



PERÚ

Ministerio de Salud

DOCUMENTO TÉCNICO:



LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE
PROMOCIÓN DE LA SALUD
EN EL PERÚ



*Trabajando para
todos los peruanos*



PERÚ

Ministerio de Salud

DOCUMENTO TÉCNICO:



LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE
PROMOCIÓN DE LA SALUD
EN EL PERÚ

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Lineamientos de política de promoción de la salud en el Perú: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud. Dirección de Promoción de la Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2017.

41 p.; ilus.

PROMOCIÓN DE LA SALUD / ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD / FACTORES EPIDEMIO-LÓGICOS / EQUIDAD EN SALUD / PARTICIPACIÓN CIUDADANA / POLÍTICA DE SALUD / REFORMA DE LA ATENCIÓN DE SALUD, organización & administración

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017- XXXXXX

Documento Técnico: Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú

MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud - Dirección de Promoción de la Salud

Diseño y Diagramación:

Roberth Gamboa Inga

©MINSa 2017

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N°801, Lima 11- Perú

Teléfono (51-1) 3156600

www.minsa.gob.pe

Primera Edición, 2017

Tiraje:

Impresión:

Dirección:

Teléfono:

E-mail:

Responsable de elaboración:

Alberto Jesús Huacoto Delgado

Ministerio de Salud

Revisión:

Eduardo Alvarado Vásquez

Ministerio de Salud

Validación:

Milagritos Francisca Araujo Zapata

Ministerio de Salud

Néstor Jesús Rejas Tataje

Ministerio de Salud

Gladys Zoraida Champi Jalixto

Ministerio de Salud

Gladys Esther Cusiatado Santiago

Ministerio de Salud

Tania Angelica Cervera Villalobos

Ministerio de Salud

Janet Jessica Pesantes Sangay

Ministerio de Salud

Rosa María Valle Villón

Ministerio de Salud

Joel Collazos Carhuay

Ministerio de Salud

Sonia Loarte Céspedes

Ministerio de Salud

Janet Clorinda Llamosas Montero

Ministerio de Salud

Laura Veramendi Benites

Ministerio de Salud

Edgar Bellido Riquelme

Ministerio de Salud

Mérida H. Gómez Vergaray

Ministerio de Salud

Lady Laura Pillaca Ogosi

Ministerio de Salud

María Luz Sotomayor Garnica

Ministerio de Salud

María Teresa Arana Zegarra

Ministerio de Salud

Ana Ysabel Carpio Contreras

Ministerio de Salud

Liz Maribel Ampudia Ruiz

Ministerio de Salud

Beatriz Quispe Quille

Ministerio de Salud

María Elena Flores Ramírez

Ministerio de Salud

Susy Flores Saire

Ministerio de Salud



PERÚ

Ministerio de Salud

Patricia Jannet García Funegra
Ministra de Salud

Silvia Ester Pessah Eljay
Viceministra de Salud Pública

Pablo Lavado Padilla
Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Rodrigo Villaran Contavalli
Secretario General

María del Carmen Calle Dávila
**Directora General de Intervenciones Estratégicas en
Salud Pública**

Eduardo Alvarado Vásquez
Director Ejecutivo de Promoción de la Salud



Resolución Ministerial

Lima, ...19. de..... MAYO..... del 2017

Visto, los Expedientes N° 16-106010-001 y 16-106010-009 que contienen el Informe N° 002-2017-AJHD-DPROM-DGIESP/MINSA y el Memorandum N° 1512-2017-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la Ley precitada, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la acotada Ley, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de Salud Pública entre otros, en materia de Promoción de la Salud;

Que, asimismo, los literales a), b) y d) del artículo 64 del precitado Reglamento establecen como funciones de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, el coordinar, proponer y supervisar las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción



R. VILLARÁN C.



J. MORALES C.



M. C. Calle D.



S. PEGSAM

de riesgos y daños en materia de Promoción de la Salud; proponer, evaluar y supervisar la implementación de políticas, normas, lineamientos y otros documentos normativos en materia de intervenciones estratégicas de Salud Pública; así como, proponer, conducir, supervisar y evaluar el planeamiento y/o modelo de las acciones de las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños a la salud, en coordinación con los órganos competentes del Ministerio de Salud; así como con los gobiernos regionales;

Que, por Resolución Ministerial N° 111-2005-MINSA, se aprobó los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud", orientado a Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud, mejorar las condiciones del medio ambiente, promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía, reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud, y la reorientación de las inversiones hacia la promoción de la salud y el desarrollo local;

Que, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en el marco de sus competencias funcionales ha elaborado el Documento Técnico: "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú", con la finalidad de contribuir a la mejora de la salud pública del país, mediante el fortalecimiento de la Promoción de la Salud como función esencial de la salud pública en todas las políticas de las instituciones públicas y privadas en el país;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Que, mediante el Informe N° 308-2017-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud Pública; y,

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprobó los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>

Regístrese, comuníquese y publíquese

PATRICIA J. GARCÍA FUNEGRA
Ministra de Salud



R. VILLARÁN C.



J. MORALES C.



M. C. Calle D.



S. PESSAH

ÍNDICE

Introducción	11
1. Finalidad	13
2. Objetivo	13
3. Base legal	13
4. Ámbito de aplicación	14
5. Contenido	14
5.1. Definiciones operativas	14
5.2. Marco Conceptual	17
5.2.1. Enfoques	19
5.2.2. Atención Primaria de la Salud	19
5.2.3. Atención Primaria de la Salud Renovada	19
5.2.4. Determinantes de la salud	19
5.2.5. Determinantes Sociales de la Salud	20
5.2.6. Inequidad en salud	23
5.2.7. Gestión Territorial en Salud	24
5.2.8. Intersectorialidad	26
5.2.9. Participación social	27
5.2.10. Medición y vigilancia de los Determinantes Sociales de la Salud	27
6. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú	28
Lineamiento 1. La Salud como eje fundamental e integrador de todas las políticas públicas.	28
Lineamiento 2. La persona, la familia y la comunidad como el centro de la gestión territorial en salud.	29
Lineamiento 3. Abordaje de los determinantes sociales de la salud para el cierre de brechas de inequidad en salud.	31
Lineamiento 4. Empoderamiento y participación social en salud	32
7. Anexos	34
8. Bibliografía	40



INTRODUCCIÓN

Han transcurrido más de 10 años de la aprobación del documento denominado “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud” aprobado mediante Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA. Durante ese lapso de tiempo han ocurrido una serie de sucesos trascendentes para la salud pública en el país, se inició el proceso de descentralización y modernización del Estado, se implementó el Seguro Integral de Salud y la gestión por resultados, se aplicó el plan de incentivos a la gestión municipal y regional, así como también ocurrieron cambios en el perfil epidemiológico el cual se refleja en el incremento de las enfermedades crónico degenerativas entre otros.

En el ámbito internacional, dos corrientes de política en salud, refrendadas en la Declaración de Río 2011 y Helsinki, 2013, sobre Determinantes Sociales de la Salud y salud en todas las políticas respectivamente, han puesto en la agenda pública de la región, la importancia estratégica de impulsar acciones intersectoriales y políticas públicas saludables, como elementos centrales de la promoción de la salud.

En este contexto de cambios, resulta indispensable proponer acciones estratégicas que vayan más allá del ámbito de la prestación de servicios de salud hacia la gestión territorial, enfoque desde el cual, se fortalece la coordinación intersectorial e intergubernamental, haciendo posible el abordaje de determinantes sociales que afectan la salud de la población. Asimismo, la Reforma de Salud, busca también mejorar las condiciones de vida de la población y la equidad sanitaria, a través del consenso y de intervenciones interinstitucionales e intergubernamentales, que promuevan el enfoque de Salud en Todas las Políticas.

El presente documento, brinda orientación técnica para implementar la promoción de la salud en todas las políticas, tomando como marco de referencia los 04 enfoques del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS BF y C) aprobado mediante Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA: enfoque de derechos humanos, interculturalidad, equidad de género y gestión territorial.



1. FINALIDAD

Contribuir a la mejora de la salud pública del país, mediante el fortalecimiento de la Promoción de la Salud como función esencial de la salud pública en todas las políticas de las instituciones públicas y privadas en el país.

2. OBJETIVO

Establecer los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, así como los principios y doctrinas que orienten la formulación y ejecución de políticas sanitarias en todos los sectores en los tres niveles de gobierno, para fortalecer dicha función esencial de salud pública en el país.

3. BASE LEGAL

- Ley N° 26300, Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadanos.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27658, Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo.
- Ley N° 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley N° 29785, Ley del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios, reconocidos en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1166, que aprueba la conformación y funcionamiento de la Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Decreto Supremo N° 04-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública
- Decreto Supremo N° 017-2008-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29124, que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones
- Decreto Supremo N° 04-2003-SA, Reglamento de la Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Decreto Supremo N° 030-2002-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, Ley N° 27658
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad"
- Resolución Ministerial N° 402-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Programa de Familias y Viviendas Saludables".
- Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú".
- Resolución Ministerial 277-2005/MINSA, que aprueba el "Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas".
- Resolución Ministerial N° 457-2005/MINSA, que aprueba el "Programa de Municipios y Comunidades Saludables".

4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación a nivel nacional en el sector salud, el cual está conformado por el Ministerio de Salud como organismo rector, sus entidades adscritas y desconcentradas y las instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva.¹

De la misma manera servirá como documento de referencia para que otros sectores, instituciones públicas o privadas y organizaciones de la sociedad civil relacionadas a la salud pública en todos los niveles de gobierno, lo tomen como documento de consulta para sus procesos de planificación y formulación de políticas.

5. CONTENIDO

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

a. Acción Interinstitucional

La acción interinstitucional consiste en articular y alinear la acción pública de las entidades de los diferentes niveles y sectores de gobierno, en el marco del ejercicio de sus respectivas competencias, para asegurar el logro de objetivos y metas en conjunto, que contribuyan a equiparar las oportunidades de desarrollo a las que pueden acceder sus ciudadanos en cualquier lugar del país, a través de la acción horizontal (intersectorial) y vertical (intergubernamental).²

b. Acción Intergubernamental

La acción intergubernamental es el trabajo integrado entre los niveles de gobierno Nacional, Regional y Local para alcanzar un objetivo compartido. En el contexto de un Estado descentralizado, la acción intergubernamental contribuye al desarrollo integral, armónico y

sostenible del país, a través del ejercicio de las competencias y funciones asignadas a cada nivel de gobierno y los recursos transferidos, para la articulación y alineación de políticas públicas locales, regionales y nacionales.

c. Acción Intersectorial

La acción intersectorial es el trabajo integrado entre los sectores para alcanzar un objetivo compartido. En el contexto de la salud se refiere a todas las acciones desarrolladas por el Estado de manera articulada, tanto entre los sectores como entre los niveles de gobierno, fomentando el intercambio de información, la cooperación, la coordinación y la integración entre ellas,³ en el ejercicio de sus competencias y funciones y el uso de sus recursos, para responder a las demandas sociales, con eficiencia, eficacia y oportunidad, y generar valor público.⁴

d. Equidad en Salud

Es la garantía de una adecuada y oportuna distribución de recursos y servicios, de tal forma que se pueda atender con justicia a las personas, familias y comunidades, en función de sus necesidades de salud⁵. Equidad en Salud consiste en dar la oportunidad al que no la tuvo, para acceder a vivir con salud y bienestar.

1. Artículo N° 4 del Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.

2. DS N° 004-2013-PCM, Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021. Presidencia de Consejo de Ministros, pág. 52.

3. DS N° 004-2013-PCM, Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021. Presidencia de Consejo de Ministros, pág. 22.

4. Cerrando la Brecha: La Política de acción sobre los DSS. OMS. Río de Janeiro, octubre de 2011.

5. RM N° 464-2011/MINSA, "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad"; página 34.

e. Empoderamiento social

“...un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen”.⁶

f. Gobernanza

Es el proceso a través del cual los gobiernos (incluidos sus diferentes sectores constitutivos) y otras organizaciones sociales interactúan, se relacionan con los ciudadanos y toman decisiones en un mundo complejo y globalizado. En este proceso, las sociedades o las organizaciones toman decisiones, determinan a quiénes implican en ello e identifican la manera de garantizar la responsabilidad de las medidas tomadas.⁷

g. Gobernabilidad

Es la situación que resulta de un conjunto de condiciones favorables que concurren para la acción de gobierno, y que se desarrollan en su entorno o que son propias de él. Se refiere a la “capacidad de gobierno”. Tal situación ocurre en una sociedad no aséptica en el que están presentes las demandas de los ciudadanos, y que deben ser afrontadas y resueltas por el sistema político imperante.

h. Gradiente social

Se refiere a las diferenciales en la salud que afectan a toda la población mundial, que a menudo están vinculados con el estado

socioeconómico, pero que se observan en todos los países, independientemente del nivel de ingresos. Las personas más pobres entre los pobres en todo el mundo presentan las peores condiciones de salud. Dentro de los países, las pruebas indican que, en general, las personas que se encuentran en una posición socioeconómica más baja sufren un peor estado de su salud.⁸

i. Justicia Social

Se refiere la organización de la sociedad tendiente a lograr el bien común para todos, para lo cual se prevé la contribución de todas las partes involucradas. La promoción y el respeto de la justicia social significan ser parte de una sociedad donde todos los miembros, sin considerar sus antecedentes, cuenten con los derechos humanos básicos y un acceso equitativo a las riquezas y los recursos de la comunidad.^{9,10}

j. Inequidad en Salud

Se refiere a las desigualdades evitables en salud, y que por tanto son injustas, entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre las sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.¹¹

6. Glosario de Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1998, pág.16.

7. Cerrando la Brecha: La Política de acción sobre los DSS. OMS. Río de Janeiro, Octubre de 2011; y esta a su vez de Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for good governance in the 21st century. Sinopsis de políticas N.º 15. Nueva York, PNUD, 2003.

8. World Health Organization. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. Discussion paper 2011

9. Ídem 8.

10. Ídem 8.

11. Ídem 8.

k. Participación Ciudadana

Es el proceso individual y consciente, donde las personas en el ejercicio de su ciudadanía, conocen e identifican sus problemas y necesidades, y realizan acciones para resolverlas y satisfacerlas para mejorar su salud y la de su familia.

l. Participación Social

Es un proceso a través del cual los grupos, las organizaciones, las instituciones o los diferentes sectores (todos los actores sociales incluida la comunidad), intervienen en la identificación, la deliberación y la decisión sobre sus necesidades de salud y las prioridades de los problemas que afectan a la población, asumen responsabilidades y obligaciones y se relacionan con el Estado para diseñar, implementar y evaluar políticas, planes, programas y proyectos en salud.¹²

m. Políticas Públicas

Las Políticas Públicas son diseños que sustentan la acción del gobierno. Basadas en políticas nacionales del Estado, los gobiernos de turno, establecen prioridades de gobierno claras y pertinentes, tomando en cuenta también las demandas y necesidades de la población, que luego las entidades públicas expresarán en objetivos, metas y los respectivos procesos que los convertirán en productos institucionales: regulaciones, procedimientos administrativos, bienes y servicios públicos, todos los cuales tendrán un impacto positivo en el ciudadano, dados determinados recursos disponibles.¹³

n. Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud, como función esencial de salud pública, es un ámbito específico de desarrollo de acciones y competencias de los sistemas de salud, para alcanzar el objetivo de la salud pública, que es alcanzar la equidad en salud.

La Promoción de la Salud busca fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos para tener mayor control sobre su salud y mejorarla, logrando un estado de bienestar físico, mental y social. Esto se hace como parte de la Atención Integral de la Salud, junto a las otras tres intervenciones sanitarias (prevención de las enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud), en el establecimiento de salud y en la comunidad.

También la Promoción de la Salud busca modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas en las que viven las personas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual, mediante el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud¹⁴. Estas acciones de Promoción de la Salud se implementan a través de procesos políticos y sociales, que involucran necesariamente al Estado y la sociedad, y requieren de la coordinación y sinergia intersectorial, e intergubernamental, así como del empoderamiento y participación social como elementos esenciales de su sostenibilidad.

o. Salud en Todas las Políticas

Es un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que de manera sistemática tiene en cuenta las implicaciones en la salud que generan las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la

12. Organización Panamericana de la Salud. Participación de la comunidad en La salud y desarrollo de las Américas. Análisis de estudio de casos seleccionados. Washington. OPS. 1984. Publicación Científica No. 473.

13. DS N° 004-2013-PCM, Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021. Presidencia de Consejo de Ministros. 2013.

14. Organización Mundial de la Salud. 1998. Promoción de la salud. Glosario de términos.

equidad en salud. Mejora la rendición de cuentas de los políticos sobre el impacto en salud, de todos los niveles de la formulación de políticas. Incluye enfatizar las consecuencias de las políticas en los sistemas de salud, los determinantes de la salud y el bienestar.¹⁵

p. Sector Salud

El sector salud está conformado por el Ministerio de Salud como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en el Decreto Legislativo 1161, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva.¹⁶

q. Vigilancia Ciudadana

Es un mecanismo de participación ciudadana, en el cual las personas de manera individual o colectiva, desarrollan acciones orientadas al seguimiento y verificación del cumplimiento de las funciones, obligaciones y compromisos de las autoridades estatales y de los funcionarios y servidores públicos de salud hacia la población.¹⁷

15. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013 La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas.

16. Artículo N° 4° del Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.

17. Potts, H Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health. Office of the UN Special. Washington, 2008.

18. RM N° 464-2011/MINSA. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad

19. Equipo del DSAA 2003, Scheitjmann y Berdegué, <http://www.fao.org/docrep/006/ad682s/ad682s07.htm>

5.2. MARCO CONCEPTUAL

5.2.1. ENFOQUES

a. Enfoque Territorial

“De acuerdo con el enfoque de territorialidad, el territorio no sólo es concebido como un espacio físico y geográfico, sino como un espacio de relaciones entre los diferentes actores y sectores claves de la sociedad civil, sus organizaciones, instituciones, el medioambiente, las formas de producción, distribución y consumo, tradiciones e identidad cultural”.¹⁸

Constituye una planificación del territorio tomando en cuenta su potencialidad económica y la atención a los temas sociales, culturales y ambientales y que para ello integra espacios, actores, la producción de bienes y servicios, así como las políticas públicas de intervención. Implica una visión sistémica, holística e integral de un territorio determinado en el corto, mediano y largo plazo.

Comprende los vínculos y las interacciones que se registran dentro de un territorio y en relación con los territorios vecinos, la economía nacional, la sociedad, la cultura y los mercados mundiales. Estos tipos de vínculos e interacciones se abordan como procesos evolutivos muy dinámicos, propensos a modificarse conforme lo hace el territorio y el contexto macroeconómico en que éste se encaja.¹⁹

b. Enfoque de Equidad en Salud

Implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas, asegurar la equidad en los resultados en salud para todos los grupos sociales.

La equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre

Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, señaló que “la equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana. Ciertamente la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios”.²⁰

El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano, abarca también la responsabilidad del Estado y la sociedad sobre los determinantes sociales en vistas a satisfacer los derechos de la ciudadanía y el más alto nivel de salud alcanzable. Hay que destacar que la salud es esencial para nuestro bienestar y que las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer dependen de nuestros logros en salud.

c. Enfoque de Derechos Humanos

El enfoque de derechos se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación de condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximación a la ciudadanía, como sujeto de participación, y de concepción de las políticas públicas, que se constituyen en herramientas que requieren para su construcción de la dinámica e interrelación entre diferentes actores/as y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos²¹ estableció como ideal una base

mínima de igualdad que debería ser común a todos los seres humanos. Pero este ideal estuvo y está muy lejos de la realidad. Recién después de más de medio siglo, el 2005 sus Estados miembros decidieron por unanimidad integrarlos en sus políticas nacionales²². Sin embargo, la desigualdad no se reduce y las evidencias sobre los Determinantes Sociales de la Salud lo confirman: la desigualdad es el factor que más influye en las injustas diferencias de la salud de las poblaciones, como lo señala la Conferencia sobre los Determinantes Sociales de la Salud de Río de Janeiro el 2011, “Cerrando la brecha”.²³ El año 2000, la ONU interpretó el contenido del “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, resaltando que “abarca tanto una atención sanitaria puntual y apropiada, como los determinantes subyacentes de la salud. Estos puntos destacan la importancia de la acción intersectorial para hacer efectivo el derecho a la salud”.²⁴

d. Enfoque de Interculturalidad

El Perú es un país multicultural, La opción intercultural propone generar un trato horizontal

20. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública. 2002 June; 11 (5-6): 302-309. OMS 2011 “Cerrando la Brecha” Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, 2011, 48 p.

21. ONU 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948_DeclaracionUniversal.htm?gclid=CKDDnZWInMUCFdQdgQodnagAPw

22. OMS Enfoque de Salud Basado en los Derechos Humanos http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948_DeclaracionUniversal.htm?gclid=CKDDnZWInMUCFdQdgQodnagAPw

23. OMS 2011 “Cerrando la Brecha” Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, 2011, 48 p. http://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/1948_DeclaracionUniversal.htm?gclid=CKDDnZWInMUCFdQdgQodnagAPw

24. ONU 2000 Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14. <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

entre las distintas culturas sobre la base del diálogo, en el marco de nuevos circuitos de intercambio cultural. La Interculturalidad debe ser transversal y multisectorial a las políticas de gobierno y uno de sus objetivos consiste en abrir verdaderos espacios de participación a las diferentes culturas existentes. Por ello es necesario generar canales para que las culturas que han sido excluidas puedan participar activamente en la esfera pública nacional asumiendo el poder y la responsabilidad de su propia representación política. La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada.

5.2.2. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La atención primaria de salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.²⁵

5.2.3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA²⁶

La atención primaria de la salud renovada se entiende como el cuidado de la salud, a través de intervenciones en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, en los diferentes niveles de atención, tales como institutos, hospitales, centros de salud y puestos de salud, con énfasis en Promoción de la Salud y prevención de enfermedades.

Es una estrategia coordinada, efectiva y sostenible, para abordar las necesidades de salud prioritarias y sus determinantes, que permite resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar

la equidad, fortaleciendo los mecanismos de vigilancia, la participación ciudadana y el empoderamiento de la persona, familia y comunidad en el autocuidado de la salud.

Los pilares y valores sobre los cuales se sustenta la APS son la equidad, la solidaridad y la universalidad de la salud, como derecho humano fundamental. Estos son valores sobre los cuales la actualización del modelo de atención integral tiene que enmarcarse.

5.2.4. DETERMINANTES DE LA SALUD

Considerando la fuerte relación de las personas con el contexto biológico, físico, social, económico e histórico en el que viven, obliga ver los factores que determinan la salud, tanto de tipo biológico como social.

Determinantes de tipo biológico, referidos a factores relacionados con la biología humana, son aquellos que dependen de la estructura biológica y de la constitución del organismo humano, tales como: la herencia genética que condiciona la aparición de determinadas enfermedades, existe relación causal entre los genes y la presencia de enfermedad en las personas; otro es la edad, la enfermedad tiene su variación en las etapas de vida, es más frecuente en la tercera edad, porque el cuerpo no responde de la misma forma a los factores agresores, y el sexo, las enfermedades se manifiestan de manera diferente en la mujer y el varón.

25. Declaración de Alma-Ata 1978; La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por partes de todos los gobiernos, profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

26. Adaptado de R.M. N° 464-2011/MINSA. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad.

Actuar sobre estos factores es muy difícil, no pueden ser modificados, aunque se pueden tomar medidas preventivas como, por ejemplo, la detección precoz de malformaciones genéticas o la práctica de hábitos de vida saludables para disminuir la probabilidad de enfermar.

5.2.5. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)

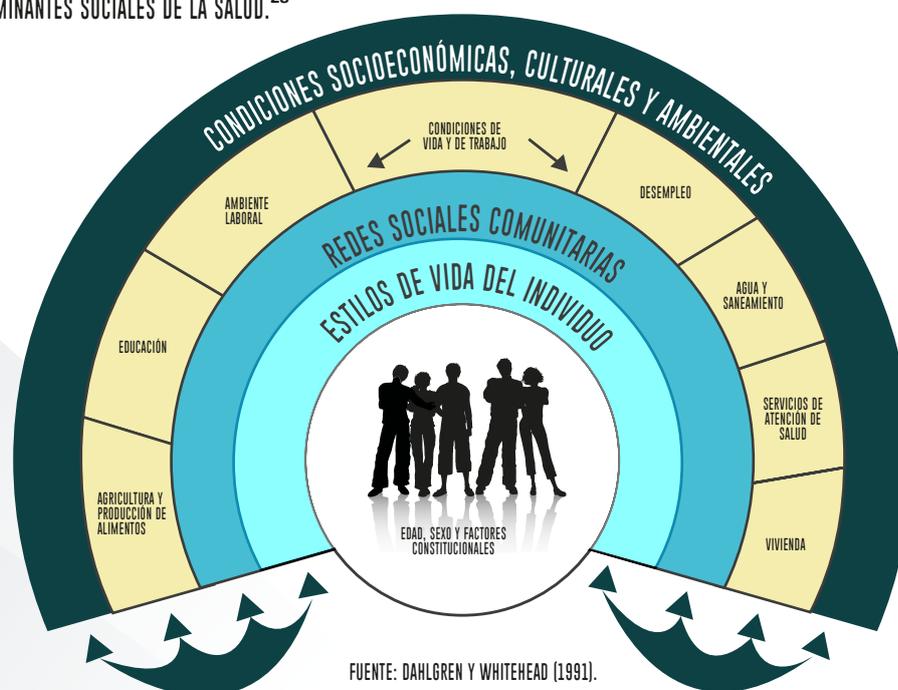
Son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y que impactan en la salud de las personas. Esas condiciones son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas.²⁷

Disfrutar de una mejor o peor salud depende de distintos factores. Cada vez existe mayor evidencia de que los factores de tipo social son

los que más influyen en la salud, frente a otros como los genéticos o los biológicos, que además de tener un menor peso, no pueden ser modificados. Se sabe que la contribución a la salud del ambiente social y económico en que las personas viven y trabajan es aproximadamente del 50%, mientras que el sistema sanitario contribuye alrededor de un 25%. Por tanto, el peso relativo que ejercen en la salud determinantes como: dónde vivimos, nuestro nivel educativo, las relaciones sociales, el tipo de trabajo que desempeñamos, el nivel de ingresos, el acceso a los servicios, las políticas, la cultura o las leyes de mercado, es mucho mayor que el peso del propio sistema de salud.

Existen distintos modelos para explicar los DSS y entender cómo se generan las inequidades en salud. Uno de los más utilizados ha sido el de Dahlgren y Whitehead (**figura 1**).

FIGURA 1. MARCO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.²⁸



FUENTE: DAHLGREN Y WHITEHEAD (1991).

27. Cerrando la Brecha: La Política de acción sobre los DSS. OMS. Río de Janeiro, Octubre de 2011

28. La Figura N° 1: en el círculo interno la edad, sexo y factores constitucionales refieren a los determinantes de la salud, como los factores genéticos.

- Los factores que no pueden modificarse, como la edad, el sexo y otros factores constitucionales (en el centro en color blanco).

Los factores relacionados con los estilos de vida individuales (en amarillo claro), que a su vez se ven influidos por su contexto social y comunitario (en amarillo oscuro), y por las condiciones de vida y de trabajo (en naranja).

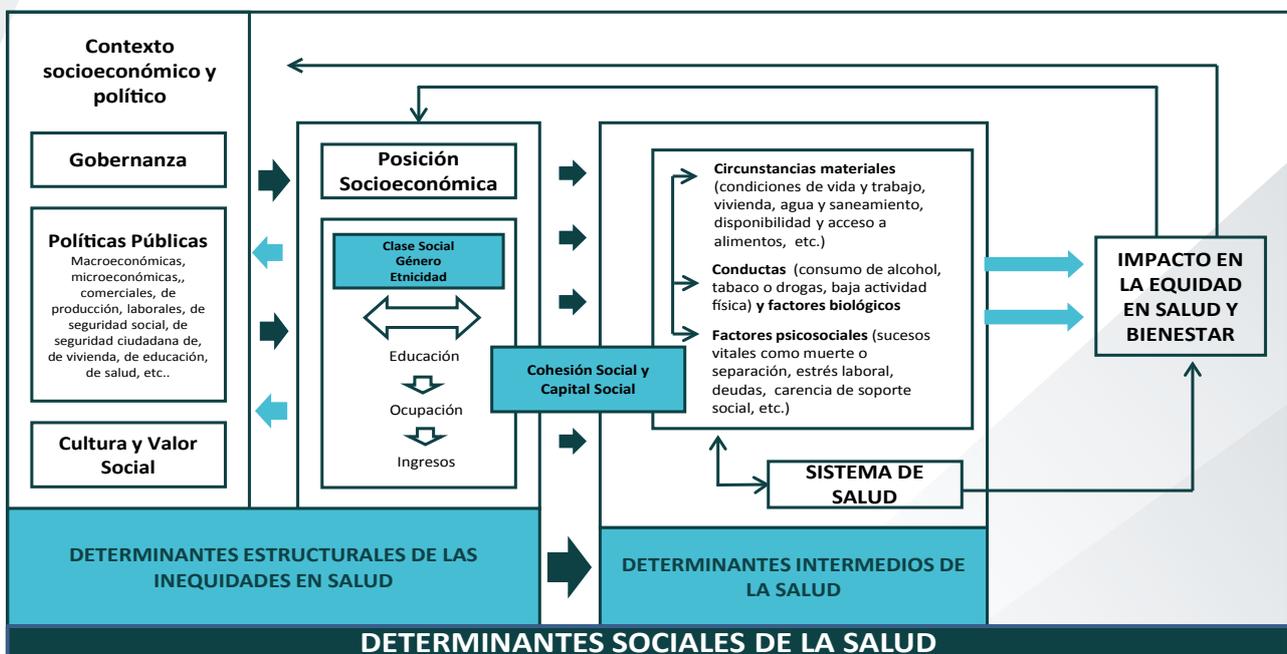
- Finalmente, el entorno macro político (en marrón), comprende las condiciones generales a nivel socioeconómico, cultural y ambiental de la sociedad en la que vivimos.

La posición de una persona en la sociedad tiene su origen en diversas circunstancias que la afectan, como los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales. Las inequidades en la salud

pueden aparecer cuando estos sistemas dan lugar a "una distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad".

Cuando se alude a los DSS, debe tenerse en cuenta que hay dos tipos de determinantes involucrados en esa expresión: los Determinantes Estructurales de la Inequidad en Salud y los Determinantes Intermedios, comportándose de manera muy diferente cada uno de ellos para influir en la situación de salud de la población, y por tanto para identificar intervenciones efectivas de políticas públicas que reviertan las condiciones de inequidad en salud existentes (**Figura 2**).

FIGURA 2: MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



FUENTE: ADAPTADO DE SOLAR O, IRWIN A. A CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR ACTION ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH DISCUSSION. PAPER 2 (POLICY AND PRACTICE). WHO-2010..

a. Determinantes Estructurales de la Salud

Comprenden las condiciones del contexto social, económico y político, como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, la cultura y los valores sociales. Condicionan la inequidad social en salud según posición socioeconómica del individuo, su familia y su entorno social.

Estos determinantes configuran no sólo los resultados, sino también las oportunidades de salud de los grupos sociales, sobre la base de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos.

a.1. Contexto socioeconómico y político.

Se refiere a factores estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social, y por lo tanto, en las oportunidades de salud de la gente. Se incluyen los siguientes aspectos: a) gobierno en su aspecto amplio, b) políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo; c) políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda; d) otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.), y e) valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.

Dentro de ese contexto es necesario considerar los mecanismos ejercidos por los cuales las políticas redistributivas, las políticas sociales, o la falta de ellas, afianzan la mayor o menor diversidad de la gradiente social existente.

a.2. Posición socioeconómica.

Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases

sociales privilegiadas (Krieger Et al, 2000), o grupos que detentan el poder en las relaciones sociales.

La estratificación social surge del contexto socioeconómico político imperante; y actúa sobre los diferentes grupos de la población caracterizados por su nivel de ingresos, etnicidad, educación, género, entre otros factores. El resultado es la segmentación de la población en diversos grupos con diferente posición socioeconómica, que define para cada una de ellos un impacto diferente, expresado en condiciones mayor o menor perjuicio para la salud de las personas y en sus capacidades reales para hacer frente a tales condiciones sanitarias.

Estos determinantes configuran las mejores oportunidades en salud de un grupo social en función de su ubicación predominante dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos; pero ello a su vez implica que los grupos sociales que no tiene esa ubicación de privilegio experimenten menores oportunidades en salud.

Ambos Determinantes Estructurales, el contexto socioeconómico y político, y la posición socioeconómica constituyen lo que se denomina también determinantes sociales de las inequidades en salud. Es preciso tener en cuenta que ambos actúan influyendo uno en el otro, retroalimentándose mutuamente, con lo que consolidan las condiciones de inequidad en salud existente en la población. Los Determinantes Estructurales influyen dramáticamente en los Determinantes Intermedios.

b. Determinantes Intermedios de la Salud

Los determinantes estructurales condicionan los determinantes intermedios y ambos generan las desigualdades en salud. Estos factores son: a) las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia; b) las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc.; c) los factores

conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, y d) el sistema de salud, pues aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a corregir las inequidades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos, y profundiza las diferencias evitables e injustas en salud.

Los determinantes intermedios solo podrán ser revertidos favorablemente si se realizan los cambios necesarios en los determinantes estructurales, y alcanzar así resultados positivos y sostenibles en salud. Esta precisión es importante para entender la relevancia sobre los esfuerzos que realicen el Estado y la Sociedad para mejorar el nivel de salud de la población, a partir del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud en general, pero principalmente de los determinantes estructurales.

5.2.6. INEQUIDAD EN SALUD

Las inequidades en salud son las diferencias en salud, que son evitables porque no tienen fundamento o sustrato biológico, y por tanto devienen en injustas que se dan, de forma sistemática, entre los grupos socioeconómicos de una población y que son resultado de la desigual distribución de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) a lo largo de la escala social. Las personas con más ingresos, mayor nivel educativo o mejor situación ocupacional tienden a vivir más y a tener menos problemas de salud. Esto es injusto para los que no tienen las mismas oportunidades sociales, y puede evitarse modificando determinadas políticas, sobre todo aquellas que afectan a los factores más estructurales. Existen inequidades sociales en salud tanto entre países como dentro de cada país o región. Los datos muestran que, de forma genérica, cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene.

La relación entre el nivel socioeconómico y la

salud muestra un gradiente a lo largo de toda la escala social, es decir, aunque las diferencias en salud sean mayores entre los grupos extremos de la escala social, existen diferencias entre todos los grupos sociales, siendo peor la salud a medida que bajamos “escalones” en la posición socioeconómica.

Al hablar de inequidades en salud, es necesario recalcar que estas diferencias en salud no son el resultado de factores biológicos o de las elecciones individuales de las personas, sino que dependen de factores que se acumulan en las personas en razón del grupo socioeconómico al que pertenecen y son susceptibles de modificarse con políticas públicas efectivas que aborden los Determinantes Sociales de la Salud. Las inequidades en salud afectan a todas las personas de todos los países, aunque en mayor medida a quienes disponen de menos recursos. Existen además grupos de población especialmente vulnerables como las personas con bajos ingresos, las que no tienen empleo, las mujeres, las personas con problemas mentales, las personas con discapacidad, algunos migrantes o minorías étnicas en las zonas andina y amazónica.

En el Informe del PNUD²⁹ establece una apreciación del desarrollo social:

- Vida larga y saludable (esperanza de vida al nacer = 74.8 años).
- Educación (tasa de analfabetismo y tasa de matriculación escolar = 13.1 años).
- Nivel de vida digno (PBI per cápita = 8,857 dólares).

29. PNUD (2014) Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2013 – Territorio y Cambio Climático.

Para afrontar las inequidades en salud es necesario desarrollar estrategias poblacionales (medidas universales) y no solo estrategias dirigidas a los grupos de riesgo o más vulnerables (medidas selectivas). Las medidas deben dirigirse a toda la cadena causal, lo que incluye medidas para modificar el contexto y/o la estratificación social (Condiciones sociales), medidas para modificar las condiciones y los estilos de vida (Conductas y hábitos) y medidas para reducir las consecuencias de las desigualdades en salud (Servicios).

5.2.7. GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD

Implica un manejo ordenado, planificado, sostenible y eficiente de los recursos del territorio para mejorar la salud de la población.

Tiene como propósito la coordinación de acciones intersectoriales y abordaje de la equidad y los determinantes de la salud. Se coordina y trabaja con diferentes sectores y actores para que se alineen a las políticas públicas nacionales, con el fin de maximizar su potencial contribución al mejoramiento de la salud y la calidad de vida.

Es necesario entender el territorio no como un espacio físico completamente objetivo y ajeno a los actores que en él se desenvuelven, sino como un producto social resultado de las relaciones que se han dado y se dan entre los actores que lo habitan y entre estos y aquellos que externos a ese territorio toman decisiones que lo afectan. Por eso es necesario que el sector público adopte una perspectiva de Gestión Territorial que le permita comprender y actuar sobre ese sistema de relaciones:

- Pasar de una gestión fragmentada a una gestión integrada
- Empezar desde un territorio
- Del trabajo por escenarios al trabajo por territorio
- De la prestación de servicios a la articulación de actores

a. Pasar de una gestión fragmentada en salud a una gestión integrada

La Gestión Territorial que surge como perspectiva de desarrollo desde los esfuerzos por pensar el desarrollo local, es para la Promoción de la Salud la manera de superar el “enfoque sectorial” que tenía como resultado acciones fragmentadas y que no desencadenaba procesos de desarrollo rural. En vez de que cada sector busque sus propios objetivos institucionales por su cuenta y sin tomar en consideración qué efectos está causando en otros sectores, es necesario generar una cultura de colaboración, de concertación, de “intersectorialidad”, que no se centre en sus objetivos institucionales de manera aislada, sino en el efecto de la intervención concertada dentro de ese territorio.

La necesidad de responder en forma concreta a ciertos problemas ha ido generando una práctica de trabajo intersectorial cuya frecuencia e intensidad ha ido aumentando, pero es necesario adoptar la Gestión Territorial no solo para enfrentar determinados problemas sino para todo el trabajo promocional y todo el trabajo en salud en general, para generar los instrumentos y condiciones específicas que este tipo de trabajo requiere³⁰.

b. Empezar desde un territorio

El enfoque territorial, sobre todo si se adopta en territorios, permite la participación ciudadana porque se trata de relaciones cara a cara y de enfrentar problemas mayormente de la vida cotidiana. Por eso es que en la Conferencia Global de Sundsvall, en 1991, se proponía centrar la acción pública en el nivel local. Sin embargo,

30. MONTEIRO DE ANDRADE I, PELLEGRINI A, SOLAR O y otros 2014 “Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos” The Lancet, oct. 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X)

cada gobierno debe generar condiciones para la intersectorialidad con participación ciudadana en un territorio.

Por razones prácticas, para el trabajo de Promoción de la Salud será necesario tomar como unidad territorial básica el distrito. Desde un punto de vista teórico hay unidades territoriales mucho más funcionales y coherentes que un distrito, como lo sería una cuenca conectada por el agua y las vías de comunicación, sin embargo, el territorio nacional está organizado en distritos y sería inútil trabajar queriendo forzar, aunque fuera para mejor, esa organización política.

El trabajo intersectorial a nivel de distrito permite la participación social, que fue identificada por la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud como un componente decisivo para hacer frente a las desigualdades en salud. Según Monteiro de Andrade, Pellegrini Solar y otros, “La participación social tiene un valor intrínseco, como el derecho del ciudadano a participar en las decisiones que lo afectan, y un importante valor instrumental, porque la participación de las comunidades y grupos de la sociedad civil en el desarrollo, implementación y evaluación de las políticas públicas es necesaria para una gestión pública transparente y responsable en una democracia”.

c. Del trabajo por escenarios al trabajo por territorio

Ha habido un avance en la eficacia del sector cuando se ha adoptado una forma de trabajar adecuada a los diversos escenarios básicos que hay en una localidad: familiar, educativo, laboral, comunal, municipal. Las estrategias sanitarias han desarrollado formas específicas de trabajo en los diversos escenarios. Sin embargo, es necesario dar un paso adicional y combinar el trabajo en escenarios con el trabajo en el territorio.

Al igual que los Determinantes Sociales de la

Salud determinan la situación de salud de la población fuera del campo de los comportamientos de los individuos y fuera de la capacidad de los servicios de ayudar a los individuos a recuperar la salud perdida, de la misma manera hay condiciones de la población con la que se trabaja en los escenarios, que escapan a la capacidad de intervención de cada escenario y que requiere la intervención de otras instituciones locales y supra-locales.

La dinámica de desarrollo de una localidad afecta las familias, la comunidad, la escuela, la actividad productiva y comercial y los servicios. Así, la infraestructura básica de saneamiento o la infraestructura vial o de comunicaciones, son modificaciones que afectan a los distintos escenarios, pero que no pueden implementarse desde ellos, sino desde una intervención que englobe a las distintas instituciones (escenarios) presentes en el territorio. Algunas dependen del gobierno local, pero otras, como el desarrollo del mercado, pueden ser influidas por él pero no dependen exclusivamente de él. De ahí la necesidad de un trabajo intersectorial que vaya más allá de los escenarios.

d. De la prestación de servicios a la articulación de actores sociales

El tránsito de la Gestión Sectorial a la Gestión Territorial no es sencillo, pues con frecuencia el sector público está organizado para el trabajo sectorial y no para el trabajo intersectorial, pero parte de la tarea de Promoción de la Salud es convencer a los sectores que antes de ser entes rectores de un campo determinado, son responsables de las metas sociales correspondientes a su sector en un territorio determinado, en el entendido que ningún sector por sí solo podrá cumplir cabalmente con las metas sociales que le competen, si no es en la medida en que se avance en el logro del conjunto de las metas sociales.

La intervención tradicional del sector salud en un territorio dado ha estado por lo general dirigida “hacia” la población. El sector de alguna manera trasladaba la figura médico-paciente a la relación sector salud-población. El profesional de salud “daba” y las personas consideradas individualmente “recibían”; el trabajo era “prestacional”. El sector ha estado intentando modificar la actitud de sus profesionales para hacer la relación menos vertical, pero todavía se trataba de una relación entre el sector y la población.

La Promoción de la Salud debe ser vista y abordada desde la perspectiva de la interacción del Estado (a través de una oferta de salud disponible y accesible, de políticas públicas y oferta de servicios básicos y educativos suficientes y de calidad), con el individuo (que organizado ejerce sus derechos, participa y cuida su salud), y con el entorno inmediato (hogar, escuela y comunidad que deberían asumir un rol favorecedor del desarrollo y el cuidado de la salud de las personas-entorno saludable-). Pero esto implica que desde el Estado, desde el Gobierno Nacional, se articule con los gobiernos regionales, y a su vez con los gobiernos locales para actuar sobre los determinantes estructurales, de manera intergubernamental e intersectorial.

En esta relación o interacción la acción del Estado debería ser una acción concertada dirigida al logro de las metas sociales y entendida como una responsabilidad compartida por los diversos sectores; del lado del individuo además de los comportamientos o estilos de vida saludables se debe impulsar principalmente el ejercicio de su derecho a la salud y a la participación, como una responsabilidad individual y colectiva que requiere de espacios promovidos, aceptados y fortalecidos por los diversos sectores, así como también en los espacios territoriales regionales y locales. En la práctica ya existen diversas

experiencias de mesas de concertación que son espacios propicios para este trabajo que busque paulatinamente ir mejorando las condiciones para que las personas tengan una vida saludable en una perspectiva de oportunidades de desarrollo integral.

5.2.8. INTERSECTORIALIDAD

La mayoría de los factores que generan las inequidades en salud se encuentran fuera del sector, por lo que es importante dar visibilidad a estas desigualdades asociadas a las acciones de los otros sectores para que se impliquen en el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud.

Para que el trabajo con otros sectores sea posible, debe existir evidencia de que la solución del problema no puede ser alcanzada por un solo sector y debe percibirse que los beneficios de la coordinación o cooperación superan los costes. Aplicada en la planificación de políticas o programas, la intersectorialidad debe contar con acuerdos institucionales ad hoc que condicionen cambios en la estructura o en la gestión de las instituciones. Es importante señalar que la coordinación tiene como resultado una pérdida de autonomía organizativa, por lo que puede generar resistencia.

Existen distintos modelos de trabajo con otros sectores o tipos de acción intersectorial:

1. Informativa: Presentación de los resultados del análisis o problema a otros sectores. Relación unidireccional que normalmente está asociada con recomendaciones por parte del sector salud a otros sectores. Se puede concebir como primer acercamiento para la construcción de un lenguaje común y un entendimiento por parte de cada sector de la lógica y las prioridades del otro, de cara a identificar los puntos en común y los aspectos clave para el desarrollo de un proceso de trabajo conjunto.

2. De Cooperación: Interacción entre sectores para lograr mayor eficiencia de las acciones de cada sector sobre un tema que supone interés y beneficios para los sectores implicados. Pretende optimizar los recursos de los distintos sectores, establecer cierta formalidad en la relación de trabajo y tiene como resultado una pérdida de autonomía de cada sector. Está fundamentalmente presente en la ejecución e implementación de políticas, pero no en su formulación.

3. De Coordinación: Trabajo conjunto que implica el ajuste de las políticas de cada sector en búsqueda de mayor eficiencia y efectividad, y apunta a un trabajo horizontal en red. Normalmente existe una financiación común, lo que es de gran importancia ya que para crear sinergias en la administración pública (o al menos evitar influencias negativas) es necesario ampliar la perspectiva de los temas o problemas que se están abordando para desarrollar un marco lógico inclusivo. Esto se traduce en una mayor dependencia entre los sectores y por tanto en una pérdida de autonomía de cada uno de ellos.

4. De Integración: Trabajo integrado que implica definir de forma conjunta una política o programa único que involucra a más de un sector. La integración de políticas puede ir acompañada de autonomía de los sectores implicados, ya que su formulación, diseño y financiación son pactados y adaptados en función de un objetivo social común y no de los requerimientos específicos de los sectores. El trabajo intersectorial integrado requiere frecuentemente la existencia de una función de gestión transversal.

5. Salud en todas las políticas: Estrategia gubernamental que busca mejorar la salud a través de estructuras, mecanismos y acciones planeadas y gestionadas principalmente por sectores distintos de salud, que se sustenta en el abordaje de los determinantes sociales como un

punto entre políticas y resultados en salud, y en donde la reducción de las desigualdades en salud es uno de los productos principales y centrales. Es importante resaltar que estas distintas tipologías de relación entre sectores coexisten en el tiempo, tanto en las relaciones con un determinado sector como en los diferentes niveles de organización entre niveles de gobierno (nacional, regional y local), y no necesariamente representan etapas progresivas de desarrollo. Pueden darse ventanas de oportunidad y condiciones políticas que permitan el salto a la integración de la salud en todas las políticas desde, por ejemplo, una relación previa de coordinación.

5.2.9. PARTICIPACIÓN SOCIAL

En relación a la participación social, es importante considerar que la base de las inequidades en salud está en la distribución desigual del poder en la sociedad, por lo que la participación social en sus diversas modalidades, constituye uno de los mecanismos que contribuirá a modificar dichas desigualdades, al darle mayor espacio de acción e intervención a la población, tanto a nivel nacional, regional y local. La participación de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones es vital para asegurar el poder y control de las personas en el desarrollo de las políticas públicas en salud.

5.2.10. MEDICIÓN Y VIGILANCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La gobernanza eficaz para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud, hace necesarias la vigilancia ciudadana y la medición de logros, a fin de fundamentar la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas en salud.

Es preciso vigilar la situación de las inequidades en salud, los Determinantes Sociales de la Salud y la implementación y los efectos de las políticas públicas. Se debe institucionalizar esta información como parte de los mecanismos de responsabilidad y el control social de las políticas en todos los sectores.

Es necesario disponer de datos desagregados por Determinantes Sociales de la Salud para conocer la magnitud y la distribución de las desigualdades, así como para dirigir adecuadamente las intervenciones para reducirlas. Además, la disponibilidad de datos puede potenciar la visibilización de las inequidades en salud y contribuir a la concientización social y política sobre el problema.

Algunos países han instalado un sistema completo de medición y vigilancia de la situación de los Determinantes Sociales de la Salud y una muestra es el Instituto de Salud de la Población de la Universidad de Wisconsin, USA, que adopta un esquema en el que a cada determinante social se le atribuye un porcentaje de participación en la causalidad de la situación de la salud de la población medida en años de vida y calidad de vida. Este sistema se viene aplicando desde el año 2003.³¹

31. The University of Wisconsin Population Health Institute. <http://www.countyhealthrankings.org/our-approach>

6. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ

Los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú, constituyen el conjunto de principios y doctrinas que determinan la forma en que la autoridad nacional, regional y local de salud llevan a cabo las intervenciones de Promoción de la Salud en el marco del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud y la Gestión Territorial en Salud. Corresponde a cada instancia asegurar que las acciones que desarrollen en cumplimiento de sus funciones, tengan en cuenta tales lineamientos, para lograr el objetivo de un país con equidad en salud.

Los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú son:

- 1. Lineamiento de Política 1:** La Salud como eje fundamental e integrador de todas las políticas públicas.
- 2. Lineamiento de Política 2:** La persona, la familia y la comunidad como el centro de la gestión territorial en salud.
- 3. Lineamiento de Política 3:** Abordaje de los determinantes sociales de la salud para el cierre de brechas de inequidad en salud.
- 4. Lineamiento de Política 4:** Empoderamiento y participación social en salud.

Descripción de los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud:

Lineamiento de Política 1: La Salud como eje fundamental e integrador de todas las políticas públicas.

Este lineamiento resume la dimensión política del concepto “Salud en todas las Políticas” y permite sustentar la necesidad de elevar la Promoción de la Salud a nivel de Política de Estado, lo que asegure la acción interinstitucional sobre la salud y bajo la rectoría de la autoridad

sanitaria nacional, identificando y asignando responsabilidades que cada institución que tengan relación con la salud deberá cumplir en el marco de sus competencias.

Cada Gobierno y otras instituciones en su ámbito territorial, tiene la oportunidad de tomar decisiones sobre el diseño de políticas públicas en salud, sobre la base de mecanismos de gobernanza y la participación de otros actores en su jurisdicción, a través de lo cual contribuyen al desarrollo de su población, en dicho contexto, es importante destacar la importancia que tiene el alineamiento de dichas políticas en todos los niveles de gobierno, pero tomando como escenario principal el nivel local.

En ese sentido es necesario, en el marco del proceso de descentralización, fortalecer la integración de políticas entre los tres niveles de gobierno y al interior de cada uno de ellos, así como la asociación y construcción de alianzas o convenios con organismos del sector público, privado, no gubernamental, organizaciones internacionales y la sociedad civil para poner en marcha acciones sostenibles, lo que representa otra dimensión que este lineamiento de política debe promover en todos los espacios de decisión, y que finalmente se traduzca en un incremento del financiamiento para la ejecución de actividades relacionadas a la salud, por parte de las instituciones involucradas.

Finalmente, es preciso tener en cuenta que la integración de las instituciones y sectores es indispensable para modificar de manera sostenible y definitiva los determinantes estructurales e intermedios de la Salud, y que corresponde a la Autoridad de Salud, nacional y regional, conducir dicho proceso, para lo cual se debe enfocar en el desarrollo de las siguientes líneas estratégicas:

a. Articulación e integración interinstitucional e intersectorial.- Se debe generar y promover espacios de encuentro entre las diversas instituciones vinculadas a la salud en los tres

niveles de gobierno, para realizar la formulación e integración de políticas públicas alrededor del tema de la salud y en los que se realice el control social a través de la rendición de cuentas de las actividades que cada institución le corresponde realizar de acuerdo a sus planes o políticas institucionales consensuadas.

b. Atención integral en salud. - Retomando el concepto de la salud desde el enfoque tridimensional de lo bio – psico – social, es importante posicionar en todas las instituciones del Estado el concepto que la salud es un producto social resultante de la interacción de muchos factores, alguno de los cuales se encuentran bajo su responsabilidad sectorial o institucional y en consecuencia hay un vínculo entre su quehacer y el impacto en la salud de la población.

c. Posicionar políticas sanitarias en todos los sectores. - Como consecuencia de la reflexión y aceptación por parte de las instituciones, sobre la naturaleza integral de la salud, es necesario verificar que cada una de ellas incorpore en sus planes y políticas institucionales, actividades de su competencia que permitan contribuir a la mejora de las condiciones de vida de la población y sus estilos de vida, de tal manera que se incremente el impacto en la salud pública en el área de influencia.

Lineamiento de Política 2: La persona, la familia y la comunidad como centro de la gestión territorial en salud.

Este lineamiento resume el concepto de “Salud, responsabilidad de todos”, lo que expresa la dimensión técnica que prioriza al territorio como escenario de intervención, y a las personas, familias y entornos, como sujetos de la misma.

El Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS BF y C) constituye la base técnica y legal sobre la cual se apoya este lineamiento, que tiene como parte fundamental la necesidad de fortalecer el rol formador y socializador de la familia para el desarrollo de una cultura de salud, creando conciencia de defensa del medio ambiente y de los recursos naturales.

Así mismo, a través de su desarrollo, se pretende que este lineamiento de política contribuya a garantizar que las personas, familia y comunidad cuenten con las condiciones básicas para el cuidado y mantenimiento de su salud, como es la generación de entornos que promuevan prácticas y comportamientos saludables que permitan elevar el nivel de prevención de las enfermedades en el territorio donde viven, trabajan o estudian.

En tal sentido, es necesario tener en cuenta que el desarrollo de este lineamiento de política requiere condiciones previas para su implementación como las siguientes:

Construcción de una visión compartida en el territorio respecto a la salud.

- Desarrollar un proceso de planificación concertada y participativa
- Decisión política de la autoridad municipal para liderar la gestión territorial en salud
- Compromiso de las instituciones para integrarse a la gestión territorial en salud.
- Capacitar al personal de salud para brindar la asistencia técnica que requiera el equipo municipal.
- Conocer el estado de salud de la población que se piensa intervenir (Diagnóstico basal).
- Asegurar el financiamiento de las actividades programadas por cada institución involucrada.
- Promover mecanismos de participación ciudadana para el control social de la gestión territorial.

- Implementar mecanismos de gestión por resultados e incentivos al desempeño.

Para ello se plantea el desarrollo de las siguientes líneas estratégicas:

a. Atención Primaria de la Salud como estrategia fundamental.

- En el marco de los compromisos internacionales asumidos por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es imprescindible el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud (APS) y la APS renovada en el territorio local, específicamente en el primer nivel de atención. La implementación de la APS y la APS renovada requiere de la ejecución de un conjunto de actividades socios sanitarios, cuyas características permiten lograr resultados de alta eficiencia y efectividad en términos de la salud de la población.

b. Abordaje centrado en la persona familia y comunidad.

- Se toma como referencia de ésta línea estratégica el Modelo de Atención Integral de Salud, basado en Familia y Comunidad (MAIS BF y C), el cual reconoce la importancia de implementar un sistema de salud integral que tenga como principal protagonista a la persona, reconociendo la influencia que sobre su salud tiene la familia y el entorno de la comunidad donde vive, estudia o trabaja.

c. Establecimiento de mecanismos de gestión por resultados.

- En la gestión pública moderna se busca implementar diversos mecanismos que promuevan la eficiencia y la efectividad del sistema sanitario, siendo la gestión y presupuesto por resultados y los reconocimientos o incentivos al desempeño, alguno de los más importantes. Por tal motivo, se debe incorporar dichos mecanismos en la gestión sanitaria en los tres niveles de gobierno.

Lineamiento de Política 3: Abordaje de los determinantes sociales de la salud para el cierre de brechas de inequidad en salud.

Actualmente el concepto de salud y el modelo de sistema de salud que de él se deriva, están centrados en las enfermedades, considerándose al sector salud como el principal responsable de la salud de la población. Sin embargo, la mayor parte de los problemas de salud y de las principales causas de muerte prematura, están condicionados por otros factores denominados “Determinantes Sociales de la Salud”, cuya principal característica es la Inequidad, es decir el hecho que estos se distribuyen de manera diferente en la sociedad, diferencia que es evitable y en consecuencia injusta y que finalmente afecta desigualmente a la población.

En ese sentido, para cerrar las brechas de inequidad en salud, es necesario involucrar y comprometer a los demás sectores del Estado que desarrollan políticas con impacto en salud, como es el caso de educación, desarrollo e inclusión social, ambiente, trabajo, vivienda, transporte, agricultura, producción, y economía entre otros. El rol del sector salud no es actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales de la salud, sino asumir el compromiso de lograr que se priorice en la agenda política de cada sector; para lo cual ejerce el liderazgo compartido para el abordaje intersectorial de los mismos, abogando e incidiendo en estos sectores para actuar conjuntamente y lograr los cambios necesarios para reducir las inequidades y desigualdades en salud en la población.

Este lineamiento se enfoca en el concepto de “causas de las causas” y establece el principio que orienta la gestión hacia el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, es decir resolver las causas más profundas que explican los problemas de salud en la población y plantea

realizar los esfuerzos para disminuir las inequidades sociales que afectan la salud de las personas.

Una respuesta normativa coherente para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud orientada a disminuir las inequidades en salud, exige fortalecer la gestión territorial y la gobernanza, requiere establecer responsabilidades individuales y colectivas de los diferentes sectores y niveles de gobierno, fortalecer las sinergias del poder político, económico y social para hacer frente a las causas más profundas de las inequidades en salud y actuar de manera conjunta y coordinada entre los diversos actores sociales sobre los Determinantes Sociales de la Salud identificados y priorizados. Para ello, se deben trabajar las siguientes líneas estratégicas:

a. Promover estilos de vida saludables. - Reconocido como el determinante social de mayor importancia en salud, es indispensable en todo sistema de salud, planificar y ejecutar actividades cuyo objetivo sea que las personas y las familias adquieran y practiquen comportamientos saludables, lo que repercutirá en el autocuidado de su salud.

b. Construir un medio ambiente y entornos saludables. - Conocida es la influencia que el medio ambiente tiene sobre la salud de las personas, concepto que debe incluir a los diferentes entornos en los que las personas desarrollan su dinámica social a lo largo del día, por ejemplo, la escuela, la universidad, el centro laboral, la vivienda, etc. La intervención sobre el ambiente y estos escenarios sociales, requiere de la activa participación de las autoridades que tienen a su cargo dichos entornos, lo que permitirá generar condiciones que favorecen el mantenimiento de la salud de las personas.

c. Cerrar brechas de inequidad en salud. - La mayor parte de la carga de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, surgen de las condiciones en las que viven las personas, por lo tanto para mejorar la salud es necesario actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud. La mejor forma de abordarlos consiste en que todos los sectores identifiquen aquellos determinantes sociales que pueden ser abordados desde los programas y proyectos que implementan y que tienen importante efecto potencial sobre la salud y el desarrollo, de tal modo que sean tomados en cuenta al momento de formulación de sus políticas.

d. Investigación como medio para la gestión basada en evidencias. - La efectividad que tienen las intervenciones en Promoción de la Salud, dependen de la confianza que se construya alrededor de ellas, lo que depende directamente de la capacidad que tengamos de medir el impacto que logramos con su aplicación. Esto nos lleva a la necesidad de desarrollar dentro del sistema de salud, una cultura de investigación que nos permita generar evidencias sobre las que se sustente y justifique la inversión de recursos en acciones de promoción de la salud.

Lineamiento de Política 4: Empoderamiento y participación social en salud.

En relación a la participación social, es importante considerar que la base de las inequidades en salud está en la distribución desigual del poder, por lo que la participación social constituye uno de los mecanismos de redistribución de poder, y por ende contribuye a modificar las desigualdades, al darle mayor espacio de acción e intervención en la jerarquía social existente, tanto a nivel global como a nivel

de las intervenciones en los niveles nacional, regional y local. La participación de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones es vital para asegurar el poder y control de las personas en el desarrollo de las políticas.

La gobernanza eficaz para actuar sobre los determinantes sociales hace necesarias la vigilancia y la medición a fin de fundamentar la formulación de políticas, evaluar la ejecución y desarrollar la responsabilidad.

Se requiere de voluntad política y definición de mecanismos concretos de participación de todos los actores involucrados al interior del escenario local para dotar de poder real a las personas y la sociedad, así como para asumir las consecuencias de las nuevas demandas que se podrían presentar como consecuencia del empoderamiento ciudadano sobre el control de las políticas públicas.

Para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud es imprescindible la reforma del Estado, por ello, la importancia de incluir los procesos de control social en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. Fomentar la participación social puede ayudar a proteger la equidad como principio y a garantizar su aplicación en las políticas públicas. Otro aspecto de la participación ciudadana es la participación individual que está relacionada con la obtención de servicios de salud o la participación de las comunidades en la prestación de dichos servicios. Para ello, se deben trabajar las siguientes líneas estratégicas:

a. Participación Comunitaria en Salud.- Este componente se refiere a la acción individual o colectiva de las personas dentro de una comunidad cuyo principal objetivo es contribuir a través de su participación con la mejora en el desempeño del sistema de salud, identificando y notificando factores de riesgo o problemas de salud que se presenten en la comunidad y realizando actividades de apoyo al servicio de salud, principalmente de tipo educativo



comunicacional, para reducir la presencia de problemas de salud, a través del autocuidado de las personas.

b. Vigilancia ciudadana en salud. - Este componente se relaciona con el rol de control social sobre la formulación e implementación de las políticas públicas relacionadas a la salud, así como su participación en los procesos de rendición de cuentas que deben realizar las autoridades e instituciones vinculadas a la salud de la comunidad. El desarrollo del rol de vigilancia ciudadana, demanda de condiciones políticas y del interés de la propia población sobre la salud pública, que favorezca su implementación.

7. ANEXOS

- Anexo N° 01: Conferencias mundiales de Promoción de la Salud.
- Anexo N° 02: Documentos y antecedentes relacionados al abordaje de Determinantes Sociales de la Salud.

ANEXO N° 01:

CONFERENCIAS MUNDIALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

1986

OTTAWA

♦ **Primera Conferencia internacional de Promoción de la Salud “Salud para Todos en el año 2000.** Se estableció que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma; para lo cual es necesario, condiciones y requisitos para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, ingresos, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

1988

ADELAIDA

♦ **Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud “Políticas a favor de la salud”.** Se estableció que la construcción de una política pública saludable es la que determina el contexto y hace posible la creación de ambientes saludables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales, la reorientación de los servicios de salud.

1991

SUNDSVAL

♦ **Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. “Entornos propicios para la salud”.** Se enfatizó que la existencia de un entorno favorable es importante para la salud, y que la salud y el medio ambiente son interdependiente e inseparables.

1997

YAKARTA

♦ **Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud “Nuevo actor para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI”.** Se reconoció que la promoción de la salud es una valiosa inversión y es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo económico y social.

2000

MÉXICO

♦ **Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. “Promoción de la salud: hacia una mayor equidad”.** Se reconoció que la salud es un valioso recurso para el disfrute de la vida y es necesario para el desarrollo social y económico y la equidad; por ello es importante abordar los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud y esto requiere de la colaboración de todos los sectores y los niveles de la sociedad.

CONFERENCIAS MUNDIALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

2005

BANGKOK

- ◆ **Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. “Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado”.** Se establecieron las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud.

2009

NAIROBI

- ◆ **Séptima Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. “La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud”.** Se reconoció que se debe abordar de manera efectiva los determinantes de la salud y lograr la equidad en salud requiere de acciones y alianzas que se extienden más allá del sector de la salud para poner en práctica formas de colaboración, cooperación e integración entre los sectores.

2010

ADELAIDA

- ◆ **Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas. “Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar”.** Se determinó la necesidad de establecer un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. Para ello requiere una nueva gobernanza en la que exista un liderazgo conjunto dentro de los gobiernos, entre todos los sectores y niveles de gobierno.

2011

RIO DE JANEIRO

- ◆ **Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. CERRANDO LA BRECHA: La política de acción sobre los DSS.** La conferencia reunió a Estados Miembros y partes interesadas para recabar apoyo en favor de la aplicación de medidas relativas a los DSS con el fin de reducir las inequidades.

El marco conceptual proporcionado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), enmarca las condiciones sociales que influyeron de forma decisiva en generación de las inequidades de la salud y permite, asimismo, generar una metodología de trabajo para promover el bienestar social³².

32. Tal como se destaca en la Declaración de Alma Ata, adoptada en el año 1978 por la Conferencia Internacional sobre atención Primaria de Salud y en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, del año 1986.

CONFERENCIAS MUNDIALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La perspectiva de la CDSS permite reconocer conceptualmente los determinantes que establecen un conjunto de posiciones socioeconómicas dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Por otro lado, permite analizar los mecanismos que producen y mantienen esta estratificación que incluyen las estructuras formales e informales de gobernanza; los sistemas de educación; las estructuras de mercado para el trabajo y los bienes; los sistemas financieros; la atención que se brinda a las consideraciones de distribución en la formulación de políticas; y el grado y la naturaleza de las políticas de redistribución, provisión social y protección social. Estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales diferenciales de los individuos son la causa principal de las inequidades en salud. Estas diferencias configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud.

- ◆ **Octava Conferencia Internacional de Promoción de la Salud.** Se propuso un enfoque de políticas públicas en todos los sectores tomen en cuenta las implicaciones de las decisiones políticas en la salud de las poblaciones y eviten sus posibles impactos negativos, para mejorar la equidad en salud.
- ◆ **Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud.** En ésta conferencia se ratificó la vigencia de todos los compromisos asumidos desde Otawa hasta Helsinki y se alienta a los países a tomar políticas públicas audaces en pro de la salud, con lo que se establece la necesidad de tomar medidas más vigorosas en el campo de la promoción de la salud. Así mismo, en ésta oportunidad se suscribió un documento por alcaldes provenientes de todos los países, denominado “Consenso de Shanghai”, el cual constituye un reconocimiento de la importancia de los gobiernos locales en la gestión de la salud.

2013

HELSINKI

2016

SHANGAI

ANEXO N° 02:

DOCUMENTOS Y ANTECEDENTES RELACIONADOS AL ABORDAJE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1974	CANADÁ	<ul style="list-style-type: none">▶ INFORME LALONDE La promoción de la salud se presentaba como una estrategia del gobierno a solucionar problemas de salud a través de acciones para el logro de cambio de comportamientos, como también, al desarrollo de políticas públicas. La propuesta incluía el fortalecimiento de la acción comunitaria con la finalidad de actuar sobre distintos escenarios en los que las personas viven cotidianamente.
1980	REINO UNIDO	<ul style="list-style-type: none">▶ INFORME BLACK Publicado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Reino Unido, fue el informe del comité de expertos en las desigualdades en salud. Se demostró que a pesar de la salud en general había mejorado desde la introducción del estado de bienestar, había desigualdades de salud generalizadas. También encontró que la principal causa de estas desigualdades es la desigualdad económica.
2002	WASHINGTON D.C.	<ul style="list-style-type: none">▶ DESAFÍO A LA FALTA DE EQUIDAD EN LA SALUD: DE LA ÉTICA A LA ACCIÓN Establece la explicación, con preocupación, de la creciente disparidad de salud existente dentro de las naciones. El documento explica la importancia de la equidad en salud, realiza un análisis sobre el patrón mundial de las inequidades en salud, pobreza y marginación a fin de preponderar los factores territoriales ante la posición social en el ámbito urbano y rural. Por otro lado, establece bases sociales de las disparidades en salud respecto al contexto social y la implementación de políticas sociales que resuelvan el problema de inequidad. Ante ello, se propone una respuesta mundial con enfoques y esfuerzos como medios y desafíos para mejorar las condiciones de salud, sino también a que todos los seres humanos posean las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar justicia social.

DOCUMENTOS Y ANTECEDENTES RELACIONADOS AL ABORDAJE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

2005	LIMA	<p>♦ DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL PERÚ – MINISTERIO DE SALUD</p> <p>Se aborda el tema de la causalidad y la determinación en el campo de la salud colectiva, presentando los principales conceptos, categorías y modelos de causación que han servido de base para el trabajo en la salud pública. La determinación social del estado de salud de una población describe la asociación entre las condiciones socioeconómicas y la enfermedad y llegó a proponer la necesidad urgente de atacar las causas de la miseria.</p> <p>Por otro lado, propone evidencias de determinación social de la salud a base del ingreso económico, posición social, redes de apoyo social, educación, estrés y condiciones de trabajo, asimismo los estilos de vida personales relacionadas a la salud.</p>
2008	GINEBRA	<p>♦ SUBSANAR DESIGUALDADES EN UNA GENERACIÓN – COMISIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD</p> <p>Está relacionado a establecer justicia social y la reducción de inequidades sociales y económicas de las estructuras de la sociedad contemporánea, en especial de entre las sociedades que adolecen de diferencias socioeconómicas. Para lo cual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece tres recomendaciones para actuar sobre el problema:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mejorar las condiciones de vida;• Luchar contra la distribución desigual del poder y recursos;• Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.
2012	NUEVA YORK	<p>♦ EL FUTURO QUE DESEAMOS – NACIONES UNIDAS</p> <p>En enero de 2012, el Secretario General de las Naciones Unidas creó el Grupo de Trabajo para coordinar el apoyo del Sistema de Naciones Unidas a la discusión sobre la agenda de desarrollo post-2015, en consulta con todos los</p>

2013

GINEBRA

actores.

El principal reto de la agenda de desarrollo post 2015 es asegurar que la globalización se convierta en una fuerza para todos los habitantes del mundo de ésta y de futuras generaciones. La globalización ofrece grandes oportunidades, pero sus beneficios, en este momento, se distribuyen de manera muy desigual. Las desigualdades existentes y la lucha para acceder a los recursos naturales escasos, son determinantes clave de situaciones de conflicto, hambre, inseguridad y violencia que a su vez frenan el desarrollo humano y los esfuerzos para lograr un desarrollo sostenible.

◆ **SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS – MARCO PARA LA ACCIÓN DE LOS PAÍSES.**

Este documento proporciona los principios elementales para la aplicación del enfoque de Salud en Todas las Políticas, para la toma de decisiones y su aplicación a nivel nacional y sub nacional. Define a la Salud en Todas las Políticas, como el enfoque dirigido a las políticas públicas de todos los sectores, para que tomen en cuenta sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones que realizan, busquen sinergias y evite impactos perjudiciales para la salud con la finalidad de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria. El concepto refleja los principios de: legitimidad, rendición de cuentas, transparencia y acceso a la información, la participación, la sostenibilidad, la colaboración entre los distintos sectores y niveles de gobierno.

8. BIBLIOGRAFÍA:

- ◆ 8.1. LALONDE, M., 1974 A New Perspective on the Health of Canadians. A working document. Government of Canada. 77 p.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- ◆ 8.2. LIP, C. y ROCABADO, F. 2005 "Determinantes Sociales de la Salud en Perú". MINSA Cuadernos de Promoción de la Salud en el Perú N° 17. MINSA, Univ. N. Wiener, OPS, 2005, 84 p.
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_Determinantes_Sociales_Salud.pdf
- ◆ 8.3. MIKKONEN, J. & RAPHAEL D. 2010 "Social Determinants of Health. The Canadian Facts" Toronto: York University School of Health Policy and Management 62 p.
http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf
- ◆ 8.4. MIKKONEN, J. y RAPHAEL, D. 2010 "Social Determinant of Health. The Canadian Facts", York University School of Health Policy and Management, Toronto, 2010, 63 p.
http://www.thecanadianfacts.org/the_canadian_facts.pdf
- ◆ 8.5. OMS 1978 "Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care", Alma-Ata, USSR, 1978 3 p.
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- ◆ 8.6. OMS 1986 Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Geneva, Switzerland
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- ◆ 8.7. OMS 1988 Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy, Geneva, Switzerland
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/#>
- ◆ 8.8. OMS 1991 Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health, Geneva, Switzerland.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/#>
- ◆ 8.9. OMS 1997 "New players for a new era- leading health promotion into the 21st century", Geneva, Switzerland.
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf?ua=1
- ◆ 8.10. OMS 2008 "Subsanar las Inequidades de una Generación", OMS Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008 Ginebra, 40 p.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?ua=1
- ◆ 8.11. OMS 2010 "Adelaide Statement on Health in All Policies. Moving towards a shared governance for health and well-being" 4 p. Geneva, Switzerland
http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf

- ◆ 8.12. OMS 2010 "Adelaide Statement on Health in All Policies. Moving towards a shared governance for health and well-being" 4.p
http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf

- ◆ 8.13. OMS 2011 "Declaración Política de Río Sobre Determinantes Sociales de la Salud", Geneva, Switzerland
http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf?ua=1

- ◆ 8.14. OMS 2013 "Building on our heritage, looking to our future", Geneva, Switzerland
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/>

- ◆ 8.15. OMS 2015 "Health in All Policies. Training Manual" Geneva, Switzerland. 250 p.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf?ua=1

- ◆ 8.16. SHEJTMAN A, y BERDEGUÉ J, 2004 "Desarrollo Territorial Rural" RIMISP, Santiago, 2004, 53 p.
http://www.rimisp.org/wpcontent/files_mf/1363093392schejtman_y_berdegue2004_desarrollo_territorial_rural_5_rimisp_CARdumen.pdf

- ◆ 8.17. SINGER H. 1941 "Medicine and Human Welfare" Yale 148 p.

- ◆ 8.18. WHITEHEAD M, DAHLGREN G AND GILSON L 1991 "Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective" in Challenging inequities in health care: from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001: 309-322
<http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/developingpolicychallenginginequitieshealthcare.pdf>

- ◆ 8.19. WILKINSON, R. & MARMOT, M 2003 "Los Determinantes Sociales de la Salud. Los Hechos Probados" Ministerio de Consumo y Sanidad. Canadá. 33 p.
<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Hechos%20probados.pdf>

- ◆ 8.20. WILKINSON, R. y MARMOT, M. 1998 Social Determinants of Health. The Solid Facts". WHO, Europe 2ª Edition 2003 Copenhagen, 33.p
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf



Av. Salaverry N° 801 - Lima 11
INFOSALUD: 0800 - 10828

www.minsa.gob.pe

 [minsa_peru](https://twitter.com/minsa_peru)

 [minsaperu](https://www.facebook.com/minsaperu)

 www.minsa.gob.pe