



UNIVERSIDAD  
**SAN SEBASTIAN**  
VOCACIÓN POR LA EXCELENCIA

UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN  
FACULTAD DE CIENCIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD  
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA  
SEDE SANTIAGO LOS LEONES

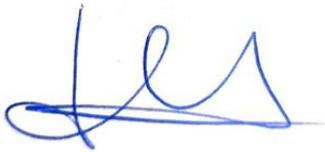
## **“AMBIENTEMOS ALIMENTOS PARA LA SALUD”**

Proyecto para optar al grado de Magister de Nutrición en Salud Pública

Profesor guía MSc. Marion Guerrero Wyss.  
Profesor revisor MSc. María Laura Gajardo Ghilardi.  
Estudiante: Camilo Ariel Avilés Ríos.

## HOJA DE CALIFICACIÓN

En Santiago de Chile, el 21 de Enero del 2023, los abajo firmantes dejan constancia que la estudiante del Magíster de Nutrición en Salud Pública Camilo Ariel Avilés Ríos, ha aprobado la tesis para optar al título de Magister Nutrición en Salud Pública con una nota de 6,9.



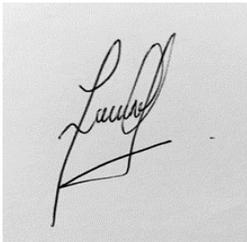
---

**Marion Guerrero Profesor Evaluador**



---

**Laura Gajardo Profesor Evaluador**



---

**Laura Quezada Profesor Evaluador**

© Camilo Ariel Avilés Ríos

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Santiago, Chile

2023

## **Agradecimientos**

*Primeramente, a Dios padre, Hijo y Espíritu Santo.*

*A mi familia, familiares y amigos que han sido parte de este resultado.*

*A mis tutores, profesores y compañeros por su excelencia y calidad profesional  
y humana.*

*A mí, por no dejar de intentar.*

## Índice

<b>I. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>II. Problema a resolver. ....</b>	<b>2</b>
Árbol de Problemas.....	8
Árbol de objetivos:.....	8
<b>III. Objetivo general .....</b>	<b>9</b>
<b>IV. Objetivos específicos .....</b>	<b>9</b>
<b>V. Marco teórico.....</b>	<b>10</b>
<b>VI. Calidad del proyecto .....</b>	<b>17</b>
Territorio focalizado del proyecto .....	17
Población objetivo del proyecto.....	21
<b>VII. Metas, indicadores y medios de verificación.....</b>	<b>22</b>
<b>VIII. Metodología .....</b>	<b>27</b>
<b>IX. Actividades .....</b>	<b>32</b>
Etapa 1: “Presentación y aprobación”. .....	32
Etapa 2: “Redes”. .....	34
Etapa 3: “Conocimiento para la acción”. .....	39
Etapa 4: “Acción en terreno” .....	42
Etapa 5: “Impacto comunitario”. .....	44
Etapa 6: “Propuesta de un emporio comunal”. .....	45
<b>X. Cronograma de actividades .....</b>	<b>47</b>
<b>XI. Presupuesto del proyecto detallado por ítem.....</b>	<b>49</b>
Gastos Honorarios del proyecto. ....	49
Gastos, Bienes y Servicios de consumo del proyecto.....	52

<b>XII. Resumen del presupuesto detallado por ítem del proyecto.....</b>	<b>54</b>
Resumen de gastos honorarios del proyecto. ....	54
Resumen de gastos de bienes y servicios de consumo del proyecto. ....	55
Resumen del gasto global del proyecto. ....	56
Resumen de presupuesto global del proyecto. ....	56
XIII. Bibliografía .....	57
<b>XIV. Anexos.....</b>	<b>60</b>
14.1. Anexo N.º 1 .....	60
14.2. Anexo N.º 2 .....	62
14.3. Anexo N.º3 .....	63
14.4. Anexo N.º4 .....	64
14.5. Anexo N.º5 .....	66

## I. Introducción

El proyecto “Ambientemos alimentos para la salud” se basa en una intervención en gestión de salud pública rural de 12 meses de duración para su ejecución, abordando en líneas generales los condicionantes de salud y de aceptabilidad social de la intervención, contribuyendo en reducir las brechas de inequidad en salud, tanto en la misma situación de salud, acceso a la atención e información, independiente del género y origen étnico. El proyecto permite generar lineamientos para evaluar la aplicación de nuevos recursos preventivos y terapéuticos, basándose en nuevos conocimientos científicos que permitan intervenir el contexto rural y sus determinantes en salud.

El proyecto de intervención en gestión de salud pública “Ambientemos alimentos para la salud” estará a cargo de Camilo Ariel Avilés Ríos, de profesión Nutricionista, Magíster en Nutrición en Salud Pública de la Universidad San Sebastián de la República de Chile, cuyos datos personales para comentarios y consultas del proyecto se exponen a continuación:

- Identificación: Camilo Ariel Avilés Ríos.
- Núm. contacto telefónico: 9 77630188.
- Correo electrónico: cam.aviles.nutricion@gmail.com.

## II. Problema a resolver.

“Insuficiente oportunidad de acceso al conocimiento sobre metodologías dietoterapéuticas para la adecuada selección de alimentos cardioprotectores.”

En nuestro país, las políticas de alimentación y nutrición tienen un enfoque en la prevención y promoción de la salud a través del ciclo vital humano, en el contexto de una vida saludable, combatiendo morbilidades, mortalidad y situaciones paliativas, como la malnutrición por exceso (Scharager, 2021). La condición de malnutrición por exceso, es decir, sobrepeso y obesidad, es de notable influencia directa e indirecta del desarrollo de otras enfermedades de índole metabólico o de la forma en que nuestro organismo metaboliza los nutrientes y enfermedades metabólicas de índole cardiovascular, entre otras. Basándose en lo anterior, se promueve como herramienta preventiva de la salud, una dieta saludable que permita llevar una vida con el menor riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas y reducir su impacto en la salud de la población. Gran parte de los esfuerzos, están orientados a combatir la incidencia y prevalencia de enfermedades cardiovasculares como Infarto Agudo al Miocardio, Accidente Cerebro Vascular, Cáncer, Hipertensión y Diabetes.

Para llevar a cabo acciones que influyan de forma efectiva sobre las conductas esperadas de la población respecto a una alimentación saludable, es intrínseco analizar las determinantes sociales de la salud de la población de interés. Cuando hablamos de determinantes sociales de la salud (DSS) nos referimos a las condiciones en las que las personas nacen, crecen y viven, cuyas condiciones que hacen posible "vivir con salud" consideran el acceso al agua segura, condiciones adecuadas de vivienda, alimentación, trabajo seguro y saludable, entre otras (Prosalus y Cruz Roja Española, 2014). Los múltiples DSS identificados pueden ser clasificados según los criterios que se destacan el

Rainbow Model de Dahlgren y Whitehead. Este modelo propone tres niveles posibles de acuerdo con las características propias de las personas (micro) o del contexto en el que se localizan diversas interacciones entre ellas, en el caso del contexto más cercano como familia, lugar de residencia, etc. (mezzo) y en el contexto más general como políticas públicas, características socioculturales, medios de comunicación, etc. (macro) (Dahlgren G, 1992). Por lo anterior, en el año 2019 se evaluó la relación entre los factores de riesgo modificables, enfermedad cardiovascular y mortalidad en 21 países de alto, medio y bajos ingresos, que incluyó a Chile dentro del grupo de países de medios ingresos. Se identificó que, dentro de 14 factores de riesgo modificables, los considerados conductuales como la baja actividad física, mala alimentación y tabaquismo se encuentran dentro de los 10 principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (Infarto Agudo al Miocardio y Accidente Cerebro Vascular) y muertes no cardiovasculares, independiente del nivel de ingresos de cada país estudiado. Dentro de estos 10 principales factores, también se encuentran la obesidad abdominal, hipertensión, diabetes y depresión. Respecto a la educación, en un estudio PURE (Prospectiva de Epidemiología Rural y Urbana, en español) anterior, fue la principal variable socioeconómica de interés por ser un predictor socioeconómico más fuerte de enfermedad cardiovascular y mortalidad que la riqueza o los ingresos, resultando como el principal factor de riesgo de muerte en los 21 países estudiados en el estudio PURE del 2019, y el tercero en países de medios ingresos, donde califica Chile en este estudio.

Los efectos que conlleva una alimentación no saludable, expuesto anteriormente, es el aumento del riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares, entre ellas la Diabetes Mellitus tipo 2. En 2014, un 8,5% de los mayores de 18 años padecían diabetes a nivel mundial. Ya en 2019, causó 1.5 millones de defunciones cuantificadas en el mundo y, de esas defunciones, un 48% tuvo lugar antes de los 70 años de edad en relación con todas las muertes por diabetes (World Health Organization (WHO), 2022). En 2014, en la

región de las Américas, el 8,3% de los mayores de 18 años tenía diabetes, y en 2019 la diabetes fue la causa directa de 284.049 muertes y el 44% de todas las muertes por diabetes ocurrieron antes de los 70 años (Organización Panamericana de Salud (OPS), 2022). El diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 (DM2) en Chile se establece según los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS o WHO por sus siglas en inglés) (recomendación A) cuando los niveles de glicemia sobrepasan los 126 mg/dl en un examen sanguíneo venoso en ayunas y los 200 mg/dl luego del examen de la Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO) (MINISTERIO DE SALUD, 2010). La prevalencia de Diabetes Mellitus 2 en nuestro país asciende de un 6,4% en 2003 a un 12,35% en 2016-2017, siendo más prevalente en mujeres que hombres. Así mismo, en la Región del Libertador Bernardo O'Higgins (centro-sur del país) la prevalencia de Diabetes Mellitus 2 es del 7,5%, siendo la menor de todas las regiones del país, y es más prevalente en población con menos de 8 años de escolaridad y no existen diferencias significativas en población rural o urbana. En este aspecto, se evidencia que un 58,2% de la población se encuentra en estado de compensación de la enfermedad diabética, siendo más prevalente en hombres, significativamente menor en población con menos de 8 años de escolaridad y significativamente menor en población rural. Sin embargo, la prevalencia del estado compensatorio en la región de O'Higgins es la mayor a nivel país comparada con las otras 15 regiones (Salud, 2018). Respecto a la Hipertensión Arterial Crónica (HTA), se estima existen 1280 millones de adultos de entre 30 y 79 años con hipertensión en el mundo y que cerca de dos tercios de ellos vive en países de ingresos bajos y medianos (World Health Organization (WHO), 2022). Es así como la hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región americana, lo que significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas presentan presión alta (Organización Panamericana de Salud (OPS), 2022). Su diagnóstico en Chile se establece según criterios de la OMS (recomendación A) cuando los niveles de presión arterial sobrepasan los 140 mmHg sistólico y 90 mmHg diastólico, a través de un perfil de presión arterial

con técnica estandarizada en al menos 3 días distintos (Chile, 2010). En nuestro país, la prevalencia de HTA desciende de un 34% en 2003 a un 27,6% al 2016-2017, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres, con mayor prevalencia en el área rural y en población con menos de 8 años de escolaridad. La prevalencia de la población con presiones en rangos compensatorios corresponde a un 33,4%, siendo significativamente mayor en mujeres. En la región de O´Higgins la prevalencia de HTA es de 31,7%, siendo la cuarta mayor prevalencia regional (Estado Nutricional, 2018). Y en la comuna de Pumanque la causa de muerte predominante para ambos sexos corresponden a las de origen cardiovascular, siendo mayor en las mujeres. La segunda causa de muerte más frecuente es el cáncer, siendo predominante en hombres, seguidas del infarto agudo al miocardio y accidente cerebro vascular, ambas predominantes en mujeres (Biblioteca del Congreso Nacional, Reportes Comunales).

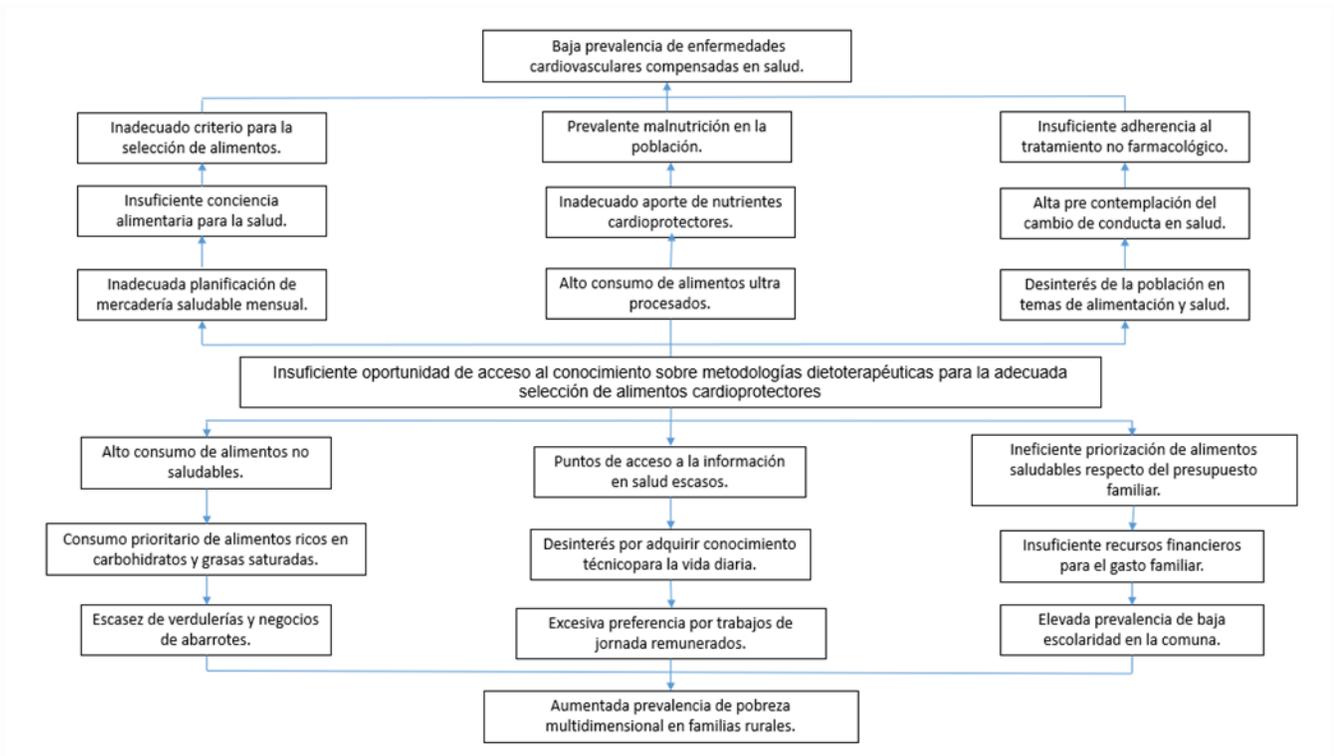
De acuerdo con la prevalencia nacional sobre las dos principales enfermedades crónicas cardiovasculares, para lograr establecer un adecuado estado de salud, es imprescindible considerar a la alimentación no tan solo como una necesidad biológica y de sobrevivencia, sino que en la actualidad debe adquirir un rol trascendente en el bienestar humano. Respecto a lo anterior, a nivel nacional se establecen recomendaciones alimentarias por parte del Ministerio de Salud, para asegurar un adecuado aporte nutricional en la población general, como lo son las GABA o Guías Alimentarias Basadas en Alimentos, las cuales proponen un conjunto de recomendaciones en términos de alimentos, grupos de alimentos y patrones dietéticos para proporcionar los nutrientes necesarios para promover la salud general y prevenir las enfermedades crónicas (Agricultura, 2022). Aun así, la amenaza del hambre y la prevalente amenaza de la obesidad en el paso de los años a nivel mundial y nacional, se fundamenta en parte que los sistemas alimentarios no están suministrando dietas saludables, por lo que el reto que se presenta actualmente es rediseñar los sistemas alimentarios, fomentando el consumo o fortaleciendo el comercio que permita

aumentar la oferta de alimentos inocuos y más nutritivos para toda la población y que contemple las particularidades culturales y valore las prácticas culinarias saludables (Joao Intini, 2019). Es por ello que establecer ambientes alimentarios propicios para el acceso y adquisición de alimentos saludables es fundamental, ya que permiten abordar estas condiciones con igualdad de disposición de recursos en nuestro entorno. Según el CDC (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades) el Entorno Alimentario puede ser define como la presencia física de comida que afecta la dieta de una persona, su proximidad a la ubicación de tiendas de alimentación y la distribución de esas tiendas, servicios alimentarios y cualquier entidad física por la cual se puedan obtener alimentos, o finalmente un sistema interconectado que permita acceder a los alimentos (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). También, por lo que sus aproximaciones aluden, es el contexto que ejerce una influencia en los comportamientos alimentarios de los individuos, relacionados con la disponibilidad, distribución y acceso de los alimentos en esos contextos, siendo distintos por sobre qué es lo que la gente come, y que no puedan ser claramente identificados como factores individuales, como la cognición, las aptitudes, creencias y habilidades, llegando hasta un modelo ecológico que incluyen el ambiente social, el ambiente físico y un macronivel ambiental (Ricardo Cerda Rioseco, SANTIAGO, JUNIO 2016). Por lo tanto, las dimensiones clave del entorno alimentario incluyen la accesibilidad, la disponibilidad, la asequibilidad y la calidad (Felicía Hill-Briggs, 2021). Actualmente, se recomiendan variados métodos dietarios practicados según la cultura y ubicación geográfica en nuestro planeta. Estos métodos dietarios o dietas pueden ser considerados como dietas populares o de moda. Sin embargo, existe evidencia actualizada respecto a su uso terapéutico en el tratamiento y rehabilitación de ciertas condiciones o enfermedades cardiovasculares, tanto a nivel individual como poblacional. De cierta forma, cualquier método terapéutico dietario depende de forma directa de los ambientes alimentarios del individuo, familia, comunidad y sociedad en donde se desenvuelve.

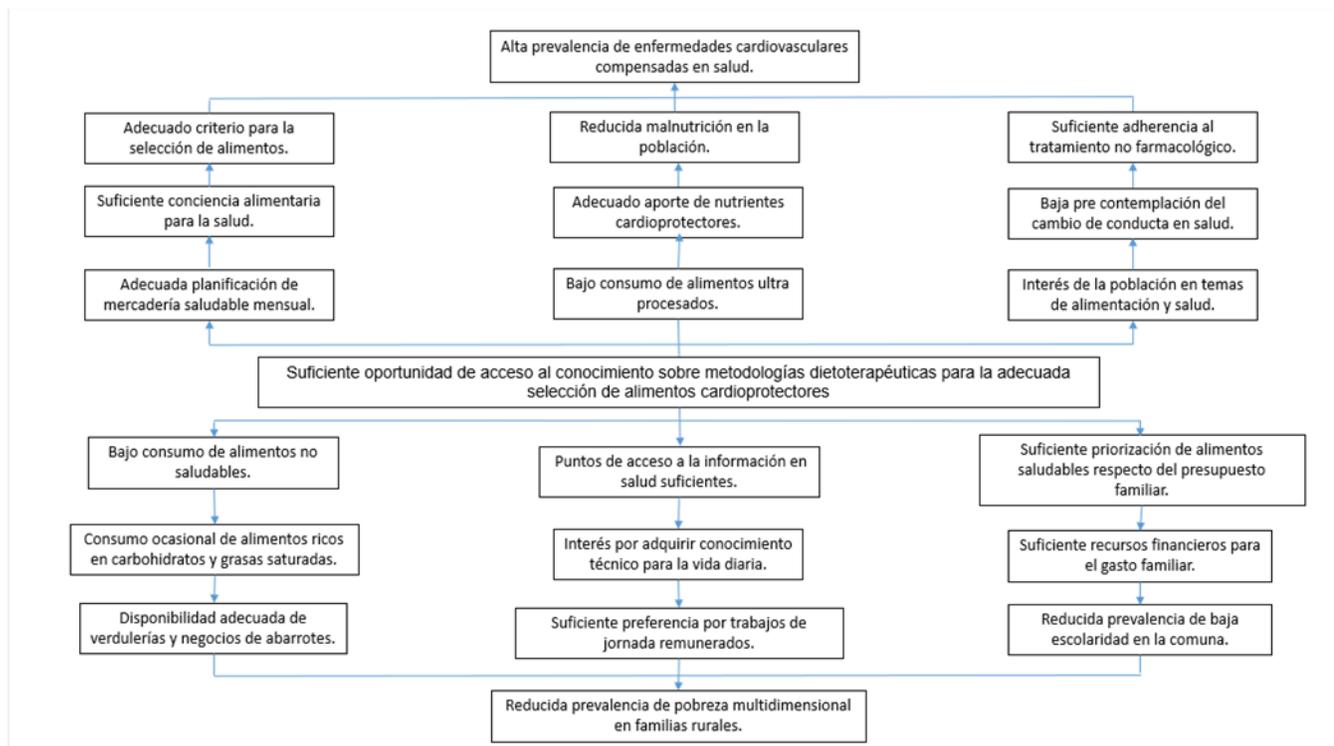
Finalmente, en consecuencia, la Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 en nuestro país, en el Eje Estratégico sobre “Estilos de Vida” para el 2030, el objetivo de impacto declarado es “Aumentar la seguridad alimentaria y nutricional en Chile, a través del curso de vida, considerando diversidad territorial y pertinencia cultural”. Se plantea que debido a los cambios sociales, económicos y sanitarios experimentados en el país pueden generar situaciones de inseguridad alimentaria, tales como un aumento de la exposición a alimentos no inocuos, insuficiente acceso y disponibilidad para una alimentación saludable y un aumento de ambientes alimentarios no saludables ni sostenibles (MINISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE CHILE, 2022). Dicha inseguridad alimentaria, sustentada en la estrategia nacional al 2030, se condice como subyacente a la insuficiente exposición al acceso de mejor información alimentaria, mejores alimentos y la disposición de practicar, como un estilo de vida, la adquisición y preparación de alimentos saludables. Lo anterior pone en evidencia la situación relacional y causal del aumento de la incidencia y prevalencia de las condiciones mórbidas de la población, declarado en la última Encuesta Nacional de Salud del año 2017, la sostenida prevalencia de estados de salud no compensatorios de acuerdo a las metas sanitarias para las enfermedades crónicas cardiovasculares, la alta tasa de fallecimientos por enfermedad cardiovascular y las variables socioeconómicas de la población de interés (tanto a macrozonal cómo local) con la alta prevalencia de pobreza multidimensional que, en estricto rigor, permiten mantener los indicadores de salud, sociales y económicos sin generar impactos estadísticos necesarios para la población.

A continuación, se expone la identificación del problema observado en la comuna de Pumanque:

## Árbol de Problemas



## Árbol de objetivos:



### **III. Objetivo general**

Contribuir a mejorar la oportunidad de acceso al conocimiento sobre metodologías dietoterapéuticas para la adecuada selección de alimentos cardioprotectores en la Comuna de Pumanque, a través de una articulación intersectorial durante 2023.

### **IV. Objetivos específicos**

1. Presentar propuesta de proyecto a la Jefatura del Departamento de Salud Municipal de Pumanque, que permita el inicio de la ejecución del proyecto.
2. Establecer articulación intersectorial entre los distintos actores relacionados con producción, dispensación y venta de alimentos a nivel local, diseñando metodologías de trabajo permanente.
3. Conocer la percepción sobre temas vinculados a la salud y alimentación de las “Fuerzas vivas de la comunidad”.
4. Incrementar el conocimiento de los actores (producción, dispensación, ventas de alimentos y beneficiarios directos) involucrando como eje principal el Departamento de Salud Municipal de Pumanque.

5. Implementar una primera versión y evaluar el estado de avance del desarrollo del proyecto de forma trimestral para aplicar medidas correctivas cuando sean requeridas.
6. Consolidar la participación de los representantes de la comunidad a través del levantamiento de gestores comunales en apoyo a la implementación del proyecto, para su permanencia como líderes comunales en temas de alimentación y ambientes alimentarios.
7. Incentivar estrategias de difusión local para el incentivo a la compra de alimentos involucrados en las metodologías dietoterapéuticas indicadas por nutricionistas en el centro de salud.
8. Evaluar el impacto final del proyecto sobre la situación de compensación de los beneficiarios.
9. Diseñar una propuesta de bases técnicas para establecer un emporio municipal saludable abierto a la comunidad de mayor riesgo social al final del proyecto, vinculando al intersector comunal en el diseño.

## **V. Marco teórico**

En el año 2017, en Chile las enfermedades cardiovasculares le costaron el 0,24% del PIB en relación con la Insuficiencia e Infarto cardíaco, Fibrilación Auricular e Hipertensión Arterial Crónica, sumando un costo financiero de \$ 873 mil millones, o bien US\$ 1.358 millones del período estudiado (Marín, 2017).

El gasto total del Gobierno Central para el año 2021 fue de \$76.379.785 millones de pesos, a diferencia del 2020 cuyo valor arrojó \$54.793.037 millones de pesos, evidenciando un aumento de \$21.586.748 millones de pesos (Mora, 2022). Así mismo, según la CEPAL, en 2021 informa que Chile invierte el 0,2% del PIB a los costos de la Obesidad (Marín, Diario Financiero, 2021). Consecuentemente, las enfermedades crónicas influyen en la oferta de trabajo de otros miembros del hogar, que influye en el consumo de recursos en áreas distintas al espectro de salud, como son transferencias de familiares o terceros y/o venta de activos. El grupo etario donde se concentra la mayor participación laboral y donde es esperable encontrar más variaciones es el de 25 a 60 años. Por una parte, la pareja sana puede incrementar su participación laboral para suavizar los efectos negativos en el consumo general. Por otra parte, la pareja puede disminuir su participación laboral para la realización de labores de cuidados y, adicionalmente, existe un costo indirecto de las enfermedades asociado a la disminución de la productividad de quién las padece, que no necesariamente se encuentra cubierto por alguna previsión, así como también para quien aumenta su carga laboral, la disminución de recreación y ocio (Scharager, 2021). A pesar de la existencia de cobertura a los costos directos de la enfermedad (GES), existe un porcentaje importante de individuos que no siguen un tratamiento (Salud, 2018).

Por consiguiente, los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA o DALY, por sus siglas en inglés) es un indicador compuesto, que utiliza indicadores epidemiológicos, como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente calidad de vida) (EPI, 2008). En efecto, "The Lancet" publica el último informe del Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo "GBD 2019" (GBD: por sus siglas en inglés Global Burden of Disease), que reporta la carga mundial de 369 enfermedades y lesiones en 204 países y territorios, entre los años 1990-2019, entre ellos Chile (Martínez-Sanguinetti, 2021). Al analizar

las muertes en Chile durante el año 2009 y 2019, según grupos de patologías, se destaca que las muertes ocasionadas por cáncer aumentaron de 26,8% en el 2009 a 28% en el 2019, constituyendo la primera causa de muerte en nuestro país, desplazando a las enfermedades cardiovasculares (ECV) que el año 2009 ocupan el primer lugar del ranking (26,9% del total de las muertes). Respecto al indicador sobre malnutrición proteica energética, disminuyó significativamente en 10 años, producto del mayor desarrollo socioeconómico de los países considerados con desarrollo socio demográfico medio, entre ellos Chile. Respecto a las patologías definidas como cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y diabetes mellitus no se encuentran entre las 25 causas principales en los dos grupos de edad más jóvenes, pero surgen como los principales contribuyentes a la carga en el grupo de edad de 25 a 49 años y, de manera más prominente, en los grupos de mayor edad que le siguen (Murray, 2020). Así mismo, al considerar en detalle las principales causas específicas de muerte en el 2019 en Chile, se encuentra la cardiopatía isquémica, representando 10,6% del total de muertes en población general, seguido de accidente cerebrovascular (5,7%), enfermedad de Alzheimer (4,3%), infecciones respiratorias bajas (4,2%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3,9%), cáncer gástrico (3,8%), cáncer de pulmón (3,5%) y diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) (3,3%), la cual se ubica en el octavo lugar del ranking, predominando la Diabetes Mellitus tipo 2 y Alzheimer como las que más aumentan en la última década. (Martínez-Sanguinetti, 2021). Los datos expuestos en el Estudio de la carga mundial de morbilidad 2019 da cuenta de las consecuencias de la meteórica transición nutricional y epidemiológica que ha experimentado nuestro país, proyectándose al año 2030 de manera negativa para los años de vida perdidos por discapacidad, años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida ajustados por discapacidad, arrojando principalmente las muertes por enfermedad no transmisibles. (Pedro Zitko M, 2019).

Por lo anterior, el eje principal de las acciones de promoción y prevención de Enfermedades Cardiovasculares no Transmisibles son los hábitos de vida

personales y sociales, entre ellos la alimentación. De esta manera se entiende una alimentación saludable como aquella que contiene suficientes alimentos de calidad para lograr el crecimiento y desarrollo óptimo de todas las personas y respaldar el funcionamiento y el bienestar, físico, mental y social en todas las etapas de la vida, cubriendo todas las necesidades fisiológicas (MINISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE CHILE, 2022). Al respecto, existen estudios transversales sobre alimentación y dietas específicas, como el PREDIMED, (Prevención con Dieta Mediterránea), que expone los beneficios observados de grupos poblacionales que habitan en la zona geográfica mediterránea. Los factores más consistentes de cumplimiento exitoso en la implementación de una Dieta Mediterránea son una alta autoeficacia percibida como sustento para modificar la dieta y una alta ingesta de fibra de forma general. En cambio, la presencia de depresión y pluripatología crónica son factores asociados de forma independiente a un peor cumplimiento de la adherencia. La “alta autoeficacia”, que es un componente de la teoría cognitiva social, fue un predictor importante de un mejor cumplimiento de la dieta (Cesar I. Fernández Lázaro, 2022).

Respecto a lo anterior, con relación a la elaboración de una canasta alimentaria, en América Latina y el Caribe desde mediados del 2020 destaca el aumento del precio de los granos (37% más alto) y aceites y harinas (55%) los precios de los productos perecibles experimentaron menor volatilidad durante la pandemia: las frutas y verduras cayeron levemente al inicio, pero se estabilizan durante 2021 por encima de sus niveles entre 2017-2019. Así mismo, el precio de la carne y ave muestran un alza importante en 2021: la carne de vacuno subió 34% y el pollo 29% (Cepal, 2022). En Chile, según datos de FAO, la prevalencia de subalimentación avanza de un 3.1% en el año 2017 a un 3.4% en 2020 como promedio de 3 años, encontrándose 5.5 puntos porcentuales (PP) por debajo del promedio mundial al 2020. La inseguridad alimentaria grave en la población total en nuestro país pasó de un 2.9% en 2017 a un 4.3% al 2020 como promedio de 3 años (Cafiero, 2022).

Actualmente, con el inicio de una nueva década y los desafíos que esta conlleva, el Ministerio de Salud de Chile establece los Objetivo Sanitarios de la Década 2021-2030, y su consiguiente Plan Nacional de Salud que implica la transversalización en distintas temáticas de Enfoque de Equidad, Perspectiva de Curso de Vida, Modelo de Salud Integral e Intersectorialidad, adoptando como principios rectores asegurar los derechos en salud, alcanzar la cobertura universal y reducir las inequidades de sanidad presentes en la población; siendo su fin último lograr altos niveles de salud para toda la población. En su desarrollo, este plan aborda 7 relevantes ejes estratégicos, cuyo segundo eje corresponde a “Estilos de Vida”. Este eje contempla 7 Objetivos Estratégicos para la década, en el que se destaca entre sus pares “Aumentar la seguridad alimentaria y nutricional en Chile, a través del curso de vida, considerando diversidad territorial y pertinencia cultural”. También refuerza que establece una priorización de temas y las intervenciones definidas para poder abordarlos, y declara en su análisis epidemiológico que los factores de riesgo conductuales fueron responsables de 35.731 muertes en 2019, equivalente al 32% del total de muertes en el país. A pesar de existir una diferencia de lo que ocurre a nivel global, la dieta es el factor de riesgo más importante a nivel nacional con el 40% de las muertes en el país (MINISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE CHILE, 2022).

Por ello, para seguir una alimentación saludable basada en las recomendaciones nacionales, se lleva a cabo un estudio en nuestro país que analiza el cumplimiento de una dieta saludable (DS) y una no saludable (DNS) para comparar el precio entre un patrón alimentario que cumpliera con las GABA (Guías Alimentarias Basadas en Alimentos) para la población chilena (DS) con un patrón alimentario que no cumpliera con las GABA chilenas (DNS), utilizando el precio mínimo de los alimentos, arrojando evidencia que una DNS tiene un menor precio diario y por kilocaloría por preparación que la DS, evidenciando que el mayor costo de alimentos saludables tendría un mayor

impacto en la selección de alimentos en las poblaciones con menor ingreso socioeconómico, que es donde se ha observado una mayor prevalencia de obesidad (Verdugo G, 2016). Este aspecto de nuestra alimentación se mantiene hasta la actualidad, ya que en el año 2021 el Gobierno de Chile a través del Programa de Gobierno “Elige Vivir Sano” (parte del segundo Eje de las ENS en Chile al 2030) publicó un estudio que analiza la situación socioeconómica de la alimentación en nuestro país, utilizando como fuente de datos la Encuesta de Presupuestos Familiares del año 2017. El índice de cumplimiento de las GABA es crítico en todos quintiles y sin distinción de los tipos de hogar analizados, existiendo un sobre cumplimiento en los adultos mayores para frutas y verduras. Los quintiles II, III y IV concentran el mayor consumo de bebidas azucaradas, sobre el promedio nacional, siendo solo en los hogares compuestos por personas mayores que cumplen con los requerimientos en frutas y verduras, superando la recomendación, lo que es positivo para salud nutricional. Por contraparte, en los hogares con presencia de población infantil y adolescente presentan incumplimiento en todos los grupos de alimentos, ya sea para verduras, frutas, legumbres y pescados, bajo los indicadores nacionales (Sano, 2021). Respecto a la dieta mediterránea y su evaluación en la población, el primer índice desarrollado para medir adherencia a este patrón dietario fue el Mediterranean Diet Score (MDS) creado por Trichopoulou et. al (Trichopoulou A, 1995). Este score ha sido posteriormente modificado y adaptado a diferentes poblaciones o países, existiendo hasta la fecha más de 20 índices mediterráneos publicados en el año 2016 en nuestro país se realizó la validación del índice chileno de dieta mediterránea (IDM-Chile), con una muestra de 153 adultos chilenos presumiblemente sanos, sin consejería previa sobre su estilo de alimentación ni participación en un programa de baja de peso dentro de los últimos 6 meses. Se evaluaron las características de la alimentación y su nivel de adherencia al patrón de dieta mediterránea según sexo, edad y nivel educacional, concluyendo que los resultados de este estudio muestran que el IDM-Chile diseñado para nuestra población es un instrumento que puede ser auto aplicado válidamente (sin

necesidad de un especialista) para evaluar la composición de la alimentación y el nivel de adherencia al patrón de dieta mediterránea, siendo importante considerar que la población evaluada en este estudio tiene un alto nivel de escolaridad (72,9% mayor a 12 años), por lo que la aplicabilidad y validez de este índice en poblaciones con menores o niveles más variados de educación requieren ser evaluadas en futuros estudios que cuenten con mayor representatividad de la población chilena, como ocurre en la Encuesta Nacional de Salud de nuestro país. Por otro lado, ciertos condicionantes sociales, como la pobreza o menores niveles educacionales de ciertos segmentos de nuestro país, podrían constituir potenciales barreras para una buena adherencia a la dieta mediterránea, dificultando la adquisición de ciertos alimentos de mayor costo como el pescado o el aceite de oliva, y un acercamiento integral a este estilo de alimentación. Estos condicionantes sociales deben ser evaluados y considerados al momento de desarrollar estrategias que fomenten este patrón alimentario en la población chilena (Echeverría G., 2016).

Siguiendo el análisis alimentario y social, para el año 2021 el sueldo mínimo en Chile asciendía a los \$337.000 (Social, 2021), identificando que los alimentos de mayor consumo promedio representan un 6.3% del sueldo mínimo, como es el caso del pan (17.5 kg), un 4.6% para las bebidas azucaradas (23.4 lt) y un 4.4% para las verduras (14 kg). Se reconoce que las familias tienen conocimiento respecto a “qué es una alimentación saludable”, pero afirman no tener el tiempo para hacer este tipo de preparaciones, arrojando que en hogares de ingresos medios y nivel educativo alto con presencia femenina a cargo de la alimentación familiar hay presencia de una alimentación “más” saludable y diversa, por tener más tiempo en la planificación y preparación culinaria. Por lo anterior señalan que para elegir un alimento priorizan precio, calidad y sabor por sobre la información nutricional; y que en pandemia aumentó el consumo de alimentos no saludables (Sano, 2021).

En el último semestre del año 2022 existen reportes mensuales en relación con el monto de los valores de los alimentos. No se han encontrado reportes ni estudios actualizados al año en curso sobre la tendencia de consumo alimentario de la población latinoamericana y mundial. Es fundamental establecer estrategias regionales y locales, a nivel latinoamericano y nacionales, para afrontar la situación contractual de conflicto mundial, tanto bélico como sanitario. De esta forma, surge como un pilar primordial general estrategias públicas y sociales para la mejor elección de alimentos, que considere la variación de precios, tipos de alimentos y metodologías dietéticas que aborden de mejor forma la situación patológica y social de cada integrante familiar.

## **VI. Calidad del proyecto**

### **Territorio focalizado del proyecto**

La comuna de Pumanque pertenece a la Provincia de Colchagua, de la VI Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, en el área denominada Secano Costero. Sus límites comunales son: al Norte con la Comuna de Machigüe; al Sur con Comuna de Lolol; al Este con la Comuna de Santa Cruz y al oeste con la Comuna de Paredones y Pichilemu. La Comuna tiene una superficie de 441 km<sup>2</sup>, en donde 38.2 miles hectáreas son agropecuarias (87,5%), lo que expone en consecuencia el 100% de ruralidad de la comuna. Sus localidades en total son: Pumanque, Rincón Los Perales, Virintún – Orilla Lo Silva, Nilahue Baraona, La Gloria, Santa Teresa de Nilahue, Nilahue Cornejo, Peñablanca, Rincón El Sauce, Ranquihue, Colhue, Quetecura, Rincón La Mina, Camino Avenida Manuel Rodríguez, La Vega – Camino Nilahue

Cornejo, Rincón Las Higueras. De esta manera, se evidencia la elevada dispersión geográfica, con dificultad del acceso al transporte rural y el acceso vial, principalmente como transporte particular pagado, el cual es insuficiente en cantidad y calidad. Así también, en gran medida existe presencia permanente de transporte personal motorizado, existiendo presencia en sectores apartados de movilización en caballo, y bicicleta en la zona urbana o centro. Pumanque mantiene un tipo de clima que se caracteriza por temperaturas medias anuales de alrededor de 18 °C y precipitaciones medias entre 600 mm y 2000 mm anuales. Con estación seca prolongada (6 a 8 meses) que abarca las estaciones de primavera, verano y parte del otoño, con influyente clima mediterráneo. El Valle está bajo la influencia del Anticiclón del Pacífico Sur (PLADECO Pumanque, 2019-2025), por lo que las precipitaciones irregulares se concentran básicamente durante los meses de invierno, el que históricamente es muy lluvioso con baja incidencia de lluvia en los últimos años.

Pumanque presenta una población censada al año 2017 de 3421 habitantes de distribución homogénea, en donde el grupo etario predominante corresponde a la población de 45 a 64 años en un 29%, seguido de la población de 65 años o más en un 19% (Plan de Salud Comunal 2021, Pumanque). En relación con lo anterior, la distribución de la población según el índice de masculinidad arroja que en 2017 corresponde a un 104,9% diferenciándose en 9 PP por sobre el nivel país, por lo que hay más hombres que mujeres. Por ello, basándose en el último censo, se estima que la proyección censal del año 2017 al año 2021 de la población de Pumanque tiene una variación del 3,24%, equivalente a un aumento de 111 habitantes. Respecto al contenido poblacional, el índice de adulto mayor corresponde a un 133%, el cual duplica al índice regional correspondiente a un 57% en la Región del Libertador Bernardo O'Higgins. (Biblioteca Congreso Nacional, 2017).

En lo que se refiere a su distribución geográfica, la comuna presenta un 100% de población rural según el censo del año 2017, en donde la población indígena

censada corresponde a 118 personas. Respecto a la pobreza comunal, se identifica la presencia de un 4,2% de población “pobre no indigente” y un 95,8% de “no pobres”, en donde la estimación de la Tasa de Pobreza por ingresos en el año 2015 fue de un 9,4%. Asimismo, la estimación del porcentaje de población en situación de pobreza multidimensional a nivel comunal fue de un 37,8%, siendo la segunda comuna con mayor porcentaje en la región después de la comuna de Malloa (Biblioteca Congreso Nacional, Reportes comunales 2017). En línea con lo anterior, el promedio de años de escolaridad en la comuna censada ronda el 8% para todos los grupos etarios, en donde el menor promedio corresponde de 5 o más años y 25 o más años con un 7,8% y el mayor promedio corresponde a 15 o más años con un 8,3%. Si nos referimos a la información de saneamiento y servicios básicos, en el caso de las áreas urbanas, existe abastecimiento de agua procedente de la red pública o sistema de distribución proveniente de fuentes subterráneas o superficiales (pozo o noria, río, vertiente, lago o estero, camión aljibe). En los sectores rurales se relaciona con aquellos hogares que poseen una llave fuera de la vivienda y/o disponibilidad de servicio de eliminación de aguas servidas (solución diferente a W.C conectado a alcantarillado o fosa séptica) (Biblioteca del Congreso Nacional, Reportes Comunales). La comuna cuenta con seis (6) sistemas de agua potable rural, además de un camión aljibe que reparte alrededor de 150 mil litros de agua a la semana (IZCP.Consultores, 2019).

Sobre natalidad y mortalidad, el índice de natalidad al 2016 arroja un 6,3% de acuerdo con lo informado estadísticamente (DEIS, 2021), sin información respecto a la tasa de mortalidad infantil. Los eventos de mortalidad y defunciones, al año 2017, exponen que en Pumanque fallecen más hombres que mujeres, en donde la tasa de mortalidad general es del 7% anual. En relación con las causas de muerte, en ambos sexos, predominan las causas cardiovasculares, siendo mayor en las mujeres. La segunda causa de muerte más frecuente es el cáncer, siendo predominante en hombres, seguidas del

infarto agudo al miocardio y accidente cerebro vascular, ambas predominantes en mujeres. (DEIS, 2021).

En 2018, el tamaño de mercado en Pumanque se declara en 24 Millones USD. El principal rubro económico se orienta a la agricultura, ganadería, caza y silvicultura, intermediación financiera y transporte, almacenamiento y comunicaciones, de acuerdo con la clasificación de rubros del Servicio de Impuestos Internos (SII). Económicamente, a nivel local se destacan cultivos, cultivo de productos de mercado, horticultura (71,1%), otros tipos de intermediación financiera (12,9%) y otros tipos de transporte por vía terrestre (7,8%) (PLADECO Pumanque, 2019-2025).

En el ámbito de acceso a la salud, la comuna cuenta con 3 Postas de Salud Rural, ubicadas en Pumanque, Nilahue Cornejo y Molineros. El centro de salud principal corresponde a la Posta de Salud Rural de Pumanque, que se encuentra en la entrada norte de la zona urbana de la comuna (centro). Además, se realizan rondas médicas en 4 Estaciones Médico Rurales, en los siguientes sectores: Colhue, Rincón los Perales, Peñablanca y Nilahue Barahona. La distancia de cada Centro de Salud con la Posta Principal que está ubicada en Pumanque es la siguiente: Nilahue Cornejo 12 km, Molineros 12 km, Colhue 8 km, Rincón los Perales 6 km, Peñablanca 14 km y Nilahue Baraona 14 km. Lo anterior manifiesta la consistente dispersión geográfica de la concentración poblacional y oferta de servicios de salud (Plan de Salud Comunal, Departamento de Salud Municipal, 2021).

Finalmente, respecto al ámbito educacional, la comuna cuenta con 9 centros, 2 de ellos correspondientes a “macrocentro” o escuelas más grandes y 5 al microcentro o escuelas rurales pequeñas, con 2 jardines infantiles JUNJI en relación con la oferta prebásica. Todos los centros educacionales entregan educación prebásica y/o Básica, por lo que no se cuentan con establecimiento que impartan enseñanza media. (IZCP.Consultores, 2019).

Respecto a los puntos de abastecimientos, se ha establecido, como estrategia municipal, la creación de "asociación de feriantes de Pumanque" como personalidad jurídica de la actividad comercial. Las ferias libres se instalan en el centro urbano de la comuna (Avenida Rosario), cuya actividad comercial se lleva a cabo 1 vez al mes (segunda semana del mes en curso), en coordinación con "el día del pago de jubilados", para lograr un mayor aforo de compradores y consumidores del comercio local. Así mismo, se registran 12 servicios de alimentación distribuidos entre restaurantes de comida tradicional, tanto servicio "al paso" y hosterías en 8 localidades de la comuna, de los cuales el 47,37% son utilizados de forma esporádica según la temporada del año (laboral o estival), en donde la oferta de los servicios productos fluctúa entre los \$2.000 y \$20.000. No obstante, existe un gran número de servicios informales, que no se encuentran establecidos a simple vista. Respecto a los almacenes, no se mantiene un número exacto en la comuna; sin embargo, se destaca la localidad de Pumanque centro por mantener la mayor cantidad de estos locales permanentemente activos. Además, en casi todas las localidades existe el servicio de almacenes rurales, sin especificación pública o privada (IZCP.Consultores, 2019).

### **Población objetivo del proyecto**

Se beneficiará a 25 usuarios de 18 años en adelante residentes en la comuna de Pumanque, inscritos en los Centros de Salud de la Comuna de Pumanque, identificados como población bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular de los Centros de Salud de Pumanque, de nivel socioeconómico medio-bajo que se encuentren en familias según el Registro Social de hogares entre los tramos del 40 al 80% más vulnerables, independiente de su escolaridad. Así mismo, se beneficiará de forma indirecta a 100 beneficiarios

indirectos estimados, entre ellos familiares de los beneficiarios y participantes activos en la comunidad.

A continuación, se describe la población beneficiaria según su rango etario:

Tabla N.º1: distribución etaria de la población beneficiaria del proyecto

<b>Rango Etario</b>	<b>N.º de Personas</b>	<b>Rango Etario</b>	<b>No. De Personas</b>
0 – 5 años		6 – 10 años	
11 – 17 años		18 -29 años	5
30 – 59 años	10	60 años en adelante	10

*Fuente: elaboración propia.*

## **VII. Metas, indicadores y medios de verificación**

A continuación, el orden en el que se describen los resultados esperados es el siguiente: Objetivo asociado, explicación de la meta, indicador con su fórmula de cálculo y naturaleza, y los medios de verificación utilizados para el logro.

El propósito del proyecto es contribuir a mejorar la oportunidad de acceso al conocimiento sobre metodologías dietoterapéuticas para la adecuada selección de alimentos cardioprotectores en la Comuna de Pumanque, a través de una articulación intersectorial en el año 2023. Se pretende el logro de que al menos un 30% de los beneficiarios directos identifiquen alimentos pertenecientes a la metodología de la dieta mediterránea al final de la ejecución del proyecto, a través de la constatación de 3 indicadores de calidad. El primero, como indicador de eficacia, busca constatar el porcentaje de beneficiarios directos

que adhieren a la metodología de la dieta mediterránea y han recibido difusión del entorno sobre la metodología según el IDM-Chile modificado (ver anexo N.º6) inicio de la etapa 4 del proyecto en relación con el total de beneficiarios directos considerados. Así también, se desea evidenciar en segunda instancia, como indicador de eficacia, el porcentaje de beneficiarios directos que adhieren a la metodología de la dieta mediterránea y han recibido difusión del entorno sobre la metodología según el IDM-Chile modificado al final de la etapa 4 del proyecto en relación con el total de beneficiarios directos considerados, para luego determinar a través de una sustracción la diferencia entre el porcentaje obtenido al inicio y al final de la etapa 4. El medio de verificación para esta meta son las Encuestas de conocimiento respondidas por los beneficiarios directos al inicio y al final de la etapa 4, con la consiguiente sustracción matemática de los porcentajes realizada y validada en el informe de impacto del proyecto.

Continuando, el proyecto presenta 10 objetivos específicos (OE) explicados a continuación:

- OE. N.º1: Presentar propuesta de proyecto a la Jefatura del Departamento de Salud Municipal de Pumanque, que permita el inicio de la ejecución del proyecto, cuya meta pretende lograr que el proyecto esté presentado. Se utiliza como indicador de eficacia la cualidad del proyecto presentado, es decir, si el proyecto se ha presentado a la jefatura directa si o no. Finalmente se pretende verificar el cumplimiento a través de la evidencia del proyecto presentado, con firma de recepción.
- OE. N.º2: Establecer articulación intersectorial entre los distintos actores relacionados con producción, dispensación y venta de alimentos a nivel local, diseñando metodologías de trabajo permanente. El logro que se pretende es la conformación de convenios de participación con el 40% de las entidades del intersector contactado. Se utiliza como indicador de eficiencia el porcentaje de convenios de participación

firmados al finalizar la primera etapa por representantes de cada entidad e institución del intersector dividido por el número de entidades e instituciones del intersector contactados. Por último, se requiere verificar el cumplimiento por medio del registro de convenios físicos firmados por los actores del intersector participante.

- OE. N.º 3: Conocer la percepción sobre temas vinculados a la salud y alimentación de las “Fuerzas vivas de la comunidad”, a través del logro de 2 metas propuestas. La primera pretende la realización del 80% sesiones de metodologías participativas con representantes de cada actor del intersector, utilizando un indicador de eficiencia con el porcentaje del número de sesiones realizadas con metodología participativa con representantes dividido por el número de sesiones planificadas. La segunda meta busca el logro de un 50% de representantes del intersector que asisten a las sesiones de metodología participativa, a través de un indicador de eficiencia que permita obtener el porcentaje del N.º de representantes del intersector que asisten a más del 50% de las sesiones programadas dividido por el N.º de sesiones programadas. Finalmente, el medio verificador para ambas metas es la lista de asistencia con firma de cada representante y monitor.

- OE. N.º 4: Diseñar un plan de capacitación a los actores de producción, dispensación y ventas de alimentos, involucrando como eje principal el Departamento de Salud Municipal de Pumanque, cuya meta pretende el logro del diseño de un plan de capacitación sobre métodos dietéticos para el abordaje de enfermedades crónicas cardiovasculares. La meta se evalúa a través de un indicador de eficacia que mide la existencia de un plan de capacitación realizado y validado, si o no. Por último, el medio de verificación a utilizar es la hoja de validación impresa del proyecto firmada por ejecutores del proyecto e intersector ampliado.

- OE. N.º 5: Incrementar el conocimiento de los actores (producción, dispensación, ventas de alimentos y beneficiarios directos) involucrando como eje principal el Departamento de Salud Municipal, en donde se pretende lograr 2 metas. La primera busca que un 40% de integrantes contactados provenientes de los grupos de cada intersector participante estén capacitados, utilizando el indicador de calidad que mida el porcentaje del n.º de participantes que aprueban la capacitación dividida por el n.º de participantes capacitados. El medio verificador para el cumplimiento de la meta son el N.º de certificados de aprobación de capacitación emitidos.
- OE. N.º 6: Implementar una primera versión y evaluar el estado de avance del desarrollo del proyecto de forma trimestral para aplicar medidas correctivas cuando sean requeridas, el cual busca al menos un 70% de etapas evaluadas y cumplidas, a través del indicador de eficiencia que mida el porcentaje del n.º de etapas del proyecto evaluadas dividido por el n.º de etapas del proyecto diseñadas, cumplidas o aprobadas. El medio de verificación es un Informe de cumplimiento aprobado de cada una de las 6 etapas del proyecto.
- OE. N.º 7: Consolidar la participación de los representantes de la comunidad a través del levantamiento de “gestores comunales de ambientes alimentarios” (GCA) en apoyo a la implementación del proyecto, para su permanencia como líderes comunales en temas de alimentación y ambientes alimentarios, a través del logro de al menos un 40% de GCA levantados y capacitados como beneficiarios indirectos. Se aplica un indicador de calidad que mida el porcentaje del N.º de GCA capacitados provenientes de los beneficiarios indirectos dividido por el N.º de GCA levantados participantes de la capacitación. Finalmente se usa como verificador los certificados de aprobación, capacitación y de levantamiento de GCA.

- OE. N.º 8: Incentivar estrategias de difusión local para el incentivo a la compra de alimentos involucrados en las metodologías dietoterapéuticas indicadas por nutricionistas en el centro de salud, a través del logro de 2 metas. La primera al menos el 80% del plan realizado, por medio del indicador de eficiencia que mida el porcentaje del n.º de actividades de difusión físicas, digitales y radiales realizadas en la semana en curso de la tercera etapa del proyecto dividido por el n.º de actividades de difusión físicas, digitales y radiales planificadas semanalmente en la etapa en curso. Su medio verificador es la hoja de planificación de difusión efectuada con fotografía y ministro de fe. Y la segunda meta pretende al menos un 60% de difusión recibida exitosamente por población beneficiaria, evaluada por medio del indicador de calidad que mida el % del n.º de personas o usuarios del centro de salud encuestadas que hayan recibido la información de difusión dividido por el n.º de personas o usuarios del centro de salud encuestadas. El medio verificador para esta meta es la Encuesta física y el informe estadístico efectuado.
- OE N.º9: Evaluar el impacto final del proyecto sobre la situación de compensación de los indicadores de salud cardiovascular de los beneficiarios, cuya meta busca la Existencia de una evaluación del impacto final del proyecto, a través del indicador de eficacia que mida la evaluación del impacto final del proyecto realizada e informada, si o no. Como medio verificador de la meta corresponde el informe de evaluación de impacto sobre situación de compensación de los beneficiarios de sus indicadores de salud cardiovascular realizada y validada.
- OE N.º 10: Diseñar una propuesta de bases técnicas para establecer un emporio municipal saludable abierto a la comunidad de mayor riesgo social al final del proyecto, vinculando al intersector

comunal en el diseño, siendo su meta la propuesta de proyecto creada y socializada con los tomadores de decisión municipal. Se utiliza el indicador de eficacia para medir la propuesta técnica de proyecto “Emporio Municipal” elaborada, si o no, y su medio de verificación es el listado de recepción del proyecto diseñado y revisado por encargados municipales.

## **VIII. Metodología**

El proyecto “Ambientemos alimentos para la salud” busca posicionar e implementar un sistema de identificación y difusión de metodologías dietéticas para el tratamiento de enfermedades crónicas cardiovasculares, dando énfasis en la alimentación saludable, preventiva y terapéutica según la realidad local y generando un ambiente alimentario comunitario que facilite el cumplimiento de dichas metodologías, en la comuna de Pumanque, en la Provincia de Colchagua, en la Región del Libertador Bernardo O’Higgins, Chile. Se debe realizar una actualización de la información disponible más reciente que respalde la metodología planteada, orientada a la articulación intersectorial a nivel comunitario sobre educación alimentaria y seguridad/inseguridad de ambientes alimentarios.

Se busca ejecutar el proyecto en un período de 12 meses, beneficiando en forma directa a 25 ciudadanos pumanquinos con patología cardiovascular, bajo control en el sistema FONASA, inscritos en un centro de salud de la comuna.

Se dividirá el proyecto en 6 etapas, las que integrarán los siguientes objetivos:

1) Etapa 1: "Presentación y aprobación".

La etapa 1 contempla el objetivo específico N.º 1 y 5. Se crearán y dispondrán todas las plataformas formales de comunicación digital para la ejecución del proyecto. Por lo anterior, se creará un correo electrónico de Gmail propio del proyecto, que llevará por nombre: `ambientemos.proyecto@gmail.com`. El fin de la etapa 1 es la presentación del proyecto a la jefatura o autoridad directa, a través de una exposición presencial, con la propuesta del proyecto impresa en formato de ficha técnica para cada asistente (ver en anexo N.º1), y esperar que el proyecto sea aprobado para su ejecución. Se evaluará el estado de avance de la etapa 1 según sea obtenida la aprobación.

2) Etapa 2: "Redes".

La etapa 2 "Redes" tiene un plazo máximo de 2 meses e incluye los objetivos específicos N.º 2, 3 y 5. Esta etapa inicia la ejecución del proyecto. La finalidad de la segunda etapa será establecer redes de contacto para la difusión del propósito del proyecto a través de la propuesta de proyecto en formato de ficha técnica, convocatoria de participación y la identificación de necesidades con el inter sector ampliado definido cómo: las fuerzas vivas de la comunidad (Comités sociales, agrupaciones vecinales, clubes comunitarios, clubes deportivos, y otras estructuras sociales identificadas cercanas a las familias, entre otros) que deseen participar, las instituciones municipales o departamentos municipales tales como salud, cultura, social, educación y comunicaciones, y servicios de alimentación (locales comerciales establecidos de expendio de alimentos y feriantes, a través de los locatarios, feriantes o alguna agrupación que los represente) a través de sus referentes y tomadores de decisión, tanto para las fuerzas vivas de la comunidad y departamentos municipales. Sobre el Departamento de Salud Municipal, es primordial que participen, además de la jefatura de Departamento, el profesional encargado del Programa de Salud Cardiovascular y el equipo tratante. Se establecerá un mapa de red para distinguir al intersector ampliado participante del proyecto. La identificación de necesidades está orientada a la búsqueda e identificación del ambiente

alimentario comunal de forma general y el impacto actual en la comunidad que tiene invertir recursos para el tratamiento y prevención de eventos cardiovasculares a través de una alimentación saludable, en relación con el costo-beneficio para la salud. Posteriormente, se evaluará el estado de avance de la etapa “Redes”. Para continuar a la etapa 3, es necesario contar con los siguientes subproductos: plataformas de comunicación digital elaboradas, mapa de red elaborado, articulación efectiva de los referentes y tomadores de decisión, necesidades locales obtenidas a través de metodología participativa y conclusiones para la siguiente etapa.

### 3) Etapa 3: “Conocimiento para la acción”.

La etapa 3 “Conocimiento para la acción” tiene un plazo máximo de 2 meses e incluye los objetivos N.º 4, 5 y 6. La finalidad de la tercera etapa es convertir las conclusiones de la etapa 2 en la entrega de conocimientos a través del diseño de un plan de capacitación sobre una de las metodologías dietéticas recomendadas según evidencia científica, como es la dieta mediterránea con supervisión profesional, según los ambientes alimentarios identificados, necesidades personales y articulación intersectorial resultante de la etapa 2. Para potenciar el logro de los resultados esperados, aparte del grupo humano capacitado, se levantará la identificación y formación de “Gestores comunales de ambientes alimentarios” (GCA), que corresponden a representantes del inter sector ampliado (tomadores de decisiones o pertenecientes a la agrupación, comunidad o institución) que presten apoyo al proceso de entrega de información al resto de la comunidad sobre las metodologías dietéticas abordadas en las capacitaciones, que permitan la ejecución, supervisión y mejora del ambiente alimentario basándose en las dietas abordadas. Posteriormente, se evaluará el estado de avance de esta etapa. Para continuar a la etapa 4, es necesario contar con los siguientes subproductos: Red intersectorial activa, integrantes del intersector descritos en la etapa 1 capacitados y GCA formados.

#### 4) Etapa 4: “Acción en terreno”.

La etapa 4 “Acción en terreno” tiene un plazo máximo de 4 meses. Contempla los objetivos estratégicos N.º 5, 6 y 7. La finalidad de la cuarta etapa es estimular el desarrollo de un ambiente alimentario comunal que permita la identificación de alimentos saludables para el cumplimiento de la metodología de la dieta mediterránea (estrategia comunicacional, marketing y publicidad) y el posicionamiento de los alimentos recomendados e indicados por profesionales Nutricionistas del Centro de Salud para la selección que los beneficiarios finales del proyecto realicen al momento de adquirir alimentos (usuarios diagnosticados con ENT cardiovascular: HTA y DM2), a través de la utilización de los medios de comunicación y difusión masiva disponibles tanto en la municipalidad (Plataformas digitales, radio) como particularmente, ya sea en locales comerciales y ferias libres (Difusión y propaganda física a través de flyers, pendones, letreros). Para potenciar el logro de los resultados esperados, se incorporará la participación de “gestores comunales de ambientes alimentarios” (GCA) como líderes comunales en temas de alimentación y ambientes alimentarios, identificados en la etapa 3, que realizarán actividades en terreno que permitan la ejecución, supervisión y acompañamiento a los proveedores de alimentos, permitiendo la mejora del ambiente alimentario. Así también, se evaluará la situación del impacto de la difusión encuestando a la población beneficiaria de los centros de salud de la comuna para evidenciar el conocimiento y la práctica de la dieta mediterránea al inicio y al final de la etapa a través del “índice chileno de dieta mediterránea” (IDM-Chile) modificado (ver anexo N.º6), con la adición de preguntas que identifiquen si la información está siendo recepcionada de forma exitosa por los beneficiarios finales. Posteriormente, se evaluará el estado de avance de la etapa para corregir, potenciar y establecer de forma continua la intervención en refuerzo al tratamiento y contribución a la mejora de los indicadores de compensación cardiovasculares de los centros de salud. Para continuar a la etapa 5, todas las etapas anteriores deben estar concluidas y evaluadas, esperando obtener de la etapa 4 “acción en terreno”: difusión física y digital realizada y sostenida en el

tiempo, GCA en terreno y sostenidos en el tiempo, y 60% de beneficiarios evidenciados con información recepcionada.

5) Etapa 5: “Impacto comunitario”.

La etapa 5 “Impacto comunitario” tiene un plazo máximo de 2 meses. Contempla el objetivo estratégico N.º 8. Finalmente, luego del cumplimiento de la etapa 4 y su sostenibilidad en el tiempo, se evalúa el “impacto clínico” de la intervención con relación a la adherencia al tratamiento dietoterapéutico y contribución a la mejora del estado de compensación de las enfermedades crónicas de los 25 usuarios beneficiarios. Así mismo, se evaluará la participación de los GCA en cuanto a su rol y su impacto en la ejecución del proyecto. Para continuar a la etapa 6, los subproductos esperados son los siguientes: Evaluación del impacto clínico obtenido y evaluación de la participación de los GCA realizada.

6) Etapa 6: “Propuesta de un emporio comunal”.

La etapa “Propuesta de un emporio comunal” tiene un plazo máximo de 2 meses. Como subproducto final del proyecto, se elaborará una propuesta técnica de desarrollo de un emporio comunal, con el fin de que el municipio entregue alimentos saludables a granel perecibles y no perecibles a la población beneficiaria más vulnerable de la comuna, para el fomento de la promoción y prevención de la salud a través de la asistencia de una alimentación saludable. De esta manera, se propondrá continuar con el desarrollo de un ambiente alimentario propicio para el cumplimiento de la metodología mediterránea, ampliando el horizonte de cobertura del beneficio no solo a personas que tengan enfermedades cardiovasculares, sino para el abordaje de la salud en todo el ciclo vital. El subproducto esperado para concluir con el proyecto: propuesta de emporio comunal elaborada y presentada a las autoridades: Departamento de Salud y autoridades municipales.

## IX. Actividades

### Etapa 1: “Presentación y aprobación”.

1. Actividad N.º 1: Presentación del proyecto a las autoridades y jefaturas directas.
  - a) Objetivo asociado: OE N.º 1: Presentar propuesta de proyecto a la Jefatura del Departamento de Salud, que permita el inicio de la ejecución del proyecto.
  - b) Nombre de la Actividad: “Presentando la propuesta.”
  - c) Descripción y metodología de la Actividad:
    - Metodología: Se coordinará con la Jefatura del Departamento de Salud de Pumanque la convocatoria a una reunión de presentación del proyecto, en donde se describirá la intención de la propuesta, el proyecto de forma general y el formato de la exposición de la propuesta a presentar, con la propuesta en formato de ficha técnica impresa para cada participante. En base a la aprobación de la Jefatura de salud, se procederá a convocar a reunión a las autoridades de la alcaldía y consejo municipal para la aprobación final del proyecto, con la misma metodología descrita. Se deberá esperar la aprobación formal del proyecto por un respaldo escrito, a través de un documento que acredite la realización del proyecto en la comuna de Pumanque y su ejecución completa, declarando la colaboración del municipio en los requerimientos del proyecto y la responsabilidad de los encargados de este.
    - Subproductos esperados: Correo electrónico del proyecto y Proyecto aprobado.
    - Responsables: Encargado y coordinador del proyecto.

- Participantes: Jefe Departamento de Salud, alcalde, concejales, funcionarios Departamento de Salud, asesores técnicos municipales u otro que convoque la jefatura de salud y alcaldía.
- Lugar: Dependencias Municipales de la I. Municipalidad de Pumanque. Debe ser apto para exponer con proyector y recibir al menos a 3 asistentes más el expositor.
- Rendimiento: 45 días de respuesta desde presentación de carta física y envío del correo electrónico de refuerzo. La exposición tendrá una duración de 30 minutos.

2. Actividad N.º 2: Monitoreo de las etapas del proyecto.

- Objetivo asociado: OE N.º 5: Implementar una primera versión y evaluar el estado de avance del desarrollo del proyecto de forma trimestral para aplicar medidas correctivas cuando sean requeridas.
- Nombre de la Actividad: “Lo que llevamos avanzado”.
- Descripción y metodología de la Actividad:
  - Metodología: La actividad N.º 2 tiene relación al monitoreo del avance y cumplimiento de cada etapa, por lo que deben realizarse 6 actividades de evaluación y monitoreo de cada una de ellas. Al iniciar cada una de las etapas, se debe definir una pauta de cotejo de cumplimiento en relación con los subproductos planificados por cada etapa. Cuando se culmine una etapa, se deben realizar informes de cumplimientos y monitoreo de cada etapa del proyecto. En el caso de que una etapa deba ser retrasada o modificada, se debe supervisar que las adaptaciones mantengan los objetivos declarados y la planificación de la Carta Gantt. Los informes, de carácter breve y preciso, deben realizarse al final de cada semana calendarizada, informando a cada integrante del proyecto y al intersector ampliado (cuando corresponda, según la actividad) la situación de cumplimiento.
  - Subproductos: 6 evaluaciones de estado de avances de cada etapa efectuadas.

- Responsables: Subcoordinador y supervisor del proyecto.
- Participantes: Integrantes del proyecto, departamentos municipales, las instituciones y organizaciones sociales y vecinales, negocios particulares alimentarios, dirigentes y personas naturales representantes.
- Lugar: En terreno según la actividad y teletrabajo.
- Rendimiento: 1 día por semana, 3 horas al día por 12 meses. El tiempo depende de cada etapa.

## **Etapa 2: “Redes”.**

3. Actividad N.º 3: Creación de los medios de información y mapa de red intersectorial.
  - a) Objetivo asociado: OE N.º 2: Establecer la articulación intersectorial entre los distintos actores relacionados con producción, dispensación y venta de alimentos, fuerzas vivas de la comunidad y el sector institucional a nivel local, diseñando metodologías de trabajo permanente.
  - b) Nombre de la Actividad: “Mapa de navegación: ¿por dónde ir?”.
  - c) Descripción y metodología de la Actividad:
    - Metodología: Luego de la aprobación de la propuesta del Proyecto, al cabo de 2 días hábiles se creará 1 perfil en las Redes Sociales (RRSS) de Facebook e Instagram, para fomentar la difusión del proyecto en la comunidad beneficiaria. Así mismo, se gestionará la creación de un logo con el servicio competente para esa actividad. El nombre que llevarán los perfiles creados debe tener relación con el nombre del proyecto. Así mismo, se realizará un mapa de red con el intersector ampliado declarado en la etapa 2, para mantener una base de datos de todos los departamentos municipales, las instituciones y organizaciones sociales y vecinales, negocios particulares alimentarios,

dirigentes y personas naturales representantes que participen del proyecto. Para la obtención de información se contactará a los Departamentos Municipales relacionados con el trabajo social e información comunal: DIDECO, Departamento Social, OMIL, Deportes, entre otras; organizaciones sociales, juntas vecinales, etc. El Mapa de Red debe estar formulado en formato digital y físico, y tendrá que estar disponible únicamente para todos los responsables del proyecto y sus actividades.

- Subproductos: RRSS elaboradas y mapa de red elaborado.
- Responsables: Encargado y coordinador del proyecto.
- Participantes: DIDECO, Departamento Social, OMIL, Deportes, organizaciones sociales, juntas vecinales, clubes deportivos y otros relacionados.
- Lugar: Dependencias Municipales de la I. Municipalidad de Pumanque y/o domicilio de los responsables.
- Rendimiento: 10 días a contar de los 2 días hábiles después de la aprobación de la propuesta del proyecto, 1 hora en 1 día.

4. Actividad N.º 4: Exposición del proyecto para establecer un vínculo intersectorial.

a) Objetivo asociado: OE N.º 2: Establecer la articulación intersectorial entre los distintos actores relacionados con producción, dispensación y venta de alimentos, fuerzas vivas de la comunidad y el sector institucional a nivel local, diseñando metodologías de trabajo permanente.

b) Nombre de la Actividad: “Ven a participar, ¿Estás interesado?”.

c) Descripción y metodología de la Actividad:

- Metodología: Establecido el mapa de red, se entregará una invitación a cada integrante del intersector a una exposición de participación del proyecto de 2 convocatorias, a través de 3 métodos: Carta de invitación física, correo electrónico y contacto telefónico del intersector involucrado. Para ambas convocatorias, se procederá de la

misma forma. La exposición del proyecto se coordinará con la Municipalidad de Pumanque para la adquisición de un lugar físico, con características que permitan proyectar una presentación en PowerPoint, y recibir un aforo de acuerdo con la cantidad de participantes confirmados según el llamado telefónico, más un 15% de aforo en caso de que asistan representantes del intersector que no hayan confirmado o que no se haya logrado contactarlos. La exposición estará a cargo del encargado del proyecto y el subcoordinador del proyecto. Al momento de la exposición se entregará a cada uno de los presentes una ficha técnica del proyecto para complementar la presentación. Al terminar de exponer, se realizará una inscripción de participación del proyecto, a través de una lista de inscripción con los datos identificados en el mapa de red, una carta de consentimiento informado y una carta de compromiso de participación en todas las actividades que se necesiten de su asistencia. Finalmente, a cada representante inscrito se le entregará una nueva convocatoria física a la actividad N.º 6: “Pensemos juntos: ¿Qué es lo que hay?”.

- Subproductos: convocatoria entregada, exposición realizada e invitación a la actividad N.º 6 entregada.
- Responsables: Encargado y coordinador del proyecto, subcoordinador y supervisor del proyecto.
- Participantes: departamentos municipales, las instituciones y organizaciones sociales y vecinales, negocios particulares alimentarios, dirigentes y personas naturales representantes.
- Lugar: Dependencias Municipales de la I. Municipalidad de Pumanque. Debe ser apto para exponer con proyector y recibir al menos al 115% de los convocados.
- Rendimiento: 5 días de respuesta desde presentación de carta física y envío del correo electrónico de refuerzo al llamado telefónico de confirmación. Para las 2 convocatorias, 30 minutos cada una, y para las 2 actividades expositoras una duración de 1 hora cada una.

5. Actividad N.º 5: Diagnóstico y percepción del intersector frente al cuidado de la salud y alimentación comunitaria.

a) Objetivo asociado: OE N.º 3: Conocer la percepción sobre temas vinculados a la salud y alimentación de las “Fuerzas vivas de la comunidad”.

b) Nombre de la Actividad: “Pensemos juntos: ¿Qué es lo que hay?”.

c) Descripción y metodología de la Actividad:

- Metodología: Luego de la convocatoria en la actividad N.º 4 se confirmará la asistencia con la misma metodología anterior. La actividad N.º 5 se llevará a cabo a través de conversatorios participativos en conjunto con el intersector ampliado que participará en el proyecto. Se coordinará con la Municipalidad de Pumanque la facilitación de un lugar físico con las características necesarias para la actividad. Los conversatorios participativos estarán a cargo de un moderador o facilitador, en conjunto con 1 o 2 ayudantes que deben pertenecer al equipo gestor del proyecto, y deberá velar por la completa inscripción en una lista de asistencia física. En la ejecución del conversatorio, se coordinará la validación de la encuesta sobre conocimiento en dieta mediterránea para el cuidado en salud con el intersector, y a cada participante se le aplicará la encuesta. Al finalizar el conversatorio, con los subproductos obtenidos de la etapa 2, a cada representante inscrito se le entregará una nueva convocatoria física con el mismo formato de la carta de invitación física entregada para la actividad N.º 5: “Pensemos juntos: ¿Qué es lo que hay?”, convocándolos a la actividad N.º 6 “Capacitémonos en alimentos cardioprotectores” en 7 días posteriores.

- Subproductos: convocatoria entregada, conversatorio realizado e invitación a la actividad n.º 7 entregada y encuesta validada.

- Responsables: Facilitador y capacitador, encargado y coordinador del proyecto, subcoordinador y supervisor del proyecto.

- Participantes: departamentos municipales, las instituciones y organizaciones sociales y vecinales, negocios particulares alimentarios, dirigentes y personas naturales representantes.
- Lugar: Dependencias Municipales de la I. Municipalidad de Pumanque. Debe ser apto para exponer con proyector y recibir al menos al 115% de los convocados.
- Rendimiento: 5 días de respuesta desde presentación de carta física de convocatoria al llamado telefónico de confirmación. Para la convocatoria se considera 1 hora a cargo del encargado del proyecto. La capacitación tendrá una duración de 90 minutos.

6. Actividad N.º 6: Recopilar e informar el diagnóstico y percepción del intersector.

a) Objetivo asociado: OE N.º 3: Conocer la percepción sobre temas vinculados a la salud y alimentación de las “Fuerzas vivas de la comunidad”.

b) Nombre de la Actividad: “Armemos e informemos lo encontrado.”

c) Descripción y metodología de la Actividad:

- Metodología: La actividad N.º 6 da término a la etapa 2 del proyecto. Tras la ejecución del conversatorio participativo y la obtención de las conclusiones, se elaborará un informe donde se exponga el resultado del proceso participativo. El informe elaborado deberá contener también el mapa de red, para disponer en un mismo documento el resultado de todo el proceso de la etapa 2 “Redes”. El documento deberá estar disponible para todo el intersector participante y los encargados del proyecto en formato digital y físico. Para promover el proyecto y el resultado del proceso participativo se debe coordinar con el Departamento de Comunicaciones de la municipalidad la participación en un programa de difusión comunal a través de sus plataformas de RRSS, para exponer de forma general un resumen del propósito del proyecto y el resultado de la charla participativa. Si no es factible llevar a cabo la

participación en el programa dentro de los plazos de la actividad N.º 6, se debe coordinar en cualquier otra etapa del proyecto antes de la etapa 4.

- Subproductos: Informe elaborado y resultados difundidos en los canales de comunicación físico, digital y en el programa municipal de difusión de información.
- Responsables: Facilitador y capacitador, encargado y coordinador del proyecto, subcoordinador y supervisor del proyecto,
- Participantes: Facilitador y capacitador, encargado y coordinador del proyecto, subcoordinador y supervisor del proyecto.
- Lugar: Dependencias Municipales de la I. Municipalidad de Pumanque y teletrabajo.
- Rendimiento: 5 días desde el término del segundo conversatorio, 15 horas en 1 semana, 3 veces a la semana.

### **Etapa 3: “Conocimiento para la acción”.**

7. Actividad N.º 7: Incrementar el conocimiento del intersector sobre las metodologías dietoterapéuticas propuestas.

- a) Objetivo asociado: OE N.º 4: Incrementar el conocimiento de los actores (producción, dispensación, ventas de alimentos y beneficiarios directos) involucrando como eje principal el Departamento de Salud Municipal.
- b) Nombre de la Actividad: “Capacitémonos en alimentos cardioprotectores.”
- c) Descripción y metodología de la Actividad:
  - Metodología: Después de haber entregado la carta de invitación en la actividad N.º 5, y habiendo expuesto y compartido los resultados del diagnóstico, se procederá a realizar 3 jornadas de capacitación sobre metodologías dietéticas para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, como son la Diabetes Mellitus 2, la Hipertensión

Arterial Crónica y Dislipidemia. Se confirmará la asistencia del intersector con la misma metodología que la actividad N.º 5. La actividad N.º 7 se llevará a cabo a través de la planificación de un taller de capacitación de 3 sesiones teóricas y prácticas en conjunto con el intersector ampliado que participará en el proyecto, y estará a cargo del profesional Facilitador y Capacitador del proyecto. Se coordinará con la Municipalidad de Pumanque la adquisición de un lugar físico, con las características necesarias para la actividad. Tras finalizar las 3 sesiones del taller, se realizará la inscripción de 5 voluntarios para cumplir el rol de “gestor comunal”. A los integrantes inscritos se les citará en 1 día extraordinario, aplicando la misma metodología de la actividad N.º 5. para la adquisición de un espacio físico, para consolidar su participación a través de una charla de capacitación de su rol comunal.

- Subproductos: Convocatoria realizada, taller de capacitación realizado y gestores comunales identificados.
- Responsables: Capacitador del proyecto, encargado y coordinador del proyecto, subcoordinador y supervisor del proyecto.
- Participantes: departamentos municipales, las instituciones y organizaciones sociales y vecinales, negocios particulares alimentarios, dirigentes y personas naturales representantes.
- Lugar: Dependencias Municipales de la I. Municipalidad de Pumanque. Idealmente, debe ser apto para exponer con proyector y recibir al menos al 115% de los convocados.
- Rendimiento: 7 días de respuesta desde presentación de carta física y llamado telefónico de confirmación. Para la convocatoria se considera 1 hora a cargo del encargado del proyecto. En un plazo de 1 semana, las 3 sesiones del taller de capacitación tendrán una duración de 90 minutos cada una.

8. Actividad N.º 8: Consolidación de los gestores comunales de ambientes alimentarios.

- a) Objetivo asociado: OE N.º 6: Consolidar la participación de los representantes de la comunidad a través del levantamiento de gestores comunales en apoyo a la implementación del proyecto, para su permanencia como líderes comunales en temas de alimentación y ambientes alimentarios.
- b) Nombre de la Actividad: “Formando gestores comunales de ambientes alimentarios (GCA) para nuestra comunidad.”
- c) Descripción y metodología de la Actividad:
- Metodología: Tras recibir la capacitación de la actividad N.º 7, se identificará al menos un gestor comunal por cada agrupación del intersector participante, orientando los esfuerzos para lograr al menos a 3 postulantes a gestores comunales inscritos en la actividad N.º 8. Tras identificar los datos de inscripción, se planificará la capacitación dentro de 3 días hábiles, ejecutando la misma metodología de preparación declarada en la actividad N.º 7. La actividad N.º 8 se llevará a cabo a través de 2 únicas sesiones de capacitación y estará a cargo del Encargado del proyecto, con apoyo del Facilitador y Capacitador del proyecto y el subcoordinador del proyecto. En caso de que asistan representantes del intersector que no hayan confirmado o que no se haya logrado contactarles, se aceptará su participación. La temática de la capacitación debe estar orientada a explicar las características técnicas del proyecto, en un lenguaje apropiado para el grupo objetivo. Los GCA se validarán con un certificado emitido por el proyecto, consentimiento informado, carta de compromiso (ver en anexos N.º2) y autorización municipal para ejercer las funciones requeridas del proyecto dentro de la comuna de Pumanque. Quedarán convocados para el inicio de la etapa 4 del proyecto.
  - Subproductos: Convocatoria realizada, capacitación realizada y GCA certificados.
  - Responsables: Encargado del proyecto, capacitador y coordinador del proyecto, subcoordinador y supervisor del proyecto.

- Participantes: Al menos 3 personas inscritas en el taller de capacitación.
- Lugar: Dependencias Municipales de la I. Municipalidad de Pumanque. Debe ser apto para exponer con proyector y recibir al menos al 115% de los convocados.
- Rendimiento: 3 días de respuesta desde inscripción y llamado telefónico de confirmación. Para la convocatoria se considera 1 hora a cargo del encargado del proyecto En un plazo de hasta 5 días, las 2 sesiones del taller de capacitación tendrán una duración de 60 minutos cada una.

#### **Etapa 4: “Acción en terreno”.**

##### 9. Actividad N.º 9: Difusión local.

- a) Objetivo asociado: OE N.º 7: Implementar estrategias de difusión local para el incentivo a la compra de alimentos involucrados en las metodologías dietoterapéuticas indicadas por nutricionistas en el centro de salud. (Línea de acción utilizar plataforma de RRSS municipal departamento comunicaciones)
- b) Nombre de la Actividad: Difundamos lo aprendido
- c) Descripción y metodología de la Actividad:
  - Metodología: Se calendarizará el lanzamiento de la etapa 4 con ayuda de los canales municipales para la difusión de mensajes saludables y llamativos para la selección de alimentos involucrados en la metodología dietética mediterránea, a través de la coordinación con el Departamento de Comunicaciones municipal, respecto a las plataformas digitales de la municipalidad y material físico. Los participantes del intersector ampliado que pertenezcan al rubro de ventas de alimentos, en locales establecidos y feriantes, dispondrán de los medios de difusión de

información digitales o físicos para la comunidad que seleccionará y comprará los alimentos orientados a las metodologías mediterránea tratada en las capacitaciones de la actividad N.º 7. Así mismo, los GCA realizarán una encuesta de conocimiento a los 25 beneficiarios directos del proyecto que evaluará la situación de impacto de la difusión para evidenciar el conocimiento y la práctica de la dieta mediterránea al inicio y al final de la etapa a través del “índice chileno de dieta mediterránea” (IDM-Chile) modificado, con la adición de preguntas que identifiquen si la información está siendo recepcionada de forma exitosa por los beneficiarios finales durante el primer mes de ejecución de la etapa 4. También participarán como delegados de funciones de ejecución, supervisión y mejora del ambiente alimentario según lo que indique el encargado del proyecto o subrogante para llevar a cabo la etapa 4. Se realizarán 2 reuniones mensuales con los gestores comunales para evaluar el estado de avance a través de la aplicación de la actividad N.º 2 sobre el monitoreo de las etapas del proyecto y sus actividades, estando a cargo el encargado del proyecto y el subcoordinador. En el último mes de la etapa 4, los gestores comunales repetirán la encuesta de conocimiento sobre metodología dietética mediterránea a los mismos usuarios encuestados el primer mes de la etapa 4.

- Subproductos: Articulación intersectorial realizada, lanzamiento realizado y reportes de monitoreo efectuadas.
- Responsables: Encargado del proyecto, coordinador del proyecto, subcoordinador y supervisor del proyecto, GCA y encargado de difusión.
- Participantes: Intersector identificado según mapa de red.
- Lugar: Dependencias Municipales de la I. Municipalidad de Pumanque, locales de venta de alimentos establecidos de la comuna, feria libre mensual de la comuna.
- Rendimiento: 4 meses desde el lanzamiento. Para la aplicación de las encuestas se contemplan 5 horas semanales en total. Las 2 reuniones mensuales con los GCA tendrán una duración de 1 hora cada

una. Para las actividades vinculadas a la difusión se contemplan 11 horas semanales.

### **Etapa 5: “Impacto comunitario”.**

#### 10. Actividad N.º 10: Impacto Comunitario.

- a) Objetivo asociado: OE N.º 8: Evaluar el impacto final del proyecto sobre la situación de compensación de los beneficiarios.
- b) Nombre de la Actividad: Efecto final.
- c) Descripción y metodología de la Actividad:
  - Metodología: Se realizará un informe de evaluación de impacto respecto a la mejora de los indicadores de compensación de enfermedades cardiovasculares en el centro de salud, así como también la tabulación de las encuestas realizada y su análisis de impacto.
  - Subproductos: Informes de impacto realizados.
  - Responsables: Encargado y coordinador del proyecto, subcoordinador y supervisor del proyecto, GCA.
  - Participantes: Ídem ítem anterior.
  - Lugar: Dependencias Municipales de la I. Municipalidad de Pumanque, locales de venta de alimentos establecidos de la comuna, feria libre mensual de la comuna.
  - Rendimiento: 2 meses desde el fin de la etapa 4. Se contemplan 5 horas semanales para la elaboración del informe de impacto, 1 vez a la semana.

## **Etapa 6: “Propuesta de un emporio comunal”.**

### 11. Actividad N.º 11: Propuesta de Emporio.

- a) Objetivo asociado: OE N.º 9: Diseñar las bases técnicas para establecer un emporio municipal saludable abierto a la comunidad de mayor riesgo social, vinculando al intersector comunal en el diseño.
- b) Nombre de la Actividad: Propuesta de un Emporio Comunitario.
- c) Descripción y metodología de la Actividad:
  - Metodología: Tras finalizar la evaluación de impacto, se diseñarán las bases técnicas que conlleva elaborar una propuesta de un “Emporio Municipal”, que tiene como fin disponer del acceso a los alimentos identificados como “funcionales” para el tratamiento dietético de la población más vulnerables de la comuna a través de todo su ciclo vital, y así potenciar la continuidad del propósito del proyecto “Ambientemos alimentos para la salud”. La elaboración de las bases estará a cargo del encargado del proyecto, quien deberá articular el intersector municipal trabajado en el presente proyecto. Tendiendo las bases técnicas identificadas, la propuesta se presentará de la misma forma como se ha presentado el actual proyecto, realizando convocatorias a los tomadores de decisión municipal, coordinando lugares físicos y presentando las bases técnicas de forma física y digital. La aprobación o rechazo de la propuesta del emporio comunitario dependerá exclusivamente de los tomadores de decisión municipal. En el caso que se apruebe la propuesta, se dará curso a un nuevo proyecto de intervención comunal, en donde el encargado de proyecto deberá diseñar y ejecutarlo de acuerdo con nuevos contextos, áreas de desempeño humano y recursos financieros.
  - Subproductos: Propuesta de emporio comunitario elaborada y presentada.
  - Responsables: Encargado del proyecto.

- Participantes: Jefe Departamento de Salud, alcalde, concejales, funcionarios Departamento de Salud, asesores técnicos municipales u otro que convoque la jefatura de salud y alcaldía.
- Lugar: Dependencias municipales de la I. Municipalidad de Pumanque
- Rendimiento: 2 meses desde el fin de la etapa 5. Se contemplan 5 horas semanales para la elaboración del informe de impacto, 1 vez a la semana.

## X. Cronograma de actividades

Tabla N.º2: Carta Gantt de actividades del proyecto.

SEMANAS	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Información a las autoridades	X	X																						
Entrevista y diagnóstico		X	X																					
Difusión del proyecto			X	X																				
Monitoreo de avance del proyecto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Medio información y mapa de red					X																			
Diseño logotipo				X																				
Exposición intersector																								
Diagnóstico y percepción intersector							X																	
Recopilación e informe diagnóstico							X	X																
Diseño plan de capacitación									X	X														
Incrementar conocimiento del intersector											X	X												
Consolidación de gestores comunales													X	X										
Difusión local															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Supervisión de gestores comunales															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniones de situación de difusión local															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informe de evaluación de impacto.																								
Rendición de cuenta																								
Propuesta de emporio comunitario																								
Cierre del proyecto																								

SEMANAS	MES 7				MES 8				MES 9				MES 10				MES 11				MES 12			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Información a las autoridades																								
Entrevista y diagnóstico																								
Difusión del proyecto																								
Monitoreo de avance del proyecto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Medio información y mapa de red																								
Diseño logotipo																								
Exposición intersector																								
Diagnóstico y percepción intersector																								
Recopilación e informe diagnóstico																								
Diseño plan de capacitación																								
Incrementar conocimiento del intersector																								
Consolidación de gestores comunales																								
Difusión local	X	X	X	X	X	X	X	X																
Supervisión de gestores comunales	X	X	X	X	X	X	X	X																
Reuniones de situación de difusión local	X	X	X	X	X	X	X	X																
Informe de evaluación de impacto.									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Rendición de cuenta														X	X	X	X	X	X	X				
Propuesta de emporio comunitario																	X	X	X	X	X	X	X	X
Cierre del proyecto																				X	X	X	X	X

## XI. Presupuesto del proyecto detallado por ítem.

### Gastos Honorarios del proyecto.

A continuación, se presenta el gasto planificado para el recurso humano (RRHH). El presupuesto del proyecto está orientado a la postulación de fondos concursables para su ejecución en el año 2023. En caso de que la municipalidad cuente con montos para su ejecución, se propondrá cubrir los gastos propios del proyecto con recursos municipales y evaluar la contratación del Encargado de difusión, comunicaciones y de informática del proyecto por parte de otro departamento para conceptos de trabajo intersectorial del municipio. Para efectos del ítem de “Presupuesto del proyecto detallado”, se abreviarán los siguientes términos para ser expuestos en las tablas correspondientes: Hora (Hr.), Semana (Sem.), Fondo Concursable (FFCC), Municipalidad (Mun.).

Tabla N.º3: Planificación del gasto honorario para la ejecución del proyecto.

Nombre del cargo y perfil requerido	Funciones	Hr. / Sem.	Valor hora en pesos chilenos.	Honorarios por Mes en pesos chilenos.	N.º Meses	Valor Total en pesos chilenos.	FINANCIAMIENTO	
							FFCC	Mun.
Encargado y coordinador del proyecto.  Perfil: Profesional con al menos 5 años de experiencia en salud comunitaria y liderazgo de equipos de	Gestionar y coordinar las actividades del proyecto para el cumplimiento de las etapas descritas.	10	\$16.000	\$158.000	12	\$1.896.000	\$1.896.000	0

trabajo, con grado Magíster del área de Salud Pública.								
Subcoordinador y supervisor del proyecto.  Perfil: Profesional con al menos 3 años de experiencia en salud comunitaria, con posgrado en el área de salud familiar o salud pública.	Subrogar al encargado del proyecto cuando este no se encuentre disponible y supervisar la ejecución de la coordinación y el cumplimiento de las etapas del proyecto.	9	\$15.000	\$135.625	12	\$1.627.500	\$1.627.500	0
Facilitador y capacitador  Perfil: Profesional Nutricionista con al menos 3 años de experiencia en salud comunitaria y educación grupal, con posgrado en el área de la Nutrición humana.	Facilitar la identificación de necesidades con estrategias participativas y capacitar sobre métodos dietéticos para la salud cardiovascular.	6	\$15.000.	\$86.250	4	\$345.000	\$345.000	0
Encargado de difusión, comunicaciones y de informática del proyecto.  Perfil: Profesional o técnico de nivel	Elaborar un logo y difundir el material informativo en distintas plataformas, ya sean físicas y	11	\$11.000.	\$121.000.	4	\$484.000	0	\$484.000

superior con al menos 2 años de experiencia en el área de comunicaciones, relaciones públicas, marketing y/o informática.	digitales.							
TOTAL		36	\$57.000	\$500.875	32	\$4.352.500	\$3.868.500	\$484.000

*Fuente: Elaboración propia.*

Observación: El total de horas semanales por perfil se establece de acuerdo con la cantidad de meses en que el perfil debe prestar los servicios, según la etapa en la que participe y las actividades en que se planifica su prestación. Para profundizar en el rendimiento de horas y el gasto del presupuesto de RRHH, ver anexo N.º 4.

## Gastos, Bienes y Servicios de consumo del proyecto.

Tabla N.º4: Distribución del gasto para bienes y servicios de consumo.

Descripción	Costo Unitario	Cantidad Requerida (N.º de insumos o veces)	Valor Total en pesos chilenos.	Financiamiento	
				FFCC	Mun.
Movilización y transporte: - Combustible, por movilización propia.	\$50.000	4	\$200.000	\$200.000	\$0
Insumos de oficina e impresión: - Resmas blancas tamaño carta. - Tinta multicolor. - Corchetera. - Corchetes. - Anillada impresión.	\$150.000	-	\$150.000	\$0	\$150.000
Difusión y marketing	\$150.000	-	\$150.000	\$150.000	\$0
Artículos de informática y digitalización: - notebook ofimática básica. - impresora multicolor básica.	\$600.000	-	\$600.000	\$600.000	\$0
Artículo de telefonía móvil: - Smartphone gama media. - chip telefonía móvil con plan de datos mínimo.	130.000	2	\$260.000	\$260.000	\$0

Banquetería y/o catering: - Servicios de banquetería y/o catering.	\$80.000	.	\$80.000	\$80.000	\$0
Espacio físico o centro de eventos: dependencias de la I. Municipalidad de Pumanque.	\$18.000	28	\$504.000	\$0	\$504.000
TOTAL			\$1.944.000	\$1.290.000	\$654.000

*Fuente: Elaboración propia.*

Observación: En relación con el espacio físico donde se llevarán a cabo las actividades de reuniones, capacitaciones y trabajo administrativos son provistos de forma gratuita por la municipalidad previa solicitud y autorización, cuando el fin de la actividad es en beneficio de la comuna.

## XII. Resumen del presupuesto detallado por ítem del proyecto.

### Resumen de gastos honorarios del proyecto.

Tabla N.º5: Resumen de distribución de gastos honorarios del proyecto.

Nombre del cargo	Valor Total en pesos chilenos	FINANCIAMIENTO	
		FONDO CONCURSABLE	MUNICIPALIDAD
Encargado y coordinador del proyecto.	\$1.896.000	\$1.896.000	0
Subcoordinador y supervisor del proyecto.	\$1.627.500	\$1.627.500	0
Facilitador y capacitador	\$345.000	\$345.000	0
Encargado de difusión, comunicaciones y de informática del proyecto.	\$484.000	0	\$484.000
TOTAL	\$4.352.500	\$3.868.500	\$484.000

*Fuente: Elaboración propia.*

Observación: Se refuerza que en el caso de que la municipalidad cuente con montos para su ejecución, se propondrá cubrir los gastos propios del proyecto con recursos municipales y evaluar la contratación del encargado de difusión, comunicaciones y de informática del proyecto por parte de otro departamento para conceptos de trabajo intersectorial del municipio.

## Resumen de gastos de bienes y servicios de consumo del proyecto.

Tabla N.º6: Resumen de distribución de gastos de bienes y servicios de consumo del proyecto.

Descripción	Valor Total en pesos chilenos	Financiamiento	
		FONDO CONCURSABLE	MUNICIPALIDAD
Movilización y transporte.	\$200.000	\$200.000	\$0
Insumos de oficina e impresión.	\$150.000	\$0	\$150.000
Difusión y marketing.	\$150.000	\$150.000	\$0
Artículos de informática y digitalización.	\$600.000	\$600.000	\$0
Artículo de telefonía móvil.	\$260.000	\$260.000	\$0
Banquetería y/o catering.	\$80.000	\$80.000	\$0
Espacio físico o centro de eventos: Dependencias de la I. Municipalidad de Pumanque.	\$504.000	\$0	\$504.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$1.944.000</b>	<b>\$1.290.000</b>	<b>\$654.000</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

Observación: Se refuerza que el espacio físico donde se llevarán a cabo las actividades de reuniones, capacitaciones y trabajo administrativos son provistos de forma gratuita por la municipalidad previa solicitud y autorización, cuando el fin de la actividad es en beneficio de la comuna.

## Resumen del gasto global del proyecto.

Tabla N.º7: Resumen de gastos del proyecto.

ÍTEM	Monto	% Del total del proyecto	FINANCIAMIENTO			
			Fondo Concursable	%	Municipalidad	%
Gastos honorarios	\$4.352.500	90 %	\$3.868.500	89	\$484.000	11
Gastos, bienes y servicio de consumo	\$1.944.000	10 %	\$1.290.000	66,4	\$654.000	33,6
Total	\$6.294.500	100%	\$5.158.500	81,9	\$1.138.000	18,1

*Fuente: Elaboración propia.*

## Resumen de presupuesto global del proyecto.

Table N.º8: Resumen del presupuesto considerado para la ejecución del proyecto.

FINANCIAMIENTO	MONTO	%
Gastos honorarios propios del proyecto	\$3.868.500	61,4
Gastos honorarios otros recursos municipales	\$1.138.000	18
Gastos de inversión, bienes y servicios propios	\$1.290.000	20,3
Gastos de bienes y servicios, otros recursos	\$654.000	10,3
Total	\$6.294.500	100

*Fuente: Elaboración propia.*

### XIII. Bibliografía

1. Agricultura, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y. (2022, 05 25). *Guías alimentarias basadas en alimentos*. Retrieved mayo 20, 2022, from fao.org: <https://www.fao.org/nutrition/educacion-nutricional/food-dietary-guidelines/background/es/>.
2. Cafiero, C. (2022, 06 19). *Fao*. Retrieved from Fao.org: <https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS/visualize>.
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2014, March 6). *CDC*. Retrieved from CDC Web Site: <http://www.cdc.gov>
4. Cepal. (2022, 04 29). *Cepal.org*. Retrieved from Cepal Web Site: <https://www.cepal.org/es/enfoques/evolucion-precios-recursos-naturales-exportacion-america-latina-caribe>.
5. Cesar I. Fernandez-Lazaro, E. T. (2022). Factors associated with successful dietary changes in an energy-reduced Mediterranean diet intervention: a longitudinal analysis in the PREDIMED-Plus trial. *European Journal of Nutrition*, 1457–1475.
6. CHILE, M. D. (2010). GUÍA CLÍNICA DIABETES MELLITUS TIPO 2. *SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL*.
7. Chile, M. d. (2010). *GUÍA CLÍNICA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS*. Retrieved from <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4341c44a9e04001011f0113b9.pdf>.
8. Dahlgren G, W. M. (1992). Policies and strategies to promote equity in health. En: Policies and strategies to promote equity in health. *Geneva: World Health Organization*.
9. Echeverría G., U. I. (2016). Validación de cuestionario autoaplicable para un índice de alimentación mediterránea en Chile. *Rev Med Chile*, 144, 1531 - 1543.
10. EPI, M. (2008). *Departamento de Epidemiología*. Retrieved from Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud sitio web: <http://epi.minsal.cl/estudio-de-carga-de-enfermedades/>.
11. Felicia Hill-Briggs, N. E. (2021, January). Social Determinants of Health and Diabetes: A Scientific Review. *Diabetes Care*, 44, 258-279. doi: <https://doi.org/10.2337/dci20-0053>.
12. IZCP.Consultores. (2019). *Plan de Desarrollo Comunal*. Pumanque: Ilustre Municipalidad de Pumanque.
13. Joao Intini, E. J. (2019). *Transformar los sistemas alimentarios para alcanzar los ODS*. Santiago de Chile: 2030/Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe.

14. Marín, C. (2017, 03 30). *Diario Financiero*. Retrieved from Diario Financiero Sitio Web: <https://www.df.cl/empresas/actualidad/a-chile-las-enfermedades-cardiovasculares-le-cuestan-el-0-24-del-pib>.
15. Marín, C. (2021, 11 10). *Diario Financiero* . *Diabetes avanza en Chile de la mano de la Obesidad*, pp. 30-31.
16. Martínez-Sanguinetti, M. a. (2021). ¿How has the epidemiological profile in Chile changed in the last 10 years? *Revista Médica de Chile*, 149.
17. MINISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE CHILE. (2022). ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS AL 2030. 32.
18. MINISTERIO DE SALUD, C. (2010). GUÍA CLÍNICA DIABETES MELLITUS TIPO 2. *SERIE DE GUÍAS CLÍNICAS MINAL*, 16-19.
19. Ministerio de Salud, I. (2015, octubre 8). *Ministerio de Salud - Gobierno de Chile*. Retrieved from Sitio web del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile: <https://www.minsal.cl/politicas-publicas-en-alimentacion-y-nutricion/>.
20. Mora, J. (2022, 06 17). *Fundación Observatorio del gasto fiscal en Chile*. Retrieved from Fundación Observatorio Fiscal Sitio Web: <https://observatoriofiscal.cl/Informate/Repo/En-que-gasta-el-Estado-por-area-de-gasto>.
21. Murray, C. J. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries . *The Lancet*, 1204-1222.
22. Organización Panamericana de Salud (OPS). (2022, octubre 19). *Organización Panamericana de Salud*. Retrieved from Organización Panamericana de Salud Web site: [https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=Se%20estima%20que%2062%20millones,Diabetes%20Atlas%20\(novena%20edici%C3%B3n\)](https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=Se%20estima%20que%2062%20millones,Diabetes%20Atlas%20(novena%20edici%C3%B3n)).
23. Organización Panamericana de Salud (OPS). (2022, octubre 19). *Organización Panamericana de Salud* . Retrieved from Organización Panamericana de Salud Sitio web: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
24. Pedro Zitko M, D. A. (2019). Proyección del Estudio de Carga de Enfermedad. *UDLA*, 9-29.
25. Prosalus y Cruz Roja Española. (2014). *Comprendiendo el Derecho Humano a la Salud*.
26. Ricardo Cerda Rioseco, D. E. (SANTIAGO, JUNIO 2016). Marco conceptual sobre los factores condicionantes de los ambientes alimentarios en Chile. *Facultad de Medicina Universidad de Chile y Ministerio de Salud*, 16.
27. Salim Yusuf\*, P. J. (2019). Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*.

28. Salud, M. d. (2018). *Informe Encuesta Nacional d Salud 2016-2017: Diabetes Mellitus*. Santiago de Chile.
29. Salud, M. d. (2018). *Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Estado Nutricional*. Santiago .
30. Sano, S. E. (2021). *Estudio: Radiografía de la Alimentación en Chile*. Santiago: Elige Vivir Sano del Gobierno de Chile.
31. Scharager, M. (2021). *Efecto de Enfermedades Crónicas en Participación Laboral a Nivel de Hogar*. Santiago: Facultad de economía y negocios, Universidad de Chile.
32. Social, M. d. (2021). *LEY NÚM. 21.360, artículo 1*. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Retrieved from <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1162462>.
33. Trichopoulou A, K.-B. A. (1995). Diet and overall survival in elderly people. *BMJ*, 311, 1457 - 60.
34. Verdugo G, A. V. (2016). Análisis del precio de una dieta saludable y no saludable en la Región Metropolitana de Chile. *Sociedad Latinoamericana de Nutrición, Vol. 66 Nº 4*, 272-278.
35. World Health Organization (WHO). (2022, Septiembre 16). *World Health Organization (WHO)*. Retrieved 10 19, 2022, from World Health Organization Web site: <https://www.who.int/es/>.
36. World Health Organization (WHO). (2022, 09 16). *World Health Organization (WHO)*. Retrieved from World Health Organization Web site: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

## XIV. Anexos.

### 14.1. Anexo N.º 1

#### Carta de Presentación y ficha técnica de la propuesta del Proyecto.

## PROPUESTA DE PROYECTO

# AMBIENTEMOS ALIMENTOS PARA LA SALUD

### DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto "Ambientemos alimentos para la salud" busca posicionar e implementar un sistema de identificación y difusión de metodologías dietarias para el tratamiento de enfermedades crónicas cardiovasculares, dando énfasis en la alimentación saludable preventiva y terapéutica que facilite el cumplimiento de dichas metodologías, en la comuna de Pumanque, en la Provincia de Colchagua, en la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, Chile.

### DECLARACIÓN DEL PROBLEMA

Una propuesta que aborda la insuficiente oportunidad de acceso al conocimiento alimentario sobre metodologías dietoterapéuticas para la adecuada selección de alimentos disponibles en la comunidad, en el tratamiento de enfermedades crónicas cardiovasculares.

### SOLUCIÓN PROPUESTA

Contribuir a mejorar la oportunidad de acceso al conocimiento sobre metodologías dietoterapéuticas para la adecuada selección de alimentos cardioprotectores en la Comuna de Pumanque, a través de una articulación intersectorial en el año 2023.

BENEFICIOS DEL PROYECTO	PRESUPUESTO DEL PROYECTO
25 usuarios de 18 años de edad en adelante residentes en la comuna de Pumanque, identificados como población bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular de los Centros de Salud de Pumanque, entre los tramos del 40 al 80% más vulnerables.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Costo honorario: \$4.352.000.</li><li>• Costo bienes y servicios: \$1.944.000.</li><li>• Propio del proyecto: \$5.158.500.</li><li>• Municipal: \$1.138.000.</li></ul>

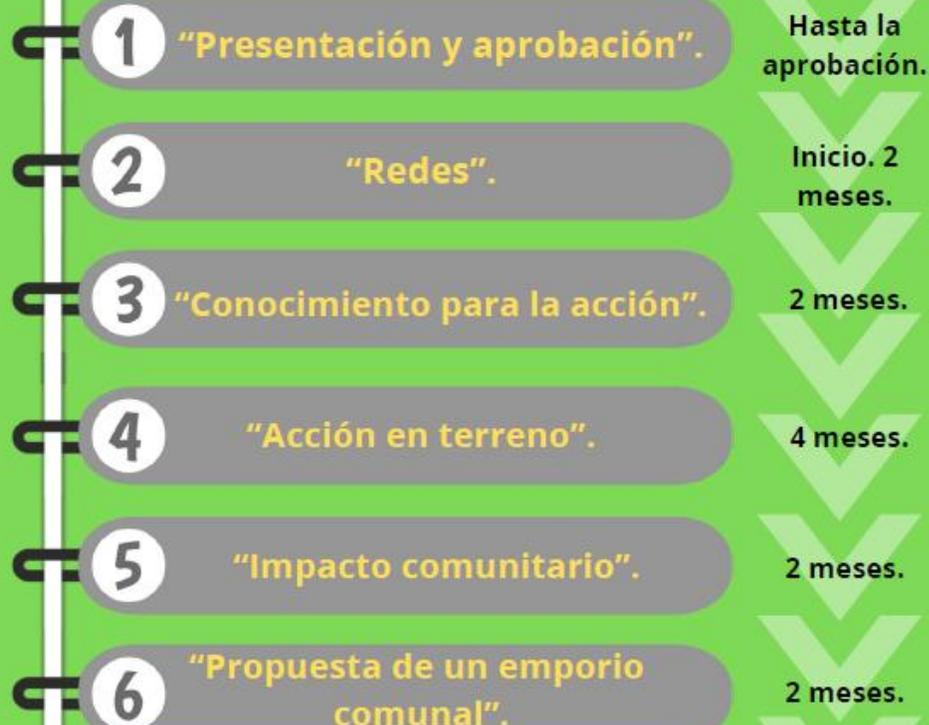
### NUESTRO PLAN DE ACCIÓN

Se busca ejecutar el proyecto en un período de 12 meses. El proyecto se dividirá en 6 etapas, previa autorización. Se establecerá una articulación intersectorial entre los distintos actores relacionados con producción, dispensación y venta de alimentos a nivel local, para implementar estrategias de difusión local para el incentivo a la compra de alimentos involucrados en las metodologías dietoterapéuticas indicadas por nutricionistas en el centro de salud.



## ETAPAS DEL PROYECTO

### AMBIENTEMOS ALIMENTOS PARA LA SALUD



#### ROLES Y RESPONSABILIDADES DEL PROYECTO

- Encargado y coordinador del proyecto.
- Subcoordinador y supervisor del proyecto.
- Facilitador y capacitador.
- Encargado de difusión, comunicaciones y de informática del proyecto.

#### ENCARGADO DEL PROYECTO

- Camilo Ariel Avilés Ríos, Nutricionista.
- Núm. contacto telefónico: 9 77630188.
- Correo electrónico: [cam.aviles.nutricion@gmail.com](mailto:cam.aviles.nutricion@gmail.com).

## 14.2. Anexo N.º 2

### **Formato consentimiento informado del Gestor Comunal de Ambientes Alimentarios.**



*Logo del proyecto*

### **Consentimiento informado del Gestor Comunal de Ambientes Alimentarios.**

He sido invitado/a a formar parte del proyecto “Ambientemos alimentos para la salud”, a realizarse en la comuna de Pumanque durante el año 2023. He leído la información que me entregaron y la he entendido. Además, he tenido la oportunidad de consultar dudas, las que me fueron respondidas a mi entera satisfacción; por lo tanto, consiento participar activamente en este proyecto como un Gestor Comuna de Ambientes Alimentarios (GCA).

- Nombre: \_\_\_\_\_.
- Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Firma: \_\_\_\_\_.

### 14.3. Anexo N.º3

#### **Formato carta de compromiso del Gestor Comunal de Ambientes Alimentarios.**



*Logo del proyecto*

#### **Carta de Compromiso del Gestor Comunal de Ambientes Alimentarios.**

Yo, \_\_\_\_\_,  
de rut \_\_\_\_\_, con fecha de nacimiento en \_\_\_\_\_, he aceptado participar en el proyecto “Ambientemos alimentos para la salud” con el rol de Gestor Comunal de Ambientes Alimentarios (GCA), porque sí entiendo el problema identificado, el propósito y los objetivos específicos del proyecto.

Entiendo que el logro del propósito del proyecto se potencia con mi contribución a la comunidad de Pumanque. Es por esto y porque sé que si bien el proyecto para mí es a total gratuidad y sin fines de lucro, también sé que para la población más vulnerable es un beneficio a mediano y largo plazo, y por eso me comprometo a poner mi máximo esfuerzo para contribuir al logro del propósito del proyecto, de acuerdo a las indicaciones que me entregará el equipo responsable del proyecto y sus actividades, en donde realizaré todos los esfuerzos necesarios para participar de todas las actividades que contempla el proyecto durante su ejecución en el año 2023.

- Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Firma: \_\_\_\_\_.

#### 14.4. Anexo N.º4

### Resumen horas planificadas por etapa y actividad.

Tabla N.º6: Resumen de horas por RRHH según actividad.

Cargo / Hr. x actividad (A)	ETAPA 1		ETAPA 2				ETAPA 3		ETAPA 4	ETAPA 5	ETAPA 6	RENDIMIENTO TOTAL
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	
Encargado y coordinador del proyecto.	0.5		1.0	3.0	2.5	15.0	5.5	3.0	8.0	40.0	40.0	118.5
Subcoordinador y supervisor del proyecto.		36.0		1.5	1.5	15.0	4.5	2.0	8.0	40.0		108.5
Facilitador y capacitador					1.5	15.0	4.5	2.0				23.0
Encargado de difusión, comunicaciones y de informática del proyecto.									44.0			44.0
RENDIMIENTO POR ACTIVIDAD	0.5	36.0	1.0	4.5	5.5	45.0	14.5	7.0	60.0	80.0	40.0	294.0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N.º7: Resumen de etapas del proyecto, meses de duración y rendimiento de horas.

ETAPAS DEL PROYECTO	DURACIÓN EN MESES	HORAS PLANIFICADAS
ETAPA 1	0	36.5
ETAPA 2	2	56
ETAPA 3	2	21.5
ETAPA 4	4	60
ETAPA 5	2	80
ETAPA 6	2	40
TOTAL	12	294

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°8: Resumen de actividades planificadas.

A1	<b>Presentación del proyecto a las autoridades y jefaturas directas.</b>
A2	<b>Monitoreo de las etapas del proyecto.</b>
A3	<b>Creación de los medios de información y mapa de red intersectorial.</b>
A4	<b>Exposición del proyecto para establecer un vínculo intersectorial.</b>
A5	<b>Diagnóstico y percepción del intersector frente al cuidado de la salud y alimentación comunitaria.</b>
A6	<b>Recopilar e informar el diagnóstico y percepción del intersector.</b>
A7	<b>Incrementar el conocimiento del intersector sobre las metodologías dietoterapéuticas propuestas.</b>
A8	<b>Consolidación de los gestores comunales de ambientes alimentarios.</b>
A9	<b>Difusión local.</b>
A10	<b>Impacto Comunitario.</b>
A11	<b>Propuesta de Emporio.</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

## 14.5. Anexo N.º5

### Questionario nutricional para cálculo del índice chileno de dieta mediterránea (IDM-Chile) y recepción de difusión del entorno sobre de la metodología.

#### Respecto a al conocimiento y adherencia:

1) ¿Cuántas porciones de verduras consume al día? Considere todo tipo de verduras, crudas o cocidas, consumidas como ensaladas, guisos, sopas (hechas de verdura natural), y/o acompañamientos calientes. Las papas no se consideran en este ítem.

- porción de verduras: 1 taza o 1 plato de entrada de verduras.
- porciones de verduras: 2 tazas o 1 plato de fondo lleno de verduras.

\_\_\_ Ninguna o menos de 1 \_\_\_ 1 a 3 porciones \_\_\_ 3 o más porciones.

2) ¿Cuántas veces a la semana, en promedio, consume un plato de legumbres? Considere lentejas, garbanzos, porotos, arvejas secas o deshidratadas.

\_\_\_ Ninguna o menos de 1 \_\_\_ 1 a 2 veces \_\_\_ Más de 2 veces

3) ¿Cuántas veces a la semana, en promedio, consume un puñado de frutos secos? Considere nueces, almendras, maní, avellanas, castañas de cajú, pistachos, etc.

\_\_\_ Ninguna o menos de 1 \_\_\_ 1 a 2 veces \_\_\_ Más de 2 veces

- 4) ¿Cuántas porciones de frutas consume al día? Considere todo tipo de frutas, crudas, cocidas o deshidratadas (huesillos, pasas, higos secos, otros). 1 porción de frutas: 1 fruta grande (manzana, pera, naranja, plátano, durazno), 2 frutas chicas (kiwis, mandarinas), 1 taza de fruta picada.

\_\_\_ Ninguna o menos de 1 \_\_\_ 1 a 2 porciones \_\_\_ 2 o más porciones

- 5) ¿Cuántas porciones de cereales integrales consume regularmente cada día? Considere arroz y pasta integral, pan integral, otros cereales integrales como quinua y avena, cereales integrales para el desayuno, galletas o galletones integrales, y todo tipo de masas o platos preparados a base de cereales integrales. 1 porción: 1 taza de pasta o arroz integral listo para servir, 1 taza de cereales integrales para el desayuno, 2 rebanadas (o 1 marraqueta o 1 hallulla) de pan integral.

\_\_\_ Ninguna o menos de 1 \_\_\_ 1 a 2 porciones \_\_\_ 2 o más porciones

- 6) ¿Cuántas veces a la semana, en promedio, consume carnes con poca grasa? Considere carne de ave, pavo (jamón de pavo), cerdo magro (filete de cerdo, pulpa de cerdo, lomo de cerdo) y carnes rojas magras (posta, filete, palanca, lomo liso desgrasado, pollo ganso, asiento).

\_\_\_ Ninguna \_\_\_ 1 a 4 veces \_\_\_ 5 a 8 veces \_\_\_ Más de 8 veces

- 7) ¿Cuántas veces a la semana, en promedio, consume carnes altas en grasa o procesadas? Considere carne de cerdo grasa (chuletas, costillas), carne roja grasa (lomo vetado, costillas), cordero, tocino, jamón, cecinas y embutidos, entrañas, hamburguesas preelaboradas.

\_\_\_ Ninguna o menos de 1 \_\_\_ 1 a 2 veces \_\_\_ Más de 2 veces

8) ¿Cuántas veces a la semana, en promedio, consume pescados o mariscos?

\_\_\_ Ninguna o menos de 1 \_\_\_ 1 a 2 veces \_\_\_ Más de 2 9.1.

9.1) ¿Consumes algún producto lácteo semidescremado, descremado o fermentado al día? Considere leche descremada y leche semidescremada, todo tipo de yogurt, todo tipo de leche cultivada, quesillo, queso fresco y quesos.

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si la respuesta es NO, pasar directamente a la pregunta 10.1

9.2) ¿Cuántas tazas de lácteos descremados, semidescremados o fermentados consumes al día? Considere leche descremada y leche semidescremada, todo tipo de yogurt, y todo tipo de leche cultivada.

\_\_\_ No consumo \_\_\_ 1 o menos tazas \_\_\_ Más de 1 taza

10.1) ¿Consumes diariamente leche entera, mantequilla o crema?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si la respuesta es no, pasar directamente a la pregunta 11.1

10.2) ¿Consumes regularmente más de 1 taza de leche entera al día?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

10.3) ¿Consume regularmente más de 2 cucharaditas (de té) de mantequilla o crema al día?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

11.1) ¿Consume regularmente aceite de oliva?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si la respuesta es no, pasar directamente a la pregunta 12.1

11.2) ¿Cuántas cucharaditas (de té) de aceite de oliva consume al día?

\_\_\_ Ninguna \_\_\_ 1 a 2 cucharaditas \_\_\_ 3 o más cucharaditas

12.1) ¿Usa regularmente aceite canola puro en su casa? La pregunta se refiere a aceite canola no mezclado con otros aceites, como a veces está disponible en el comercio.

\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_ No sabe / no lo conoce

12.2) ¿Cuántas paltas consume a la semana regularmente?

\_\_\_ Ninguna o menos de ½ palta \_\_\_ ½ a 3 paltas \_\_\_ Más de 3 paltas

13.1) ¿Consume regularmente vino con las comidas (4 o más veces a la semana)?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si la respuesta es no, pasar directamente a la pregunta 14.1

13.2) ¿Cuántas copas de vino consume al día en promedio?

Menos de 1 copa  1 a 2 copas  Más de 2 copas

14.1) ¿Consume regularmente dulces, golosinas o postres con azúcar más de 1 vez al día? Considere dulces, jalea normal (con azúcar), golosinas, chocolates, pasteles, tortas, queques, galletas azucaradas, etc.

Sí  No

14.2) ¿Consume habitualmente bebidas gaseosas o jugos no light o azucarados durante el día?

Sí  No

14.3) En promedio, ¿cuántas cucharaditas (de té) de azúcar consume al día?

Menos de 4 cucharaditas  4 o más cucharaditas  Ninguna o endulzantes (sacarina, aspartame, sucralosa, estevia, otro.)

**Respecto a la recepción de difusión de información del entorno.**

15) ¿Tiene conocimiento sobre el proyecto “Ambientemos alimentos para la salud” que se lleva a cabo en Pumanque?

Si  No

(Puntaje: para si 1 punto, para no 0 puntos.)

16) ¿Tiene conocimiento sobre la dieta mediterránea?

Si  No

(Puntaje: para si 1 punto, para no 0 puntos.)

Si la respuesta es no, saltarse a la pregunta N.º 18.

17) En el entorno de su comuna ¿Ha visto, oído o leído propaganda o información sobre los alimentos que se usan en la dieta mediterránea?

SI  NO

(Puntaje: para si 1 punto, para no 0 puntos.)

Si la respuesta es no, saltarse a la pregunta N.º18

17.1) ¿Por cuales fuentes de información ha recibido información sobre la dieta mediterránea en el entorno de la comuna?

Letreros y flyers  RRSS de la comuna  Programa radial  Otro

¿Cuál? \_\_\_\_\_

18) ¿Le parece que es útil tener información sobre la dieta mediterránea y cómo llevarla a la práctica?

Si  No

(Puntaje: para si 1 punto, para no 0 puntos.)