de Salud¹². Estas no necesariamente eran coordinadas con el GABSSP.

Es posible establecer que las divisiones de mayor relevancia al interior de la Subsecretaría de Salud Pública para Elige Vivir Sano correspondían a la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL) y la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE).

En el caso de DIPOL, coincide en entre las materias de su competencia se encuentra realizar el diseño de políticas públicas en el área de competencia de Elige Vivir Sano tales como el Departamento de Alimentos y Nutrición, el Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana y la Oficina de Tabaco.

Durante el periodo hubo 2 cambios de jefatura en esta división, esto se divide en un periodo de cerca de 1 año a y otro de cerca de 3 años. Ambas jefaturas tuvieron como rol principal, en lo que respecta a Elige Vivir Sano, participar de la entrega de informaciones a los diversos gabinetes desde los departamentos.

En el caso del Departamento de Alimentos y Nutrición (DAN), la relación se limitó a dar respuesta a diversas solicitudes provenientes desde GABMIN, GABSSP y desde GABPRES. Los técnicos fueron requeridos para dar respuestas específicas sobre temas específicos. Estos no fueron requeridos para dar opiniones sobre diseño y/o implementación del programa.

Muchos de los requerimientos estaban relacionados con la validación de diversas informaciones para ser publicadas en la web de Elige Vivir Sano, tales como recetas, videos u otros. Sin embargo, esto sólo se daba en algunas ocasiones. Encontrándose, desde la perspectiva de los entrevistados, mayormente al margen de toda la gestión relacionada con Elige Vivir Sano. Es decir, los profesionales de MINSAL no participaron de la definición de los contenidos de los medios asociados al Programa Elige Vivir Sano ni en la definición de sus actividades salvo que se encontraran respondiendo a solicitudes puntuales

La relación puede describirse como tensa producto de la gran cantidad de profesionales experimentados que fueron despedidos con la llegada de la nueva administración y el contexto general en este departamento estaba dado por la elaboración del Reglamento

¹² Entrevista Asesor/a Gabinete Subsecretaría de Salud Pública Programa Elige Vivir Sano N°1

de la Ley N°20.606 Sobre Etiquetado Nutricional de los Alimentos y su Publicidad, la que adquirió un alto grado de politización siendo denominada Ley Súper 8 por los medios de comunicación y la opinión pública¹³.

Dos hitos que marcaron la relación fueron por un lado, el despido a solicitud de GABPRES de dos profesionales por la entrega de una opinión técnica desfavorable¹⁴ a una solicitud de revisión de textos escolares enviada desde Elige Vivir Sano con motivo de un viaje de Cecilia Morel a Estados Unidos al principio del periodo. Por otro lado, otro hito que marcaría la forma de relacionarse entre el departamento y EVS es la implementación de un equipo fuera del DAN, situado en GABSSP para ocuparse de la redacción del reglamento de la ley N° 20.606.

Otro factor de tensión estaba relacionado con que muchas de las opiniones técnicas entregadas por el equipo original del departamento eran desfavorables a los materiales, videos u otros sometidos a consulta por Elige Vivir Sano. Teniendo como principal causa, a juicio de quienes trabajaban en el DAN en esa época, el déficit de experticia técnica en materia de políticas públicas de nutrición por parte del equipo de GABPRES y de GABSSP. Estos últimos, a su juicio, en el mejor de los casos contaban con experiencia en el área clínica nutricional, pero era muy poco habitual que contaran con experiencia en materia de Salud Pública siendo esto identificado como un tema fundamental y absolutamente necesario para el diseño y gestión de las políticas públicas de salud.

En términos de programas, el DAN dejó de gestionar durante el año 2012 todo aquello relacionado con la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO) focalizado principalmente en la niños y niñas y participó de la transformación del Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física (PASAF) en el Programa Vida Sana¹⁵.

Otro departamento importante desde la perspectiva de las materias abordadas por Elige Vivir Sano, es el Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana (DPS).

Este departamento también fue objeto de grandes cambios en su dotación de profesionales, así como de sucesivos cambios de jefatura (5 en total) en el periodo en estudio, y también sus integrantes describen la relación con Elige Vivir Sano como una relación importantemente mediada por el GABSSP y GABMIN. Siendo su rol principalmente la entrega de información que era solicitada desde los niveles antes mencionados.

No se advierte en los relatos una tensión manifiesta como en el caso de la relación con DAN, aunque es interesante que se advierte que la nueva administración tardó en conocer adecuadamente el foco del trabajo del DPS asumiendo que se trataba de trabajo en materia comunicacional y de difusión de contenidos.

¹³ Uno de los objetivos de la Ley 20.606 es agregar a las etiquetas de los alimentos altos en nutrientes críticos una señalética particular que permita a las personas advertir la presencia de una concentración excesiva del Sodio, Azúcar, Energía y Grasas Saturadas.

¹⁴ Luego de revisar, indicaron su disconformidad con el documento presentado a revisión por presentar falencias técnicas.

¹⁵ Atención de personas con sobrepeso y obesidad en la atención primaria del sistema público de salud.

En términos de programas e iniciativas, el DPS formalmente administraba El Programa de Promoción de Salud. Al analizar los componentes de ese programa fijado por resolución, podemos establecer que en sus líneas de acción existe un programa denominado Planes Comunales de Promoción de la Salud (PCPS) y 4 estrategias Establecimientos Educativos Promotores de la Salud (EEPS), Lugares de Trabajo Promotores de la Salud (LTPS) e Instituciones de Educación Superior Promotoras de la Salud (IEPS). La distinción radica en que en el caso de las estrategias, no existe un presupuesto ministerial asignado para su realización.

En términos concretos, las líneas de trabajo del programa no sufrieron mayores cambios durante el Gobierno de Sebastián Piñera. Aunque tal como el resto de las iniciativas ministeriales fueron vestidas por indicación del GABMIN y GABSSP con la marca Elige Vivir Sano.

En su formulación inicial hasta el año 2009, los PCPS incluían la realización de actividades de reforzamiento de la red asistencial, de cuidado del medioambiente y de control de vectores para la transmisión de diversas enfermedades.

Un hito significativo para la trayectoria del Programa de Promoción de la Salud, es que luego del terremoto del 2010 que afectó a la zona centro sur del país, ese año los fondos del programa pasaron de ser distribuidos a todas las comunas del país a ser distribuidas a un listado de comunas afectadas por el terremoto para dar apoyo a los aspectos psicosociales de la recuperación de los territorios afectados.

Durante el 2011 el programa fue reformulado acotando los componentes o temas de intervención a tres: Alimentación Saludable, Actividad Física y Vida Libre de Humo de Tabaco. Siendo posible agregar otros componentes de relevancia comunal.

También, el Departamento de Promoción de la Salud, elaboró un índice comunal (IC) para la asignación de recursos a las comunas en cada región. Este índice hasta la fecha es calculado por cada SEREMI de acuerdo a un marco presupuestario regional que es dividido en el número de comunas de la región asignando a cada una un monto sobre la base de la evaluación de variables de tipo poblacional y de gestión a los que se asignan diversas ponderaciones.

Otro aspecto importante, durante el periodo en que los PCPS se empiezan a considerar un Programa adscrito a Elige Vivir Sano, es que el financiamiento de los PCPS fue objeto de una ampliación presupuestaria cercana a los 1000 millones de pesos, creciendo de 2500 a 3500 millones de pesos aproximadamente. Si bien en el discurso de los entrevistados y entrevistadas no aparece, es coincidente con el periodo de visibilidad y priorización adquirida por la temática de los estilos de vida saludable y la vida sana durante el periodo en estudio.

Algunos aspectos que quedaron sin implementar con la llegada de la administración Piñera corresponden al trabajo realizado en torno al fomento de la equidad en salud organizado durante el periodo 2006-2010 desde el gabinete de la subsecretaria Jeanette Vega, específicamente el Programa Comunas Vulnerables y el Programa de Barrios Vulnerables.

Es importante mencionar que el Programa Comunas Vulnerables y el Programa de Barrios Vulnerables, se implementaba con una parte de los recursos que históricamente se entregaban a las comunas mediante los PCPS. Es por ello que durante la implementación de este programa, el monto asignado al Programa de Promoción de la Salud bajó significativamente. Sin embargo, tanto Comunas Vulnerables como Barrios Vulnerables al no contar con un equipo fuera del GABSSP¹⁶ que pudiera realizar la defensa de su contenido técnico frente a la nueva administración, ni con recursos asignados diferentes a los del Programa de Promoción de la Salud no se implementó como continuidad durante el año 2011. De esta forma, el Departamento de Promoción de la Salud recobró el financiamiento completo de los PCPS el 2011 y aumentando su presupuesto durante el 2012.

Finalmente, otro hito significativo para el DPS es la realización de la 8^o Conferencia Mundial de Promoción de la Salud realizada en Finlandia el 2013, en que se da un impulso al enfoque de Salud en Todas las Políticas promovido por OMS.

Otra área relevante para el Programa Elige Vivir Sano corresponde al trabajo desarrollado por la Oficina de Tabaco dependiente de DIPOL. Esta oficina cuenta con una jefatura estable durante la mayor parte del periodo y contabiliza como un logro importante la promulgación de la Ley N°20.660 que “Modifica Ley N° 19.419 n Materia de Ambientes Libres de Humo de Tabaco” que aumenta las restricciones al consumo, venta y publicidad del cigarro.

Esta oficina no cuenta con responsabilidad sobre la implementación de ningún programa, aunque colabora técnicamente con el diseño del componente Vida Libre de Humo de Tabaco en los PCPS. También cuenta con una estrategia de trabajo con establecimientos educacionales denominada Concurso Elige No Fumar.

En el caso de DIPRECE es relevante la relación con el Departamento de Enfermedades No Transmisibles, específicamente del Programa Cardiovascular. Que cuenta con responsabilidad sobre las estrategias de prevención a nivel ministerial y que es el departamento que se encarga de elaborar anualmente la resolución que establece las enfermedades que serán prevenidas por las estrategias asociadas al Sistema Elige Vivir Sano.

Si bien, es posible que este departamento haya tenido una relación directa con Elige Vivir Sano, los entrevistados no contaban con mayores antecedentes al respecto. Se intentó contactar a la jefatura de la época pero los esfuerzos fueron infructuosos.

Otra división que presumiblemente jugó algún rol, es la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Sin embargo tampoco fue posible contar con el relato de la encargada durante ese periodo del Programa Vida Sana.

Una crítica transversal entre los entrevistados es la falta de expertos en el diseño del Programa Elige Vivir Sano, así como también de la inexperiencia de los equipos políticos

¹⁶ Estaba alojado en el gabinete de la Subsecretaria de Salud Pública y el equipo completo fue desvinculado tras el cambio de gobierno, por lo que no contaba con un equipo técnico alojado en un departamento de MINSAL.

y técnico políticos que se hicieron cargo de labores importantes en los programas de MINSAL durante el periodo.

Por otro lado, desde la percepción de los profesionales, existe una crítica de los directivos de la nueva administración a los profesionales con mayor antigüedad al interior de los equipos de MINSAL, por obstaculizar la gestión y entregar una crítica permanente a las iniciativas de los nuevos equipos.

Es posible identificar como parte de la crítica central la idea de que Elige Vivir Sano no cuenta con una estructura programática, es decir, con objetivos, estrategias de intervención, metas y un financiamiento claramente definidos. Sin embargo, al denominarse Programa a la Estrategia Comunicacional se generaron grandes expectativas y fricciones al interior de los equipos.

Finalmente, también es posible advertir como elemento de crítica central el que Elige Vivir Sano omite las condiciones estructurales a las que se circunscriben las posibilidades de elección de un individuo. Es decir, tal como lo plantea el informe de la Comisión de Determinantes Sociales, que existen desigualdades e inequidad sanitaria que podrían evitarse y que “son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.”(OMS 2009, p.3)

En suma, que la posibilidad de elegir de cada persona va a depender de la posición que ocupa en la estructura social y está determinado por variables que son ajenas a su control. Así también, que las políticas públicas deben considerar estas desigualdades e inequidades para generar cambios en la salud de la población.

Por ejemplo, esto implica modificar adecuadamente los entornos de los individuos de manera estructural, más allá de la entrega de mensajes comunicacionales con esa orientación. Por ejemplo, en el caso de los niños y niñas, interviniendo el Sistema de Alimentación Escolar asumiendo la dificultad que con lleva en términos de actores involucrados, costos monetarios y políticos.

Concluyendo, es posible determinar que en MINSAL la implementación de Elige Vivir Sano consistió principalmente en proveer de la imagen de marca de Elige Vivir Sano a los programas que venían implementándose con antelación, en la gestión de información para ser enviada a GABPRES en materia de hitos comunicacionales en las SEREMIS de Salud y en el nivel central, así también estaba centrada en acciones de coordinación para la realización de estos hitos.

Por otro lado, es posible indicar que hubo principalmente dos divisiones relacionadas con Elige Vivir Sano, DIPOL y DIPRECE. En el caso de DIPOL los departamentos mayormente relacionados con EVS fueron el Departamento de Alimentos y Nutrición, Departamento de Promoción de la Salud y la Oficina de Tabaco. En DIPRECE, los departamentos mayormente relacionados con EVS fueron el Departamento de Enfermedades No Transmisibles a través del Programa Cardiovascular.

Los actores entrevistados y la revisión de otras fuentes dan cuenta de la ausencia de una Orientación Técnica o resolución que fije las actividades del Programa Elige Vivir sano y su presupuesto asociado, por ello consideramos que es mejor denominar como iniciativa social a Elige Vivir Sano aun cuando esta haya sido publicitada como un programa social.

6.3 Creación del Sistema Elige Vivir Sano

La creación del Sistema Elige Vivir Sano se gesta durante el último año de gobierno del Presidente Piñera (2013). Si bien enunciamos que nos ocuparíamos del Programa Elige Vivir Sano y no del Sistema, el periodo de formulación del Sistema Elige Vivir Sano es parte de la gestión de la iniciativa en estudio.

Durante este periodo, toma fuerza la idea de hacer de Elige Vivir Sano una política pública que no esté circunscrita a la presencia o ausencia de una coalición de derecha en el poder. Partiendo por la necesidad de que sea instalado en un ministerio y no en el gabinete de la primera dama. Es decir, situando a Elige Vivir Sano en una estructura organizacional estable al interior de una institución estatal.

Así también, convencidos de los beneficios de que Elige Vivir Sano sea gestionado de manera intersectorial se plantea de la necesidad de crear un “Sistema” con características de política social cuyo liderazgo esté ubicado en el Ministerio de Desarrollo Social.

La Ley N°20.670 que Crea el Sistema Elige Vivir Sano (Ministerio de Desarrollo Social, 2013) fue promulgada el 14 de Mayo de 2013 y entró en vigencia el 31 de Mayo del mismo año.

Esta ley plantea como objetivo “promover hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas. Para efectos de esta ley, se entenderá por hábitos y estilos de vida saludables, aquellos que propenden y promueven una alimentación saludable, el desarrollo de actividad física, la vida familiar y las actividades al aire libre, como también aquellas conductas y acciones que tengan por finalidad contribuir a prevenir, disminuir o revertir los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles.” (Ministerio de Desarrollo Social, 2013, p. 1)

El sistema se define como un “modelo de gestión constituido por políticas, planes y programas elaborados y ejecutados por distintos organismos del Estado, destinados a contribuir a generar hábitos y estilos de vida saludables y a prevenir y disminuir los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles”(Ministerio de Desarrollo Social, 2013, p. 1-2). Entregando al Presidente de la República la obligación de determinar anualmente las políticas, planes y programas que integrarán el sistema.

Establece la creación de una Secretaría Elige Vivir Sano dependiente de la Subsecretaría de Servicios Sociales y entrega el rol de evaluación de las políticas, planes y programas que integran el sistema a la Subsecretaría de Evaluación Social.

Desde la perspectiva de los entrevistados directivos y profesionales de MINSAL, los departamentos mayormente relacionados con EVS no participaron de la elaboración del proyecto de ley, la promulgación de la Ley N°20.670 no provocó mayores cambios en la gestión y se plantea la idea de que el impacto que podría haber tenido se circunscribe al Ministerio de Desarrollo Social, aunque e manifiestan grandes expectativas por el potencial de contar con una ley para trabajar en materia de promoción de la salud y

prevención de enfermedades crónicas. Así también, se plantea la expectativa por el futuro del Sistema e inquietud por su escasa visibilidad con posterioridad al cambio de gobierno.

Concluyendo, la creación del Sistema Elige Vivir Sano mediante la elaboración y promulgación de la Ley N°20.670 fue parte de gestión de la iniciativa Elige Vivir Sano situada en GABPRES y luego mediante la mencionada ley en Ministerio de Desarrollo Social.

El Ministerio de Salud no participó de la elaboración del proyecto de ley y su promulgación generó amplias expectativas de mejora futura para el trabajo en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas.

7. Análisis del Caso

7.1 Creación de Valor Público para hacer frente a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles

La iniciativa Elige Vivir Sano constituye un hito relevante en políticas públicas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, específicamente en el caso de las enfermedades no transmisibles.

Sin embargo, desde su nacimiento despertó controversia en reacción al relato institucional expuesto a través de los medios de comunicación. Es decir, la contraposición entre una visión que establece la causa del estado de salud de la población, en los estilos de vida no saludables y por ello la responsabilidad de los individuos y otra visión que establece como principal causa el contexto estructural de los individuos que establece barreras en forma desigual e inequitativa.

Además, esta política contó con una trayectoria particular que escapa de un enfoque clásico de políticas públicas compuesto por etapas de diseño, implementación y evaluación secuenciales sino mas bien cuenta con una estructura moderna de implementación.

Desde el punto de vista del estudio de las políticas públicas, es posible identificar modelos que establecen un mayor número de etapas en el ciclo de las políticas públicas. Por ejemplo, Eugenio Lahera (2008) un modelo cuyo ciclo analítico consta de cinco etapas claramente definidas, tales como, origen, programa, diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas. No siendo estas etapas necesariamente consecutivas.

Así también el ciclo de las políticas públicas no es autoexplicativo, sino mas bien se trata de un ciclo que no se cierra nunca y que está permanentemente alimentado por su contexto.

Aplicado al caso de Elige vivir Sano, podemos identificar un paso muy rápido desde su origen en la idea de un programa de prevención de enfermedades cardiovasculares fraguada entre actores del Ministerio de Salud y el Gabinete de la Primera Dama, su rápida inclusión en la agenda, una etapa de discusión muy acotada y que no fue más allá de los gabinetes antes mencionados, las etapas de programación, diseño y gestión profundamente imbricadas teniendo lugar todas al mismo tiempo.

Las ventajas de la forma en que se desarrolló esta política pública probablemente consisten en que se logró posicionar un tema de salud pública de forma muy efectiva en la opinión pública por medio de un rápido desarrollo desde la concepción de la idea hasta la instalación del programa.

Es decir que un tema que si bien se venía abordando desde hace más de una década, logra en meses una visibilidad pública nunca antes vista e instala en el imaginario colectivo la existencia del programa.

Las desventajas probablemente radican en que esta rapidez del proceso, creó expectativas insatisfechas entre la comunidad que venía trabajando estos temas con anterioridad, específicamente la idea de que el programa no fue más que una “cáscara vacía”¹⁷o estaba falto de un contenido técnico adecuado. Es decir, que más allá de la vista de la exitosa campaña comunicacional no es posible identificar una estructura de política pública compuesta desde un inicio al menos por uno o varios programas, o cuerpo de proyectos especialmente creados para el abordaje del problema, así como tampoco la identificación de un presupuesto público para su implementación.

Esta crítica sin embargo fue asumida por los gestores como un detalle relacionado con la novedad de la llegada al Estado de la coalición de Gobierno a la que representaban, aunque efectivamente existía una contraposición de visiones marcada, entre el enfoque de factores de riesgo de la administración Piñera y una que podría identificarse mas bien con el enfoque de determinación social de la salud de los equipos provenientes de administraciones anteriores identificadas con la centro izquierda.

Es interesante que si bien existe en los equipos anteriores a la administración Piñera un discurso asociado a los Determinantes Sociales de la Salud, en las políticas ejecutadas hasta la fecha (salvo el programa Comunas Vulnerables) se observa una predominancia del enfoque de factores de riesgo. Eso podría deberse a la reciente irrupción del enfoque de Salud en Todas las Políticas promovido por OPS/OMS cuya influencia se observa en el discurso pero no en las políticas públicas implementadas. Es así como existen voces que indican que la ineficiencia de las políticas de Promoción de Salud a la fecha se explican por estar caracterizadas por la “ausencia de un proceso de planificación sanitaria, intervenciones débiles, aisladas o erráticas, predominio de un enfoque individual, desvinculación de los determinantes sociales y ausencia de políticas estructurales”(Ferrer & Frenz, 2010, p. 2).

La estrategia del programa fue “vestir” los programas ya existentes en la oferta estatal con la imagen de Elige Vivir Sano y coordinar acciones de carácter comunicacional a lo largo del país.

Esto también fue objeto de lecturas contrapuestas en tanto el equipo ejecutor consideraba que lo nuevo de su estrategia estaba en visibilizar un tema habitualmente no priorizado¹⁸ y por otro lado organizar acciones que aparecían como disgregadas y muchas veces con lógicas que estructuraban su diseño que dificultaba identificar su aporte al problema abordado. Este es el caso del Programa de Promoción de la Salud, en que si bien este estaba en implementación desde 1998, durante el año 2011 acotó sus componentes a tres: alimentación saludable, vida libre de humo de tabaco y actividad física.¹⁹ Dejando fuera aquellos elementos no vinculados a las enfermedades no transmisibles tales como control de vectores, de carácter medioambiental o estrictamente de salud mental.

¹⁷ Jefe/a del departamento de Nutrición N°1, Jefe/a del departamento de Promoción de la Salud N°1

¹⁸ Asesor/a Gabinete Subsecretario de Salud Pública

¹⁹ Jefe/a DIPOL N°1

Por otro lado, esto fue visto como una falta de contenido en la nueva política pública derivada de la inexperiencia y falta de conocimiento en materia de salud pública por parte de los nuevos gestores, quienes venían desde sectores ligados a acciones más asistenciales de la salud.

Desde el punto de vista de la gestión por resultados (CEPAL, 2014), la confección de la matriz lógica de Elige Vivir Sano es compleja debido a que no es posible encontrar enunciados objetivos de resultados con los que contrastar los resultados de la implementación en un ejercicio evaluativo. Es decir, no es posible encontrar un documento del programa que dé cuenta de una estructura que considere una vinculación lógica entre fines, objetivos, resultados, productos y actividades. Es posible encontrar un documento que da cuenta de indicadores y sus medios de verificación en la materia, correspondiente a la Estrategia Nacional de Salud (que también aparece con la marca Elige Vivir Sano) pero ningún documento vincula Elige Vivir Sano con algún grado de responsabilidad en el cumplimiento de esos objetivos.

Sí es posible identificar la coexistencia de múltiples estrategias que venían funcionando con anterioridad y otras nuevas ligadas principalmente al ámbito comunicacional. En definitiva, en el caso de las estrategias aportadas por MINSAL, estas existían previamente y fueron “vestidas” con la marca Elige Vivir Sano. Lo nuevo consiste en la coordinación del reporte de las acciones comunicacionales hacia el gabinete de la Primera Dama.

Desde el punto de vista de las funciones esenciales del Estado y su carácter permanente, así como de relaciones entre resultados y productos no necesariamente lineales y causales, en el caso de las funciones esenciales de salud pública denominadas Prevención y Promoción de la Salud, podemos revisar el concepto de creación de “valor público”. Este es definido por Moore tal como “el conjunto de actividades realizadas por instituciones públicas que dan respuesta a necesidades o demandas de la sociedad”(CEPAL, 2014).

En este caso, es posible advertir claramente la direccionalidad de la política pública, en tanto se establece un problema de relevancia para la agenda de gobierno y las estrategias e instrumentos para su abordaje, sin embargo el análisis se complejiza a la hora de encontrar sus resultados e impactos. Es decir, un alza en la prevalencia de actividad física suficiente en la población, un alza en la prevalencia de alimentación saludable o una baja en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el largo plazo. Sin embargo, estos objetivos no aparecen asociados a Elige Vivir Sano traducidos en metas específicas en su página web o posteriormente en su ley, aun cuando estos sí fueron considerados para la Estrategia Nacional de Salud como objetivos para el Ministerio de Salud.

Sin embargo, en el documento que catastra la Oferta Programática de Elige Vivir Sano el año 2011 se declara lo siguiente:

“Como un aporte a los objetivos anteriores (Estrategia Nacional de Salud) nace Elige Vivir Sano, un programa con el que el Gobierno de Chile contribuirá a la instalación de prácticas de vida saludable en toda la población, promoviendo dos conceptos esenciales para la Vida Sana: Alimentación Saludable y Actividad Física. Conceptos

que serán abordados a través de dos ejes: la Vida en Familia y la Vida al Aire Libre. Elige Vivir Sano es además un programa de mediano-largo plazo, de carácter intersectorial, en alianza público-privada y que convocará a la ciudadanía mediante una Campaña Comunicacional. De esta manera se conforma un movimiento que coordinará las diversas actividades que tanto reparticiones de Gobierno, como empresas, organizaciones, gremios, entre otras, estén realizando en línea con los conceptos mencionados.”(SEGPRES, 2011, p. 9)

En el marco de un Modelo de Cadena de Valor Público, el diseño de Elige Vivir Sano es el diseño de política pública correspondiente a un “Estado Observador” cuya acción está basada en la entrega de información. Algunas acciones de programas antecedentes que fueron mantenidos por Elige Vivir Sano, incipientemente se identifican más con un Estado Proactivo que facilita y entrega condiciones (tales como la instalación de circuitos de máquinas de ejercicio en espacios públicos). Sin embargo, desde el punto de vista de la magnitud del problema que se declara abordar, la totalidad de las medidas resultan claramente insuficientes.

En este caso, Elige Vivir Sano debería transitar a un modelo de Estado Proactivo que “promueve y lidera decididamente el cambio en función de un futuro deseado”(CEPAL, 2014, p. 184) y que oriente respuestas colectivas entre el estado, el sector privado, la academia y la sociedad civil desde una perspectiva de determinación social de la salud, haciéndose cargo de las raíces estructurales del problema. En este sentido, todas las medidas tomadas por los gobiernos a la fecha han sido insuficientes.

Concluyendo, en el marco de un Modelo de Cadena de Valor Público, Elige Vivir Sano es una política pública correspondiente a un “Estado Observador” cuya acción está basada en la entrega de información.

Su gran mérito y éxito fueron que logró posicionar un tema de salud pública de forma muy efectiva en la opinión pública. Por otro lado, la iniciativa desde el punto de vista de la gestión por resultados (CEPAL, 2014), no cuenta con un documento del programa que dé cuenta de una estructura que considere una vinculación lógica entre fines, objetivos, resultados, productos y actividades que haya sido entregado a las diversas reparticiones públicas para su cumplimiento o trabajo conjunto.

7.2 La Estrategia Intersectorial de Elige Vivir Sano y el Enfoque de Salud en Todas las Políticas

Elige Vivir Sano se implementó sobre la base de un modelo de trabajo intersectorial, que se inició con la creación de un Comité Interministerial convocado desde SEGPRES.

La intersectorialidad, en este caso, se basa en la implementación de una mesa de trabajo para coordinar las acciones comunicacionales en las diferentes regiones del país y para la entrega de información para la elaboración de reportes, en el caso del Ministerio de Salud esta coordinación también incluyó solicitudes de validación técnica de mensajes dirigidos a la población.

En principio, según el catastro elaborado por Elige Vivir Sano, participaron Presidencia (Fundación de la Familia y Fundación Integra), Secretaría General de Gobierno (Instituto Nacional del Deporte), Economía (Subsecretaría de Pesca), Planificación (Servicio Nacional de la Discapacidad, Servicio Nacional del Adulto Mayor y Servicio Nacional de la Mujer), Educación (Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Junta Nacional de Jardines Infantiles, Subsecretaría de Educación), Salud (Subsecretaría de Salud Pública), Vivienda, Agricultura (CNR, CONAF, INFOR, SAG, CIREN, FIA, FUCOA, INDAP, INIA, ODEPA) y Medio Ambiente.

Como se mencionó con anterioridad, todos estos actores contaron con diferentes niveles de participación durante la trayectoria de Elige Vivir Sano, siendo los actores principales el Ministerio de Salud, Instituto Nacional del Deporte y luego el Ministerio del Deporte, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social. Siendo esta participación siempre acotada a las solicitudes de Elige Vivir Sano.

En términos conceptuales (Cunill Grau, 2005), la intersectorialidad cuenta generalmente con fundamentos de carácter político y fundamentos de carácter técnico. En el primer caso el fundamento político se expresa en la idea de que las políticas públicas que sean estrategias globales de desarrollo (como mejorar la calidad de vida de la población) tienen que ser planificadas e implementadas intersectorialmente y en el segundo caso el fundamento técnico se expresa en la idea de que la intersectorialidad crea mejores soluciones.

Los elementos básicos del concepto de intersectorialidad son: Integración, inclusividad y mancomunidad (Cunill Grau, 2005). Entendiendo integración como integración a nivel de objetivos, procesos y el derrumbe de “feudos”, inclusividad como la idea de que las acciones de los diferentes sectores afectan al resto y que esto debe ser considerado desde el diseño hasta la evaluación de las acciones, finalmente la mancomunidad alude a compartir recursos, responsabilidades y acciones.

En términos generales, el discurso de la intersectorialidad se ha erigido como una crítica a lo sectorial y las iniciativas de este tipo generalmente se encuentran con resistencias, rigideces y oposiciones, muchas de ellas asociadas al problema cultural del corporativismo profesional de las reparticiones públicas (Cunill Grau, 2005).

En el caso de Elige Vivir Sano, es posible identificar un mandato político para el desarrollo de la intersectorialidad probablemente con el interés de que la multisectorialidad permita mejores soluciones. Sin embargo este esfuerzo se diluye debido a que no es posible advertir el resto de los elementos principales de la intersectorialidad.

Desde MINSAL, se advierte un interés en que Elige Vivir Sano durante su implementación adopte un enfoque de Salud en Todas las Políticas²⁰ impulsado internacionalmente por OPS.

Este enfoque tiene cinco elementos clave a) Promover la salud, la equidad y la sustentabilidad, b) apoyar la colaboración intersectorial, c) compartir los beneficios entre múltiples actores, d) involucrar a las partes interesadas y e) crear cambios estructurales y de procedimientos (Rudolph, Caplan, Ben-Moshe, & Dillon, 2013).

Sin embargo, no es posible advertir que el enfoque de Salud en Todas las políticas haya penetrado en el discurso ni en la acción de Elige Vivir Sano. Esto es evidente al observar el énfasis en el contenido comunicacional por sobre el énfasis en la toma de medidas para crear cambios estructurales y de procedimientos para que la población pueda mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, no se encontró documentos de Elige Vivir Sano que instruyan o promuevan acciones de coordinación intersectorial siguiendo los elementos del Enfoque de Salud en Todas las Políticas.

Finalmente, volviendo al análisis basado en los conceptos de Cunill, en términos de mancomunidad, no es posible identificar recursos, responsabilidades ni acciones compartidas. Salvo en el caso de las acciones comunicacionales compartidas en términos de la implementación conjunta de estas en cada una de las regiones del país.

En términos de integración, se puede advertir objetivos comunes dados por los pilares del sistema aunque no operacionalizados de manera que puedan ser asumidos por los diferentes sectores en forma concreta que permita integrar administrativamente los procesos entre unos y otros.

En términos de inclusividad, es posible advertir a nivel de discurso la intención de que el trabajo intersectorial permita evitar la duplicación de acciones entre diferentes reparticiones, así como la noción de que las acciones de unos afectan a otros.

Generalmente existen dos formas de entender la intersectorialidad (Cunill Grau, 2014), por un lado, como una forma de mejorar la entrega de servicios y por el otro como una forma de dar solución a un problema multicausal por medio de la integración sectorial. En ambos casos se le considera un modelo de gestión, sin embargo la intersectorialidad debería conceptualizarse como una variable sujeta a condicionantes específicos.

²⁰ Jefe/a de Promoción de la Salud N°1 y Jefe/a de Promoción de la Salud N°2

En este sentido, volviendo al caso de estudio, es posible afirmar que el modelo de gestión que Elige Vivir Sano sostuvo durante el periodo, es un enfoque de coordinación más que de acción intersectorial considerando sus dimensiones específicas, es decir, integración, inclusividad y mancomunidad.

De esta forma, si bien sus esfuerzos estuvieron puestos en la solución de un problema multicausal no logró generar un modelo de gestión intersectorial cuyo liderazgo le permitiera ir más allá de la formación de una mesa intersectorial y generar un trabajo integrado, inclusivo y mancomunado entre los diferentes actores institucionales para mejorar la situación del problema.

7.3 Enfoques: Territorialidad, Factores de Riesgo y Determinación Social de la Salud

Elige Vivir Sano fue un programa liderado por Presidencia en que los organismos y comunidades locales actuaron como implementadores de la política social que fue transmitida desde los niveles centrales de cada repartición pública. Sin embargo, al tratarse principalmente de una campaña comunicacional, durante el periodo estudiado esto no supuso grandes problemas de gestión al no estar en juego la provisión de otros bienes y servicios estatales de importante valor público.

El elemento territorial es un aspecto fundamental en la gestión de las políticas públicas, en tanto el lugar o los lugares en que se desarrolla la vida de los individuos es determinante a la hora de determinar desigualdades e inequidades sociales. Existe una relación dialéctica entre las desigualdades territoriales y sociales, especialmente en lo que respecta al nivel de ingreso, pobreza, productividad, acceso al bienestar y dotación de recursos naturales. (CEPAL, 2010)

Las características territoriales de Chile, hacen que sea muy importante proveer políticas públicas basadas en la equidad en consideración de las características del territorio.

Por otro lado, un tema de especial relevancia es el tema de los enfoques de salud utilizados para la comprensión del problema central, en este caso, principalmente el enfoque de factores de riesgo en salud y el de determinación social de la salud.

El discurso institucional de Elige Vivir Sano está centrado en un enfoque de factores de riesgo. Este al no problematizar las variables sociales que generan los “estilos de vida” no saludables, es decir, no considerar que el orden social imperante genera una mala distribución de los recursos y el poder (Lopez, 2013), supone alternativas de solución universales e injustas frente al problema de la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Esto se hace evidente en la ausencia de una perspectiva de derechos y la presencia de un universalismo abstracto de la política pública planteada, expresada en una campaña comunicacional para atacar factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.

7.4 Complejidad de la Burocracia Estatal, Insularidad y Valor Público en MINSAL

Al analizar la trayectoria de Elige Vivir Sano en Minsal, es necesario considerar aspectos de institucionales previos y propios de la administración pública.

Tal como en otras organizaciones y reparticiones públicas, en su interior conviven múltiples actores con múltiples intereses, los que sin adecuados sistemas de control y de interdependencias entre los componentes y de ellos con el entorno que pongan límites a su complejidad interna pueden afectar la productividad, satisfacción y los bienes públicos que se proponga generar (Waisbluth, 2008).

Elige Vivir Sano se implementa inmediatamente después de un cambio de gobierno con un marcado liderazgo político asentado en Presidencia. Con una trayectoria que parte por una instalación comunicacional y un levantamiento de información de los proyectos en marcha que no deriva finalmente en el diseño de la anunciada estructura programática sino en el establecimiento de una política por ley.

Al mirar el caso de Elige Vivir Sano en Minsal, es posible advertir elementos que permiten explicar que este aparezca en el relato de los actores institucionales como una política comunicacional exitosa pero que internamente no implicó mayores requerimientos de gestión o de rediseño de la gestión en curso.

La instalación de Elige Vivir Sano confluye con un ciclo de generación de nuevas cúpulas políticas institucionales dadas por el pasado periodo eleccionario en que cambian los directivos de la institución hasta el nivel de jefes de departamento y también muchos de los profesionales técnicos basados en mandatos políticos de reducción del tamaño del Estado.

Comprender el funcionamiento del fenómeno implica comprender las características propias de las insularidades al interior de las instituciones públicas, en particular de la generación de burocracias profesionales. Es decir, la emergencia de entidades en que el valor agregado lo entregan especialistas determinados y no necesariamente el conjunto de los trabajadores de la organización. Por ejemplo, la idea de que un hospital tenga necesariamente que ser dirigido por un médico por ser el tipo de profesional especializado al que se le atribuye la creación de valor público en ese contexto aun cuando su formación en materia de gestión organizacional no asegure un buen desempeño como lo harían otros profesionales con formación especializada en gestión.

Al igual que si se tratara de un hospital, en el Ministerio de Salud se asume que los directivos deben ser profesionales especialistas de carácter clínico, es decir, especializados en “sanar a las personas”. Estableciendo un marcado predominio biomédico en este campo.

Esta realidad trae aparejadas dificultades relacionadas con que el trabajo de la institución tiene una complejidad mayor al escapar a la relación bilateral entre un médico o enfermera y su paciente, sino que en realidad consiste en no sólo “sanar” o recuperar la salud de la población del país perdida por diferentes enfermedades, sino que también prevenir que contraigan enfermedades y promover su salud en niveles

aceptables determinados por acuerdos convencionales respecto de la medida aceptable para ello.

En términos específicos, el campo de la Promoción de la Salud es por definición interdisciplinario y el predominio de la biomedicina es la razón por la que tiene poca importancia dentro de los ministerios respecto de otras áreas de carácter más clínico.

El problema surge en que para dirigir un ministerio de salud o sus departamentos encargados de diseñar, implementar y evaluar políticas públicas de salud para toda la población, es necesario contar con un grado de especialización en gestión que por lo general la formación clínica no entrega. La mayor parte de los profesionales que asumieron cargos directivos en el periodo de instalación de Elige Vivir Sano contaban con un perfil clínico, sin formación en gestión o experiencia en salud pública.

Esto supone una patología de las organizaciones en tanto estos profesionales especialistas ejercen el poder real y tienden a no aceptar la presencia de otros profesionales formados en gestión ni la imposición de mínimos como el establecimiento de indicadores de desempeño y sistemas de control (Waissbluth, 2008).

En este contexto, observamos otro fenómeno característico de las insularidades al interior de las instituciones públicas, de la resiliencia de los mandos medios organizacionales que aprenden a sobrevivir en el clima de incertidumbre y operan como memoria institucional y fuente de poder en sí mismo (Waissbluth, 2008).

En este caso en particular, esto permite la mantención de programas antiguos como el Programa de Promoción de la Salud y sus estrategias, destacándose entre ellas el caso de la estrategia de Planes Comunales de Promoción de la Salud en que salvo una modificación que acotó sus componentes a Alimentación Saludable, Actividad Física y Vida Libre de Humo de Tabaco permaneció sin grandes modificaciones.

Así también, esto puede interpretarse como una estrategia de “resistencia”, una visión alternativa que no logra desplazar a la hegemónica.

Por otro lado, el Departamento de Nutrición tuvo un mayor éxodo de profesionales especialistas y de liderazgos político-técnicos que como efecto colateral trajo la eliminación de la estrategia Ego promovida por OPS, así como también dificultades graves de gestión para elaborar el reglamento de la Ley N° 20.606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad.

Todos estos elementos propios de las burocracias, como el convencimiento de que la institución es un fin en sí mismo y las características propias de las insularidades al interior de las instituciones públicas, determinaron que finalmente Elige Vivir Sano al interior del Ministerio de Salud no lograra superar el apoyo a la campaña comunicacional nacional y el uso generalizado de logos.

En el mejor de los casos, Elige Vivir Sano podría haberse constituido como un gran Sistema Intersectorial de políticas públicas con la capacidad de instruir a las diferentes reparticiones en materia de acciones a implementar para el cumplimiento de objetivos específicos con el fin de mejorar el estado de salud de la población.

8. Conclusiones

8.1 Hallazgos Principales

Respondiendo a la pregunta de investigación **¿Cómo influyen las estrategias emergentes de los gerentes públicos de MINSAL en los contenidos y en la trayectoria del Sistema Elige Vivir Sano y la forma en que se implementó hasta el año 2013?** y el objetivo general de **caracterizar las estrategias emergentes en las prácticas de los gerentes públicos y otros actores, para desarrollar la estrategia Elige Vivir Sano, y su implementación en el Ministerio de Salud de Chile durante el periodo 2011-2013.**

Las estrategias emergentes de los gerentes públicos de MINSAL en cuanto a los contenidos y trayectoria de EVS desde su inicio en 2011 hasta el 2013, están marcadas por los eventos del contexto con el que interactúan y las interacciones entre los actores. Estos fueron factores que influyeron en el surgimiento de estrategias emergentes en los gerentes públicos:

Por un lado, por el inicio de un ciclo de generación de nuevas cúpulas político institucionales, dado que el anuncio sucede casi inmediatamente después del inicio del periodo de instalación del gobierno del Presidente Piñera. Esto implicó un contexto de cambio de directivos en las instituciones hasta el nivel de jefes de departamento y también muchos de los profesionales técnicos. Esto implicó que se desarrollaron estrategias de posicionamiento al interior de las nuevas cúpulas así como también estrategias de resistencia a la instalación de los nuevos equipos.

Por otro lado, confluyen características propias del fenómeno de la insularidad en las organizaciones sin fines de lucro, tales como de la generación de burocracias profesionales y la resiliencia de los mandos medios organizacionales que aprenden a sobrevivir en el clima de incertidumbre y operan como memoria institucional y fuente de poder en sí mismo (Waissbluth, 2008). Generando cierta inflexibilidad hacia el cambio en el quehacer y resistencia a los mecanismos de control. De esta forma es posible identificar, estrategias de resistencia a la modificación de la oferta programática ministerial existente a la fecha.

Ante la pregunta específica ¿Cuáles fueron los principales eventos que favorecieron o dificultaron la implementación del programa?,

Las principales estrategias de los gerentes públicos que favorecieron la implementación del programa son, en primer término, el logro temprano de un posicionamiento en la opinión pública de un tema de salud pública en forma efectiva por medio de una exitosa campaña comunicacional financiada mediante recursos públicos y privados. Esto, en un tema que hasta el momento no había logrado similares grados de visibilidad. En esto recae la mayor parte del valor público creado.

Así también, su implementación sobre la base de un modelo de trabajo definido como intersectorial, que se inició con la creación de un Comité Interministerial convocado desde SEGPRES fue un aporte para resolver temas como el reporte de hitos comunicacionales, el despliegue de la campaña en regiones y, en el caso del Ministerio de

Salud, solicitudes de validación técnica de mensajes comunicacionales dirigidos a la población.

Otra oportunidad supone, que fue un programa liderado por Presidencia en que los organismos y comunidades locales actuaron como implementadores de la política social que fue transmitida desde los niveles centrales de cada repartición pública. En el contexto de la administración pública esto supone un importante impulso.

En términos de eventos que favorecieron la implementación del programa podemos mencionar eventos relacionados que reforzaron el convencimiento de las autoridades en torno a la importancia del tema a tratar tales como la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles del año 2011 y la 8^o Conferencia Mundial de Promoción de Salud realizada en Helsinki, Finlandia en 2013.

Las principales dificultades para la implementación del programa consisten en que el enfoque de estilos de vida saludable no reconoce la multicausalidad del fenómeno de la salud.

De esta forma, el discurso de Elige Vivir Sano, está centrado en un enfoque de factores de riesgo con ausencia de una perspectiva de derechos, no problematizando las variables sociales que generan diferencias injustas en el estado de salud de la población. Es decir, no considerando que el orden social imperante genera una mala distribución de los recursos y el poder (Lopez, 2013), y de esta forma generando alternativas de solución universales e injustas, frente al problema de la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Así también, la proclamación de la existencia de un programa sin un diseño programático ni un presupuesto estatal detrás. Lo que provocó la generación de expectativas insatisfechas entre la comunidad experta en la materia generando importantes críticas durante la implementación del programa.

Por otro lado, la falta de profundidad en el concepto adoptado de intersectorialidad a la hora de solucionar un problema multicausal, derivó en que no se pudo generar un modelo de gestión intersectorial cuyo liderazgo le permitiera ir más allá de la formación del comité a fin de generar un trabajo integrado, inclusivo y mancomunado entre los diferentes actores institucionales para mejorar la situación del problema.

En términos de eventos que dificultaron la implementación del programa podemos mencionar eventos del episodio central tales como el inicio del gobierno del ex presidente Piñera en tanto inicio de un nuevo ciclo de instalación de nuevas cúpulas político institucionales y el despido de profesionales entre los que se puede individualizar el despido de profesionales en el DAN por la entrega de una opinión técnica desfavorable a textos escolares con contenido EVS.

Ante la pregunta específica ¿Cuál es la explicación de los actores involucrados - gerentes públicos y otros -, del sector salud respecto del proceso de implementación del Programa Elige Vivir Sano y la configuración del actual Sistema Elige Vivir Sano?.

En términos generales los gerentes públicos y profesionales en MINSAL dan cuenta de una baja o nula participación en el diseño de Elige Vivir Sano, tanto en su etapa de iniciativa social, consistente en la campaña comunicacional desplegada a nivel nacional, como en la elaboración del proyecto de ley que terminó dando origen al Sistema Elige Vivir Sano.

Por otro lado, su rol estuvo centrado en el reporte de actividades y en la coordinación de la participación de sus respectivos programas en la coordinación de acciones de tipo intersectorial relacionadas con la campaña.

8.2 Lecciones del caso en torno el “Programa” Elige Vivir Sano.

Entenderemos como “Lecciones Aprendidas” como “el conocimiento o entendimiento ganado por medio de la reflexión sobre una experiencia o proceso, o un conjunto de ellos. Esta experiencia o proceso puede ser positivo o negativo” (Luna, Lorena, & Salazar, 2008, p. 2)

La principal fortaleza está constituida por el liderazgo en la iniciativa social establecido al más alto nivel, en este caso, a nivel de primera dama y por asociación con la presidencia de la república. Esto le permitió a Elige Vivir Sano movilizar recursos en todas las reparticiones públicas con agilidad. El mayor logro en torno a esto en que la iniciativa pudo ser transformada en una ley al final del periodo.

Otra fortaleza corresponde a la calidad de la campaña comunicacional y la estrategia de marca de Elige Vivir Sano, la que fue adoptada por múltiples reparticiones públicas incluso para acciones y programas iniciados con anterioridad pero que coincidían en el foco. Así también, por esta vía se logró contar con una importante valoración por parte de la población aún cuando desconocieran en qué consistía concretamente el programa.

En el plano de las debilidades, podemos visualizar, la proclamación de la existencia de un programa sin un diseño programático ni un presupuesto estatal detrás. La que puede estar asociada por la escasa capacidad de capitalizar el know how institucional existente con anterioridad al arribo de las nuevas autoridades.

Por otro lado, la falta de profundidad en el concepto adoptado de intersectorialidad a fin de generar un trabajo integrado, inclusivo y mancomunado entre los diferentes actores institucionales para mejorar la situación del problema más allá del piso básico de la coordinación entre instituciones.

Finalmente, la adopción de un enfoque de factores de riesgo caracterizado por el discurso de los Estilos de Vida Saludable por sobre un enfoque de Determinación Social de la Salud constituye una debilidad en tanto a nivel internacional se ha establecido que el primero no da cuenta de la multicausalidad que opera sobre el estado de salud de la población y que en este se expresan diferencias relacionadas con aspectos como la distribución del poder y la riqueza al interior de cada sociedad.

8.3 Propuestas para el Sistema Elige Vivir Sano.

El actual Sistema Elige Vivir Sano debería transitar a un modelo de **Estado Proactivo** que “promueve y lidera decididamente el cambio en función de un futuro deseado”(CEPAL, 2014) y que oriente respuestas colectivas entre el Estado, el sector privado, la academia y la sociedad civil desde una perspectiva de determinación social de la salud, haciéndose cargo de las raíces estructurales del problema²¹.

Así también, debería adoptar un **enfoque de intersectorialidad basado en el enfoque de derechos y de Salud en Todas las Políticas** considerando sus tiene cinco elementos clave a) Promover la salud, la equidad y la sustentabilidad, b) apoyar la colaboración intersectorial, c) compartir los beneficios entre múltiples actores, d) involucrar a las partes interesadas y e) crear cambios estructurales y de procedimientos (Rudolph et al., 2013). Concretamente esto debería estar aparejado a una acción intersectorial integrada, inclusiva y mancomunada.

En el futuro, **promover la estabilidad** de quienes componen los profesionales en los **equipos de trabajo** y la selección de directivos de carácter técnico que evite el marcado efecto de los ciclos de generación de nuevas cúpulas político institucionales. A fin de poder capitalizar la memoria institucional y el know how especializado.

Desincentivar la generación de burocracias profesionales por medio de la generación de **diseños de política pública acabados que cuenten con mecanismos de evaluación y control**, que faciliten la gestión y el logro de objetivos predeterminados y desincentiven la resistencia al cambio en el quehacer institucional.

²¹ Esto ha sido enunciado en declaraciones de Elige Vivir Sano durante la nueva administración de Michelle Bachelet. Sin embargo, no fue materia de este estudio identificar elementos que den cuenta del contenido de estas nuevas declaraciones.

9. Bibliografía

- Agricultura, R. (2014). “Elige vivir Sano”: Minuta del gobierno critica el programa y propone su modificación. Retrieved July 9, 2015, from <http://www.radioagricultura.cl/2014/09/28/elige-vivir-sano-minuta-del-gobierno-critica-el-programa-y-propone-su-modificacion/>
- Barzelay, M., & Cortázar, J. C. (2004). Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencia social, 1–69.
- CADEM. (2013). Encuesta de Opinión Pública Calidad de Vida y Vida Sana. Retrieved July 16, 2015, from <http://www.msgg.gob.cl/wp-content/estudios/3/CADEM/2013-11.pdf>
- CEPAL. (2010). *La Hora de la Igualdad: Brechas por cerrar, caminos por abrir*. Brasilia, Brasil.
- CEPAL. (2014). *Planificación Prospectiva y Gestión Pública: Reflexiones para la agenda de desarrollo*. (J. Mattar & D. Perroti, Eds.). Santiago, Chile.
- Cohen, E. (2004). Manual Formulación, Evaluación y Monitoreo de Proyectos Sociales. *CEPAL*.
- Cunill Grau, N. (2005). La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social, 18–21.
- Cunill Grau, N. (2014). La Intersectorialidad en las Nuevas Políticas Sociales Un Acercamiento Analítico-Conceptual, 5–46.
- DIPRES. (2009). Notas técnicas. *Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda, DIPRES, -División de Control de Gestión*.
- El Agua Consultores. (2012). *INFORME FINAL DE CONSULTORIA EVALUACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES PARA INSTALAR*.
- Ferrer, M., & Frenz, P. (2010). *Una Política Integral en Salud y Calidad de Vida: Prevención de enfermedades crónicas con un enfoque comunitario. Informe de Políticas*. Santiago.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4º ed.). México DF: McGraw-Hill Interamericana.
- La Nación. (2011). CECILIA MOREL LANZA CAMPAÑA PARA “VIVIR SANO.” Retrieved May 27, 2015, from <http://www.lanacion.cl/cecilia-morel-lanza-campana-para-vivir-sano-/noticias/2011-03-17/165007.html>
- Lahera, E. (2008). *Introducción a las Políticas Públicas* (2º ed.). Santiago, Chile: Fondo de Cultura Económica.

- Lopez, O. (2013). Determinación Social de la Salud: desafíos y agendas posibles. In *Divulgacao em Saude Para Debate N° 49*. Rio de Janeiro.
- Luna, E., Lorena, R., & Salazar, L. (2008). *Notas de Lecciones Aprendidas. Sector de Conocimiento y Aprendizaje*. Retrieved from <http://boru.pbworks.com/f/Lecciones+Aprendidas+11-18-08.pdf>
- Martínez P Misleny; Sanabria R Giselda; Prieto S Rosibel. (2009). Propuesta de dimensiones configurativas de la promoción de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(4), 138–150. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252009000400014
- Ministerio de Desarrollo Social. (2013). Ley N° 20.670 Crea el Sistema Elige vivir Sano. *Congreso Nacional de Chile*.
- Ministerio de Salud. (2005). Ley N° 19.937 MODIFICA EL D.L. N° 2.763, DE 1979, CON LA FINALIDAD DE ESTABLECER UNA NUEVA CONCEPCION DE LA AUTORIDAD SANITARIA, DISTINTAS MODALIDADES DE GESTION Y FORTALECER LA PARTICIPACION CIUDADANA. *Congreso Nacional de Chile*.
- MINSAL. (2009). Foros de Salud: Desafíos y propuestas Ciudadanas. “Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas al 2020.” Retrieved July 20, 2015, from <http://www.yafun.cl/descargas/foros-nacional-baja.pdf>
- MINSAL. (2011). *Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*.
- MINSAL. (2012). Res Ex N° 201 Aprueba Programa Promoción de Salud.
- Moore, M. (1998). *Gestión Estratégica y Creación de Valor en el Sector Público*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Oficina de Sebastián Piñera. (2015). Elige Vivir Sano. Retrieved July 9, 2015, from <http://www.sebastianpinera.cl/cecilia-morel/elige-vivir-sano/elige-vivir-sano>
- OMS. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. First International conference on health promotion, Ottawa, 21. November 1986*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- OMS. (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Retrieved September 20, 2015, from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf?ua=1
- OMS. (2000). Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. Retrieved

- September 20, 2015, from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf
- OMS. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Retrieved May 24, 2015, from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- OMS. (2006). Constitución de la organización mundial de la salud. Retrieved July 9, 2015, from http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS. (2009). Subsanan Desigualdades en una Generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión Sobre determinantes Sociales de la Salud.
- OMS. (2015a). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Retrieved September 20, 2015, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>
- OMS. (2015b). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Retrieved September 20, 2015, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- OMS. (2015c). Overview: 7th Global Conference on Health Promotion. Retrieved September 20, 2015, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index2.html>
- OMS. (2015d). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Retrieved September 20, 2015, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>
- OMS. (2015e). The 8th Global Conference on Health Promotion. Retrieved September 20, 2015, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>
- OMS. (2015f). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved September 20, 2015, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- ONU. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Retrieved July 9, 2015, from <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- ONU. (2012). Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Retrieved July 16, 2015, from <http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/66/137>

- OPS. (2013a). Seminario experiencias exitosas en la prevención de obesidad infantil. Retrieved September 20, 2015, from http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=126&Itemid=
- OPS. (2013b). Summary from of Experiences the Americas. The 8th Global Conference on Health Promotion 2013, Helsinki, Finland, 10 to 14 June 2013. Retrieved September 20, 2015, from http://www2.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=24430&lang=en
- OPS/OMS. (2011). Qué son las Funciones Esenciales de Salud Públicas (FESP). Retrieved May 27, 2015, from http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4159:que-son-funciones-esenciales-salud-publicas-fesp&catid=3175:essential-public-health-functions-ephf&Itemid=3617&lang=es
- Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). *Health in all Policies. A Guide for State and Local Governments*. California, USA: Public Health Institute and American Public Health Association.
- Sapag, J. (2006). *EVALUACIÓN DEL PROCESO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CHILE (1998-2006) Y RECOMENDACIONES PARA UNA NUEVA ETAPA*.
- SEGPRES. (2011). *Oferta Programática Elige Vivir Sano*. Santiago, Chile.
- Vio, F., & Salinas, J. (2002). PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CHILE. Retrieved July 9, 2015, from http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=SO717-75182002029100001&script=sci_arttext
- Waissbluth, M. (2008). *Sistemas Complejos y Gestión Pública* (No. 99). Santiago, Chile.
- World Health Organization. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.
- World Health Organization. (1998). Promoción de la Salud Glosario.

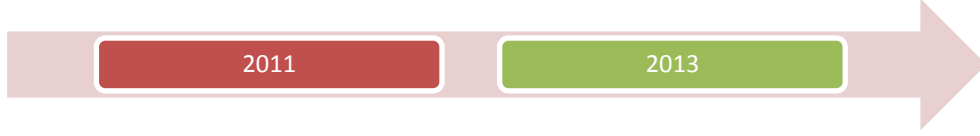
10. Anexo 1

Estructura Narrativa

Implementación Programa Elige Vivir Sano en el Ministerio de Salud durante los años 2011-2013

<u>Eventos Anteriores</u>	<u>Eventos del Episodio Central</u>	<u>Eventos posteriores</u>
Diseño e Implementación del Programa Comunas Vulnerables en MINSAL (2008-2009)	Se implementa el programa Elige Vivir Sano en el Ministerio de Salud (2011-2013)	Implementación de Planes de Trabajo Territorial Elige Vivir Sano en las SEI/EMI de Salud. (2014)
Lanzamiento del Programa Elige Vivir Sano en el gabinete de la primera dama Cecilia Morel. (2011)	<u>Eventos Contemporáneos</u>	Diseño Programa de Participación Ciudadana y empoderamiento en Salud - Elige Vivir Sano. (2014)
Implementación del Programa de Promoción de la Salud en MINSAL (1998 -2010)	Se promulga Ley núm. 20.670 “Crea el sistema elige vivir sano”. (2013)	Diseño Plan Comunicacional - Elige Vivir Sano. (2014)
Diseño e implementación Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física – PASAF (2004 – 2010)	Reformulación del Programa de Promoción de la Salud en MINSAL (2011)	Reformulación de Programa de Promoción de Salud en MINSAL y transformación en Estrategia Comunas y Comunidades Saludables (2015)
	Implementación Programa Vida Sana (2011 a la fecha)	Reformulación del Programa Vida Sana (2014)
	<u>Eventos Relacionados</u> Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles del 2011 8º Conferencia Mundial de	

	Promoción de Salud. (Helsinki, Finlandia. Junio 2013)	
--	---	--



11. Anexo 2

Pauta de Entrevista

Preguntas Descriptivas

1. ¿Cómo describiría su rol durante la implementación de Elige Vivir Sano 2011-2013?
2. ¿Cómo describiría el diseño y la estrategia de implementación de Elige Vivir Sano durante el periodo 2011-2013 en MINSAL? ¿Cómo se hizo?
3. ¿Cómo fue la coordinación con el MINSAL en el lanzamiento del programa Elige Vivir Sano desde el gabinete de la primera dama?
4. A su juicio ¿Cuáles fueron los principales acontecimientos del contexto del diseño y de la implementación del Sistema Elige Vivir Sano en MINSAL durante el periodo 2011-2013?
5. ¿Cómo describiría la incidencia en el diseño de Elige Vivir Sano en otros programas de MINSAL implementados con anterioridad en la materia, es decir, Programa de Promoción de la Salud, Programa Vida Sana, Programa Comunas Vulnerables, PASAF u otro?
6. ¿Cómo describiría la relación entre los equipos de MINSAL y los equipos de Elige Vivir Sano durante el periodo 2011-2013?
7. ¿Cómo describiría la relación entre Elige Vivir Sano y otros programas de MINSAL en implementación en la materia, es decir, Programa de Promoción de la Salud, Programa Vida Sana u otro?
8. ¿Cómo fue el proceso de reformulación del programa de promoción de la salud en MINSAL, y cómo se vinculó a Elige Vivir Sano? (Sólo a profesionales y directivos relacionados con el Programa de Promoción de la Salud)

Preguntas explicativas

9. ¿Cuál cree usted que es el motivo de las críticas a Elige Vivir Sano durante su implementación en el periodo 2011-2013?
10. ¿Cuál cree usted que es el motivo de la relación entre Elige Vivir Sano y otros programas de MINSAL en implementación en la materia, es decir, Programa de Promoción de la Salud, Programa Vida Sana u otro?
11. ¿Cómo explicaría usted la forma específica que se optó en la coordinación de Elige Vivir Sano con los demás programas y planes de gobierno vinculados con él? Indíqueme un aspecto positivo y uno que dificultó la coordinación entre ellos?
12. ¿Cómo calificaría usted el efecto de la promulgación de la Ley 20.670 en la implementación del Elige Vivir Sano en MINSAL? Por favor, ejemplifique con una situación en que usted estuvo involucrado.

Preguntas Temáticas

13. De acuerdo a su opinión ¿Cuáles son los principales elementos con que debería contar un sistema como Elige Vivir Sano para generar un impacto sustantivo en la salud de las personas?
- 14.Cuál es su evaluación respecto del proceso de implementación del Sistema Elige Vivir Sano en MINSAL?
15. ¿Cuál es su evaluación respecto de la configuración del Sistema Elige Vivir Sano?
16. ¿Cuál es su evaluación respecto de su rol en el proceso de implementación del Sistema Elige Vivir Sano?