

Determinantes sociales en salud

Determinantes sociales en salud

Enrique Cárdenas • César Juárez • Ricardo Moscoso
Joseph Vivas



Determinantes sociales en salud

ISBN 978-612-4110-71-9

Serie Gerencia para el Desarrollo 61

ISSN de la serie: 2078-7979

© Enrique Cárdenas, César Juárez, Ricardo Moscoso, Joseph Vivas, 2017

© Universidad ESAN, 2017

Av. Alonso de Molina 1652, Surco, Lima-Perú

www.esan.edu.pe

esanediciones@esan.edu.pe

Primera edición

Lima, agosto del 2017

Tiraje: 80 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2017-06925

DIRECCIÓN EDITORIAL

Ada Ampuero

CORRECCIÓN TÉCNICA Y EDICIÓN

Juan Carlos Soto

CORRECCIÓN DE ESTILO

Óscar Carrasco y Juan Carlos Soto

DISEÑO DE CARÁTULA

Alexander Forsyth

DISEÑO DE INTERIORES Y DIAGRAMACIÓN

Ana María Tessey

IMPRESIÓN

T-Copia S. A. C.

Av. Arequipa 2875, San Isidro

Lima, Perú

Octubre del 2017

Impreso en el Perú / *Printed in Peru*

Publicado: octubre del 2017

Índice

Introducción	11
Capítulo 1. Marco teórico y el modelo de abordaje de los determinantes sociales en salud (DSS)	15
1. Modelo conceptual de Dahlgren y Whitehead	16
2. Supuestos de intervención de las inequidades en salud	17
3. Marco conceptual para el abordaje de los DSS	23
3.1. Determinantes estructurales de la salud	24
3.2. Determinantes intermedios de la salud	28
4. Antecedentes internacionales de los DSS	30
5. Antecedentes nacionales de los DSS	36
Capítulo 2. Metodología de la investigación y marco legal de los DSS	39
1. Motivación de la investigación	39
2. Planteamiento del problema	40
2.1. Problema principal	47
2.2. Problemas específicos	47
3. Objetivos de la investigación	47
4. Alcance, limitaciones, justificación y contribución	48
4.1. Limitaciones	48
4.2. Justificación	49
4.3. Contribución	51
5. Marco metodológico del estudio	52
5.1. Tipo de investigación	53

5.2. Diseño de la investigación	54
5.3. Técnicas de recolección de datos	55
5.4. Procesamiento de datos	60
6. Contexto y marco legal vigente para el abordaje de los DSS en el Perú	60
Capítulo 3. Modelamiento para el abordaje de los DSS y análisis del actual modelo en el Perú	71
1. El modelamiento causal para el abordaje de los DSS	71
2. DSS: marco de intervención	78
2.1. Pilares para el abordaje de los DSS	81
2.2. DSS: intervenciones para el abordaje	86
3. DSS: opinión de expertos	90
4. DSS: análisis epistemológico	94
5. Análisis y diagnóstico del modelo lógico en el Perú	100
5.1. Análisis de la formulación de programas presupuestales en el Perú: el caso del modelo lógico	100
5.2. DSS: la implementación de la evaluación de impacto	116
Capítulo 4. Propuesta de gestión para el abordaje de los DSS	119
1. Diseño de la propuesta de gestión	122
2. Etapas de implementación de la propuesta de gestión	123
2.1. Etapa 1: identificación de documentos para el análisis	123
2.2. Etapa 2: análisis de la situación de salud local con enfoque de DSS y de las inequidades en salud	124
2.3. Etapa 3: identificación de los principales problemas de salud y factores de riesgo	125
2.4. Etapa 4: análisis causal con enfoque de DSS para los problemas de salud pública	126
2.5. Etapa 5: mapeo de actores	128
2.6. Etapa 6: análisis de mecanismos de financiamiento para el abordaje de los DSS	131
2.7. Etapa 7: modelamiento de intervenciones con enfoque de DSS	134
3. Ejercicio: modelamiento causal de la tuberculosis	135
3.1. DSS: el proceso de búsqueda de evidencia	139
3.2. DSS: análisis causal del problema	139

4. Aspectos técnicos	143
5. Aspectos operativos y económicos	145
6. Beneficios de la implementación de la propuesta	146
Conclusiones y recomendaciones	147
1. Conclusiones por objetivos	147
2. Recomendaciones	150
Bibliografía	153
Glosario de términos sobre salud pública	167
Anexos	173
1. Resumen de normas sistematizadas por sectores	175
2. Sistematización normativa para el abordaje de los DSS en nueve sectores	182
Sobre los autores	233

Introducción

En casi dos siglos de vida republicana, el Perú ha alcanzado importantes logros en lo que se refiere a la salud pública. Y los más destacables se consiguieron durante los periodos de bonanza económica. En las últimas dos décadas, sin embargo, a pesar del relativamente eficiente control macroeconómico monetario y fiscal, existen aún brechas sociales que agudizan las diferencias de clases sociales.

Si bien la salud ha sido considerada un derecho universal de todos los peruanos, para el año 2016 se encuentran paradojas que agigantan las brechas económicas y sociales en el país. Un ejemplo de ello es el caso del aseguramiento universal: según el INEI, de cada diez ciudadanos peruanos, cuatro no gozan de los beneficios que otorgan los seguros de salud, sean estos públicos o privados (INEI, 2015).

En vista de ello, la política supranacional de abordaje de los determinantes sociales en salud (DSS), propuesta por la OMS, coadyuva a entender la importancia de focalizar la salud en todas las políticas, además de explicar metodológicamente las paradojas y contradicciones de las brechas sociales. Asimismo, en el mundo académico, el concepto de los DSS ha llegado a ocupar un lugar destacable, no solo por explicar las brechas de equidad que existen entre las clases sociales con relación a las condiciones de vida, salud o bienestar, sino también para proponer políticas públicas eficaces y eficientes de intervención gubernamental.

En este sentido, las brechas de equidad y la relación entre las desigualdades socioeconómicas y el actual proceso de reforma del Estado evidencian la falta de estándares de calidad adecuados para la formulación de políticas públicas y programas presupuestales. La inexistencia de instrumentos de monitoreo y evaluación de impacto incrementan exponencialmente los factores de ineficacia en la creación de valor público, lo que genera condiciones negativas en la gestión pública y un panorama ideal para la implementación del modelamiento causal para el abordaje de los DSS.

Por ello, la presente investigación plantea incluir la institucionalización de intervenciones intersectoriales e intergubernamentales eficientes y eficaces. Con esta finalidad, se proponen instrumentos de gestión con mecanismos sostenibles que respaldan la cooperación de las instituciones gubernamentales en la búsqueda de soluciones integradas.

Así también, dentro del marco de la reforma del Estado, esta investigación propone la implementación del modelamiento causal para el abordaje de los DSS, ya que este guarda estrecha relación con la Política Nacional de Modernización del Estado al 2021. Estos instrumentos se encuentran alineados con el fortalecimiento de la gobernanza y son, además, instrumentos de gestión a través de los cuales se incluyen los lineamientos supranacionales propuestos por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS.

La presente investigación está estructurada en cuatro capítulos. El primero describe los modelos conceptuales de Dahlgren y Whitehead (1991), el modelo de producción de inequidades de salud de Diderichsen y Hallqvist (1998), así como los trabajos académicos de Wilkinson y Marmot (1998), Whitehead (1990), y Solar e Irwin (2009), entre otros, que sirvieron de base teórico-técnica para elaborar el modelamiento causal de abordaje de los DSS. Al constituir este una alternativa metodológica, mejorará la formulación de políticas públicas y programas presupuestales en el Perú.

El marco conceptual y teórico, así como la política supranacional a través del modelo de abordaje de los DSS —propuesta por la OMS—, coadyuva a entender la importancia de focalizar la salud en todas las políticas con el fin de explicar metodológicamente las paradojas y contra-

dicciones de las brechas sociales. En el segundo capítulo, para efectos de explicar los antecedentes, se establecerán los parámetros que motivaron la investigación. Se explican, además, sus objetivos, alcances, limitaciones, justificación y contribución, de manera genérica y específica. Igualmente, se describe, por un lado, la metodología que se utilizó para clasificar, sistematizar y procesar la información asociada con la creación del modelamiento causal para el abordaje de los DSS; y por otro, el marco legal vigente para la implementación de la propuesta. Se recurrió al análisis de fuente documental, la entrevista y el estudio de caso asociado al problema sanitario de la TBC.

El tercer capítulo estudia el modelamiento y campo de la metodología causal del abordaje de los DSS, que incluye el uso de los supuestos de intervención de inequidad en salud, específicamente los de exposición y vulnerabilidad diferencial; puesto que, a través de ellos, se mejorarán las condiciones materiales, los factores psicosociales y las circunstancias biológicas de los ciudadanos. Además, al proponer una alternativa para la elaboración de instrumentos de gestión, se hace un diagnóstico de la elaboración de los programas presupuestales, lo que permitió señalar las fortalezas y debilidades del actual modelo lógico (sistema metodológico de programación presupuestal).

En el cuarto capítulo, se comparan las bondades del modelamiento causal y se define una metodología para la formulación de programas presupuestales a través de la participación de los tres niveles de gobierno y el acondicionamiento del uso de las evaluaciones de impacto en las estrategias gubernamentales implementadas. Con este fin, se propone una gestión para el abordaje de los DSS mediante el diseño e implementación de una metodología para la reformulación de intervenciones del Estado a través de políticas públicas y programas presupuestales focalizados. Se muestran, para ello, las debilidades del actual modelo en el Perú, que la Autoridad Nacional de Salud utiliza en exclusividad para la reducción de problemas sanitarios nacionales, como la lucha contra la desnutrición crónica, la mortalidad materno-neonatal o el VIH-TBC. El análisis del modelo lógico cotejó la precariedad del método respecto al uso de evidencia epistemológica; sin embargo, son también innegables las fortalezas en la implementación del modelamiento causal, que agrega al modelo lógico convencional intervenciones focalizadas por exposición, vulnerabilidad y

consecuencia diferencial. Se trata, entonces, de un instrumento de gestión que generará escenarios de éxito para la lucha contra las causas de las causas que agudizan las inequidades sociales en el Perú.

Por último, se presentan las principales conclusiones de la investigación y las recomendaciones para su puesta en funcionamiento.

1

Marco teórico y el modelo de abordaje de los determinantes sociales en salud (DSS)

Las sociedades, por lo general, están organizadas de tal manera que establecen y mantienen desigualdades en la forma en que sus integrantes acceden a las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud. Con frecuencia esas oportunidades están ineficientemente distribuidas, y esto se observa en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, las brechas laborales entre trabajadores formales e informales, entre quienes tienen trabajo y quienes no lo tienen, la amplia gama en el nivel de ingresos económicos, los factores psicosociales definidos por los estilos de vida de cada comunidad, entre otros. Las inequidades se presentan no solo entre países, sino también entre ciudades de un mismo país, e incluso entre la población de una misma ciudad (OMS, 2009a).

Por esta razón, teniendo en cuenta el espíritu de la justicia social, la OMS puso en marcha en el año 2005 la Comisión de DSS (CDSS), con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad en salud y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo (OMS, 2011).

Para el caso del marco teórico de la presente investigación, se tomaron en cuenta los modelos conceptuales de Dahlgren y Whitehead (1991), los supuestos de intervención de inequidad de Diderichsen y Hallqvist (1998), así como el marco conceptual de los DSS de la CDSS.

1. Modelo conceptual de Dahlgren y Whitehead

El modelo de Dahlgren y Whitehead explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde aquel que corresponde al individuo y a las comunidades hasta el nivel correspondiente a las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales (Dahlgren & Whitehead, 1991).

En este modelo, que se ve en la figura 1.1, se explica la producción de las inequidades en salud dentro de la población por interacciones determinantes entre un núcleo y cuatro diferentes niveles.

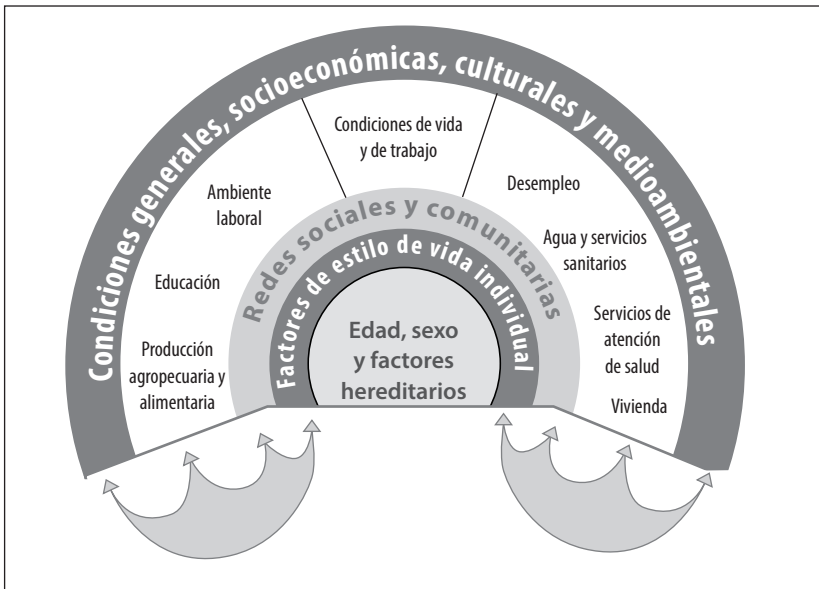


Figura 1.1. DSS: modelo conceptual de producción de inequidades en salud de Dahlgren y Whitehead

Fuente: Dahlgren & Whitehead, 1991.

El núcleo describe los factores biológicos —como la edad, el sexo y las características constitucionales (factores hereditarios)— que influyen en la salud. El primer nivel representa los factores de estilos de vida individual; las personas y grupos con una posición socioeconómica más desfavorecida

que tienden a presentar una mayor prevalencia de conductas de riesgo (hábito de fumar, consumo de alcohol, alimentación deficiente, baja actividad física y barreras económicas para escoger un estilo de vida saludable). El segundo nivel detalla cómo las redes sociales y comunitarias, es decir, las interacciones sociales, influyen en los estilos de vida individuales. El tercer nivel representa los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo: las inadecuadas condiciones de vivienda, agua y desagüe, desempleo, exposición a condiciones laborales de riesgo, así como el limitado acceso a los servicios de salud que crean exposiciones o riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una posición socioeconómica menos favorecida. Por último, el cuarto nivel describe las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y ambientales que influyen en las condiciones de estratificación social y producen inequidades sociales (Dahlgren & Whitehead, 1991).

El modelo de producción de inequidades en salud propuesto por Dahlgren y Whitehead (1991) permite dilucidar los mecanismos para lograr cambios estructurales en las condiciones generales, mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los individuos a través de las estrategias de salud pública, fortalecer el apoyo social y de la comunidad a través del empoderamiento y la participación social, e influir en los estilos de vida y las actitudes individuales. Y todo esto tiene como finalidad promover la equidad social en salud. Este modelo, además, es la base para la construcción de los mecanismos de las inequidades en salud y del marco conceptual de abordaje de los DSS, propuesto en la presente investigación (Dahlgren & Whitehead, 1991).

2. Supuestos de intervención de las inequidades en salud

El modelo de Diderichsen y Hallqvist subraya la manera en la que la organización de las sociedades genera y refuerza la gradiente social de estratificación social imperante, y que asigna a las personas distintas posiciones sociales. La posición social de las personas determina, por tanto, sus oportunidades de salud a través de los supuestos de intervención, como el contexto social, económico y político, la exposición diferencial, la vulnerabilidad diferencial y las consecuencias diferenciales. Para cada uno de estos supuestos de intervención se identifican los puntos de partida de

políticas públicas. En las secciones siguientes, se analizarán por turno cada uno de los componentes (Diderichsen & Hallqvist, 1998).

Los supuestos de intervención de la inequidad¹ propuestos por Diderichsen y Hallqvist² (ver figura 1.2) plantean un análisis que relaciona el contexto social y político con las enfermedades y lesiones, y sus consecuencias; es decir, de qué manera el efecto del contexto social, económico y político es determinado y determina la posición socioeconómica de las personas en la sociedad; se generan así efectos diferentes, es decir, exposiciones diferenciales que son específicas para cada posición socioeconómica. Por otro lado, los grupos de población vulnerables presentan consecuencias diferenciales, según el efecto del impacto o exposición de cada posición socioeconómica (Diderichsen & Hallqvist, 1998).

Hablar de contexto social y contexto político es referirse a la manera en la que el Estado y la sociedad generan y distribuyen el poder y la riqueza, a través de la implementación de políticas económicas y laborales, el tipo de sistema educativo, las normas en torno al género y el tipo de organización del Estado, entre otros.

El primer supuesto de intervención, la estratificación social (I), surge del contexto socioeconómico político imperante y actúa sobre los diferentes grupos de la población que han sido caracterizados de acuerdo con su nivel de ingresos, etnicidad, educación, género, entre otros factores. El resultado es la segmentación de la población en grupos con diferente posición socioeconómica, lo que define para cada una de ellos un impacto diferente; este se expresa en condiciones de mayor o menor perjuicio para la salud de las personas y en sus capacidades reales para hacer frente a tales condiciones sanitarias.

El segundo supuesto de intervención, la exposición diferencial (II), surge de la posición socioeconómica de los individuos. Esta se observa en aquellas

1. Supuestos de intervención son el contexto social y político, la exposición diferencial, la vulnerabilidad diferencial, el resultado diferencial, las consecuencias diferenciales.
2. Diderichsen y Hallqvist elaboraron el «marco para dilucidar las vías existentes entre el contexto social y los resultados de salud y para introducir las intervenciones políticas» (1998).

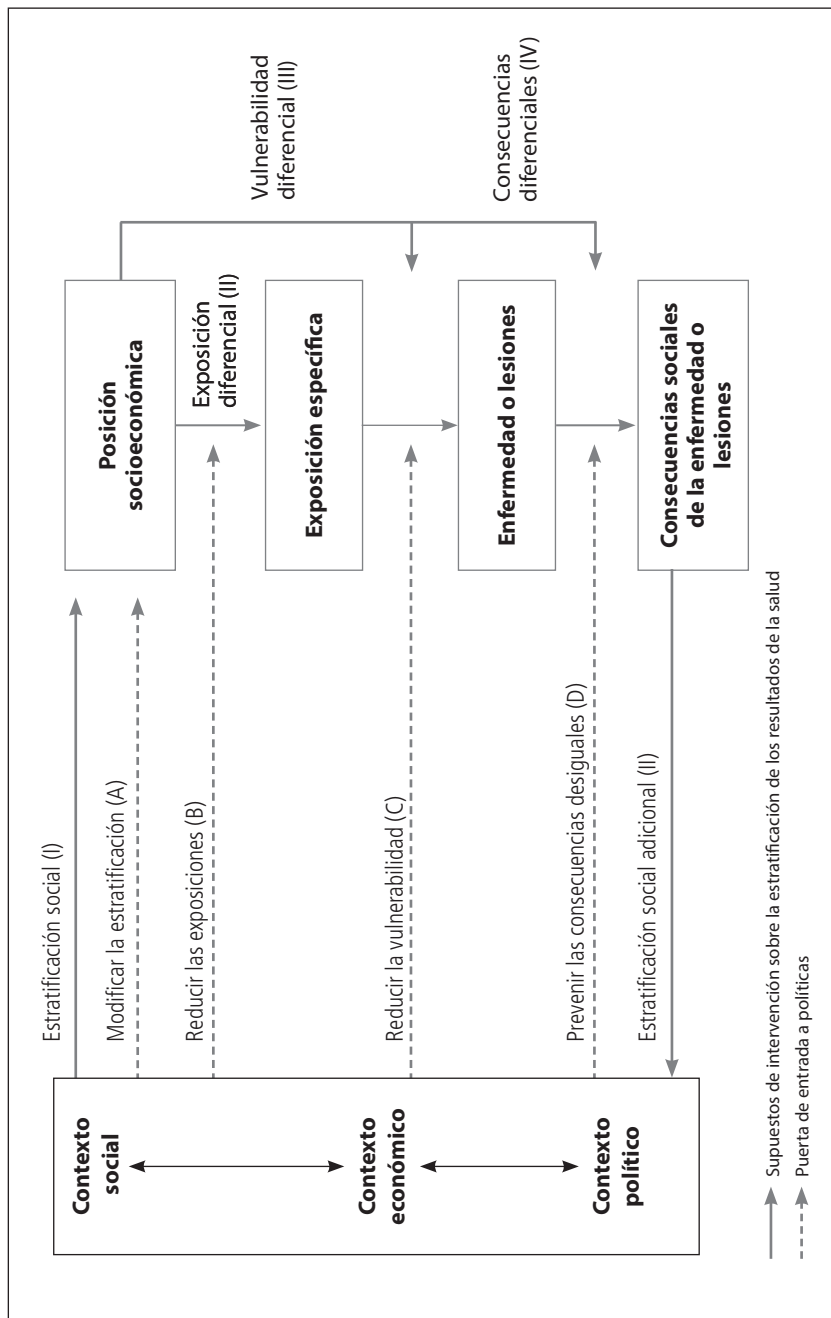


Figura 1.2. DSS: modelo conceptual de producción de inequidades en salud de Diderichsen y Hallqvist
Fuente: Diderichsen & Hallqvist, 1998.

condiciones materiales³ y psicosociales⁴ en las que viven, así como en sus conductas. Incluye el acceso al sistema de salud, el capital y la cohesión social (exposiciones) o determinantes, todo lo cual se relaciona de manera positiva o negativa con un problema de salud, y que se expresa de manera diferente según la posición socioeconómica. El resultado de este supuesto de intervención es una exposición específica que el individuo afronta ante un determinado daño o riesgo de enfermar.

El tercer supuesto de intervención, la vulnerabilidad diferencial (III), actúa también a partir de la posición socioeconómica de los individuos. Los grupos con características sociales comunes⁵ comparten también condiciones de vulnerabilidad similares; así pues, las poblaciones que ocupan una baja posición socioeconómica tienen, debido a sus condiciones de vida menos favorables, una mayor vulnerabilidad frente a determinados daños o a los riesgos de enfermar, y están más expuestas a desarrollar un problema de salud. La vulnerabilidad diferencial incluye tanto aspectos sociales como biológicos, y dichas condiciones se expresan de manera diferente en cada grupo.

3. Esto incluye determinantes relacionados tanto con el entorno físico, como la vivienda (en relación con la propia vivienda y su ubicación), la capacidad potencial de consumo, es decir, los medios financieros para comprar comida saludable, ropa de abrigo, etc. y el trabajo físico como con los entornos vecinales. En función de su calidad, estas circunstancias proporcionan recursos para la salud y contienen riesgos exponenciales para la salud.
4. Esto incluye factores psicosociales (por ejemplo, los acontecimientos vitales negativos y la tensión laboral), circunstancias de vida estresantes, como, por ejemplo, la falta de apoyo social. Diferentes grupos sociales están expuestos en distintos grados a experiencias y situaciones de la vida que se perciben como amenazantes y que son difíciles de enfrentar. Esto explica en parte el patrón a largo plazo de las desigualdades sociales en salud.
5. Como, por ejemplo, poblaciones: dispersas y alejadas en situación de pobreza, con poco acceso a los cuidados de salud, con bajo nivel educativo, con hábito de fumar tabaco, consumo de alcohol y drogas, con inseguridad alimentaria, niños y niñas con experiencias de maltrato infantil, con experiencia de violencia sexual, con deficiente capital social y cohesión social, familias disfuncionales, mujeres excluidas por género, trabajadores con alta movilidad migratoria, poblaciones que padecen enfermedades crónicas, etc.

La exposición diferencial ocasiona en el individuo una exposición específica ante un daño o riesgo de enfermar, a partir de la cual sufre una lesión o una enfermedad. A su vez, la vulnerabilidad diferencial crea las condiciones para que el individuo sea menos o más susceptible frente a un daño o riesgo de enfermar. Dependiendo de eso, se lesiona o enferma (Diderichsen & Hallqvist, 1998).

La exposición diferencial y la vulnerabilidad diferencial en la población se acumulan en el curso de la vida y, a la vez, establecen el supuesto de intervención de selección para enfermar, lo cual es muy relevante para la comprensión desde una perspectiva histórica y para proponer soluciones efectivas o políticas públicas orientadas a ese fin (Diderichsen & Hallqvist, 1998).

El cuarto supuesto de intervención, la consecuencia diferencial (IV), actúa también a partir de la posición socioeconómica del individuo. Se manifiesta cuando este sufre una enfermedad o lesión. Se expresa creando las consecuencias sociales de la salud, lo que se refiere a la mayor o menor mortalidad o morbilidad según la posición social, a las repercusiones económicas y sociales de la enfermedad para el individuo y su familia. Este supuesto de intervención genera que las repercusiones y resultados sociales de una enfermedad sean diferentes según la gradiente socioeconómica a la que pertenezcan tanto el individuo como su entorno (Diderichsen & Hallqvist, 1998).

En conclusión, las consecuencias sociales de la mala salud, al afectar en mayor o menor medida al individuo y a su entorno en términos económicos y sociales, refuerza el contexto socioeconómico y político. De esta manera, los menos favorecidos se encuentran en desventaja para ejercer influencia sobre este; se repite de alguna manera la estratificación social, el primer supuesto de intervención (I), de manera adicional, que reforzará, para bien o para mal, la posición socioeconómica de dicho individuo y su familia (Diderichsen & Hallqvist, 1998).

Por otro lado, para esclarecer aún más los supuestos de intervención que generan las inequidades en salud, es importante destacar que la estratificación diferencial genera la posición social; y es a partir de esta es que actúan los otros tres supuestos descritos, como se puede ver en la gráfica

siguiente. De allí la importancia de reconocer lo gravitante que es el primer supuesto de intervención para la generación de inequidades en salud. Esto nos indica hacia dónde deben dirigirse los esfuerzos del Estado para revertir la situación no deseada.

De hecho, en la gradiente social que crea la estratificación diferencial, se nos muestra cómo los grupos sociales que logran una mejor posición social tendrán más probabilidades de estar menos expuestos a enfermedades y también, por ende, menor vulnerabilidad a las enfermedades; en caso de enfermar, serán mayores sus posibilidades para afrontar esta circunstancia y sufrir menores consecuencias sociales y económicas, lo que posiblemente no los afecte dentro de su buena posición social, con lo que se cierra el círculo en su caso.

En el mismo orden, los resultados para los individuos pertenecientes a grupos sociales que se ubican en una posición social más baja arrojan que aquellos tendrán altas probabilidades de estar más expuestos a enfermarse, mayor vulnerabilidad ante las enfermedades, y con mayores consecuencias sociales y económicas, lo que empeora, con frecuencia, su posición social. En ellos también se cierra el círculo, que es la expresión de la inequidad en salud.

A partir de este modelo de Diderichsen y Hallqvist se identifican varios puntos de partida de políticas públicas destinadas a reducir la falta de equidad en salud (Diderichsen & Hallqvist, 1998).

a) Modificar la estratificación social

En el caso de las políticas públicas dirigidas a reducir las inequidades en salud, implica reconocer la importancia del contexto social para reducir las brechas que produce la estratificación social.

b) Reducir las exposiciones

Para las políticas públicas que intenten modificar el exceso de exposición a los peligros de salud sufridos por quienes ocupan las posiciones sociales más desfavorables y están más expuestos a contraer enfermedades.

c) Reducir la vulnerabilidad

Se aplica a las políticas públicas destinadas a combatir las posiciones desventajosas en las que viven las personas, tales como habitar viviendas insalubres, trabajar en condiciones peligrosas o padecer deficiencias nutricionales, todo lo cual incrementa su susceptibilidad a enfermar.

d) Prevenir las consecuencias desiguales

Para las políticas públicas orientadas a frenar las diferencias injustas que surgen como consecuencia de haber enfermado, de tal manera que ese episodio no profundice o agrave o haga permanente la condición de marginación del individuo y su familia, por causas económicas o sociales relacionadas con la atención de su enfermedad.

La importancia del modelo está vinculada con el énfasis en la forma en que los contextos sociales crean la estratificación social y asignan a los individuos a diferentes posiciones sociales, lo que determina su estado de salud y las condiciones de inequidad en las que viven dentro de la misma sociedad.

Para efectos de la presente investigación, los supuestos de intervención de las inequidades en salud son las metas para la construcción del modelamiento causal para el abordaje de los DSS.

3. Marco conceptual para el abordaje de los DSS

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las principales causas de las inequidades en salud surgen de las condiciones en las que nace, vive, trabaja y envejece la gente (OMS, 2011a).

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 dichos sistemas dan lugar a «una distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad» (OMS, 2011a: 14).

El marco conceptual demuestra en qué forma el contexto socioeconómico y político da lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas que estratifican a la población. Ambos, junto con la posición socioeconómica, constituyen los determinantes estructurales de las inequidades en salud, que, a su vez, condicionan y definen a los determinantes intermedios de la salud y reflejan el lugar de las personas dentro de la jerarquía social (ver figura 1.3) (Solar & Irwin, 2009).

En función de su posición socioeconómica, las personas experimentan diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que impactan en su salud. Los resultados en la salud pueden «retroalimentar» en forma positiva o negativa tanto la posición socioeconómica de las personas como el contexto social, económico y político.

Es de resaltar que este marco conceptual, al basarse en el modelo de la producción social de la enfermedad concebido por Diderichsen y Hallqvist, se inspira en principios fundamentales que enmarcan al concepto del poder social como elemento fundamental de la dinámica de la estratificación social, la justicia social, que es la base de la teoría de la equidad social en salud, y la intervención del Estado a través de «salud en todas las políticas» (Diderichsen & Hallqvist, 1998).

De esta manera, 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. Cada uno de ellos se comporta de manera muy diferente 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 (Solar & Irwin, 2009).

3.1. Determinantes estructurales de la salud

Llamados también determinantes estructurales de las inequidades en salud, comprenden las condiciones del contexto social, económico y político, así como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, la cultura y los valores sociales, y las condiciones que generan la gradiente de la posición socioeconómica, como la clase social, el sexo, la etnicidad, la educación, la ocupación, el ingreso y otros estratifi-

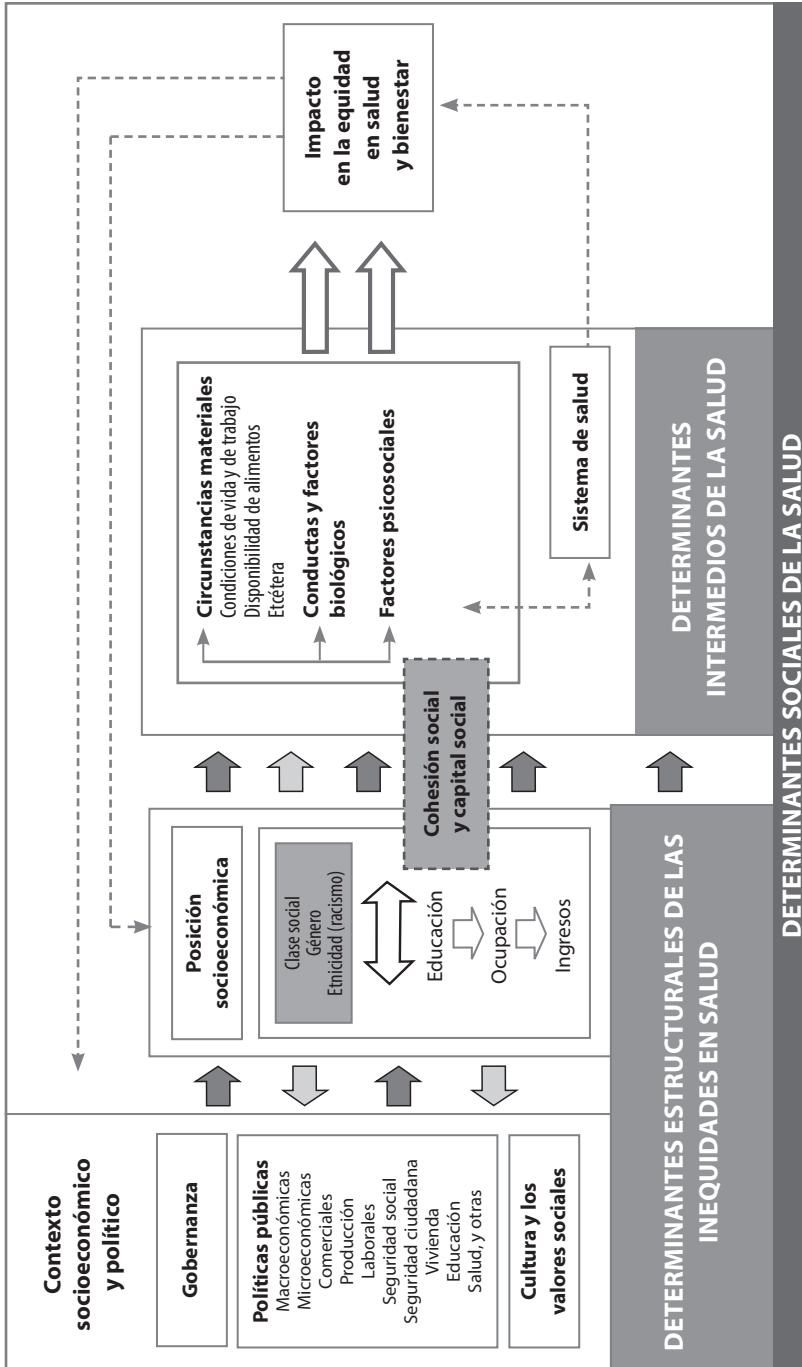


Figura 1.3. DSS: marco conceptual de la CDSS

Fuente: Solar & Irwin, 2009.

cadore, los cuales determinan y condicionan la inequidad social en salud según la posición socioeconómica del individuo, su familia y su entorno social (Solar & Irwin, 2009).

El adjetivo *estructural* recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud (OPS, 2012).

El contexto socioeconómico y político que establece la estratificación social, permite identificar los determinantes subyacentes a la creación de inequidades sociales. Estos determinantes de estratificación socioeconómica pueden describirse como los factores sociales de las inequidades en salud.

Estos determinantes configuran no solo 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. Estas posiciones socioeconómicas se traducen en exposiciones específicas del estado de salud individual que reflejan la ubicación social de la persona dentro de un sistema estratificado. De acuerdo con su respectiva posición social, las personas se sujetan a una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo la salud.

Por otro lado, tengamos presente que la estratificación social es el supuesto de intervención inicial que determina la posición social, y sobre esta actúan los otros supuestos de intervención : a) la exposición diferencial a los riesgos para la salud, b) la vulnerabilidad diferencial en cuanto a las condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales, y c) las consecuencias diferenciales —económicas, sociales y sanitarias— de la mala salud para los grupos y los individuos, y que en conjunto producen las inequidades en la salud, tal y como lo señala el modelo (Diderichsen & Hallqvist, 1998).

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

Los determinantes estructurales de las inequidades en salud se dividen en:

a) Contexto socioeconómico y político

Aquellos determinantes que abarcan el conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social. Ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de la gente. Incluye los supuestos de intervención sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas (OPS, 2012).

No solo es fundamental reconocer la repercusión del contexto socioeconómico y político, en tanto determinantes estructurales sobre la salud de las personas, sino que es necesario también entender qué es lo que causa las condiciones que definen la posición social en esa población (OMS, 2005a).

Dentro de ese contexto, se requiere considerar los mecanismos por los cuales las políticas redistributivas y sociales, o la falta de ellas, afianzan la mayor o menor diversidad de la gradiente social.

b) Posición socioeconómica

Los determinantes estructurales correspondientes a la posición socioeconómica son aquellos que generan o fortalecen y mantienen la estratificación de una sociedad y definen la gradiente socioeconómica de la población. 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 los recursos; ello implica, sin embargo, que los grupos sociales que no tienen esa ubicación de privilegio experimenten menores oportunidades en salud (OMS, 2011b).

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 el uno en el otro, retroalimentándose mutuamente, con lo que consolidan las condiciones de inequidad en salud existentes en la población.

3.2. Determinantes intermedios de la salud

Los determinantes estructurales operan condicionando a los determinantes intermedios de la salud para producir resultados. Esta precisión es crucial para entender la relevancia y el impacto que podrían tener los esfuerzos del Estado y de la sociedad para mejorar el nivel de salud de la población. Se debe tener en cuenta que los resultados de trabajar solo en los determinantes intermedios dará resultados limitados y tendrá un impacto reducido y de efectos poco sostenibles (OPS, 2012).

Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social existente y determinan para los individuos, sus familias y sus entornos, según su posición social, las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud.

Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud. Cada una de esas categorías se comportan de manera diferente en el individuo y su entorno según la posición social que le ha tocado vivir (OPS, 2012).

- **Condiciones materiales.** Comprenden la calidad de la vivienda y del vecindario, las posibilidades de consumo (acceso a medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.), así como la situación laboral, oportunidades y condiciones de trabajo, y el entorno físico de este.
- **Factores conductuales y biológicos.** Relacionados con los estilos de vida, saludables o no, los hábitos que repercuten en la salud —como el sedentarismo y el consumo de tabaco, alcohol, drogas u otras adicciones— e inclusive factores biológicos, tales como los genéticos.
- **Factores psicosociales.** Son las circunstancias asociadas con las condiciones de tensión, de vida y relaciones estresantes, así como el acceso al apoyo y redes sociales.
- **Cohesión social.** Se refiere a la confianza y respeto mutuos que existen entre los diversos grupos y sectores de la sociedad. Contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.

a) Capital social

Es el conjunto de normas, redes y organizaciones construidas sobre relaciones de confianza y reciprocidad que contribuyen a la cohesión, el desarrollo y el bienestar de la sociedad, así como a la capacidad de sus miembros para actuar y satisfacer sus necesidades de forma coordinada en beneficio mutuo (OMS, 2011b).

b) Sistema de salud

Constituido por las posibilidades reales de acceso a los servicios y programas de salud; comprende, asimismo, la capacidad resolutive de aquel para mediar en las consecuencias que las enfermedades tienen en la vida de las personas, y que completan los factores de riesgo a los que están condicionados, junto con el tipo de exposición y de vulnerabilidad en las que viven los individuos (Manzanilla, 1989).

En consecuencia, el sistema de salud es en sí mismo un factor determinante intermedio. Su función se torna particularmente pertinente en el caso del acceso a la atención de salud, la cobertura que esta brinda, los servicios personales y no personales. El sistema de salud puede abordar directamente, en condiciones óptimas y adecuadas, las diferencias de exposición y vulnerabilidad, no solo al mejorar el acceso equitativo a la atención integral de salud, sino también al promover la acción intersectorial e intergubernamental para mejorar el estado de la salud de las personas, por ejemplo, a través de la administración de suplementos alimentarios en atención primaria o por medio de acciones educativas. Pero si el sistema es limitado en cuanto a su disponibilidad de recursos, capacidad resolutive y fragmentado en su organización, probablemente contribuya a mantener las condiciones de inequidad en salud.

Por ello es de gran importancia el papel que desempeña el sistema de salud al mediar en las consecuencias diferenciales que tiene la enfermedad en la vida de las personas, al procurar que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro mayor de la posición social y facilitar la rehabilitación y reintegración social de la gente. Algunos ejemplos son los programas de apoyo a enfermos crónicos para su reinserción en la fuerza laboral, así como modelos apropiados de financiamiento en salud que eviten que las personas se empobrezcan por los costos de la atención médica.

Con todo, el sistema de salud no es el único ni el más importante si queremos plantear políticas públicas orientadas a mejorar el nivel sanitario de la población, para construir una sociedad con equidad en salud.

4. Antecedentes internacionales de los DSS

El movimiento para el abordaje de los DSS tiene como antecedente más remoto al *Informe Lalonde. Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses*, en donde se expone conceptual y teóricamente a la promoción de la salud como una estrategia del Gobierno para solucionar problemas de salud mediante el cambio de comportamientos y el desarrollo de políticas públicas saludables. La estrategia incluye el fortalecimiento de la acción comunitaria con la finalidad de actuar sobre distintos escenarios en los que las personas viven cotidianamente (OMS, 1974).

El *Informe Lalonde* vincula los conceptos de determinantes sociales y promoción de la salud, debido a que incentivan al Estado canadiense a virar hacia los ejes de la prevención y promoción de la salud como una estrategia de eficiencia del gasto público en las políticas sanitarias.

Cuatro años después, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Atá, se estableció la definición estándar del derecho a la salud, la cual considera a la salud como el logro más alto posible de bienestar y cuya realización exigía la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos (OMS, 1978).

Es importante mencionar que en esta conferencia se estableció una nueva perspectiva sobre el derecho a la salud. La importancia de considerar, además, el uso de la acción intersectorial en todos los procesos de intervención de los Estados modernos para la mejora de las condiciones de la atención primaria de salud.

Cuando los especialistas de la OMS señalaron que en el mundo existía una grave desigualdad respecto al estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, los efectos de la política sanitaria mundial demostraron las brechas de inequidad existentes en todos los países (OMS, 1978).

Desde 1978 hasta hoy, el abordaje de los DSS estuvo estrechamente ligado con el desarrollo conceptual de la promoción de la salud; así, por ejemplo, la primera conferencia internacional de esta materia, «Salud para Todos en el año 2000», definió a la promoción de la salud como el instrumento para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer, así, un mayor control sobre aquella. Señaló, además, que la participación activa en la promoción de la salud implicaba la construcción de políticas públicas saludables, la creación de ambientes saludables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud a zonas de especial vulnerabilidad (OMS, 1986).

Es entonces que la idea de incluir la metodología sanitaria de construcción de políticas públicas con un enfoque de prevención y promoción de la salud edifica el camino *ex ante* para que los Estados se centren en intervenciones que fortalezcan la acción comunitaria, es decir, la participación activa de la sociedad a favor de la mejora de la salud.

La Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud «Políticas a Favor de la Salud» instauró la construcción de estrategias y políticas públicas saludables que determinaron el contexto y que, además, hicieron posible la creación de estándares internacionales de protección al medio ambiente, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud, nuevamente como en Ottawa (OMS, 1988).

La Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud «Entornos propicios para la salud» enfatizó que la existencia de un entorno favorable era importante para la salud, y que esta y el medio ambiente eran interdependientes e inseparables (OMS, 1991).

Seguidamente, en la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud «Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI» se señaló que la promoción de la salud era una valiosa inversión, así como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo económico y social (OMS, 1997).

La Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud «Promoción de la Salud: hacia una Mayor Equidad» reconoce que la salud es un valioso recurso para el disfrute de la vida y que es necesaria para el desarrollo social, económico y de equidad. La importancia de esta conferencia radicó en conocer el abordaje los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud por un lado, y por otro la colaboración de todos los sectores y los niveles de la sociedad a través de la acción intersectorial e intergubernamental (OMS, 2000).

La Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud «Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado» estableció 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 (OMS, 2005b).

Es evidente que el concepto de DSS queda enmarcado dentro de las estrategias de la OMS. Se utilizaron, para tal fin, los trabajos de Michael Marmot y Richard Willkinson, quienes influyen —técnica y políticamente— en la comunidad científica internacional, al crear una comisión alterna al trabajo de OMS que estudie el impacto de la equidad y justicia social en los países desarrollados, en vías de desarrollo y en los países subdesarrollados (Wilkinson & Marmot, 1998).

La justicia social, el eje principal de la teoría de los DSS —la misma que utilizó Rawls para verificar los estándares y patrones axiológicos de la justicia— estableció una forma, novedosa e innovadora de demostrar la reducción de inequidades sociales y económicas de las estructuras de la sociedad contemporánea a través de la participación democrática y el respeto por el estado de derecho. Fue tanta la influencia en el pensamiento político de Rawls en Marmot y Willkinson que iniciaron —pragmáticamente— la tarea de convencer a los altos funcionarios de OMS de realizar la búsqueda del conocimiento global sobre las diferencias socioeconómicas (Rawls, 2006).

[La Comisión de DSS, de OMS (2009), fue creada] con el fin de recabar pruebas fehacientes sobre posibles medidas e intervenciones que permitan fomentar la equidad sanitaria y promover un movimiento mundial para alcanzar ese objetivo, la Comisión es un órgano de colaboración internacional integrado por instancias normativas, investigadores y miem-

bros de la sociedad civil, y dirigido por personas que gozan de una experiencia única que combina la política, la actividad académica y la acción de sensibilización. Un aspecto importante de la Comisión es que centra su labor en países con todo tipo de niveles de ingresos y desarrollo: el Norte y el Sur. La equidad sanitaria es una cuestión que afecta a todos nuestros países y en la que influyen de forma considerable el sistema económico y político mundial (OMS, 2009a: 1).

El resultado del informe final (OMS, 2009a) estableció cuatro recomendaciones para actuar sobre las principales inequidades sociales: (i) mejorar las condiciones de vida; (ii) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; (iii) medir la magnitud del problema, analizarlo; y (iv) evaluar los efectos de las intervenciones.

[L]a Comisión hace un llamamiento para que se subsanen las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación. Se trata de una aspiración, no de una predicción. En los últimos 30 años se han producido importantes cambios a nivel mundial y nacional. Somos optimistas: disponemos de los conocimientos necesarios para alargar considerablemente la esperanza de vida y, así, contribuir a mejorar de forma notable la equidad sanitaria. Somos realistas: hay que actuar ya. El informe de la Comisión contiene material para preparar soluciones que permitan atajar las grandes desigualdades que existen en y entre los países (OMS, 2009a: 2).

Por otro lado, al observar el asentamiento científico académico de esta nueva postura internacional, la comunidad fue consciente de la importancia de redefinir las políticas sanitarias de los países desarrollados y no desarrollados. La 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» reconoció que los Estados deben abordar de manera efectiva los determinantes de la salud y lograr, para ello, la equidad en este sector. Esta requiere 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 (OMS, 2009b).

En Adelaida, la perspectiva de incluir salud en todas las políticas ratificó emplear la acción de todos los Estados «Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar». Perfiló, además, 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 sus sectores y niveles (OMS, 2010).

La Declaración de Adelaida pretendió captar a los líderes e instancias normativas de todos los niveles de gobierno: local, regional, nacional e internacional, y hacer hincapié en ellos para alcanzar los objetivos. Así, pues todos los sectores deben incluir la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas, puesto que las causas de la salud y el bienestar se encuentran fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social (OMS, 2010).

Por otro lado, en Adelaida se aspiró a 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. Esto requería una nueva forma de gobernanza en la que haya un liderazgo conjunto dentro de los Gobiernos, entre todos sus sectores y niveles de poder. Esta posición destacó la contribución del sector de la salud a la resolución de problemas complejos en todos los niveles de gobierno (OMS, 2010).

Sin lugar a dudas, la cúspide de esta nueva metodología de trabajo — eminentemente científica— se alcanzó en Río de Janeiro. Pues bien, la Conferencia Mundial sobre los DSS «Declaración política de Río sobre DSS» reunió a todos los Estados miembros de Naciones Unidas y partes interesadas para recabar apoyo en favor de la aplicación de medidas relativas a los DSS con el fin de reducir las inequidades sociales. La conferencia se organizó bajo los auspicios del Gobierno del Brasil, en seguimiento de la resolución WHA62.14, adoptada por la Asamblea de la Salud en 2009 (OMS, 2011b).

Se siguió trabajando incansablemente en los propósitos políticos de la OMS para la inclusión de esta metodología de trabajo. El documento técnico *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los DSS* priorizó cinco pilares para reducir las inequidades sociales en el mundo.

- 1) La inclusión de la gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud.

- 2) Fortalecer el empoderamiento social mediante la promoción de la participación social, es decir, el desarrollo de políticas dirigidas a incrementar el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales.
- 3) Los programas de salud pública, para fortalecer las funciones de rectoría, a fin de reducir las inequidades en salud.
- 4) El alineamiento de las prioridades y de los actores para la reducción de inequidades sociales.
- 5) La vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas y desarrollar la responsabilidad sobre los determinantes sociales (OMS, 2011a).

La perspectiva de la Comisión de DSS 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, sirve para 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.
- 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 correspondientes a esta 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. El informe final de la comisión utilizó este marco como base para formular sus recomendaciones (OMS, 2011b).

La Octava Conferencia Internacional de Promoción de la Salud trató el enfoque de políticas públicas en todos los sectores, que toma en cuenta las

implicaciones de las decisiones políticas en la salud de los habitantes y busca evitar impactos negativos para mejorar la equidad en salud (OMS, 2013).

Por último, en *El futuro que deseamos* (2012), el Grupo de Trabajo de Naciones Unidas para la Agenda de Desarrollo Post 2015 planteó recomendaciones para que todos los Estados busquen mejorar el bienestar material de la población mundial mediante cambios radicales de los patrones de consumo y de producción de recursos sostenibles en relación con el uso de los recursos naturales. La lucha para acceder a estos —que son escasos— y las desigualdades existentes son determinantes claves de situaciones de conflicto, hambre, inseguridad y violencia que, a su vez, frenan el desarrollo humano y los esfuerzos para lograr un desarrollo sostenible (OMS, 2012).

5. Antecedentes nacionales de los DSS

Inicialmente, mediante el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, el Minsa estableció de manera preliminar los preceptos básicos para el abordaje de los DSS:

[D]esde el surgimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud se han desarrollado diversos conceptos, enfoques, y estrategias que han tratado de impulsar a las comunidades y a sus integrantes, organizaciones sociales e instituciones locales, a participar en el conocimiento de sus problemas de salud, guiándolas e impulsándolas para desarrollar conciencia, compromiso y adquirir niveles de responsabilidades para proteger su salud y prevenir enfermedades. Esto ha demandado desarrollar estudios sobre la dinámica social del desarrollo local, sobre el comportamiento de las personas, hábitos y costumbres, así como el manejo de metodologías y tecnologías de educación, comunicación y de participación comunitaria entre otras. El objetivo fundamental en estos esfuerzos ha sido tratar que la población adquiriera responsabilidad sobre su propia salud y participe en las actividades comunitarias dirigidas a ese fin.

En el Perú, es a partir de la década de los 70-80 que el Ministerio de Salud incorpora en sus diferentes programas de salud contenidos de orden social con la finalidad de impulsar el desarrollo comunitario. Como resultado de la Conferencia de Alma Atá (1978) recobra importancia la participación de la comunidad en los programas de salud aunque aún bajo la asistencia técnica del sector salud en las decisiones de la comunidad, lo cual no contribuía necesariamente a impulsar procesos de empoderamiento comunitario (Minsa, 2005c: 3).

Por otro lado, el trabajo desarrollado por Lip y Rocabado (2005) —resultado de la colaboración entre la OPS y el Minsa— propuso evidencias científicas de DSS a base del ingreso económico, posición social y salud, redes de apoyo social, educación, empleo, estrés y condiciones de trabajo; asimismo, de los estilos de vida o costumbres personales relacionados con la salud, la desnutrición, los hábitos nutricionales y la obesidad.

Lip y Rocabado (2005) abordan 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 y sirven 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 se llegó a proponer la necesidad urgente de atacar las causas de la miseria.

De la misma manera, en virtud del desarrollo conceptual, tanto en lo que corresponde a la promoción de la salud como al abordaje de los DSS, se desarrollaron dos políticas subsectoriales que incluyeron técnicamente los ejes de participación y empoderamiento social, articulación intersectorial, reorientación de los servicios e inversión de la salud con enfoque de promoción de la salud. Se trataba, entonces, de dos programas nacionales que hoy prácticamente han desaparecido debido a la preferencia del sector y del Estado peruano por el enfoque para resultados.

El primero de ellos, el Programa de Municipios y Comunidades Saludables, estableció como uno de sus objetivos específicos:

Fomentar el desarrollo de programas, proyectos, planes municipales y comunales de salud integral y desarrollo local, en el proceso de descentralización, que actúen sobre los problemas y determinantes de la salud identificados y priorizados a nivel local (Minsa, 2005a: 20).

El segundo, la *Guía metodológica para la implementación del Programa de Comunidades Saludables* para el uso del personal de salud, estableció de una manera más pragmática lo señalado por la Conferencia de Ottawa (1988): brindar una orientación sobre los procesos que generen estilos de vida y entornos saludables, en el marco de las políticas de promoción de la salud (Minsa, 2005d).

Ya habiendo desagregado el trabajo subsectorial, en el año 2005 la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolló también, mediante la *Guía de Implementación del Programa Familias y Viviendas Saludables*, un conjunto de acciones integradas, dirigidas a promover comportamientos que propicien estilos de vida saludables entre los miembros de la familia. Se orienta a generar las capacidades necesarias en la familia para mejorar su salud, la vivienda y el entorno. El programa fomentó la construcción de una cultura de salud, basada en la solidaridad, el respeto y el desarrollo de valores y principios (Minsa, 2005b, p. 7).

Siguiendo con el desarrollo de políticas públicas del sector, destaca el trabajo realizado por el Ministerio de Salud al crear el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, que tuvo como objetivo primordial incorporar el abordaje de los DSS en la dimensión política del sector, mediante la inclusión, en todos los niveles de gobierno y los demás sectores, de la participación ciudadana individual y colectiva. Sin embargo, los esfuerzos resultaron estériles, debido a la falta de implementación de la política sectorial, que estuvo mayormente orientada a la atención de servicios, con una limitada acción intersectorial al intervenir sobre los determinantes estructurales de las inequidades en salud (Minsa, 2011).

Finalmente, el Decreto Legislativo 1166, que aprobó la conformación y funcionamiento de las redes integrales de atención primaria en salud (RIAPS), establece en su artículo 7, literal h que el desempeño de las RIAPS se sustenta en el cumplimiento de determinadas condiciones para su adecuado funcionamiento: «Abordaje interinstitucional, intersectorial e intergubernamental de los DSS: para el trabajo articulado de instituciones que representan a más de un sector social destinados total o parcialmente a abordar un problema vinculado a la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas» (Decreto Legislativo 1166, 2013).

2

Metodología de la investigación y marco legal de los DSS

La política supranacional de abordaje de los DSS —propuesta por la OMS— coadyuva a entender la importancia de focalizar la salud en todas las políticas, además de explicar metodológicamente las paradojas y contradicciones de las brechas sociales. Es por ello que en el presente capítulo, para efectos de explicar los antecedentes materia de la investigación, se establecerán los parámetros que motivaron la delimitación de su contenido. Además, se ha previsto explicar los objetivos, alcances, limitaciones, justificación y contribución de aquella, de manera genérica a específica. Por último, se presenta el marco legal vigente para la implementación de la propuesta de creación del modelamiento causal para el abordaje de los DSS en el Perú.

1. Motivación de la investigación

La principal motivación es desarrollar una propuesta metodológica que permita mejorar las intervenciones del Estado peruano para la generación de valor público mediante una reorientación eficaz y eficiente del gasto público nacional. Además, en el actual contexto de descentralización existen suficientes evidencias científicas y estadísticas que demuestran una brecha de equidad económica, social y sanitaria entre los ciudadanos peruanos.

2. Planteamiento del problema

[E]l planteamiento es un momento clave y central en la investigación. Es el momento en el que el tema objeto de la investigación y la pregunta de partida queda precisada mediante una formulación científica (Ander, 2011, p. 8).

El Perú ha experimentado un crecimiento económico sostenido en las últimas décadas, lo que le ha permitido superar en más de tres veces el producto bruto interno, que pasó de 162,093 millones de nuevos soles en el año 1993 a 482,627 millones de soles al año 2015 (INEI, 2015). Este crecimiento económico se sustenta en la mejora del clima de inversión, la expansión de la inversión privada y la estabilidad del entorno macroeconómico, entre las principales condiciones. Esto ha traído como resultado la disminución de la pobreza, en términos generales, pero no ha sido suficiente para cerrar diversas brechas sociales (ver figura 2.1).

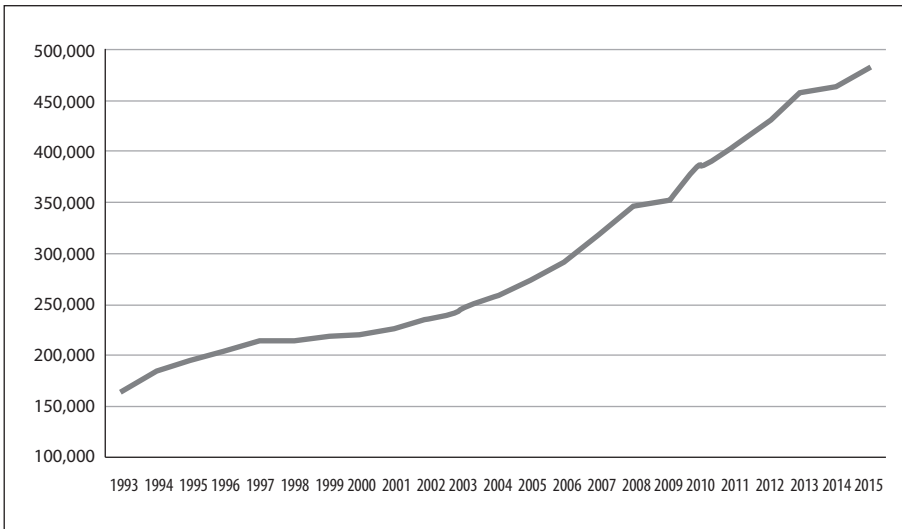


Figura 2.1. Producto bruto interno peruano de 1993 al 2015 (en millones de soles de 1994)

Fuente: BCRP, 2016.
Elaboración propia.

La pobreza monetaria en el Perú⁶, medida a través de la incidencia de la pobreza⁷ (ver figura 2.2), ha disminuido progresivamente desde el año 2009; sin embargo, al comparar la incidencia de pobreza entre regiones naturales o áreas geográficas, se evidencian las desigualdades existentes.

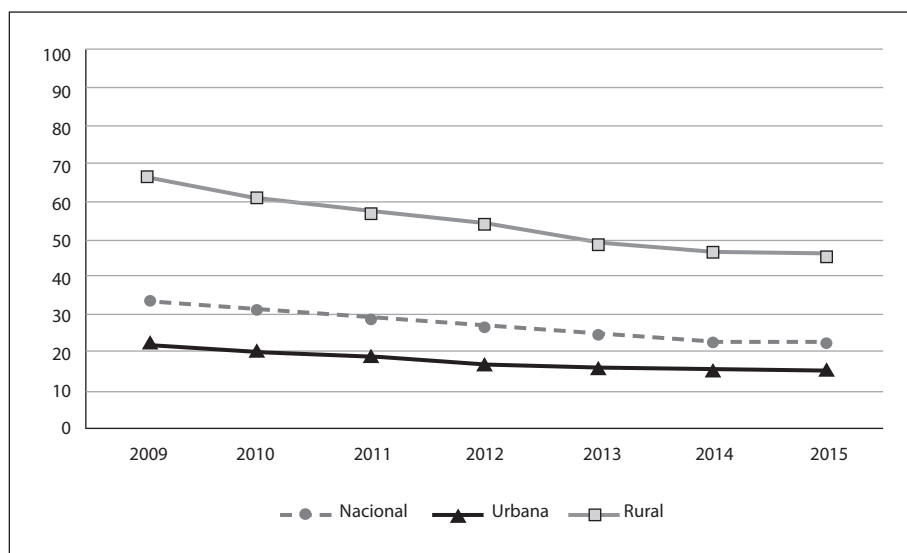


Figura 2.2. Evolución de la incidencia de la pobreza total en el Perú (2007-2015)

Fuente: INEI, 2015.
Elaboración propia.

De acuerdo con el *Informe técnico de la evolución de la pobreza monetaria 2009 al 2015* del INEI, el Perú ha logrado reducir el porcentaje de personas cuyos ingresos están por debajo de la línea de pobreza a nivel nacional, reduciendo la pobreza de 33.5% a 21.77% entre los años 2009 y 2015, además de disminuir en el mismo periodo la pobreza extrema de 9.50% a 4.07%.

6. Son considerados como pobres monetarios aquellas personas que residen en hogares cuyo gasto per cápita es insuficiente para adquirir la canasta básica de consumo de alimentos y no alimentos (vivienda, vestido, educación, salud, transporte, etc.).
7. Representa el número de pobres como una proporción de la población total; determina la proporción de la población cuyo consumo se encuentra por debajo del valor de la línea de pobreza general.

Según el mismo documento (ver figura 2.3), la región natural más afectada es la sierra, pues en esta la incidencia de pobreza es aproximadamente dos veces superior a la de la costa. El informe añade que, para el año 2015, el 13.93% de la población rural tuvo ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema; mientras tanto, solo un 1.02% de la población urbana estuvo en situación de pobreza extrema. El crecimiento económico no ha beneficiado por igual a todos los departamentos, en especial a través del análisis de áreas geográficas o las regiones naturales del Perú.

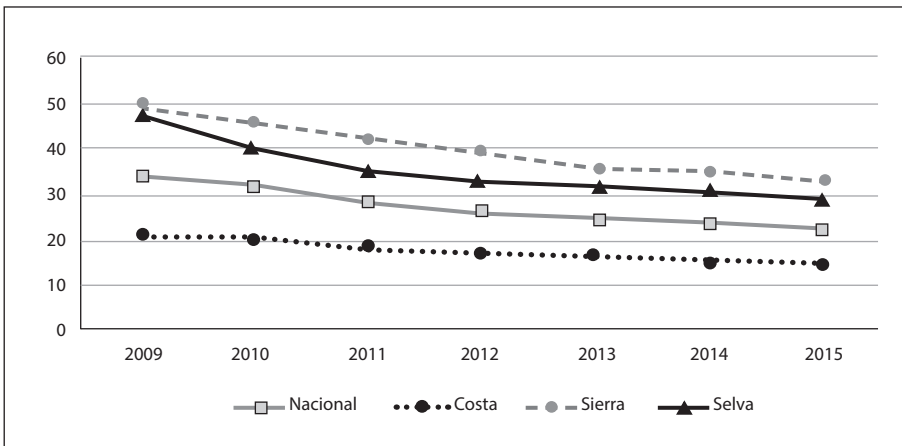


Figura 2.3. Evolución de la incidencia de la pobreza total en el Perú 2009-2015

Fuente: INEI, 2015.
Elaboración propia.

Ahora bien, en el *Informe técnico de la evolución de la pobreza monetaria 2009 al 2015* del INEI, se observa también el grado de desigualdad de una distribución, el cual se mide mediante el coeficiente de Gini. En el año 2015 alcanzó el 0.35 a nivel nacional; a nivel de área geográfica para el área urbana, fue de 0.32; y para el área rural, 0.30. Sin embargo, como se observa en la figura 2.4, en la sierra aún existe un alto coeficiente de Gini, 0.36, realidad que se palpa en estas regiones a causa de la desigualdad existente en las actuales políticas públicas.

Al mismo tiempo, relacionando el índice de desarrollo humano (IDH) con el PBI per cápita se obtiene que los departamentos de Lima, Moquegua, Arequipa, Tacna, Madre de Dios e Ica cuentan con el mayor PBI per cápita a nivel nacional y una mayor relación directa con pendiente positiva con

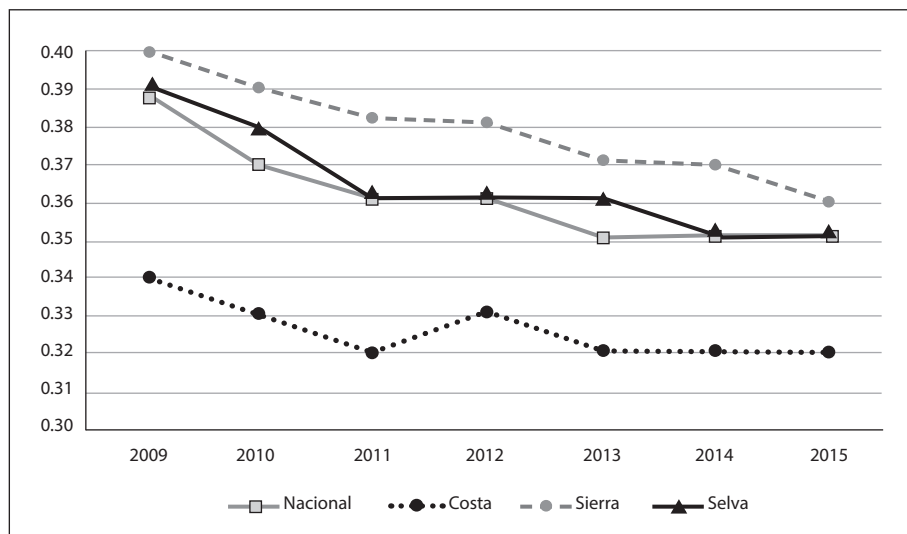


Figura 2.4. Evolución del grado de desigualdad del ingreso comparado a través del coeficiente de Gini

Fuente: INEI, 2015.
Elaboración propia.

el IDH. Huancavelica, Apurímac, Huánuco, Amazonas, Puno, Ucayali, San Martín y Ayacucho, en cambio, tienen el menor PBI per cápita y una pendiente negativa con el IDH (ver figura 2.5).

En consecuencia, el nivel de desarrollo social departamental se relaciona directamente con el crecimiento económico; sin embargo, los resultados en algunos departamentos sugieren que la desigualdad de desarrollo social no depende solamente del crecimiento económico.

El panorama descrito explica en gran medida la principal razón de insatisfacción y malestar que la colectividad registra en las encuestas de opinión pública. De manera que, en el ámbito político, la ciudadanía tiene la esperanza de que el Estado atienda el desarrollo social, además del crecimiento económico. Estas expectativas ciudadanas se centran en el campo de los derechos más que en el modelo económico como tal, desde el derecho a la educación, la salud y el empleo digno, hasta el derecho a un trato justo y sin violencia. En consecuencia, la población demanda mejores condiciones de vida y oportunidades equitativas de acceso al desarrollo (Corporación Latinobarómetro, 2013).

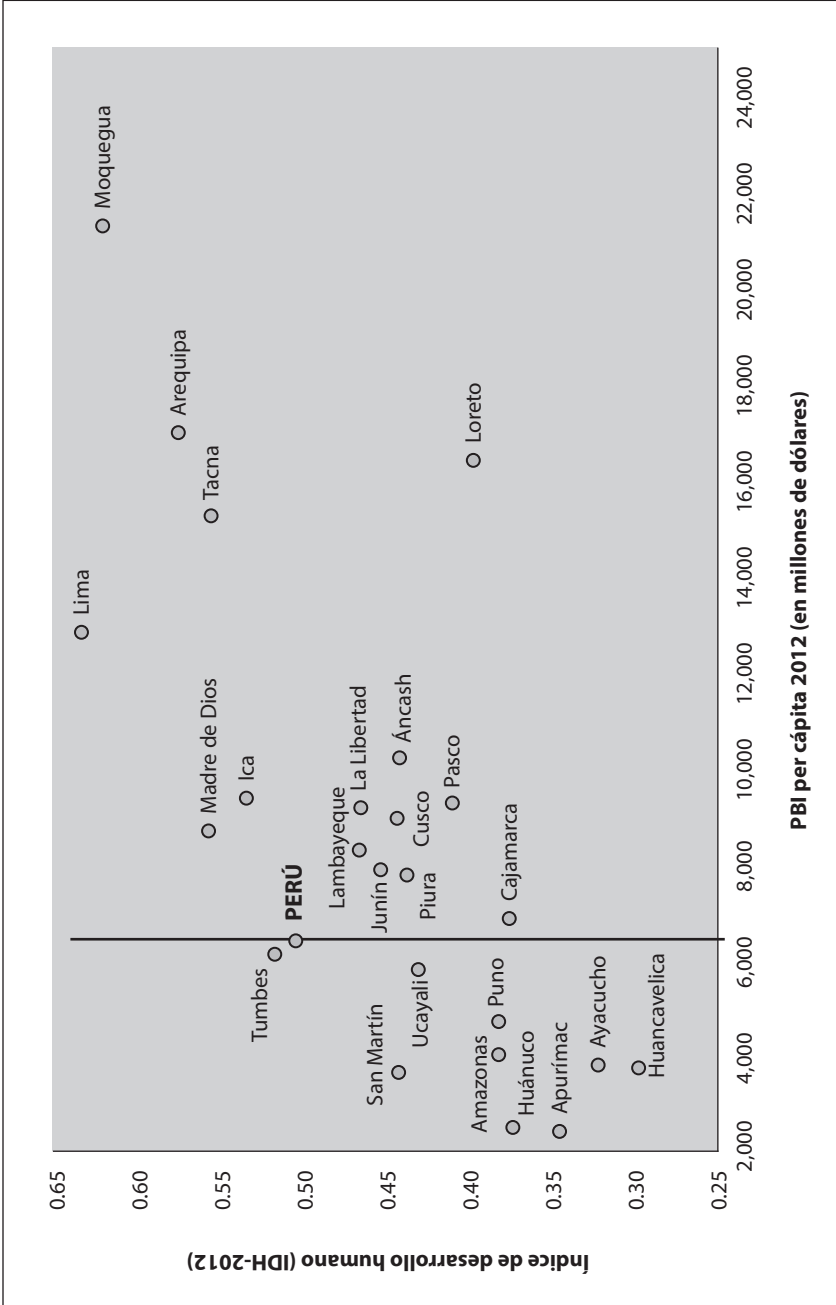


Figura 2.5. PBI per cápita e índice de desarrollo humano en el Perú

Fuente: IEP, 2013; INEI, 2013.

Elaboración propia.

Por otro lado, a través de la existencia de evidencia científica que demuestra las demandas insatisfechas, las condiciones del contexto socioeconómico requieren más atención del Estado para poder generar cambios necesarios que permitan disminuir las brechas sociales existentes.

Por otro lado, la evidencia científica demuestra la existencia de demandas insatisfechas; las condiciones del contexto socioeconómico requieren, en consecuencia, más atención del Estado para poder generar los cambios necesarios que ayuden a reducir las brechas sociales existentes.

El Perú presenta importantes progresos de los indicadores de mortalidad y morbilidad, pero con comportamientos disímiles entre los diferentes departamentos y grupos socioeconómicos del país. Así, por ejemplo, en niños menores de 5 años en el departamento de Loreto, la tasa de mortalidad fue de 46 por cada 1,000 nacidos vivos, y tuvieron 3.5 veces más riesgo de morir que los de Lambayeque, donde la tasa es de 13 por cada 1,000 nacidos vivos para el 2015.

Este panorama de inequidad sanitaria no ocurre al azar, sino que tiene su origen en la estrecha interacción con la pobreza, los bajos niveles de instrucción, la escasez de alimentos nutritivos y de agua potable, las deficiencias sanitarias de las viviendas, entre otros factores que repercuten negativamente en la salud de las poblaciones, en particular en la de los pobres, que son quienes soportan la mayor carga de morbilidad y mortalidad. Esta es «la causa de las causas» de las enfermedades, muerte y otros riesgos de una sociedad (Marmot, 2010).

Según la figura 2.6, se evidencia que a mayor valor agregado per cápita existe una menor tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años, tal como se muestra en los departamentos de Moquegua, Lima, Ica y Arequipa.

Por ello, al tener este escenario, la presente investigación desarrollará un análisis detallado de intervención de políticas públicas de promoción de la salud para el desarrollo de los DSS en el Perú, con el fin de determinar las principales prioridades sociosanitarias que podrían resolverse a través de la implementación de la acción intersectorial e intergubernamental. Para mayores detalles, en el anexo 1 se puede consultar más información al respecto.

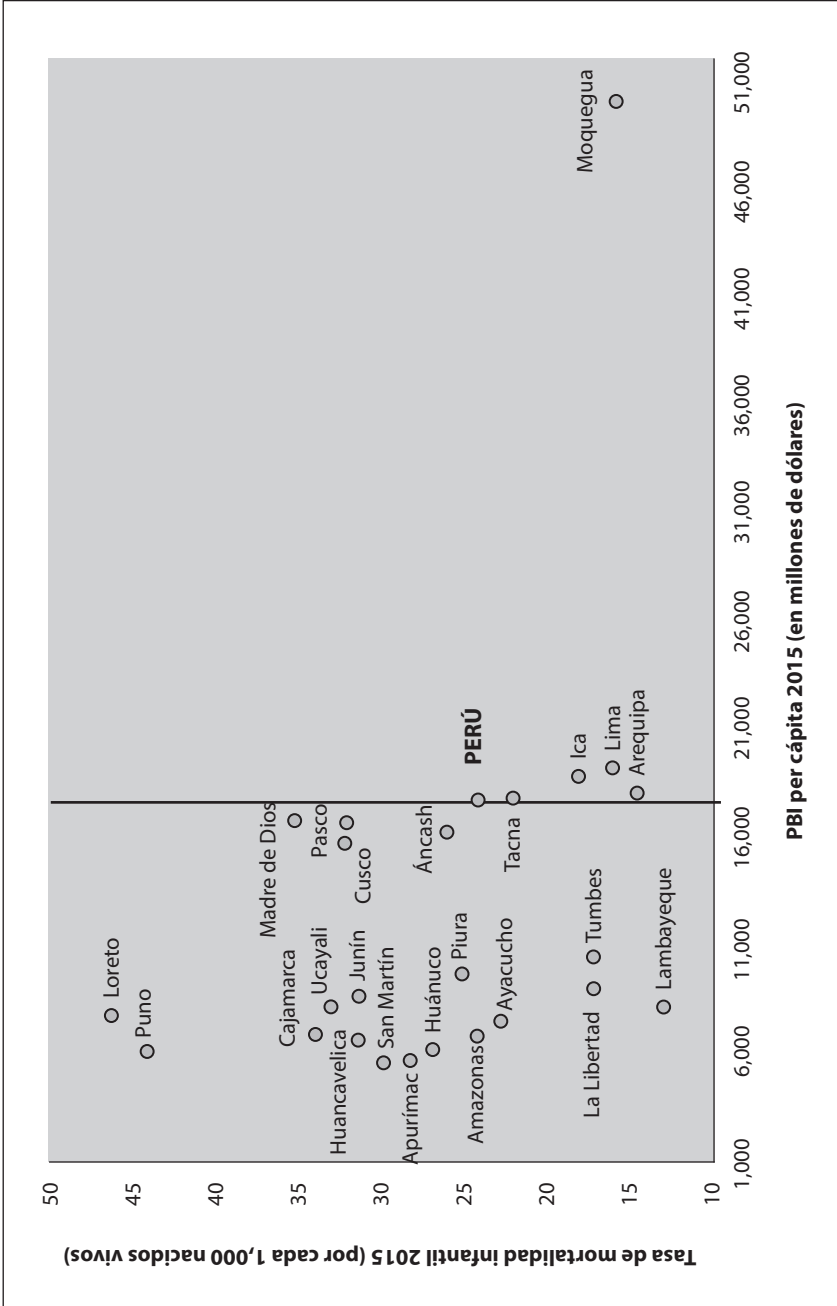


Figura 2.6. PBI per cápita y tasa de mortalidad infantil en el Perú

Fuente: IEP, 2013; INEI, 2013.

Elaboración propia.

2.1. Problema principal

Para que el planteamiento del problema tenga mayor relevancia, debe considerar el aporte que se pretende con el estudio del tema planteado (Hernández, Fernández & Baptista, 2012).

El problema general que la presente investigación desea resolver es: ¿cuál es la relación metodológica entre las políticas públicas, los programas presupuestales y el modelo de abordaje de los DSS en el Perú?

2.2. Problemas específicos

De acuerdo con Bernal (2006), es necesario elaborar los problemas específicos considerando las dimensiones o subproblemas que complementan el problema principal:

- 1) ¿De qué manera se desarrolla teórica y conceptualmente el modelo de abordaje de los DSS?
- 2) ¿Qué es el modelamiento causal para el abordaje de los DSS?
- 3) ¿Cuál es la relación teórica y metodológica entre el modelamiento causal de DSS y el modelo lógico para la formulación de programas presupuestales en el Perú?
- 4) ¿Cuál es la propuesta metodológica para la gestión de los DSS en el Perú?

3. Objetivos de la investigación

[L]os objetivos son los elementos fundamentales de la investigación, ya que establecen de forma clara y precisa las metas que se quieren alcanzar. Son los propósitos del estudio, expresan el fin que pretende alcanzarse; por lo tanto, todo el desarrollo del trabajo de investigación se orientará a lograr estos objetivos. Estos deben ser claros y precisos para evitar confusiones y desviaciones; sin embargo, esto no implica que los objetivos no puedan modificarse durante la realización de la investigación, porque en algunos casos es necesario hacerlo (Bernal, 2006, p. 96).

Para efectos de la presente investigación, los objetivos delimitan las intenciones y propósitos de la investigación y, por ello, tienen estrecha correspondencia con las preguntas de investigación.

a) Objetivo general: establecer la relación metodológica entre las políticas públicas, los programas presupuestales y el modelo de abordaje de los DSS en el Perú.

b) Objetivos específicos:

- 1) Describir la manera en la que se desarrolla teórica y conceptualmente el abordaje de los DSS.
- 2) Examinar el modelamiento causal para el abordaje de los DSS.
- 3) Describir la relación teórica y metodológica entre el modelamiento causal de DSS y el modelo lógico para la formulación de programas presupuestales en el Perú.
- 4) Establecer la propuesta metodológica para la gestión de los DSS en el Perú.

4. Alcance, limitaciones, justificación y contribución

El alcance del presente trabajo de investigación, en concordancia con los estudios de investigación emprendidos por la Comisión de DSS, comprende el estudio y análisis de impacto de los conceptos que se detallan a continuación:

- Equidad en salud en el Perú.
- Brecha presupuestal sanitaria nacional en TBC.
- Modelo lógico para la implementación de programas presupuestales.
- Implementación de políticas públicas que incorporen los lineamientos para el abordaje de DSS.
- Correlación entre los DSS y el índice de desarrollo humano en el Perú durante los años 2005 y 2015.
- Implementación de la exposición y vulnerabilidad diferencial en la formulación de las políticas públicas del Estado peruano.

4.1. Limitaciones

Al ser una política supranacional joven e innovadora, existen muy pocos trabajos de investigación en el Perú que puedan brindar una dimensión objetiva de la implementación de los lineamientos para el abordaje de los

DSS. Las principales limitaciones que se encontraron estuvieron ligadas a la escasa información disponible en los repositorios físicos y virtuales, a lo que se deben añadir los pocos esfuerzos del sector Salud en el Perú para instrumentalizar lo propuesto por la OMS en una política sectorial. Se restringe, de esta manera, la población de referencias bibliográficas para efectuar el análisis.

Así también, es importante mencionar la falta de disposición, por parte de los funcionarios del Ministerio de Salud, a brindar la información que se necesitaba en la presente investigación. Los motivos fueron su poco tiempo disponible, las prioridades establecidas y la confidencialidad de la información; se debe tener en cuenta, además, que en los últimos cinco años se cambiaron a cinco directores generales de Promoción de la Salud —hoy Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial—, y, al estar muy próximo el cambio de Gobierno, no había lugar para las expectativas de hacer reformas.

Finalmente, en el actual proceso de reforma del sector Salud se vienen planteando cambios estructurales en sus políticas, las cuales, al llegar una nueva administración gubernamental, serían archivadas. Evidentemente estas limitaciones constituyen un elemento perjudicial para la investigación.

4.2. Justificación

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surge de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece. Estas condiciones se conocen como DSS, un término resumido que se utiliza para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud (OMS, 2011a).

Los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos, la discriminación (por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud.

Las discrepancias atribuibles a estos mecanismos 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, los factores conductuales, los factores biológicos y el propio sistema de salud (OMS, 2011b).

De manera específica, en relación con los factores conductuales, el desarrollo de una cultura de la salud, expresada en estilos de vida saludables por parte de la población, no depende solamente de una decisión personal, consciente y reflexiva de los ciudadanos responsables, sino también de las condiciones que existan en su medio, las cuales deben facilitar y promover dichos estilos de vida. Hablamos, entonces, de la necesidad de trabajar en la construcción de entornos saludables (Consejo Nacional de Salud, 2013).

El perfil demográfico peruano ha variado notablemente en los últimos treinta años, y esto ha modificado los estilos de vida de los peruanos. Los riesgos y condiciones identificados son los siguientes:

- Inadecuada alimentación y nutrición
- Exposición al humo de tabaco
- Consumo excesivo de bebidas alcohólicas
- Ingesta de agua contaminada
- Inadecuada disposición de excretas
- Sedentarismo, hacinamiento
- Sexo no seguro
- Inadecuada práctica de lavado de manos
- Publicidad engañosa
- Escasa cultura de prevención de riesgos (por ejemplo: control médico anual, uso de cinturón de seguridad, uso de casco por personas que se trasladan en motocicletas y bicicletas, uso de protección personal para determinadas labores ocupacionales, evitar la automedicación, lectura del etiquetado de productos, uso de escaleras peatonales, respeto a la normatividad vial, proliferación de ruidos molestos, sobrecarga de los horarios de trabajo según ocupación, construcción de viviendas sin adecuados parámetros técnicos y en zonas de alta vulnerabilidad, etc.) (Consejo Nacional de Salud, 2013).

[L]a formación de una cultura de la salud es expresión de la responsabilidad del Estado, del sector privado y del ejercicio ciudadano en la adopción de estilos de vida saludables. La producción y oferta de productos, alimentos y sustancias dañinas para la salud, su publicidad inductiva y exacerbada, merece una adecuada regulación en el país, dado su impacto en los estilos de vida saludables y en los problemas sanitarios (Consejo Nacional de Salud, 2013, p. 39).

La gestión de los DSS permitirá mejorar sustancialmente la formulación de políticas públicas y programas presupuestales en los tres niveles de gobierno y todos los sectores en el Estado peruano a través de una gobernanza que incluya la articulación intersectorial, intergubernamental, así como el empoderamiento y participación social.

[T]odos los sectores de la administración pública y de la economía pueden incidir en la salud y en la equidad sanitaria —las finanzas, la educación, la vivienda, el empleo, el transporte y los servicios de salud, por solo mencionar algunos—. Para mejorar la equidad sanitaria, es esencial que todas las instancias públicas actúen de forma concertada a todos los niveles... (OMS, 2009a).

La acción intersectorial e intergubernamental para la ejecución eficaz de políticas públicas saludables es un componente clave para la gestión de los DSS. En ese contexto, es pertinente la revisión de los siguientes aspectos, que facilitan el proceso:

- a. Políticas de Estado para el abordaje de los determinantes sociales de salud, entendido como el fortalecimiento de la gobernanza para intervenir las causas fundamentales de las inequidades en salud.
- b. Iniciativas legislativas y dispositivos legales relacionados.
- c. Los procesos o mecanismos de articulación para la gestión de los DSS (Consejo Nacional de Salud, 2013, p. 39).

4.3. Contribución

En ese sentido, la propuesta se caracteriza como aquella orientada a fortalecer el trabajo articulado entre las diversas entidades del poder ejecutivo y los agentes públicos con el fin de complementar sus recursos y capacidades, y articular objetivos y acciones en espacios intersectoriales e

intergubernamentales. Esta es una necesidad inevitable en el contexto del proceso de descentralización en curso, en el que tres niveles de gobierno deben coordinar y complementarse a través de múltiples materias de competencia compartida.

Los resultados de la presente investigación serán validados mediante la propuesta de métodos y estrategias rigurosos, con la finalidad de generar conocimiento válido y confiable. Ya que el estudio propone hallar nuevos métodos o técnicas para generar conocimientos, se buscan nuevas formas de hacer investigación y se cuenta con una estrategia en cuanto al plan metodológico: diseño, tipo y métodos de investigación que se deben aplicar. En ese sentido, se busca brindar un marco de referencia para la implementación de la metodología para la gestión y abordaje de DSS, agilizando, de esta manera, los procesos y recursos del Estado, a fin de generar calidad de vida para los ciudadanos peruanos.

5. Marco metodológico del estudio

La presente investigación se basa en un enfoque de investigación de tipo cualitativo, de manera que se trata de un proceso en el que:

... existen varias realidades subjetivas construidas en la investigación, las cuales varían en su forma y contenido entre individuos, grupos y cultura. Por ello, el investigador cualitativo parte de la premisa de que el mundo social es «relativo» y solo puede ser entendido desde el punto de vista de los actores estudiados (Hernández, Fernández & Baptista, 2006, p. 11).

En esta sección del capítulo se establece la metodología que se aplicó en la investigación, es decir, se detallan las actividades, métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, herramientas y criterios utilizados. También se describe el procedimiento metodológico que se alcanzó para procesar, analizar y clasificar las evidencias, de tal manera que se genere una información útil que permita tener un amplio conocimiento sobre la metodología para la formulación de políticas públicas y programas presupuestales.

Para tal efecto, primero se describe el tipo y el diseño de investigación empleados, así como los procedimientos de producción epistemológica

utilizados. Inmediatamente después, se establecen las técnicas e instrumentos de recolección de datos aplicados en la investigación y, finalmente, se señalan las técnicas de procesamiento de los datos obtenidos.

En la investigación se aplicaron diversos métodos de estudio, entre los que destacó el método observacional, ya que a través de la observación directa se pudo recabar información respecto a la situación actual del abordaje de los DSS en el Perú. Por otro lado, según Peña (2015), la investigación observacional implica unas normas de registro y observación cuidadosamente definidas, y generalmente traduce los resultados de dichas observaciones a términos cuantitativos. La investigación observacional es explícita en sus propósitos, y estos han de ser definidos para la recopilación de datos (Peña, 2015).

Por considerarse una investigación a base de causas, efectos y la implementación de una propuesta de política pública, se ha utilizado el método abductivo, por lo que, en uso de esta metodología desarrollada por Charles Sanders Peirce en 1902 (Niño, 2002; Vásquez, 2014), se dejó de lado la formulación de una hipótesis.

5.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación que se realizará es básico, ya que «parte de un marco teórico y permanece en él; la finalidad radica en formular nuevas teorías o modificar las existentes, en incrementar los conocimientos científicos o filosóficos, pero sin contrastarlos con ningún aspecto práctico» (Behar, 2008, p. 19). Asimismo, el nivel de investigación será descriptivo, ya que busca establecer una «descripción de algún objeto, sujeto, fenómeno, etc., en total o parte del mismo, tal como un aparato, técnica, método, procedimiento, proceso...» (Salinas, 2012, p. 18).

Igualmente, en el marco del uso de innovación metodológica, se utilizó como método supletorio a la abducción. Es necesario mencionar que este método fue desarrollado inicialmente por Peirce (1988), quien expresó que el método abductivo era el uso de «conjeturas» para la interpretación de elementos empíricos. Sin embargo, la definición más próxima es la que establece Vásquez (2014), al señalar que:

La abducción se caracteriza, entonces, por ser un proceso creativo, en tanto genera las nuevas ideas, mientras que la deducción deriva conocimiento de aquel que ya ha sido validado previamente y la inducción, por su parte, se limita a comprobarlo. La abducción, en contraposición, permite la identificación de ciertos indicios a los cuales corresponde algo y las razones de su apariencia, a partir de las cuales se pueden extraer una serie de consecuencias (Vásquez, 2014, p. 4).

En este marco, la abducción para la presente investigación forma parte estructural para la producción del conocimiento, más aún cuando a partir de datos empíricos genera una poderosa herramienta heurística para analizar las casualidades de la inequidad en el Perú. «La investigación es un proceso metódico y sistemático dirigido a la solución de problemas o preguntas científicas, mediante la producción de nuevos conocimientos, los cuales constituyen la solución o respuesta a tales interrogantes» (Morales, 2015, p. 67).

A pesar de ser una investigación no experimental, a manera de propuesta, se presentará una metodología para la elaboración de políticas públicas y programas presupuestales. Consistirá en desarrollar el modelamiento causal, que inicialmente debería ser adoptado por la Autoridad Nacional de Salud; de esta forma, la propuesta será incluida en las políticas de todos los sectores y niveles del Estado peruano.

5.2. Diseño de la investigación

Teniendo en cuenta el objeto de estudio y los tipos de investigación indicados, para definir y diseñar la metodología se realizó una búsqueda de evidencias epistemológicas de campo, analíticas y propositivas.

Para el caso de la búsqueda de la evidencia normativa, se analizaron las normas de nueve sectores del Poder Ejecutivo, que se detallan en el anexo 2.

En cuanto al aspecto de los resultados epistemológicos, el trabajo de investigación se inició con la búsqueda de material bibliográfico disponible en diversas fuentes, tales como repositorios físicos y virtuales, que incluyen libros, revistas, artículos, publicaciones, normas legales, portales institucionales y páginas web, entre otros documentos a los que se tuvo acceso a nivel nacional e internacional.

5.3. Técnicas de recolección de datos

a) Análisis de fuente documental normativa

La clasificación normativa y presupuestal conlleva un lenguaje documental controlado y precoordinado, el cual trata de establecer una división lógica y sistemática del sistema legal, que permita representar el contenido del marco legal para el abordaje de DSS.

Para efectos metodológicos, se ha previsto clasificar las normas más importantes, es decir, las que guardan una estrecha relación con el sector Salud. Sin embargo, para tener un análisis más detallado, es recomendable observar el anexo 2, que establece la búsqueda normativa orientada para el abordaje de los DSS en los principales sectores del Estado peruano. En muchos de los casos, la información analizada incluye documentos normativos de programas presupuestales.

Por otro lado, para efectos precisos y pragmáticos, se detallan, a continuación, las principales normas utilizadas en la investigación. La finalidad es contar con las herramientas necesarias para identificar cuáles de ellas sirven para identificar los estándares de equidad sanitaria en el Perú.

b) Análisis del modelamiento causal y marco para la intervención del abordaje de los DSS

Mediante el uso de la metodología descrita en el modelo de producción de inequidades de salud de Diderichsen y Hallqvist (1998), se estableció una metodología adaptada a la realidad y a la idiosincrasia peruanas. El propósito incluye la descripción del marco para la intervención de los DSS a través de pilares e intervenciones para el abordaje de los DSS, entre los cuales destacan el fortalecimiento de la acción intergubernamental e intersectorial en salud, el fortalecimiento del rol rector de la Autoridad Nacional de Salud y el empoderamiento y participación social de los ciudadanos peruanos. Por último, para su construcción, se usaron los preceptos generados por la CDSS.

c) Análisis de fuente documental epistemológica

Esta técnica de recolección de datos permite analizar las teorías y antecedentes, tanto nacionales y extranjeros, en torno al tema que es materia de investigación; para ello se hizo la búsqueda en las bases de datos de bibliotecas físicas y repositorios virtuales. Se vio por conveniente establecer un ejercicio del modelamiento causal para el abordaje de los DSS respecto del uso del modelo lógico que en la actualidad se utiliza para la elaboración de los programas presupuestales. El ejercicio desarrolla el uso del modelamiento causal y marco de intervención del abordaje de los DSS en el Subprograma Presupuestal de Tuberculosis.

d) Entrevistas a expertos

Esta técnica es una confrontación interpersonal, en la cual una persona (el entrevistador) formula a otra (el respondiente) preguntas cuyo fin es obtener respuestas relacionadas con el problema de investigación. En tal sentido, se entrevistó a profesionales y especialistas en la materia, que con sus conocimientos, opiniones y criterios permitieron reunir información necesaria para la comprobación de esta investigación (Ramírez, 2015, p. 49).

La técnica utiliza los datos cualitativos asociados al abordaje de los DSS. Los resultados esperados sirvieron para explicar aún más la metodología del modelamiento causal para el abordaje de los DSS.

En el cuadro 2.1 se puede observar que, para el caso de las entrevistas, se ha considerado los siguientes criterios sobre los entrevistados.

Según la planificación metodológica, se entrevistaron a cuatro personas, todas ellas especialistas en el diseño, implementación, monitoreo y gestión de políticas públicas sanitarias. Las entrevistas, por otro lado, se correlacionaron con códigos hermenéuticos provistos del *software* de investigación cualitativa AtlasTi. Antes de realizar un análisis de los principales extractos, es pertinente mencionar que cada variable-código fue analizado de acuerdo con el grado de conocimiento de cada uno de los entrevistados (ver cuadro 2.2 y figura 2.7).

Cuadro 2.1. *Tabla de caracterización de sujetos entrevistados*

Sujeto	Perfil académico	Perfil profesional	Experiencia
Sujeto 1	Médico, con maestría en Gestión de Salud y Doctorado en Salud Pública.	Asesor principal de la Secretaría General del Ministerio de Salud.	Más de 20 años de experiencia en el sector salud.
Sujeto 2	Médico inmunológico, con maestría y estudios de dictado en Salud Pública.	Ex ejecutivo (director adjunto) de las Direcciones Generales de Salud de las Personas y Promoción de la Salud.	Más de 20 años de experiencia en el sector salud.
Sujeto 3	Médico cirujano, con especialización en Gestión de la Salud, con maestría en salud pública y estudios especializados sobre Aseguramiento Universal de Salud, Evaluación de Políticas Públicas Sociales y Sanitarias.	Cuadro técnico y ex miembro del equipo técnico funcional de gestión de la Dirección General de Promoción de la Salud. Actual asesor en Gestión Sanitaria.	Más de 8 años de experiencia en el sector salud.

Elaboración propia.

e) Análisis comparativo entre el modelo lógico y el modelamiento causal de DSS

El desarrollo metodológico incluye un análisis comparativo entre el modelo de producción de inequidades de salud de Diderichsen y Hallqvist (1998) y el modelo lógico para la programación presupuestal, que en la actualidad utilizan el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud. Se escogió el modelo lógico, puesto que, para el caso peruano, es el procedimiento metodológico más avanzado. Fue aplicado a través de ocho programas presupuestales cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los peruanos.

Mediante el análisis de caso, se utiliza el modelamiento causal, superior al modelo lógico, en intervenciones para la lucha contra la TBC. Se describe, en primer lugar, la estructura del modelo lógico tradicional; luego, se crea el modelamiento lógico para el abordaje de DSS en la TBC. En segundo lugar, se redefine la estructura programática, se elabora un nuevo árbol de problemas multicausal orientado a la producción de inequidades sanitarias, criticando de esta manera el actual proceso metodológico de programación presupuestal.

Cuadro 2.2. Evaluación del nivel de conocimiento por entrevistado

Variables cualitativas de entrevistas: Códigos AtlasTi	Grado de conocimiento por entrevistado			
	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4
Abordaje de los DSS	Amplio	Amplio	Amplio	Mediano
Acción intersectorial e intergubernamental	Amplio	Amplio	Amplio	Mediano
Calidad de vida	Amplio	Amplio	Mediano	Amplio
Competencias compartidas	Mediano	Mediano	Amplio	Mediano
Crecimiento económico	Mediano	Amplio	Mediano	Limitado
Derecho a la salud	Amplio	Amplio	Amplio	Amplio
Estrategias e intervenciones	Mediano	Amplio	Amplio	Mediano
Exposición diferencial	Mediano	Amplio	Amplio	Limitado
Equidad y justicia social y sanitaria	Amplio	Amplio	Mediano	Amplio
Indicadores asociados a la equidad	Amplio	Amplio	Amplio	Mediano
Modelos conceptuales y teóricos para el abordaje de los DSS	Amplio	Amplio	Amplio	Amplio
Niveles y sectores de gobierno	Amplio	Amplio	Mediano	Amplio
Periodo gubernamental	Amplio	Amplio	Mediano	Amplio
Pobreza generacional y el crecimiento económico	Amplio	Amplio	Mediano	Amplio
Política Nacional de Modernización	Limitado	Limitado	Limitado	Limitado
Políticas públicas de exposición diferencial	Amplio	Amplio	Amplio	Amplio
Prerrogativas políticas	Amplio	Amplio	Mediano	Amplio
Rectoría del Minsa	Amplio	Amplio	Amplio	Amplio
Reducción de la inequidad sanitarias	Amplio	Amplio	Mediano	Amplio
Relación causal	Amplio	Amplio	Amplio	Amplio
Vulnerabilidad diferencial	Amplio	Amplio	Amplio	Amplio

Elaboración propia.

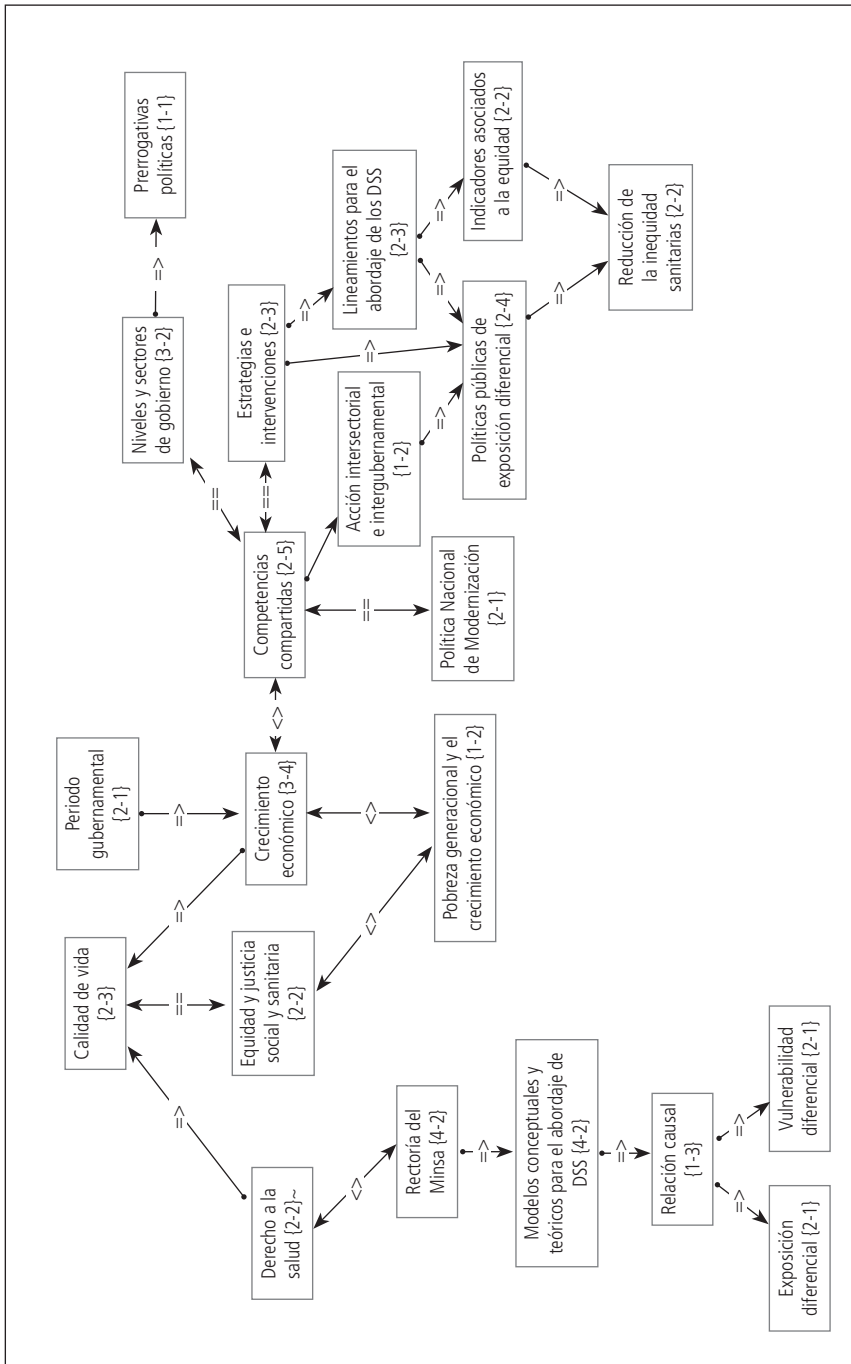


Figura 2.7. Análisis de variables de las entrevistas: Network AtlasTi

Elaboración propia.

5.4. Procesamiento de datos

A partir de la información contenida en el análisis documental, se desarrolló el marco legal, conceptual y contextual, incluyendo los modelos lógico y multicausal para programas presupuestales y el abordaje de los DSS en América Latina. Para un análisis completamente metodológico, se consideró conveniente usar el *software* cualitativo AtlasTi, y describir, de esta manera, las diferencias y coincidencias respecto a las políticas públicas latinoamericanas analizadas.

Al finalizar las entrevistas, estas se procesaron de la siguiente manera:

- a) Las entrevistas se realizaron mediante un cuestionario enviado por correo electrónico a los expertos seleccionados.
- b) Se consolidaron y analizaron las respuestas remitidas, con el objetivo de identificar y conocer puntos de vista afines para el abordaje de los DSS y la generación de equidad sanitaria.

6. Contexto y marco legal vigente para el abordaje de los DSS en el Perú

El Perú ha tenido desde la Colonia un régimen centralista que se consolidó durante la República. Como consecuencia de las características predominantes en América Latina, se han tenido innumerables gobiernos autoritarios, algunos influenciados en un inicio por la Iglesia. Sin lugar a dudas, estas paradojas generaron las causas de la inequidad económica en el Perú (Planas, 1999).

Al establecer una relación entre el pensamiento político de Weber, las desigualdades de poder, la alta concentración de la propiedad de la tierra, los bajos niveles de educación y la amplia marginación de las poblaciones indígenas de la política nacional, se encuentra una alta prevalencia de falta de cohesión y capital social en la población peruana (Weber, 2003).

Asimismo, existe suficiente base normativa para la aplicación del modelo, la cual se encuentra desarrollada en el anexo 2; sin embargo, por criterios metodológicos, se presenta un resumen de las principales normas que servirán para la aplicación del modelamiento:

- 1) La norma más importante fue el Decreto Supremo 012-2009-MI-NAM, que establece la Política Nacional del Ambiente. En ella coinciden cuatro determinantes intermedios: cambio climático, calidad ambiental (aire, agua y suelo), ordenamiento territorial, urbanismo y condición de vivienda, y, por último, la gestión y manejo de residuos sólidos (Ministerio del Ambiente, 2009).
- 2) El análisis del sector Vivienda, cuya norma más importante es el Reglamento Nacional de Edificación. La correlación cualitativa estableció vínculos con los determinantes intermedios. Por un lado, se encontraron hallazgos respecto al ordenamiento territorial, urbanismo y condición de vivienda; y por otro, al acceso a servicios básicos (agua potable y desagüe, energía eléctrica). Los resultados demuestran la suficiencia normativa para encausar el abordaje de los DSS (Ministerio de Vivienda y Construcción, 2008).
- 3) Se analizó al sector Agricultura. La norma más importante fue el Decreto Supremo 034-2008-AG, Reglamento de la Ley de Inocuidad de los Alimentos, que contó con la subclasificación de determinantes intermedios de circunstancias materiales y conductas, factores biológicos y factores psicosociales. Entre los principales determinantes específicos correlacionados con el sector se obtuvieron la seguridad alimentaria y nutricional, y el acceso a servicios básicos (saneamiento básico y energía eléctrica). Nuevamente, la sistematización normativa halla resultados para implementar los lineamientos para el abordaje de los DSS.
- 4) Se analizó uno de los sectores estratégicos más importantes para la implementación del abordaje de los DSS: Educación. Fue Rousseau quien describió en *El contrato social* y en *Emilio* el nacimiento del ser humano como un acto noble, puro y digno —*tabula rasa*—; lamentablemente, la sociedad, con el diario quehacer y frente a la ignominia instintiva general, corrompía la poca esencia de humanidad que le quedaba. Para vencer estas asimetrías sociales, Rousseau, ya en 1766, sugirió que los Estados modernos debían fortalecer las estructuras sociales a través de la ilustración. Indubitablemente, el sector Educación constituye hoy en día el eje estratégico del Estado peruano. No es una casualidad que se tenga proyectada una inversión

del 6% del presupuesto nacional para la inversión educativa en el país para los próximos años. Sin embargo, lejos de la visión filosófica sobre la educación, para propósitos de la investigación, se utilizó el panorama normativo del sector, que llevo a analizar cerca de 18 instrumentos normativos. De estos se describió, a efectos del presente capítulo, el instrumento más importante para establecer la propuesta de abordaje de DSS. En este caso, los determinantes estructurales e intermedios se correlacionaron con la estratificación social, las circunstancias materiales y las conductas y factores biológicos psicosociales. Se encontró, por ejemplo, la existencia de la relación cualitativa respecto del nivel educativo, tipo de ocupación, alimentación y nutrición saludables, actividad física, convivencia saludable y cultura de paz. Las normas analizadas más importantes fueron la Ley 28044, Ley General de Educación, y el Decreto Supremo 011-2012-ED, que establece el Reglamento de la Ley General de Educación (Rousseau, 1982, 1988).

- 5) En el análisis del sector Transportes se encontraron evidencias respecto a los determinantes intermedios, como el nivel de ingresos, cambio climático, ordenamiento territorial, urbanismo y condición, transporte y seguridad vial, y, por último, cultura de tránsito. La norma más importante es la Ley General de Transporte, Ley 27181 del año 1999.
- 6) En cuanto al sector Mujer y Poblaciones Vulnerables, se analizó la Ley 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, que guarda relación con el nivel de educativo, tipo de ocupación, nivel de ingresos, condición de discapacidad, género, etnicidad y condiciones de trabajo. El impacto en salud de esta ley está relacionado con las condiciones estructurales de la sociedad y permite también la mejora de la salud a través de políticas que generen mejores condiciones de vida para las mujeres (MIMP, 2007).
- 7) El sector Trabajo, a través del Decreto Legislativo 728, Ley de Fomento del Empleo, y del Decreto Supremo 001-96-TR, que reglamenta dicha norma legal, se relaciona con los subdeterminantes nivel de educativo, tipo de ocupación, nivel de ingresos, condición de discapacidad, género, condiciones de trabajo (Presidencia del Consejo de Ministros, 1996).

Existe una inquietud, por otro lado, respecto a los hechos y actos jurídicos generados durante la mayor parte de la historia nacional. El Estado peruano, en sus intentos iniciales de crear eficiencia, y bajo un contrato social precario, instituyó una organización centralista. No es una casualidad que, en más de 195 años de vida republicana, bajo regímenes autoritarios y dictatoriales, se haya incrementado generacionalmente la pobreza.

Por otro lado, con la finalidad de examinar el territorio y permitir los privilegios sociales para los grupos dominantes del país, el modelo político peruano restringió la descentralización en el Perú. Es a partir del 2002 cuando se crea el actual modelo de descentralización a través de la Ley de Bases de la Descentralización, Ley 27783 del año 2002.

Es una paradoja, en el derecho y en las ciencias sociales, que las inequidades fueran transmitiéndose de generación en generación, restringiendo de esta manera el goce natural del derecho a la salud. Ya los trabajos descritos por Wilkinson y Marmot (1998), Solar e Irwin (2009) y otros demostraron que existen determinantes estructurales que condicionan los factores intermedios de la calidad de vida de la población.

En primer lugar, para establecer los resultados de análisis de fuente documental normativa, fue necesario analizar el actual proceso de descentralización del Perú, conforme lo detalla la figura 2.8. Para el caso de los DSS, es una gran preocupación, pues, a través de la descentralización del poder, las funciones y competencias de los diferentes niveles de gobierno, en muchos de los casos, han generado superposición de poderes, es decir, de competencias y funciones sobre la eficiencia y la eficacia jurídica.

Es evidente que, en el marco de la estructura del Estado, se deben identificar los niveles de gobierno, así como sus competencias y funciones para gestionar los DSS.

El cuadro 2.3 describe las competencias exclusivas de los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local). En muchos de los casos, hay una suerte de especialización de funciones, las cuales establecen las competencias de rectoría de cada uno de los sectores y que se materializan a través de la regulación fiscalización del Estado.

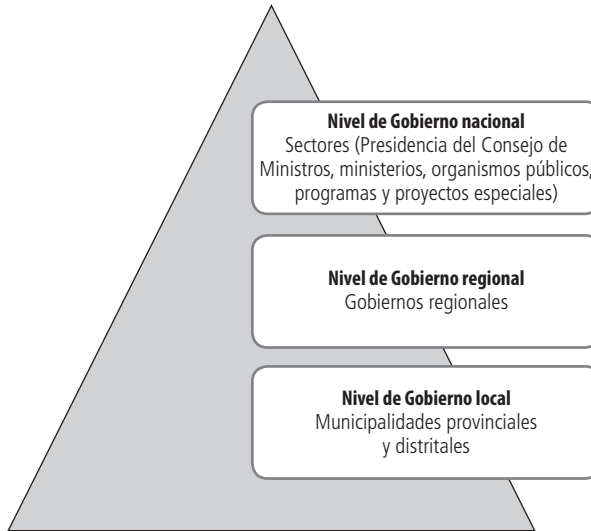


Figura 2.8. Nivel de Gobierno

Elaboración propia.

Por otro lado, el cuadro 2.4 describe las competencias compartidas de los niveles de gobierno.

Al demandar los ciudadanos un Estado moderno, y encontrarse con una gran cantidad de instrumentos normativos, se produce, en muchos de los casos, una asimetría de valor público entre el Estado de derecho generado y la justicia. Ya Rawls (2006) había descrito esa paradoja. La idea de un Estado moderno consigna el uso de la gobernanza normativa, es decir, eficiencia y eficacia jurídica. A pesar de existir medios jurídicos para la implementación de la metodología de trabajo de los DSS, se necesita concentración de funciones de rectoría, especialmente en el Ministerio de Salud. Ello implicaría una transformación de los enfoques y prácticas de gestión sanitaria, concibiendo sus servicios o intervenciones como expresiones de derechos de los ciudadanos. Para ello, son necesarias reformas jurídicas asociadas con la inclusión de «salud en todas las políticas».

Es así que, el análisis de fuente normativa tuvo como principal razón establecer criterios de ordenamiento, revisión, identificación y clasificación de normas legales relacionadas con el abordaje de los DSS, aprovechando de esta manera los recursos normativos existentes y vigentes en el Estado

Cuadro 2.3. *Competencias exclusivas de los niveles de gobierno*

Competencias exclusivas del nivel nacional	Competencias exclusivas del nivel regional	Competencias exclusivas del nivel local
Diseño de políticas nacionales y sectoriales	Planificar el desarrollo integral de su región	Planificar y promover el desarrollo urbano y rural de su circunscripción, así como ejecutar los planes
Defensa, seguridad nacional y Fuerzas Armadas	Formular y aprobar el plan de desarrollo regional concertado	Normar la zonificación, urbanismo, acondicionamiento territorial y asentamientos humanos
Relaciones exteriores	Aprobar su organización interna y su presupuesto institucional	Administrar y reglamentar los servicios públicos locales
Orden interno	Promover y ejecutar las inversiones públicas del ámbito regional en proyectos de infraestructura vial, energética, de comunicaciones y de servicios básicos	Aprobar su organización interna y su presupuesto institucional
Justicia	Diseñar y ejecutar programas regionales de cuencas, corredores económicos y de ciudades intermedias	Formular y aprobar el plan de desarrollo local concertado con su comunidad
Moneda, banca y seguros	Promover la formación de empresas y unidades económicas regionales	Ejecutar y supervisar la obra pública de carácter local
Tributación y endeudamiento público	Facilitar los procesos orientados a los mercados internacionales	Aprobar y facilitar los mecanismos y espacios de participación, concertación y fiscalización de la comunidad
Régimen de comercio y aranceles	Desarrollar circuitos turísticos	Dictar las normas sobre los asuntos y materias de su responsabilidad y proponer las iniciativas legislativas correspondientes
		Otras que se deriven de sus atribuciones y funciones propias, y las que señale la ley

Fuente: Ley de Organización del Poder Ejecutivo (2007), Ley de Bases de la Descentralización (2002a), Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (2002b), Ley Orgánica de Municipalidades (2003).

Elaboración propia.

Cuadro 2.4. *Competencias compartidas entre los niveles de gobierno*

Competencias compartidas en el nivel nacional	Competencias compartidas en el nivel regional	Competencias compartidas en el nivel local
Educación	Educación	Educación
Salud	Salud	Salud
Promoción, gestión y regulación de actividades económicas y productivas	Promoción, gestión, regulación de actividades económicas y productivas en su ámbito y nivel, correspondientes a los sectores agricultura, pesquería, industria, comercio, turismo, energía, hidrocarburos, minas, transportes, comunicaciones y medio ambiente	Cultura, urbanismo, recreación y deportes
Gestión sostenible de los recursos naturales y mejoramiento de la calidad ambiental	Gestión sostenible de los recursos naturales y mejoramiento de la calidad ambiental	Preservación y administración de las reservas y áreas naturales y protegidas locales
Preservación y administración de las reservas y áreas naturales y protegidas regionales	Preservación y administración de las reservas y áreas naturales y protegidas regionales	Seguridad ciudadana
Difusión de la cultura	Difusión de la cultura y potenciación de todas las instituciones artísticas y culturales regionales	Conservación de monumentos arqueológicos e históricos
Competitividad regional y promoción del empleo productivo	Competitividad regional y promoción del empleo productivo	Transporte colectivo, circulación y tránsito urbano
Participación ciudadana	Participación ciudadana	Vivienda y renovación urbana
Otras que se le delegue o asigne conforme a ley	Otras que se le delegue o asigne conforme a ley	Atención y administración de programas sociales
		Gestión de residuos sólidos
		Otras que se le deleguen o asignen conforme a ley

Fuente: Ley de Organización del Poder Ejecutivo (2007), Ley de Bases de la Descentralización (2002a), Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (2002b), Ley Orgánica de Municipalidades (2003).

Elaboración propia.

peruano para implementar la propuesta de gestión para el abordaje de los DSS, desarrollada en el capítulo 4 de la presente investigación.

La matriz de mapeo normativo establece un análisis de los principales instrumentos legales existentes en los sectores: Ambiente, Educación, Trabajo, Vivienda, Transportes y Comunicaciones, Salud, Cultura, Agricultura, Justicia, Mujer y Poblaciones Vulnerables, como se resume en el cuadro 2.5.

Una vez obtenidos los documentos normativos identificados en la revisión, se procedió a valorarlos con criterios que permitan descartar aquellos que guarden relación con el abordaje de los DSS y que, además, podrían incidir en el desarrollo de la propuesta. Por otro lado, la clasificación incluye el impacto en la salud de cada uno de los instrumentos normativos.

Debido al gran número de normas asociadas al abordaje de los determinantes de la salud, se mencionan las normas más importantes de cada sector.

- La Constitución Política del Perú (Congreso de la República, 1993), que en su artículo 7 sostiene que la salud es un derecho social y económico.
- La Ley 26842, Ley General de Salud, que establece los parámetros del Estado peruano respecto del sector Salud (Congreso de la República del Perú, 1997).
- La Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización, que desde el año 2002 rige la descentralización del poder a nivel nacional en el Perú (Congreso de la República del Perú, 2002). Otorga a los gobiernos regionales y locales, como algunas de sus principales atribuciones, funciones específicas y compartidas en salud y educación. Esta ley, además, guarda estrecha relación con la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (Ley 27867), la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (Ley 29158), la Ley Orgánica de Municipalidades (Ley 27972) y la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado (Ley 27813).
- El Decreto Legislativo 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Establece la importancia de la gestión territorial y la atención primaria de la salud (Gobierno del Perú, 2013).

Cuadro 2.5. *Matriz de mapeo normativo*

Determinantes sociales en salud		Sector
Determinantes estructurales de las inequidades de salud	Contexto normativo	Tipo de norma legal Año Título de la norma
	Estratificadores	Nivel educativo Tipo de ocupación Nivel de ingresos Condición de discapacidad Género Etnicidad
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Cambio climático Calidad ambiental (aire, agua y suelo) Gestión de recursos hídricos para actividades económicas Ordenamiento territorial, urbanismo y condición Transporte y seguridad vial Acceso a servicios básicos (agua potable y desagüe, energía eléctrica) Condiciones de trabajo Gestión y manejo de residuos sólidos
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Cultura de tránsito Alimentación y nutrición saludable Actividad física Convivencia saludable y cultura de paz Consumo de tabaco Consumo de alcohol

Fuente: Solar & Irwin, 2009

Elaboración propia.

- El Decreto Legislativo 1166 del año 2013, que aprueba la conformación y funcionamiento de las redes integradas de atención primaria de salud. Es el documento normativo más importante de la reforma de la salud, más aún cuando define la importancia de la acción intergubernamental e intersectorial para el abordaje de los DSS. Esta norma guarda estrecha relación con el Decreto Supremo 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021.
- El Decreto Supremo 027-2007-PCM, que aprueba las políticas nacionales de cumplimiento obligatorio para las entidades del

gobierno nacional, garantiza entre otras el abordaje de los DSS, ya que existe el marco normativo suficiente para dar a su cumplimiento (Presidencia del Consejo de Ministros, 2007).

Como los antecedentes más remotos, se encuentran:

- La Resolución Ministerial 111-2005/Minsa que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud (Minsa, 2005f).
- La Resolución Ministerial 520-2010/Minsa, que aprueba el documento técnico *Fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada* (Minsa, 2010).
- La Resolución Ministerial 720-2006/Minsa, que aprueba el documento técnico *Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú* (Minsa, 2006).
- La Resolución Ministerial 589-2007/Minsa, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud (Minsa, 2011c).
- La Resolución Ministerial 258-2011/Minsa, que aprueba el documento técnico *Política Nacional de Salud Ambiental 2011-2020* (Minsa, 2011b).
- La Resolución Ministerial 464-2011/Minsa, que aprueba el documento técnico *Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad* (Minsa, 2011a).

Todas estas resoluciones ministeriales, directa o indirectamente, guardan estrecha relación con el abordaje de los DSS.

Las demás normas que forman la base legal necesaria para la implementación del abordaje de los DSS se encuentran sistematizadas en el anexo 2.

3

Modelamiento para el abordaje de los DSS y análisis del actual modelo en el Perú

En este capítulo se estudia el modelamiento causal del abordaje de los DSS, que incluye el uso de los supuestos de intervención de inequidad en salud, específicamente los de exposición y vulnerabilidad diferencial. Y es que, a través de ellos, se mejorarán las condiciones materiales, los factores psicosociales y las circunstancias biológicas de los ciudadanos. Asimismo, al proponer una alternativa de elaboración de instrumentos de gestión, se hizo un diagnóstico y análisis sobre la elaboración de los programas presupuestales, señalando las fortalezas y debilidades del actual modelo lógico que se aplica en el Perú (sistema metodológico de programación presupuestal).

1. El modelamiento causal para el abordaje de los DSS

El modelo de producción de inequidades en salud planteado por Diderichsen y Hallqvist⁸, así como el modelamiento causal para el abordaje de los DSS, constituyen una representación lógica de causas que se vinculan

8. Los supuestos de intervención de inequidades se expresan a través de la estratificación social, las causas que exponen a los individuos y hacen más vulnerables a ciertos grupos de la sociedad, presentando resultados y consecuencias en salud según la posición social que ocupan.

con el propósito de identificar y relacionar dos o más DSS y explicar cómo, en su conjunto, generan un problema de salud pública (Diderichsen & Hallqvist, 1998).

Se consideran, por lo tanto, cuatro supuestos de intervención para la construcción del modelamiento causal: (i) estratificación social, (ii) exposición diferencial, (iii) vulnerabilidad diferencial y (iv) consecuencia diferencial⁹, tal como se aprecia en la figura 3.1.

De izquierda a derecha, en la figura 3.1, se encuentra el contexto político, social y económico que, a través del supuesto de intervención de estratificación social (i), constituye la posición socioeconómica de los individuos; esta forma parte, a su vez, de los determinantes estructurales de las inequidades en salud y que dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales en ingresos y poder, subyacentes de la estratificación social y creadoras de inequidades sociales. Es necesario poner énfasis en la posición social, que es consecuencia de la estratificación social, y que determina y configura a través de los supuestos de intervención de la exposición diferencial (ii) y la vulnerabilidad diferencial (iii), la mayor o menor oportunidad de enfermar de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos, generando así brechas de inequidad en salud (Blas & Sivasankara, 2010).

Es en el ámbito de los determinantes intermedios donde se expresan los supuestos de intervención de la exposición diferencial (ii), que están relacionados con las circunstancias o condiciones del entorno que recaen en todos los individuos según su posición social; y el de la vulnerabilidad diferencial (iii), vinculado con la forma en que los grupos poblacionales, en razón de aspectos conductuales, sociales e incluso biológicos, se encuentran en condiciones de mayor o menor susceptibilidad de ver afectada su salud o de enfermar. Estos determinantes intermedios de la salud condicionan a que los diversos grupos poblacionales tengan diferentes riesgos de enfer-

9. Priority Public Health Conditions Knowledge Network, PPHC-KN por sus siglas en inglés. De manera simultánea al trabajo de la Comisión de DSS y complementaria al realizado por la comisión, se estableció la Red de Conocimiento de Condiciones Prioritarias en Salud Pública, con el objetivo de analizar e identificar posibles puntos de intervención y plantear otros nuevos desde un enfoque de DSS.

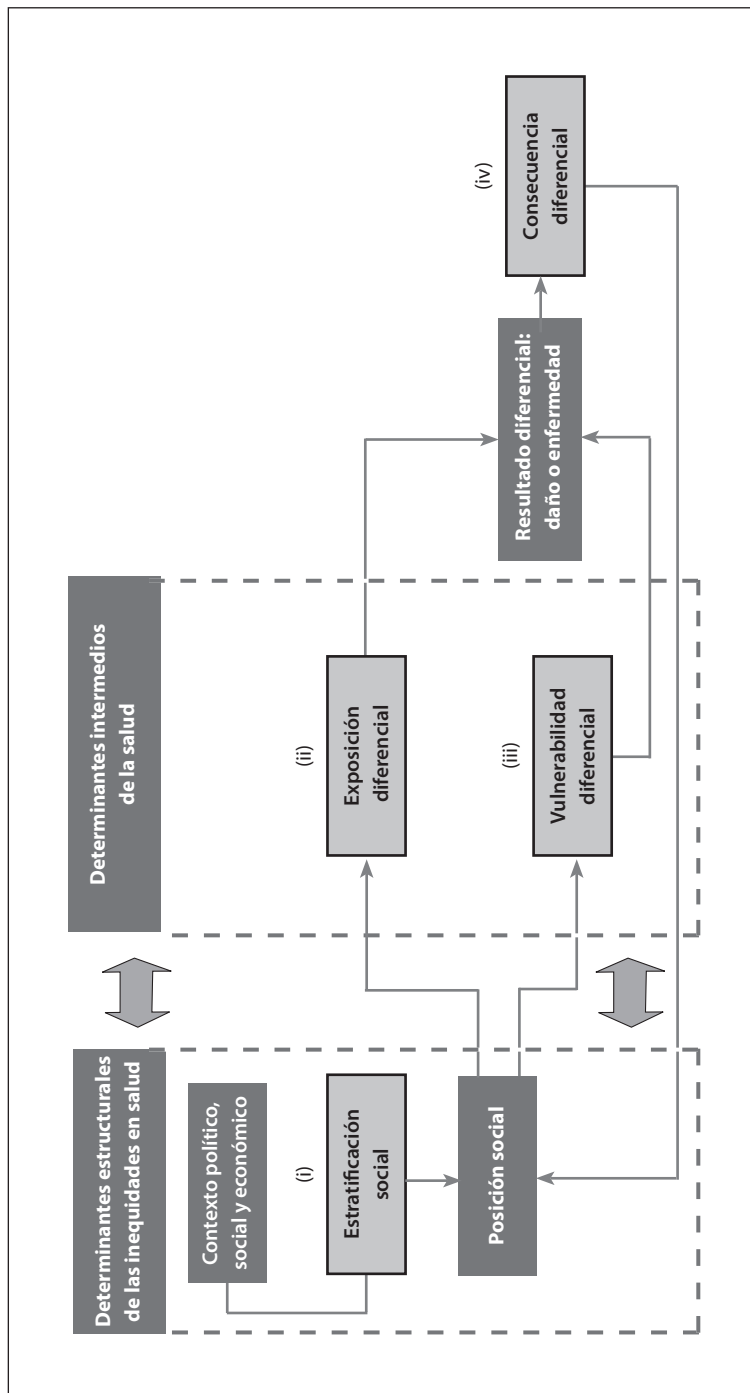


Figura 3.1. DSS: modelamiento causal

Fuente: Blas & Sivasankara, 2010.
Elaboración propia.

mar, siempre en función de cómo los afecta la posición social que ocupan. Esos diferentes riesgos podemos identificarlos como resultado diferencial, es decir aquello que finalmente termina afectando la salud, de lo que se enferma el individuo o que lo lesiona (Blas & Sivasankara, 2010).

Por último, en cuanto a la condición de enfermar, las personas van a tener diferentes formas de enfrentar y asumir la enfermedad, su tratamiento, su recuperación, entre otros. Y es aquí donde actúa el supuesto de intervención de la consecuencia diferencial (iv), que es la forma en la que el hecho de enfermar afecta al individuo y su familia; dependiendo de su posición socioeconómica (i), tendrá o no medios para mitigar las consecuencias sociales de la mala salud (Blas & Sivasankara, 2010).

Es pertinente tener en cuenta que las consecuencias sociales de la mala salud terminan reforzando la posición social (i). Esto contribuye a la generación de las brechas de inequidad y, por tanto, produce un impacto negativo en la salud pública, al hacer que los pobres, cuando enferman, agravan con frecuencia su condición de pobreza y pierden más espacios en la gradiente social. Con esto se cierra el ciclo que perpetúa las condiciones de inequidad en salud.

En conclusión, hay que remarcar que todos los supuestos de intervención de inequidad en salud están relacionados con los determinantes estructurales de las inequidades en salud. Allí surge la gradiente que implica la posición social y a partir de la cual actúan aquellos factores que se traducen en los determinantes intermedios de la salud. Por esta razón, será de poco impacto, costoso e ineficiente cualquier esfuerzo que busque revertir la situación de inequidad en salud y mejorar el nivel de salud de la población trabajando solo en el ámbito de los determinantes intermedios, ya que estos responden a la manera en la que actúan los determinantes estructurales. Es en este nivel donde el Estado debe tomar las acciones necesarias y pertinentes para mejorar la salud de la población. Esta distinción entre las implicancias de uno u otro determinante es fundamental a la hora de diseñar políticas públicas en salud que busquen ser eficientes y que tengan impacto evidenciable en la realidad sanitaria de un país (Blas & Sivasankara, 2010).

Por otro lado, para esclarecer aún más los supuestos de intervención que generan las inequidades en salud, es importante destacar que el supuesto de intervención de estratificación diferencial es el que genera la posición social, y a partir de esta actúan los otros tres supuestos de intervención descritos, como se puede ver en la figura 3.2. De allí la importancia de reconocer lo gravitante que es el primer supuesto de intervención para la generación de inequidades en salud, lo que nos orienta hacia dónde deben dirigirse los esfuerzos del Estado para revertir la situación indeseada.

De hecho, en la gradiente social que crea la estratificación diferencial, se nos muestra cómo los grupos sociales que logran una mejor posición social tendrán más probabilidades de tener menos exposición a enfermedades, y también, por ende, menor vulnerabilidad a estas; en caso de enfermar, contarán con mejores posibilidades para afrontar dicha situación y sufrir menores consecuencias sociales y económicas a causa de su mala salud, lo que posiblemente no los afecte dentro de su buena posición social, con lo cual se cierra el círculo para ellos.

En el mismo orden, los resultados para los grupos sociales que se ubiquen en una posición social más baja indican que tendrán más probabilidades de estar expuestos a enfermedades, mayor vulnerabilidad ante estas y, por consiguiente, peores consecuencias sociales y económicas a causa de las enfermedades, lo que hará que empeore su posición social. En ellos también se cierra el círculo, que es la expresión de la inequidad en salud (ver figura 3.3).

A partir de este modelo de Diderichsen y Hallqvist (1998) se identifican varios puntos de partida de políticas públicas destinadas a reducir la falta de equidad en salud:

a) Modificar la estratificación social (I)

Punto de partida para las políticas públicas dirigidas a disminuir las inequidades en salud. Implica reconocer la importancia del contexto social para la reducción de las brechas en este aspecto que produce la estratificación social.

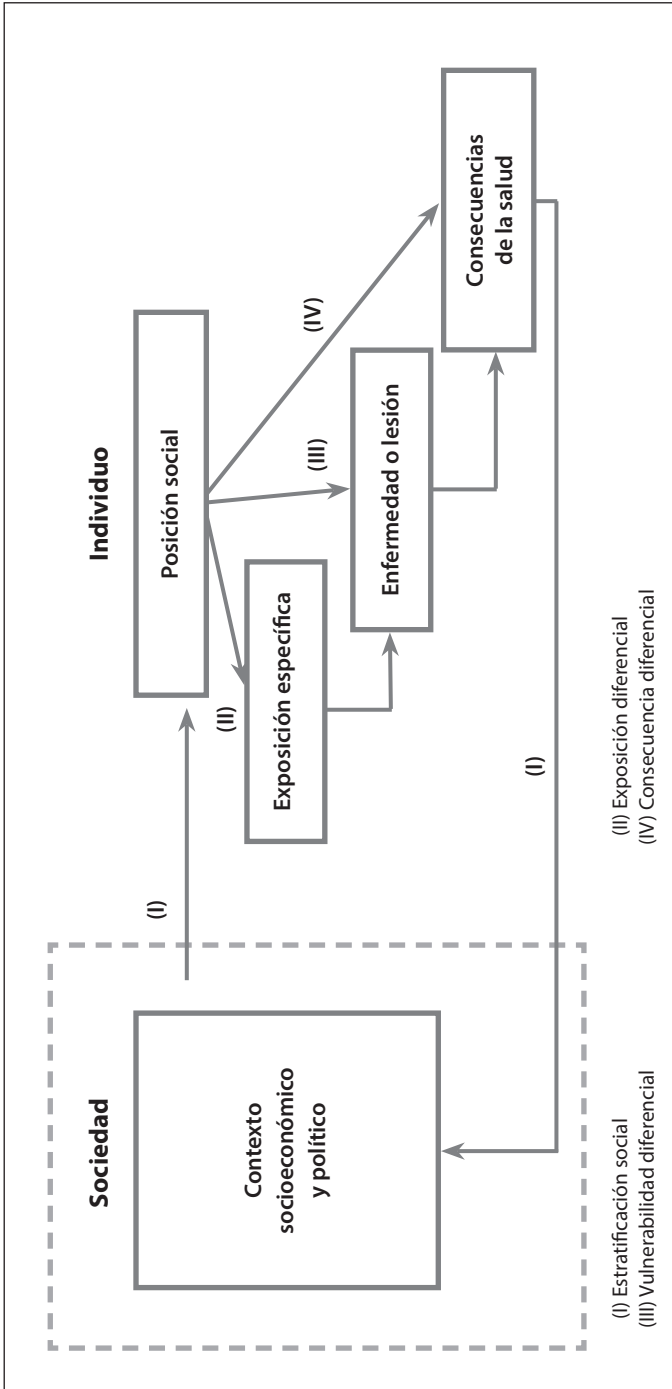


Figura 3.2. DSS: esquema de generación de los supuestos de inequidad

Fuente: Diderichsen & Hallqvist, 1998.
Elaboración propia.

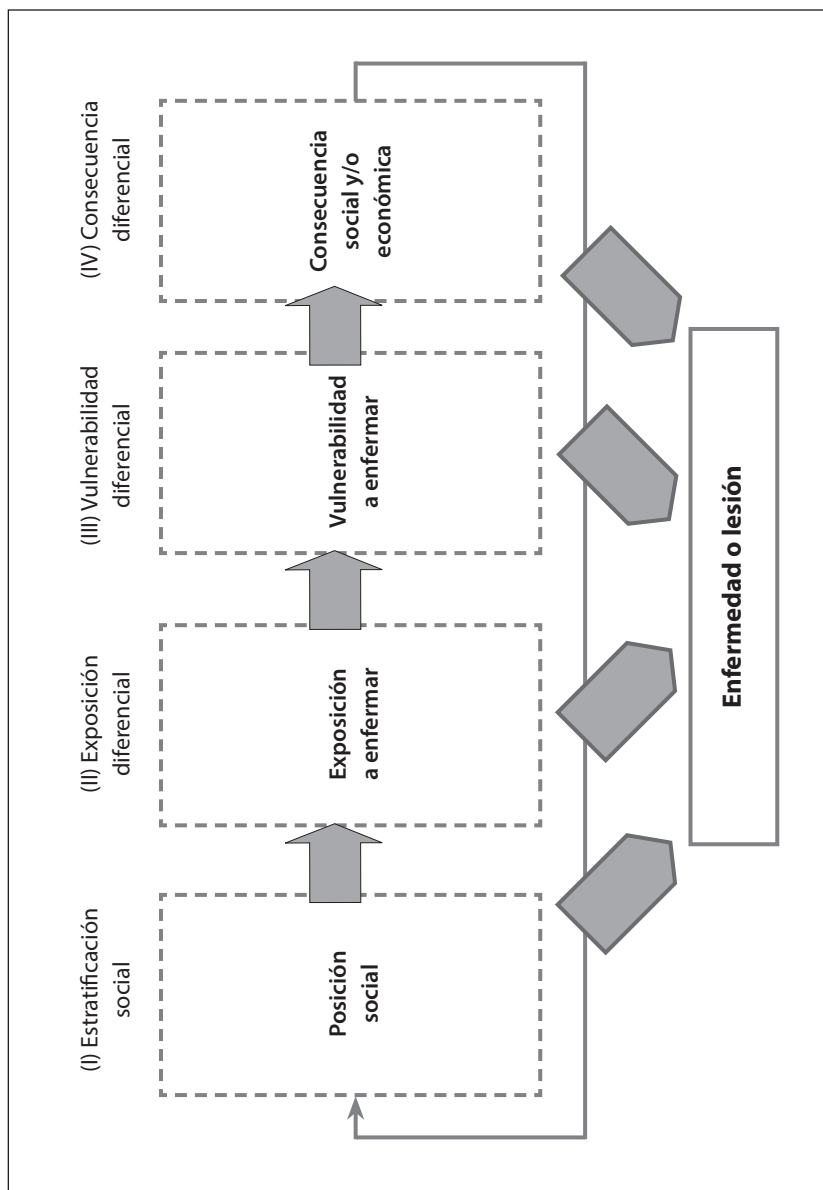


Figura 3.3. DSS: esquema de relación de los supuestos de inequidad

Elaboración propia.

b) Reducir la exposición diferencial (II)

Punto de partida para las políticas públicas que intenten modificar el exceso de exposición a los peligros de salud sufridos por quienes ocupan las posiciones sociales más bajas, y que son las más expuestas a contraer enfermedades.

c) Reducir la vulnerabilidad diferencial (III)

Punto de partida para las políticas públicas destinadas a combatir las posiciones desventajosas en que viven las personas, tales como viviendas insalubres, condiciones peligrosas de trabajo o deficiencias nutricionales, todo lo cual incrementa la susceptibilidad a enfermar.

d) Prevenir la consecuencia diferencial (IV)

Punto de partida para las políticas públicas orientadas a frenar las diferencias injustas que surgen como repercusión de haber contraído una enfermedad; se busca con ello que enfermarse no profundice, agrave o convierta en permanente la condición de marginación del individuo y de su familia por causas económicas o sociales relacionadas con la atención de su enfermedad.

La importancia del modelo está relacionada con el énfasis en la forma en que los contextos sociales crean la estratificación social y asignan a los individuos a diferentes posiciones sociales, lo que determina su estado de salud y las condiciones de inequidad en las que viven dentro de la misma sociedad, tal y como lo establece la figura 3.3.

Los supuestos de intervención de las inequidades en salud son la base teórica conceptual para la construcción del modelamiento causal para el abordaje de los DSS.

2. DSS: marco de intervención

Para efectos de establecer el marco de intervención para abordar los DSS, se ha visto conveniente utilizar los trabajos desarrollados por Solar e Irwin

(2009). Estos poseen suficientes evidencias para justificar, por un lado, la intervención de la Autoridad Nacional de Salud a nivel intersectorial e intergubernamental, y, por otro, la estrategia de gobierno respecto al empoderamiento individual de los derechos fundamentales del ciudadano en el país.

Las intervenciones de los DSS se fundamentan en evidencias proporcionadas por la CDSS y que son recogidas en el documento de la OMS *Un marco conceptual para la acción sobre los DSS*, que plantea un marco de intervención que permita dilucidar y reducir las inequidades en salud (Solar & Irwin, 2009).

El marco de intervención para abordar los DSS busca aclarar sus relaciones a través de una representación visual de intervenciones específicas con los que se tratan los determinantes estructurales e intermedios de la salud. Estas estrategias incluyen necesariamente las políticas intersectoriales e intergubernamentales, a través de las cuales los determinantes estructurales se pueden abordar con mayor eficacia, y que tendrán como objetivo garantizar que las políticas públicas generen mayor valor público. Estas orientaciones generales de acción política pueden utilizar niveles de compromiso para el diseño e implementación de políticas públicas que enfrenten tanto los determinantes estructurales como los intermedios, representados en la figura 3.4 mediante las barras horizontales transversales.

El marco de intervención de los DSS se propone generar políticas públicas de las que surja, a su vez, valor público con justicia social para la implementación de «salud en todas las políticas».

En la figura 3.4 se adaptan las principales ideas expuestas por la CDSS para promover intervenciones específicas sobre los determinantes estructurales e intermedios con base en el uso y el análisis del modelamiento causal.

Los instrumentos de análisis que permiten conceptualizar el marco de intervención se desarrollan por pilares e intervenciones sobre los determinantes estructurales e intermedios de la salud.

De la misma forma, se encuentran los pilares fundamentados para la intervención sobre los DSS, definidos por la «acción intergubernamental e

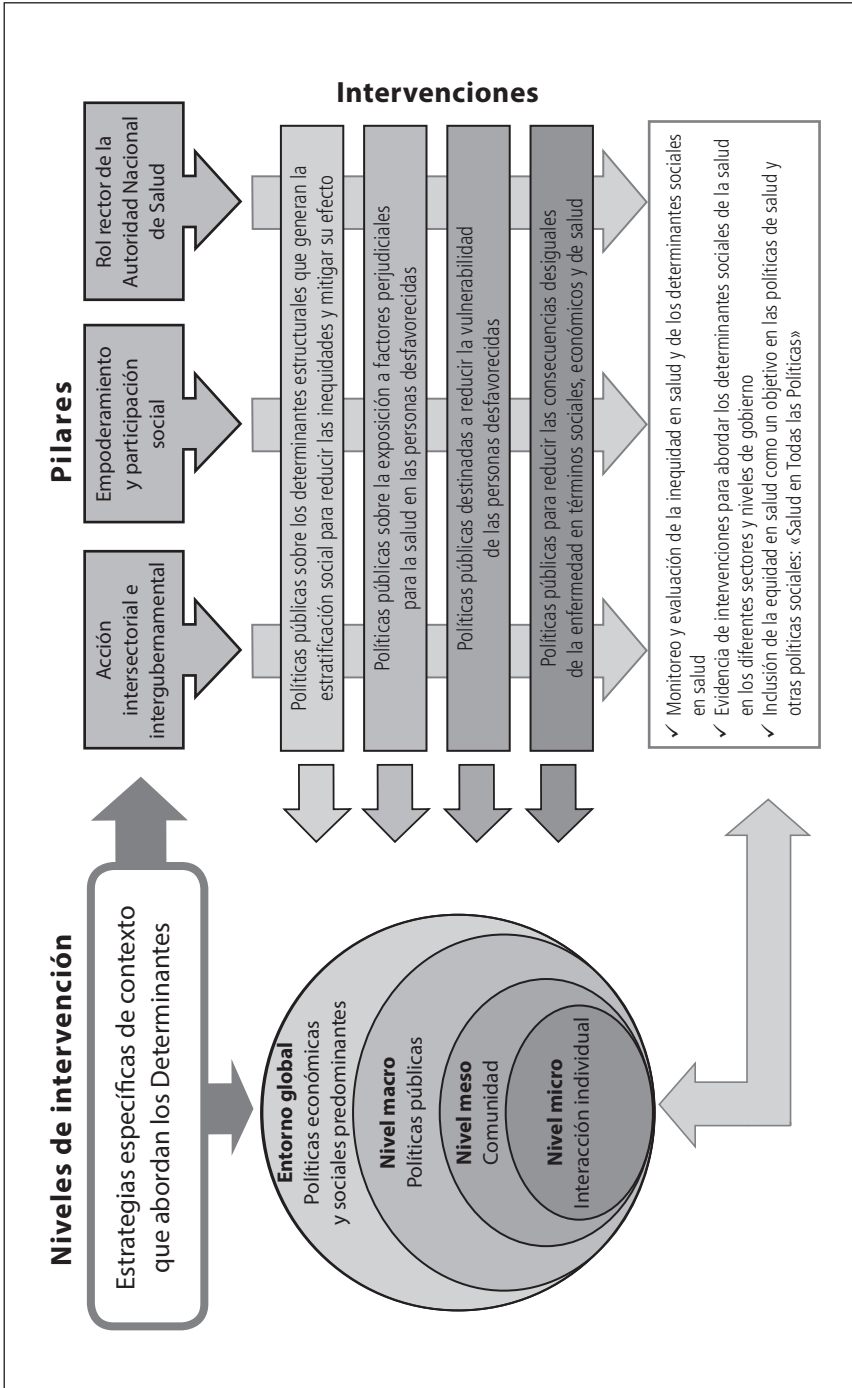


Figura 3.4. DSS: marco de intervención

Fuente: Blas & Sivasankara, 2010.

Elaboración propia.

intersectorial, el empoderamiento y la participación social, y especialmente la importancia del rol rector de Ministerio de Salud».

Es importante destacar que, para el abordaje de las DSS, no se puede dejar de lado identificar la importancia de intervenir en los determinantes estructurales, porque en ellos se generan los supuestos de intervención de estratificación diferencial y crean la gradiente que se expresa en la posición social, desde donde operan los otros supuestos.

Actuar sobre determinantes intermedios —como modificar estilos de vida, hábitos y costumbres, o lograr cambios de actitudes— no podrá alterar la posición social ni las causas que se encuentran en el marco social, económico y político. Se requiere un proceso planificado, estratégico. Y para esto se deben hacer necesariamente una serie de reformas estructurales: por un lado, a través de las políticas públicas de educación; y, por otro, de inclusión y desarrollo social. Progresivamente, a través de la justicia social, los quintiles sociales, más cercanos a las inequidades sanitarias, tendrían que formar parte del acceso a los recursos económicos de los primarios. No se trata de establecer restricciones a las libertades más básicas de los individuos, sino de generar recursos suficientes que permitan a la población peruana actuar sobre las diferencias de igualdad y equidad.

De la misma manera, actuar sobre el sistema de salud es también trabajar en determinantes intermedios, algo importante y necesario; esto, sin embargo, no revertirá la situación de inequidad en salud, ya que el proceso salud-enfermedad no se restringe a enfermarse y a acceder a atención (lo que de por sí es importante), sino que la posibilidad de enfermar está ligada a otros factores de orden social y económico, tales como las condiciones de vida, y la no dependencia del sistema de salud ni de la Autoridad Nacional de Salud para solucionarlas. Por ello mantiene su vigencia la pregunta que hace la OMS: ¿para qué tratar a la población y devolverla a las mismas condiciones de vida que la enferman? (OMS, 2011a).

2.1. Pilares para el abordaje de los DSS

Los pilares para el abordaje de los DSS son: la acción intergubernamental e intersectorial, el empoderamiento y la participación social, así como el rol rector de la Autoridad Nacional de Salud, los cuales encuentran

correlación con la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al año 2021 (PCM, 2013).

a) Acción intergubernamental e intersectorial

Los determinantes estructurales e intermedios de las inequidades en salud deben ser abordados mediante políticas que van más allá de las enmarcadas en el sistema de salud. El objetivo de este pilar es identificar e intervenir los problemas estructurales e intermedios que se generan a partir del uso del modelamiento causal.

Los diferentes sectores y niveles de gobierno deben planificar y ejecutar, por tanto, acciones de manera articulada. Para llevarlas a cabo, se deben fomentar la comunicación y la coordinación continuas, necesarias ambas para la redistribución en equidad de recursos y capacidades; igualmente, cooperar entre sí de otras formas posibles para poder modificar sustancialmente la predominante gradiente social, discriminadora de oportunidades—subyacente a las malas condiciones de salud— y, de esta forma, responder a las necesidades ciudadanas con eficiencia, eficacia y de manera oportuna (PCM, 2013). En ese sentido:

- Se debe evitar la ambigüedad, duplicidad y superposición de funciones entre niveles de gobierno. Para ello, en el marco del proceso de descentralización, es necesario delimitar y respetar cuidadosamente las competencias y funciones de cada nivel de gobierno.
- Los Gobiernos regionales y locales deben fortalecer sus capacidades para el diseño, ejecución y evaluación de las políticas, programas, proyectos y otras acciones de su competencia, en el marco de las políticas nacionales y de las prioridades específicas que generen valor público a sus ciudadanos.

En el marco del proceso de descentralización, se necesita fortalecer y reorientar la acción intergubernamental como un mecanismo de gestión que permita mejorar la equidad en salud a través de la coordinación esencial de los tres niveles de gobierno que tengan competencia directa o indirecta sobre el problema de salud. Por tanto, los tres niveles de gobierno pueden incidir en lograr y mejorar la equidad en salud.

La acción intersectorial para reducir las brechas de inequidad que generan los determinantes estructurales deben enfocarse en fortalecer las acciones de diseño y la ejecución de políticas nacionales o de carácter multisectorial, y de seguimiento y evaluación de sus resultados, de manera que contribuyan efectivamente a mejorar con equidad la situación de salud de la población. Este esfuerzo requiere coordinación e interacción por parte de los diferentes sectores del Poder Ejecutivo, haciendo sinergia sobre el uso eficiente y eficaz de sus recursos, con el fin de que se implementen políticas públicas que, en conjunto, otorguen mejores servicios a la población y, por ende, resultados de mayor impacto.

La aplicación exitosa de medidas intergubernamentales e intersectoriales requiere que se incorpore el concepto de salud en todas las políticas, compromiso asumido por el Perú en Río de Janeiro, en la Conferencia Mundial sobre DSS, donde se declaró: «[n]uestra determinación de lograr una equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los DSS y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral» (OMS, 2011b; PCM, 2013).

El abordaje de los DSS —y, dentro de ello, de los determinantes estructurales de las inequidades en salud— implica poner en la agenda política aspectos fundamentales, como la ponderación del modelo económico de desarrollo frente a las necesidades sociales de la población, incluyendo la situación de pobreza y pobreza extrema, los ingresos per cápita, la situación laboral o de desempleo, las condiciones de trabajo, el acceso a vivienda digna con servicios básicos, a alimentación suficiente, a educación de calidad, entre otros, y que no están en el ámbito de acción directa del sector Salud, sino que requieren la participación concertada de los otros sectores del Estado.

El Estado debe promover la articulación interinstitucional¹⁰, es decir, la acción intersectorial e intergubernamental, y para ello necesita acoplar y alinear las acciones de los diversos sectores, así como de los Gobiernos

10. Eje transversal de la Política de Modernización de la Gestión Pública, conjuntamente con los ejes de Gobierno Abierto y Gobierno Electrónico, los cuales atraviesan y apoyan el desarrollo de una gestión pública orientada a resultados.

nacional, regionales y locales —cada uno en el ejercicio de sus respectivas competencias y funciones— para el logro de objetivos y metas de conjunto que contribuyan a equiparar las oportunidades de desarrollo con aquellas a las que puedan acceder sus ciudadanos en cualquier lugar del país.

b) Empoderamiento y participación social

Un elemento importante de este proceso es el involucramiento ciudadano. Se hace que la propia población tome conciencia de su rol en el cuidado de la salud, participe activamente e incluso pueda conducir procesos que lleven a mejorar la situación de salud de su entorno. Pero esto no debe servir para que el Estado deje de asumir la tarea que le corresponde, en tanto responsable de cautelar y proteger el bien público en salud. Por el contrario, la importancia de impulsar el empoderamiento ciudadano pasa por entender la imperiosa necesidad de lograr que la población acceda a una educación de mejor calidad, ya que es este el mejor medio para que el ciudadano se empodere y ejerza sus derechos a cabalidad.

El empoderamiento y la participación social implican un esfuerzo para incluir a los grupos y comunidades, y en especial a aquellos que han sido marginados. Desde un punto de vista estratégico, la inclusión de la sociedad civil en la agenda de los DSS es vital para la sostenibilidad a largo plazo. Aun cuando la responsabilidad primordial de promover la equidad en salud es de los gobiernos, la participación de los grupos de la sociedad civil y los movimientos sociales en la toma de decisiones es fundamental para involucrar a las personas en el desarrollo de políticas (Minsa, 2005b).

c) Rol rector de la Autoridad Nacional de Salud (ANS)

La rectoría en salud es la responsabilidad ineludible e indelegable que tiene el Estado de proteger y defender el bien público en salud. La ejerce a través de la ANS. Esto solo será posible si la ANS cuenta con equipos técnicos fuertes y solventes; será necesaria también la concordancia con sus funcionarios, para tener claro el papel que le corresponde en la creación de condiciones de equidad en salud para la población.

Asimismo, dicha rectoría requiere para su ejercicio cabal un marco legal que la fortalezca y respalde, así como el desarrollo de un marco norma-

tivo eficaz que vaya de la mano con la capacidad de fiscalizar y sancionar cuando corresponda.

Este pilar es fundamental para que los otros dos puedan ejercer fuerza de implementación, en especial para la acción intergubernamental e intersectorial, ya que es la Autoridad Nacional de Salud —en cumplimiento de las competencias sustantivas que le son propias e indelegables para subsanar las brechas de inequidad— la que debe impulsar la participación y desarrollo de los demás pilares.

Es por ello que, en el marco de la conceptualización de la intervención sobre los DSS, el Ministerio de Salud desempeña, a través de la concentración de esfuerzos, el papel más importante para el desarrollo, la regulación, el monitoreo y la evaluación de políticas públicas que reduzcan las brechas de inequidad y de estratificación social en la población en general, pero dando prioridad a las poblaciones más vulnerables.

En el fortalecimiento del rol rector de la Autoridad Nacional de Salud, es decir la protección de la salud de la población, debe tenerse claro que, son medios fundamentales para su cumplimiento acciones tales como la formulación de la política en salud pública, la regulación sanitaria y la supervisión intergubernamental e intersectorial. Todo esto, conforme lo señalan la Ley General de Salud (1997), La Ley de Bases de la Descentralización (2002) y la Ley Orgánica de Municipalidades (2003).

Ello supone desarrollar la capacidad institucional de promover e incorporar «salud en todas las políticas», para lo cual se debe primero asegurar que las políticas públicas que se planteen, así como los documentos normativos que se aprueben, incluyan de verdad el abordaje de los DSS y de los determinantes estructurales. Esto implica que los equipos técnicos y funcionarios interioricen, apliquen y practiquen dichos conceptos, con el fin de realizar a cabalidad las funciones de conducción sectorial, de regular y fiscalizar, de aplicar las funciones esenciales de salud pública, de armonizar la provisión de servicios de modulación del financiamiento, y garantizar el acceso universal y equitativo a la atención a la salud con criterios de equidad y calidad. Esta capacidad deberá extenderse luego a la correspondiente Autoridad Regional de Salud en los otros niveles de gobierno.

En este contexto, es importante que se fortalezca también a la Autoridad Regional de Salud, en tanto debe actuar en perfecta consonancia con la rectoría de la ANS. El objetivo es que también desde el nivel regional se puedan asegurar las adecuadas intervenciones que se enmarquen en el abordaje de DSS y vencer las inequidades de salud en el ámbito departamental, como parte de las políticas públicas nacionales de salud.

2.2. DSS: intervenciones para el abordaje

El objetivo de estas intervenciones se justifica en la reducción de las inequidades en salud entre la población. Esta aproximación tiene en cuenta que existe una gradiente de salud y enfermedad entre las distintas clases sociales, por lo que es necesario tener en cuenta a todas ellas estableciendo políticas universales. Estas políticas son necesarias porque protegen a la población frente a las inequidades (como por ejemplo las políticas que tengan los principios de justicia social e inclusión social).

«El goce del grado máximo de salud» posible es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Para el abordaje de los DSS, el derecho a la salud es influenciado por factores directos e indirectos de la salud, como la clase social, el sexo, la etnicidad, las condiciones laborales, etc.

La salud es importante porque es un bien primario, esencial para el funcionamiento humano y central para aprovechar oportunidades, o por ser inherente a la vida que queremos.

La salud, en cuanto anhelo de igualdad traducible en políticas públicas, tiene sus raíces en la equidad, la universalidad, la solidaridad y la inclusión. Comúnmente se entiende por equidad en salud el esfuerzo de reducir diferencias en salud entre grupos sociales que son sistemáticas, evitables y consideradas injustas. Las preguntas que surgen de esta definición son, en consecuencia, qué tipos de inequidades en salud son injustas y, por lo tanto, cuáles deben ser abordadas mediante las políticas públicas (Frenz & Titelman, 2013).

La noción de justicia social está relacionada con la igualdad en el estado de la salud, lo que se reconoce cuando se afirma que la salud es un derecho. En consecuencia, para alcanzar la equidad en salud, el objetivo de la política

pública es necesariamente amplio: «lograr el nivel máximo alcanzable de salud poblacional sin diferencias sociales» (Sen, 2012).

Esto obliga a actuar sobre las raíces socioeconómicas de las diferencias en salud, los llamados determinantes sociales estructurales de las inequidades en la salud. Esto abarca una amplitud de sectores y políticas públicas, mucho más allá de la provisión de servicios básicos de atención en salud y la promoción intersectorial (Frenz & Titelman, 2013).

En el fondo, el conjunto de políticas económicas y sociales que impactan en la estratificación social y las condiciones de vida y trabajo de la población son fundamentales para lograr el objetivo de equidad en salud. Significa, además, actuar sobre el gradiente social mediante políticas universales, pero proporcionadas, que logren que los beneficios se incrementen a lo largo del gradiente.

Las respuestas a estas preguntas condicionan la definición de las políticas y, por lo mismo, el potencial que tienen de alcanzar la equidad en salud (Frenz & Titelman, 2013, p. 666).

El diseño de políticas públicas orientadas al abordaje de los DSS focaliza sus intervenciones en los determinantes estructurales de las inequidades en salud, y son estas las que condicionan los estándares de calidad de vida y bienestar social, así como las políticas públicas orientadas a impulsar el modelo económico de justicia social.

Es importante señalar que los cambios estructurales de la sociedad no surtirán efectos en la salud si es que no se garantiza la diversidad económica productiva; es decir, un crecimiento económico sostenible. Las políticas públicas para el abordaje de DSS deben generar mayor intercambio de bienes y servicios. Asimismo, es crucial que existan políticas macroeconómicas fiscales que se orienten a la formalización laboral, lo cual debe significar una presión tributaria de la población económicamente activa (PEA). La formalización constituye, pues, un instrumento a través del cual la población informal participa directamente de la producción nacional, haciendo que cada ciudadano se encuentre en equidad de condiciones ante el fisco. Es necesario, que existan políticas equitativas en lo concerniente al gasto público, que debe estar bajo la supervisión técnica de la Autoridad Nacional

de Salud, ya que la reorientación de los servicios públicos conlleva la focalización de las intervenciones estatales en función de la priorización de variables e indicadores sanitarios. Estos son algunos de los ejemplos de cómo reorientar las políticas públicas en función de la mejora de la estratificación social y la posición social.

Por otro lado, las políticas públicas destinadas a mejorar los determinantes intermedios de la equidad en salud deben priorizar acciones e intervenciones de prevención y promoción de la salud. Aquí es donde el nuevo modelo de promoción de la salud empieza a generar mayor valor público, lo cual se logra mediante la elaboración de políticas orientadas a mejorar los comportamientos y entornos saludables; el gasto público de los servicios sanitarios en la atención, rehabilitación, recuperación se verá, en consecuencia, disminuido, pero esto beneficiará al manejo eficiente de los recursos públicos. Por todo ello, la metodología para el abordaje de los determinantes sociales intermedios deberá incluir el uso de los supuestos de intervención de inequidad en salud, específicamente los de exposición y vulnerabilidad diferencial; a través de estos se mejorarán las condiciones materiales, los factores psicosociales y las circunstancias biológicas de los ciudadanos peruanos.

El propósito radica también en generar políticas públicas eficientes que fundamenten el uso de evidencia. La problematización sobre las principales causas de la mayoría de problemas sanitarios sirve de base para identificar en qué problemas se debe intervenir.

Por esta razón, el Estado debe:

- Mejorar las capacidades y competencias de los recursos humanos que intervienen en la elaboración, análisis y evaluación de las políticas públicas.
- Establecer el uso de la metodología basada en el uso de evidencia científica.
- Fortalecer los centros de producción de conocimiento para la priorización de problemas sanitarios bajo el abordaje de los DSS.
- Establecer instrumentos de gestión que permitan retroalimentar la búsqueda de variables e indicadores asociados a las inequidades en salud.

- Formar investigadores de campo para el abordaje de los DSS.
- Estandarizar el proceso de producción de políticas públicas basadas en el abordaje de los DSS, priorizando el uso del modelamiento causal.
- Establecer a través de la articulación interinstitucional la implementación del modelamiento causal en todas las políticas públicas.
- Establecer pactos de gobernabilidad con los partidos políticos y organizaciones públicas y privadas, con el fin de garantizar la aplicación del modelamiento causal en las intervenciones del Estado y proporcionar, de esta manera, sostenibilidad y gobernabilidad democrática para la implementación de la metodología.

El abordaje de los DSS requiere que se identifiquen un conjunto de puntos de entrada de política pública, dirigidos sobre los supuestos de intervención de inequidad en salud:

- Políticas públicas sobre los determinantes que generan la estratificación social para la reducción de las inequidades y mitigar el efecto de la estratificación.* Se orientan a actuar bajo el supuesto de intervención «contexto socioeconómico y político», que deviene de los determinantes estructurales de la salud. Es necesaria la focalización por prioridad sobre los problemas sociales que generan y distribuyen el poder y la riqueza en inequidad; ejemplos de ello son las políticas económicas y laborales, el tipo de sistema educativo, las normas en torno al género y el tipo de organización del Estado. El propósito de la intervención es reducir las inequidades y mitigar el efecto de la estratificación social en la población.
- Políticas públicas sobre la exposición a factores perjudiciales para la salud en las personas desfavorecidas.* Destinadas a reducir la exposición de las personas desfavorecidas a factores perjudiciales para la salud. Ejemplos son las intervenciones dirigidas a modificar las condiciones de trabajo, como los riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales; también se incluyen las políticas orientadas a mejorar el entorno o barrio de residencia (incremento de las áreas verdes, disminución del tráfico, reducción de la contaminación atmosférica, entre otros).
- Políticas públicas destinadas a reducir la vulnerabilidad de las personas desfavorecidas.* Las intervenciones dirigidas a mejorar las conductas o los estilos de vida deben tener en cuenta que estos comportamientos

no constituyen elecciones individuales, sino que están condicionados socialmente. Algunos ejemplos son la política nacional y sectorial sobre el tabaco y las bebidas alcohólicas, ya que se trata de intervenciones efectivas para disminuir las inequidades en el consumo; la construcción de equipamientos públicos donde se pueda realizar ejercicio físico; y la reducción de los precios de los alimentos saludables. Constituyen políticas públicas destinadas a la reducción de inequidades intermedias que incluyen el análisis de resultados diferenciales.

- d) *Políticas públicas para reducir las consecuencias desiguales de la enfermedad en términos sociales, económicos y de salud.* Estas intervenciones buscan, mediante la prestación de servicios de salud de calidad, disminuir las inequidades desiguales de la enfermedad en términos sociales, económicos y de salud. Dichos servicios deben ser accesibles a toda la población, con énfasis en la reducción en la pobreza.

3. DSS: opinión de expertos

Existen coincidencias entre las respuestas de los entrevistados al señalar, por ejemplo, la definición del abordaje de los DSS. La respuesta de Tarev (2016) es la más próxima a la realidad semántica que manejan los especialistas en salud pública en el Perú. Claro está que esta es la respuesta de un médico altamente calificado y especialista en epidemiología:

[E]l abordaje de los DSS es una corriente de pensamiento sanitario y praxis en salud pública, que justifica y determina intervenciones de salud intersectoriales desde todos los sectores del Estado y la sociedad a favor de la salud, frente a los factores de entorno relacionados con el proceso de salud de las personas y los hábitos de la salud de las personas, de cuyo mejoramiento depende la salud del individuo y la población (Tarev, 2016).

Sin embargo, esta afirmación constituye una particular contradicción con respecto a la posición del Minsa. Llama la atención que el Minsa no cuente aún con una política sectorial para establecer el abordaje de los DSS. Esto se expresa de mejor manera en la siguiente afirmación de Tarev (2016):

[E]l Ministerio de Salud implementa un pensamiento crítico interinstitucional, a favor de promoción del abordaje de DSS. Dando mucho énfasis en la promoción de alimentación saludable, actividad física, etc.

La opinión de Tarev guarda estrecha relación con la de Robles (2016), a razón de considerar cómo desempeña el Minsa su rol de rectoría respecto a la focalización de sus intervenciones para la promoción de estilos de vida, lo que no genera satisfacción alguna para atacar las desigualdades sociales en el nivel macro, es decir, de manera estructural. Y agrega:

Todo se limita a mirar el Sistema de Salud, es decir se queda en uno de los Determinantes Intermedios. Además trabaja sobre los estilos de vida y los hábitos sociales, que también corresponde al mismo grupo. Ambos esfuerzos son infructuosos para tener resultados eficientes y efectivos (Robles, 2016).

Una opinión hermenéutica y que demuestra las debilidades del Minsa respecto al posicionamiento teórico para el abordaje de los DSS, es la de Zúñiga (2016), quien afirma que no existe ninguna posición establecida institucionalmente en dicho ministerio. La posición de este especialistas es totalmente categórica:

No. No hay una posición establecida institucionalmente del Minsa sobre la manera en que concibe teóricamente cómo los determinantes sociales determinan la salud y la enfermedad y qué hacer frente a ellos. Si bien hay documentos aislados como el MAIS y algunos documentos técnicos que hacen mención, no hay un marco legal ni teórico sobre el abordaje de los determinantes sociales que sea utilizado como obligatorio o referente para todas las políticas y acciones de salud pública que se realizan, además que en el marco de la reforma tuvo un desarrollo teórico pobre y ninguna acción de implementación ni evaluación (Zúñiga, 2016).

La opinión de Tarev (2016) concluye de mejor manera esta paradoja, al señalar que el Minsa desarrolla en la actualidad esfuerzos para implementar el abordaje de los DSS y, por otro lado, al describir el escenario de muchas de las organizaciones del sector público ante las resistencias culturales para emprender reformas:

[E]stamos en ello. Somos conscientes que se necesitan hacer algunas reformas. Con el inicio de la Reforma de la Salud, se puso sobre el tapete la implementación del abordaje. Aún quedan por hacer reformas normativas trascendentales, entre ellas la definición de una política sectorial. Sin embargo, al contar con una excesiva cantidad de instrumentos científicos, se hace complicado adaptar los lineamientos universales propuestos

por OMS al sistema sanitario nacional. Aún hay muchas resistencias que impiden que podamos desarrollar acciones intersectoriales, por ejemplo, para la inclusión de salud en todas las políticas (Tarev, 2016).

Muchas veces las entrevistas revelan importantes hallazgos en los trabajos de investigación. Este caso no es la excepción. La opinión de Tarev (2016) respecto a cuál fue el mejor periodo sanitario nacional en el Perú, por ejemplo, sorprende a los coautores de la presente investigación por dos cosas. En primer lugar, por considerar el entrevistado al periodo gubernamental 1995-2000 como el más importante del Perú. Se debe considerar la respuesta del entrevistado, ya que es completamente objetiva, pues, analizando el perfil profesional del funcionario del Minsa, se encontró que había realizado sus estudios profesionales en la ex URSS, actualmente Rusia, en pleno periodo revolucionario y de reformas del sistema de salud. En segundo lugar, por encontrar patrones argumentativos similares entre la posición técnica de los demás entrevistados. La siguiente cita esgrime de mejor manera lo argumentado:

El gobierno con mayor eficiencia y eficacia sanitaria fue el gobierno entre 1995 y 2000, sin embargo, aun así no se llega a impactar profundamente en la calidad de vida de los peruanos, porque: la inversión de la salud, siendo tan costosa, no es sostenible, además que los pacientes curados vuelven a enfrentarse a los determinantes sociales y ambientales, que merman constantemente sus derechos y afectan su esperanza de vida (Tarev, 2016).

Sobre la equidad, las propuestas de los entrevistados, coinciden con la otorgada por Tarev (2016), la misma que, entre sus principales argumentos, llama a la necesidad de establecer condiciones materiales para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos peruanos a través de decisiones estratégicas de gobernanza e implementación de una sólida acción intersectorial e intergubernamental. A continuación, la respuesta del entrevistado.

Mejorando los mecanismos individuales y sociales para disminuir la inequidad. Generando las condiciones de mejorar la educación, protección de derechos étnicos y de poblaciones vulnerables, buscando interacción regional e intersectorial para direccionar los esfuerzos estatales para los lugares de mayor vulnerabilidad y exposición diferencial, impulsando la participación comunitaria y empoderamiento de la sociedad civil para mejoramiento de los hábitos saludables. Promocionar la investigación y

medición de los DSS, como base de una intervención eficaz sobre los DSS (Tarev, 2016).

Sobre la rectoría de la Autoridad Nacional de Salud, Tarev (2016) señala que:

La rectoría es una de las funciones del sistema nacional de salud. Sus tareas son: generación de políticas y su difusión, generación de normas y garantizar su cumplimiento, generar información intersectorial y utilizarla, conducir a través de diálogo y consenso (Tarev, 2016).

La respuesta de Robles (2016) ante la misma pregunta genera mayor conocimiento sobre el escaso poder de rectoría que posee el Minsa, debido básicamente a que su campo de acción cubre exclusivamente al Sistema de Salud.

Las políticas públicas del Minsa se centran en el Sistema de Salud, es decir en la prestación de servicios de salud. Deja de lado la rectoría sectorial, que es más amplia, y se limita a tratar de conducir el sistema. Eso es insuficiente (Robles, 2016).

Ante la pregunta «¿Considera usted que las políticas públicas que el Ministerio de Salud implementa influyen en la reducción de la inequidad sanitaria en el Perú? ¿Por qué? Mencione al menos tres políticas que contribuyan a generar calidad de vida a la población peruana», la respuesta de Robles vuelve a generar certeza respecto a la precariedad metodológica con la que el Minsa implementa sus políticas públicas, al decir: «Muy poco, porque no están centradas en los DSS de tipo estructural» (Robles, 2016).

Por otro lado, sobre la relación existente entre la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021 y el abordaje de los DSS, Zúñiga responde:

Sí. Está muy alejada de la implementación para el abordaje propuesta por la OMS, solo hay algunas coincidencias en el aspecto intersectorial. Creo que para elaborarla debieron incluir más ciencia y menos política. En PCM siempre han estado acostumbrados a filosofar sin evidencias (Zúñiga, 2016).

Cada una de las respuestas otorgadas por los especialistas contribuyó a conocer, desde una perspectiva empírica, el panorama actual de la

Autoridad Nacional de Salud. Son varias las debilidades institucionales, en especial aquellas sobre el conocimiento de la organización del abordaje de los DSS. Sin embargo, no todo es malo: hay evidencias de trabajo y procedimientos administrativos que se pretende estructurarlos en los próximos años con una orientación hacia el modelo de abordaje de los DSS. Lograrlo dependerá exclusivamente de las decisiones políticas del nuevo Gobierno. Para ello es imprescindible contar con el apoyo de la alta dirección del Ministerio de Salud.

4. DSS: análisis epistemológico

Al analizar la vasta literatura asociada con el abordaje de los DSS, se encontraron sendos estudios de investigación que fundamentan la existencia de la inequidad sanitaria en el Perú. Para el caso de los resultados preeminentemente científicos, se ha realizado una búsqueda en repositorios físicos y virtuales, los cuales arrojaron coincidencias respecto a la realidad peruana.

Un primer estudio, desarrollado por Barahona-Urbina (2011), establece una correlación de variables entre la esperanza de vida y el PBI per cápita:

[L]uego de efectuado el análisis de la matriz de correlación, se puede observar la magnitud de sus coeficientes. Debe de observarse que el coeficiente entre la esperanza de vida y el ingreso per cápita fue positivo y muy cercano a uno (0.98), lo que quiere decir que, *ceteris paribus*, un aumento en el ingreso per cápita podría llevar consigo un aumento de la esperanza de vida de las personas. Esto se podría explicar diciendo que una persona con un poder adquisitivo mayor tiene acceso a mejores prestaciones médicas (y de calidad), lo cual redundaría en una mayor esperanza de vida (Barahona-Urbina, 2011, p. 255).

En el caso de la investigación precedente, se utilizaron los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística de Chile (INE) y el Banco Central de Reserva de dicho país que abarcan desde 1988 hasta 2008. Se tuvo, además, como variable dependiente la esperanza de vida y como variables explicativas al PBI per cápita, número de médicos, número de enfermeras y gasto social en salud (Barahona-Urbina, 2011). El estudio utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson, que es un índice estadístico que permite medir la fuerza de la relación lineal entre dos variables. Su

resultado es un valor que fluctúa entre -1 (correlación perfecta) y $+1$ (correlación perfecta de sentido positivo). Naturalmente, la importancia del uso de este coeficiente es que, cuando más cercano al 0 sean los valores, indican una mayor debilidad de la relación o, incluso, la ausencia de correlación entre las dos variables (Barahona-Urbina, 2011).

Por otro lado, se tiene un artículo de investigación titulado *Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica*, realizado por Jiménez, Rodríguez y Jiménez (2010). En este se desagrega la importancia de combatir las inequidades sociales y sanitarias en América Latina. Los autores del artículo llegan a la conclusión de que:

[S]i se favoreciera la participación ciudadana y se le permitiera a la sociedad civil una cierta implicación en las políticas públicas de nutrición y salud se evitarían bastantes riesgos potenciales en las malas prácticas de salud y nutrición. Es muy importante que se fomenten las redes de colectivos e instituciones (asociaciones de vecinos o de barrios, poblados o municipios) saludables, que se diseñen y materialicen proyectos y programas conjuntamente con las ONG, que se participe en la elaboración de los presupuestos comunes, que se trabaje en la integración de los distintos programas de educación nutricional y en la búsqueda de ambientes más saludables, que se extienda la protección social, los programas de empleo y los programas contra la desnutrición, las asignaciones familiares, los comedores infantiles y las becas para el mantenimiento escolar de los adolescentes, que se enfoque la vida de una manera más colectiva y, en definitiva, como ya hemos señalado antes, que se potencien la comunicación y la cohesión social (Jiménez, Rodríguez & Jiménez, 2010, p. 24).

Por otro lado, en el mismo artículo, se afirma que:

[N]o es necesario demostrar que tanto la pobreza como la desigualdad social son los condicionantes principales de la dificultad, o imposibilidad, del acceso a muchos productos alimentarios y consecuentemente de la desnutrición. Cuando se posee un menor nivel socioeconómico y un bajo poder adquisitivo se resiente la calidad y la cantidad nutricionales de la dieta alimenticia (Jiménez, Rodríguez & Jiménez, 2010, p. 21).

Para luchar contra las desigualdades generacionales, es preciso incluir la metodología de trabajo propuesta por la OMS, a través del abordaje de los DSS. Se necesita fortalecer la rectoría de la Autoridad Nacional de Salud,

así como promover la participación democrática y el empoderamiento social ciudadano.

Al respecto, el trabajo de Linares Pérez reflexiona:

[S]obre algunas ideas en torno a la integración y aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención en el actual contexto de transformación del Sistema de Salud en Cuba. Se discuten ideas para fortalecer la conceptualización social de la salud pública y priorizar las acciones de salud poblacional sobre las de atención médica individual, y para repensar, asimismo, el objeto y la aplicación de esta en tanto práctica social. El trabajo intenta poner a debate nuevas y renovadas propuestas estratégicas de cambio basadas en una perspectiva ampliada de la salud pública y en el pensamiento de la medicina social privilegiando el enfoque basado en la población y la inclusión definitiva de un amplio rango de determinantes de la salud. Se sugiere la necesidad de desarrollar o ampliar la polémica sobre la concepción y la práctica social de la epidemiología y la salud pública sin que ello signifique renunciar a la implementación de necesarias transformaciones de los servicios de salud y de atención médica. Se sostiene la conveniencia de desarrollar un proceso de discusión técnica entre todos los actores y protagonistas, no solo del sistema de salud, sino también de todo el sector de la salud para lograr una mejor integración y operacionalización del enfoque de salud de la población y de los determinantes sociales de la salud (2015, párr. 1).

Por su parte, Rojas Ochoa (2004) estableció algunos criterios para fortalecer la rectoría de la Autoridad Nacional de Salud de Cuba, los cuales guardan estrecha relación con los lineamientos propuestos por la Comisión de DSS de la OMS. El siguiente párrafo resume su trabajo de investigación.

El siglo XXI será el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud. Según el autor, las acciones de salud poblacional de los sistemas de salud que adopten el enfoque de salud de la población, deberán tener en cuenta: 1) considerar a todos o casi todos los DSS, por lo tanto deben ser integrales e interdisciplinarios, 2) el sector de la salud no puede actuar solo porque la mayoría de los determinantes de la salud están fuera de su competencia, se requiere de la intersectorialidad, 3) las políticas públicas son herramientas importantes para la salud de la población y no se limitarán al sector de la salud, es decir, serán polí-

ticas públicas saludables, y 4) privilegiar la investigación aplicada dirigida a comprender los efectos de los determinantes de la salud, identificar las inequidades en salud y diseñar los mecanismos de intervención más eficaces [Rojas Ochoa, citado por Linares Pérez (2015, párr. 16)].

El trabajo desarrollado por Figueroa y Campbell (2014) establece una correlación de variables respecto a las desventajas socioeconómicas para el desarrollo del niño a nivel intrauterino. Ya desde que es un feto, y producto de la transmisión hereditaria de padres a hijos, los factores e indicadores de pobreza extrema, afectan considerablemente la calidad de vida de los seres humanos. Así lo detalla:

[L]as desventajas socioeconómicas en sus varias formas, desde el desarrollo del niño intraútero [sic] y en el periodo de la infancia temprana, crea un grupo de niños que tienen una reducida capacidad de beneficiarse de la salud y los avances económicos experimentados por el resto de la población. Cuando esos niños se convierten en adultos ellos igualmente serán más vulnerables para transmitir sus desventajas de salud heredadas y aprendidas a sus propios hijos. De esto se sigue que, las intervenciones para reparar esas desigualdades de salud deben iniciar temprano en la vida, deben ser extensivas en su impacto e implementadas sobre un periodo significativo del curso de la vida. De ahí, que es importante recordar a los gobiernos tanto internacionales, nacionales como locales que deben de incorporar 'la ciencia del desarrollo de la primera infancia' en sus políticas públicas (Figueroa & Campbell, 2014, p. 56).

En un estudio sobre los efectos de las políticas públicas de salud mental en Canadá, se identificó la necesidad de mejorar la recopilación de datos sobre la salud mental. El artículo señala que, aunque se han establecido sistemas de vigilancia de las enfermedades mentales, se ha logrado identificar una brecha de datos para el seguimiento de la salud mental positiva y sus determinantes. Para ello, los investigadores lograron desarrollar un marco de indicadores de vigilancia de la salud mental positiva, con el objetivo de ofrecer una imagen del estado de la salud mental positiva y sus determinantes en Canadá. Los datos de este marco de vigilancia se utilizaron para informar a los programas y políticas, y así mejorar la salud mental de los canadienses (Orpana, Vachon, Dykxhoorn, McRae & Jayaraman, 2016).

El método utilizado consistió en revisar la literatura y explorar el entorno —que proporcionó la base teórica para el marco— e identificar los posibles resultados positivos en cuanto a salud mental, riesgos y factores de protección. Después de identificar una lista completa de los factores protectores y de riesgo, los expertos en salud mental, así como otros socios gubernamentales y no gubernamentales interesados, fueron consultados para dar prioridad a estos indicadores y, después, para identificar los enfoques de medición más prometedores de cada indicador. Se obtuvieron cinco indicadores macro como resultado y 25 indicadores determinantes organizados en cuatro dominios: individual, familiar, comunitario y social (Orpana, Vachon, Dykxhoorn, McRae & Jayaraman, 2016).

Michael Marmot en el año 2006 presenta un estudio sobre el vínculo entre las desigualdades en salud entre los países desarrollados y subdesarrollados. En él analiza cómo las desventajas para los países pobres y en desarrollo son diferentes de aquellas que se viven en los países desarrollados, como por ejemplo, Estados Unidos y el Reino Unido. Existiendo desventajas y desigualdades, estas modifican las estructuras sociales de cada una de las sociedades (Marmot, 2006).

En América del Sur se han efectuado importantes hallazgos. Uno de ellos es el proceso de reforma de la salud en Ecuador, que, según Malo y Malo (2014), ha tenido logros considerables. Esto se ha debido principalmente a las reformas constitucionales que operan en el marco de la nueva Constitución del Ecuador, «que permitió la incorporación de demandas sociales históricas surgidas de las críticas al neoliberalismo en la reestructuración y modernización estatal» (Malo & Malo, 2014).

Por otro lado, Malo y Malo señalan que es necesaria la implementación de políticas públicas de salud en todos los sectores, como lo ha hecho el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano. Esto se complementa con la siguiente afirmación:

[L]os ejes de la reforma consisten en tres componentes: por un lado, en organizar un Sistema Nacional de Salud que supere la fragmentación anterior, que constituya la Red Pública Integral de Salud; políticas encaminadas a fortalecer la atención primaria de salud, articulando la acción sobre los determinantes de la salud; y, por último, el incremento del fi-

nanciamiento para consolidar las transformaciones. Concluimos que los desafíos en la reforma tienen que ver con la sustentabilidad de los procesos, sostenibilidad financiera del sistema y con la mayor activación de mecanismos de participación que permitan la veeduría ciudadana de los servicios y el empoderamiento de los ciudadanos de su derecho a la salud (Malo & Malo, 2014, p. 754).

Como bien lo señalan Malo y Malo (2014), existen resultados ostensibles en la redistribución de la riqueza ecuatoriana. Más aún cuando el presupuesto para el sector social de dicho país se incrementó en unas 4.5 veces en el gasto público para el año 2013. Lógicamente, esta redistribución estuvo alineada con una visión de país para incluir salud en todas políticas. Los siguientes párrafos lo expresan así:

[C]iertamente, lo que ha marcado la diferencia en la mejora de la calidad de vida en el Ecuador ha sido la redistribución de la riqueza con una fuerte inversión social. A partir del 2007, el Estado ecuatoriano cambió sus prioridades, destinando más recursos a la inversión social que al pago de la deuda. En el 2013, el Ecuador invirtió 4.5 veces más en gasto social que en el 2006, año en el que la inversión pública representaba el 4.2% del PIB, mientras que para el 2012 la cifra se triplicó, representando el 12.6%. Lo que implica pasar de un per cápita de inversión social de 147 USD en el 2006 a 446 USD en el 2011. Producto de esta inversión, algunos indicadores reflejan importantes avances hacia la justicia social (Malo & Malo, 2014, p. 755).

De acuerdo con un estudio de investigación realizado en el año 2012, elaborado por Morales, Concha y Eslava, en Colombia se obtuvieron 123 artículos de diferente índole que cuestionaron la implementación de los DSS en territorio colombiano. Los resultados fueron obvios, tal y como lo señala la siguiente conclusión:

[E]ntre los 65 grupos registrados en el Programa de Ciencias de la Salud de Colciencias (6%) se han publicado 123 productos, mediante artículo científico en idioma español (48%). Privilegian estudios de poblaciones demográficamente relevantes sobre sistemas de salud, inequidad en salud y enfermedades prevalentes, elaborados con métodos empírico analíticos y algunos en proyectos en red de carácter nacional (Morales, Concha & Eslava, 2013, p. 126).

5. Análisis y diagnóstico del modelo lógico en el Perú

La presente sección desarrolla, en primer lugar, el análisis del rol del Estado para el abordaje de los DSS, pedestal para establecer las intervenciones sobre la base de evidencias. En segundo lugar, se establece el análisis del modelamiento causal como una alternativa para la formulación de programas presupuestales, lo que incluye el proceso de vigilancia, evaluación y monitoreo de los DSS.

5.1. Análisis de la formulación de programas presupuestales en el Perú: el caso del modelo lógico

Los programas presupuestales del Minsa utilizan el modelo lógico para establecer las causas del problema y así identificar sus intervenciones. Es necesario reconocer que el Estado peruano ha logrado importantes avances con respecto a la implementación de esta metodología de trabajo; sin embargo, al carecer de una perspectiva metodológica eminentemente científica, surge la necesidad de recurrir al modelamiento causal para el abordaje de los DSS.

Antes de entender en qué consiste el modelo lógico, es necesario saber en qué instrumentos políticos y presupuestales se utiliza. La definición del MEF (2016) sobre los programas presupuestales detalla que:

[E]n el Perú desde el año 2007 se viene implementando la Reforma en el Sistema Nacional de Presupuesto: El Presupuesto por Resultados (PpR) con la finalidad de asegurar que la población reciba los bienes y servicios que requieren las personas, en las condiciones deseadas a fin de contribuir a la mejora de su calidad de vida.

En este contexto, el Presupuesto por Resultados (PpR) se define como una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles en favor de la población (MEF, 2016).

El modelo lógico más básico se resume en la figura 3.5, que explica cómo funciona un programa estratégico. Inicialmente tiene la estructura de la cadena de suministro propuesta por Porter. Usa palabras o imágenes para describir la secuencia de actividades y cómo estas actividades se vinculan con resultados de impacto.

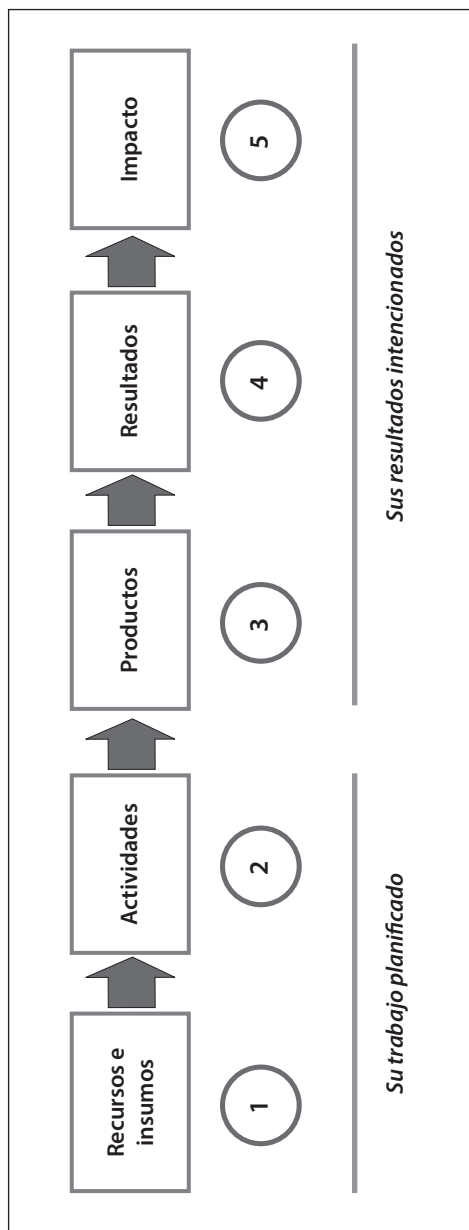


Figura 3.5. Presupuesto por Resultados (PpR): estructura del modelo lógico

Fuente: W.K. Kellogg Foundation, 2001.

Los componentes del modelo lógico¹¹ básico (ver figura 3.6) desagregan la información en función de su importancia. Es necesario expresar que actualmente existen 85 programas presupuestales que incorporan esta metodología, la cual es implementada, ya sea a través del marco lógico o *stricto sensu* a través del modelo lógico, principalmente en los programas presupuestales del sector Salud.

El propósito de un modelo lógico es suministrar de un conjunto de secuencias y eventos relacionados que conectan la necesidad de un programa planificado con los resultados deseados del programa (metas o resultados de impacto). La representación gráfica de un programa propuesto coadyuvará a visualizar y comprender cómo las inversiones humanas y financieras pueden contribuir a lograr las metas intencionadas del programa y llevar a mejoramientos del programa mismo.

De los 85 programas presupuestales (PP) diseñados bajo el enfoque del Presupuesto por Resultados, 57 cuentan con un sistema de seguimiento de indicadores de desempeño de resultados y productos. Todos ellos se hallan bajo la metodología del marco lógico, salvo los programas presupuestales del Ministerio de Salud (mostrados en la figura 3.6), en la que se establece la tentativa de la incorporación de los supuestos de inequidad descritos en el capítulo 1.

Antes de comenzar a analizar la naturaleza de un programa presupuestal, es necesario conocer cómo se realiza la programación metodológica. La figura 3.7 describe el proceso de programación de acuerdo con el modelo lógico, que incluye los modelos conceptual, explicativo y prescriptivo.

En primer lugar, se encuentra el modelo conceptual, esquema estructurado que representa un conjunto de relaciones entre conceptos académicos

11. El modelo lógico surge en el marco de la reforma del Estado peruano través de la metodología de la programación por resultados. Para el año 2015, el Perú contaba con 85 programas presupuestales (PP) con diseños de intervención definidos bajo objetivos políticos nacionales, como por ejemplo el Plan Bicentenario Perú al 2021 y la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021. Es importante señalar que el 58% del presupuesto programable tuvo un enfoque hacia resultados al año 2015 (MEF, 2016).

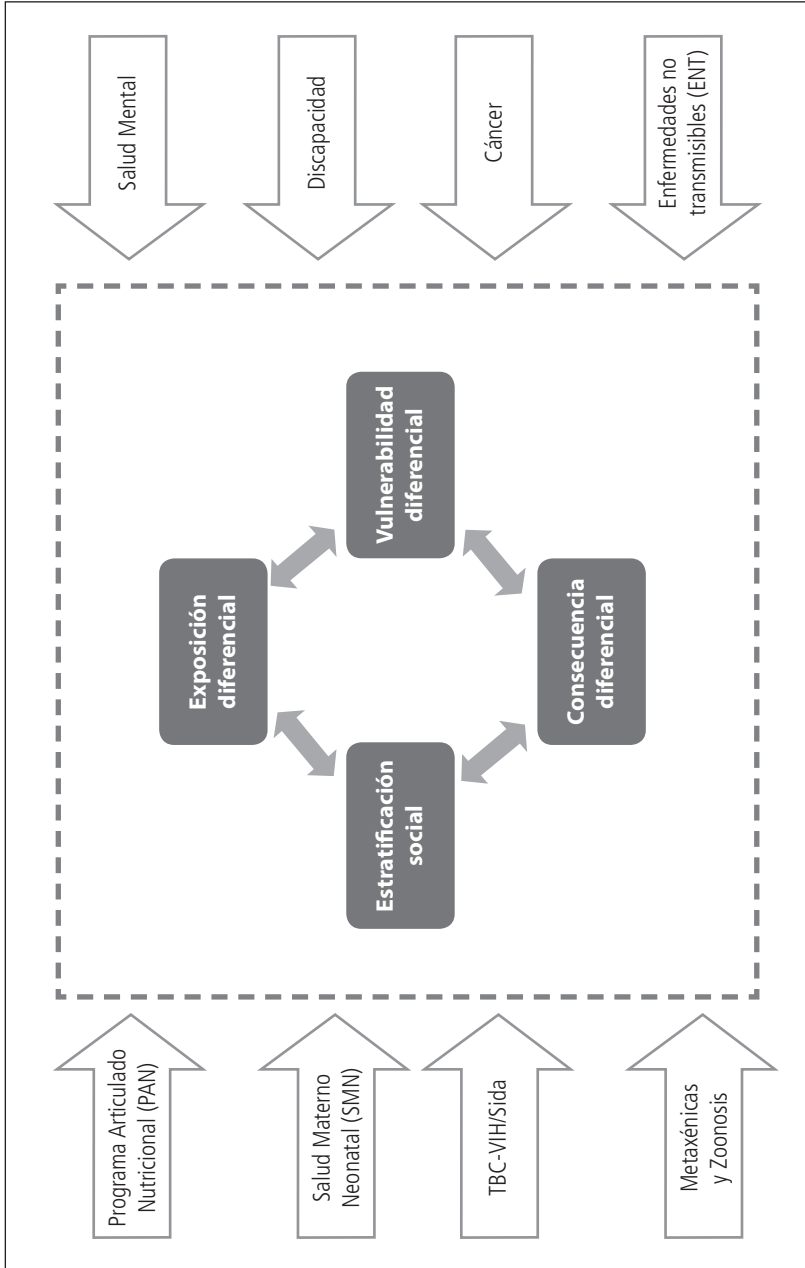


Figura 3.6. DSS: programas presupuestales (PP)
Elaboración propia.

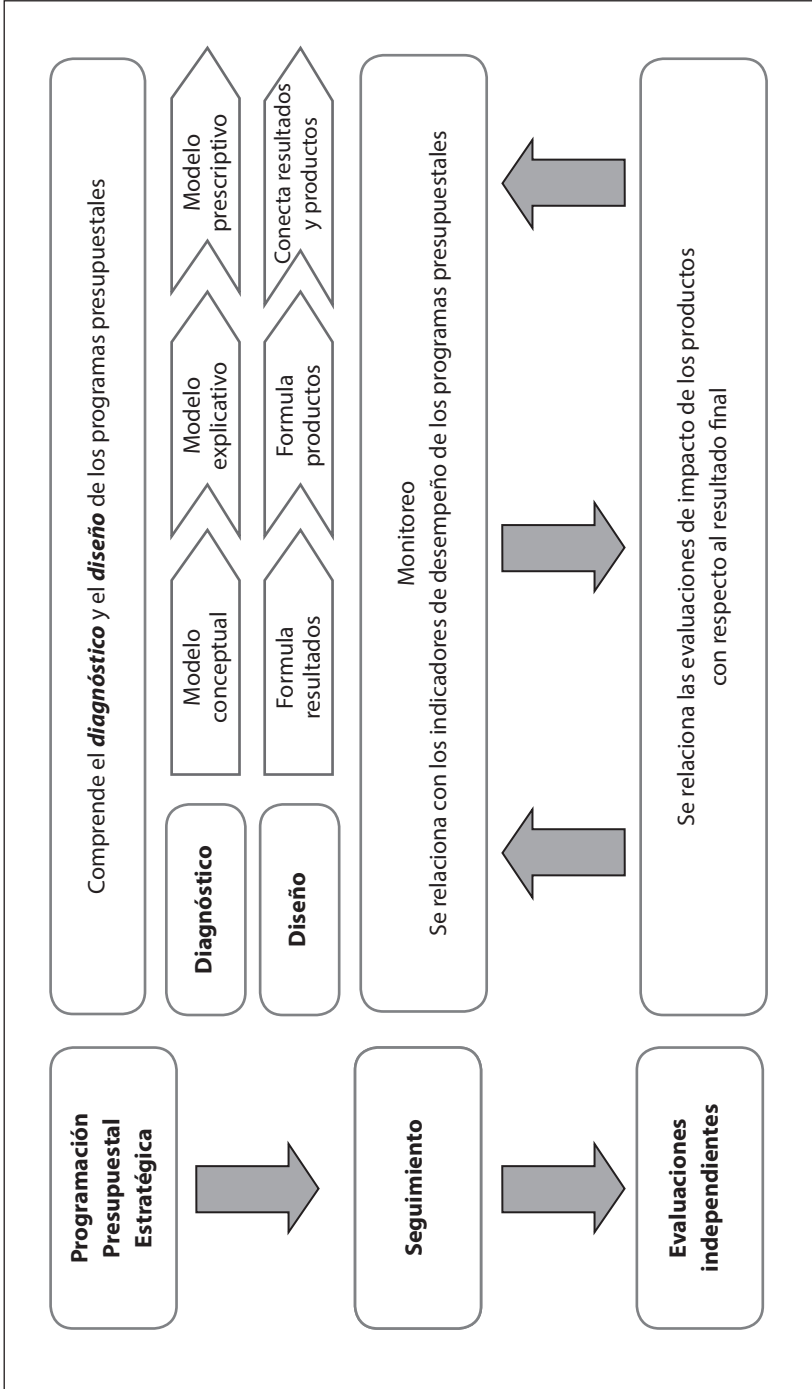


Figura 3.7. PpR: modelo de programación presupuestal

Fuente: MEF, 2016 & Minsa, 2016.

e institucionales. Esta definición se recoge en la *Guía metodológica para la programación presupuestaria estratégica del MEF (2008)*. La definición más exacta promueve que el modelo conceptual es aquel que interactúa con otros conocimientos.

...a diferencia de otros enfoques, el modelo conceptual resume esquemáticamente el estado actual del conocimiento relacionado a una condición de interés por lo que no está basado en factores particulares. De esta forma es posible llevar a cabo generalizaciones a partir de un mismo modelo conceptual en diferentes contextos, pero siempre relacionados a la misma condición de interés (MEF, 2008).

El cuadro 3.1 describe las propiedades, características y acciones de la base teórica-conceptual. Es innegable que el modelo conceptual utiliza una relación causa-efecto, una suerte de conexión lógico-argumentativa; sin embargo, esta adolece de instrumentos para realizar una adecuada causalidad epistemológica. Una de las ineficiencias de la base conceptual es el uso de conceptos o realidades empíricas de las intervenciones del Estado. Al adolecer de un precario sistema epistemológico, el Estado peruano, escasamente identifica y delimita las causas directas e indirectas de un

Cuadro 3.1. *PpR: modelo conceptual*

Propiedades	Características	Acción
(i) Estar asociados a una característica que los haga identificables con respecto a otros conceptos o variables.	Una relación de asociatividad se refiere a dos o más conceptos (factores) vinculados, de tal modo que la existencia de uno se halla asociada al otro, aun cuando no presenten un nexo de causa-efecto.	Identificar y delimitar las causas (directas e indirectas) que afectan a la condición de interés. En el caso del modelo seleccionado, tanto las causas directas como indirectas deben ser identificadas.
(ii) Presentar regularidad, es decir, estar asociados a una ocurrencia regular a lo largo del tiempo.	Una relación de causalidad, implica una relación de tipo causa-efecto entre dos o más factores. Es decir, la generación de uno de ellos coadyuva a la generación del otro.	Realizar una revisión de evidencia y estadísticas, que permitan caracterizar a la condición de interés y a las causas identificadas, con respecto al ámbito de intervención del programa.
(iii) Referirse a un suceso o evento de la realidad.		

Fuente: MEF, 2008.

determinado problema o necesidad pública nacional. Para el caso de las fuentes estadísticas, es complejo hacer uso de instrumentos estadísticos que esgrimen muestreos aleatorios de opinión. Esta es una realidad compartida con otros países de América Latina y que demuestra realmente las causas y subcausas que generan, por ejemplo, las diferencias estructurales de la inequidad en el Perú.

Los árboles de problemas, si bien generaron logros poco importantes desde la Reforma del Estado, exigen hoy en día una adaptación metodológica que implique planificación por resultados a base de evidencias.

Una vez establecido el modelo conceptual, el Estado, a través de la metodología empleada, utiliza, en segundo lugar, el modelo explicativo, que es una suerte de adaptación del modelo conceptual. «De este modo, el modelo explicativo viene a ser la caracterización del modelo conceptual específico del país/región. Su elaboración implica la realización de los siguientes pasos» (MEF, 2008). Dichos pasos se aprecian en el cuadro 3.2.

Cuadro 3.2. *PpR: pasos para la elaboración del modelo explicativo*

Paso	Acción	Descripción
1°	Determinar la magnitud de la condición de interés	Información elaborada sobre la base de los niveles de intervención en función del ámbito geográfico, niveles de pobreza, grupos focales (niños, mujeres, ancianos, etc.)
2°	Identificar los factores causales directos	Los factores causales directos (o factores explicativos directos), deben analizarse detalladamente con el fin de construir bases sólidas para las futuras intervenciones
3°	Identificar los factores causales indirectos	Los factores causales indirectos (o factores explicativos indirectos), inciden directamente en la magnitud y severidad del factor causal directo
4°	Identificar los caminos causales críticos	Se denomina camino causal crítico a una secuencia de factores causales directos e indirectos asociados a la ocurrencia de la condición de interés o problema central
5°	Jerarquización de caminos causales críticos	Para establecer un nivel de jerarquía entre las rutas causales debemos tener en cuenta los siguientes criterios: (a) la fuerza de la causalidad (basada en la evidencia que la sustenta) y (b) la magnitud de los factores causales

Fuente: MEF, 2008.

Si bien es cierto que en el quinto paso se menciona el uso de la evidencia, el Estado peruano no emite evaluaciones de impacto (*ex post*). El empeño por usar el desarrollo epistemológico implica que no existen ni la infraestructura ni el capital humano suficiente para el desarrollo de una adecuada jerarquización de cambios causales críticos. Por otro lado, los esfuerzos del Minsa en sus ocho programas presupuestales a base del uso del modelo lógico obtuvieron desde el inicio reducidas pruebas de avances científicos, tanto así que los únicos medios a través de los cuales se demuestran los descensos de los problemas sociales son los recursos estadísticos del INEI.

[A]l igual que en el caso de la condición de interés, a partir de indicadores relacionados con los factores causales, debemos describir la situación del país en términos de incidencia y tendencias, así como en lo concerniente a las brechas que existen entre ámbitos geográficos, grupos poblaciones, niveles de pobreza, etcétera. Es decir, determinar nuevamente a quiénes afecta el factor y cuál es el nivel de la necesidad a la que hay que responder, para ello dicho análisis debe basarse en el indicador que determina la magnitud del factor causal (MEF, 2008).

De la misma manera, el modelo prescriptivo, tercer elemento metodológico del modelo lógico, señala que la identificación de los factores causales puede ser afectada (factor causal vulnerable) mediante la aplicación de intervenciones dirigidas a lograr los objetivos del programa. Estas deben desarrollarse mediante: (i) la identificación de los puntos vulnerables en el modelo explicativo, (ii) la identificación de las intervenciones a partir de criterios de eficacia y efectividad, (iii) la identificación de las intervenciones actuales y (iv) la priorización de las intervenciones que se realizarán.

Nuevamente el modelo lógico demuestra tener puntos críticos para la eficacia metodológica. Esto se debe a que las intervenciones que se realizan sin una adecuada producción epistemológica no pueden generar resultados de impacto óptimos para la creación de valor público. Tal aseveración puede ser cotejable a través del análisis de la figura 3.8; al igual que para las relaciones de causalidad de los modelos operacional (conceptual), prescriptivo, y explicativo, se utilizan mayormente evidencias internacionales, de naturaleza cuasiexperimental, ya que, al no contar con estudios epistemológicos propios, es casi imposible verificar si la capacidad programática presupuestal es la más idónea para la creación de calidad de vida. Este

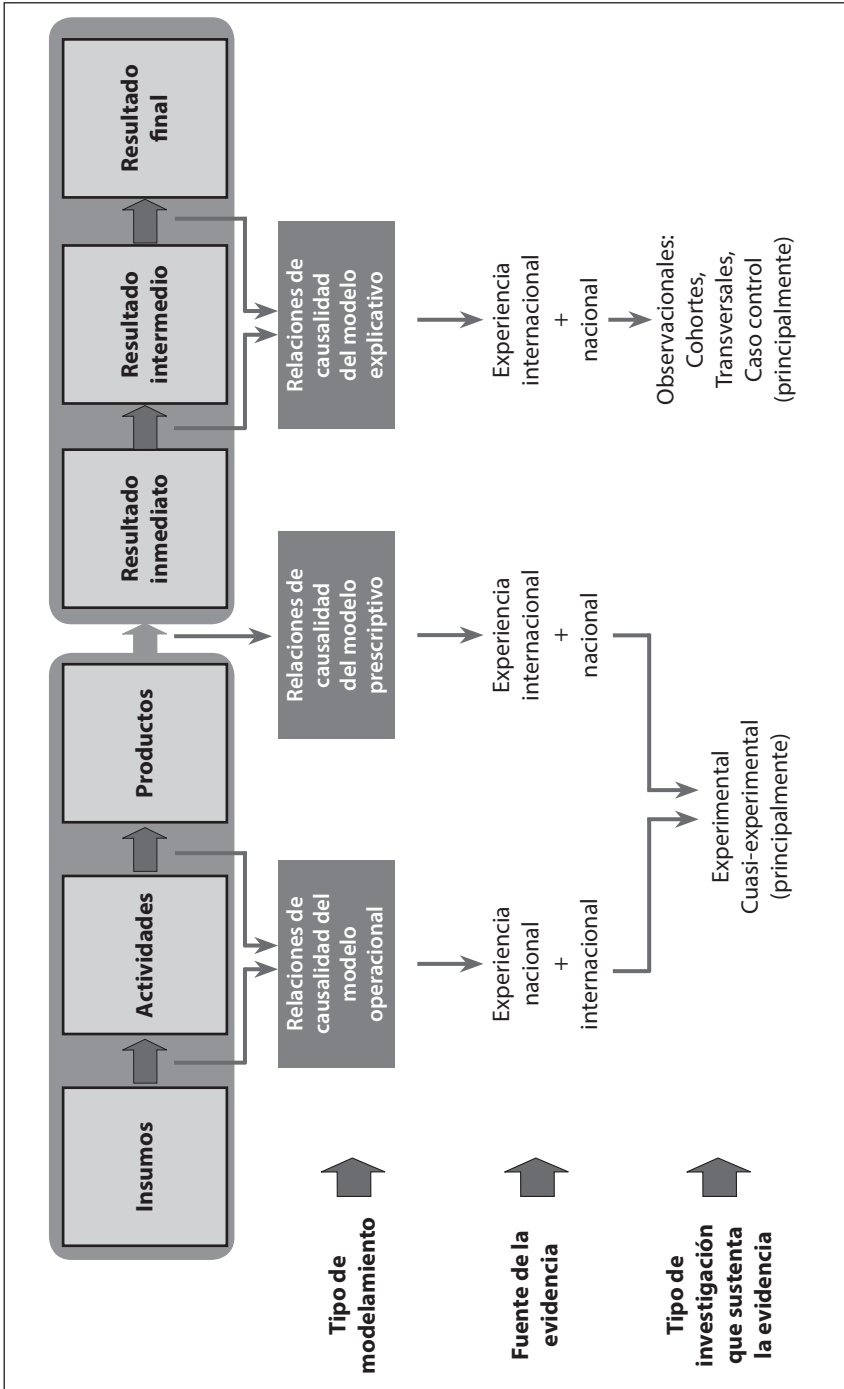


Figura 3.8. PpR: modelo lógico y evidencias

Fuente: MEF, 2016; Minsa, 2016.

procedimiento se agudiza cuando en la práctica nacional no existen las evaluaciones de impacto.

La eficacia presupuestal ha generado al Estado peruano importantes avances, al permitirle que cuente con un sistema, provisto por el MEF, que genera estadísticas en tiempo real de las intervenciones de gasto público. Lo cuestionable de todo ello es la calidad del desempeño del Presupuesto por Resultados, debido a que los avances de efectividad de gasto miden únicamente el cumplimiento de las metas presupuestales y no la creación de valor público. A su vez, los indicadores de desempeño de las intervenciones públicas de los programas presupuestales no desarrollan intervenciones intersectoriales, ni intergubernamentales, lo que condena a un precario desempeño de la ejecución financiera de cada programa presupuestal (MEF, 2016).

Ante este panorama estratégico y programático, surge la necesidad de incorporar el modelamiento causal para el abordaje de los DSS, y, así, mejorar sustancialmente el desarrollo del modelo lógico-convencional en las intervenciones del Estado peruano. Para ello, a través del uso de la figura 3.8, a manera inicial, se esgrime la interrelación intrínseca entre el modelamiento causal y el modelo lógico, con el fin de elaborar programas presupuestales a base de evidencia, vigilancia y evaluación de impacto. Se trata de una propuesta metodológica que, dependiendo de las pruebas experimentales que se allanen a la presente investigación, logren proponer una alternativa de mejora para la disminución de las brechas nacionales de equidad.

Otra de las críticas al modelo es la escasa participación conjunta del Estado a través de la acción intersectorial e intergubernamental.

Es necesario desagregar la información de la programación metodológica. La figura 3.9 establece el tipo de modelamiento (operacional, prescriptivo y explicativo) para la cadena de suministro de producción de valor público (insumos, actividades, productos, resultado inmediato, resultado intermedio y resultado final); suma a ello la fuente de evidencia (nacional o internacional) y el tipo de investigación que sustenta la evidencia. Se precisa el uso de la evidencia cuasiexperimental y transversal (cohortes y caso control). Para el caso del modelamiento causal para el abordaje de

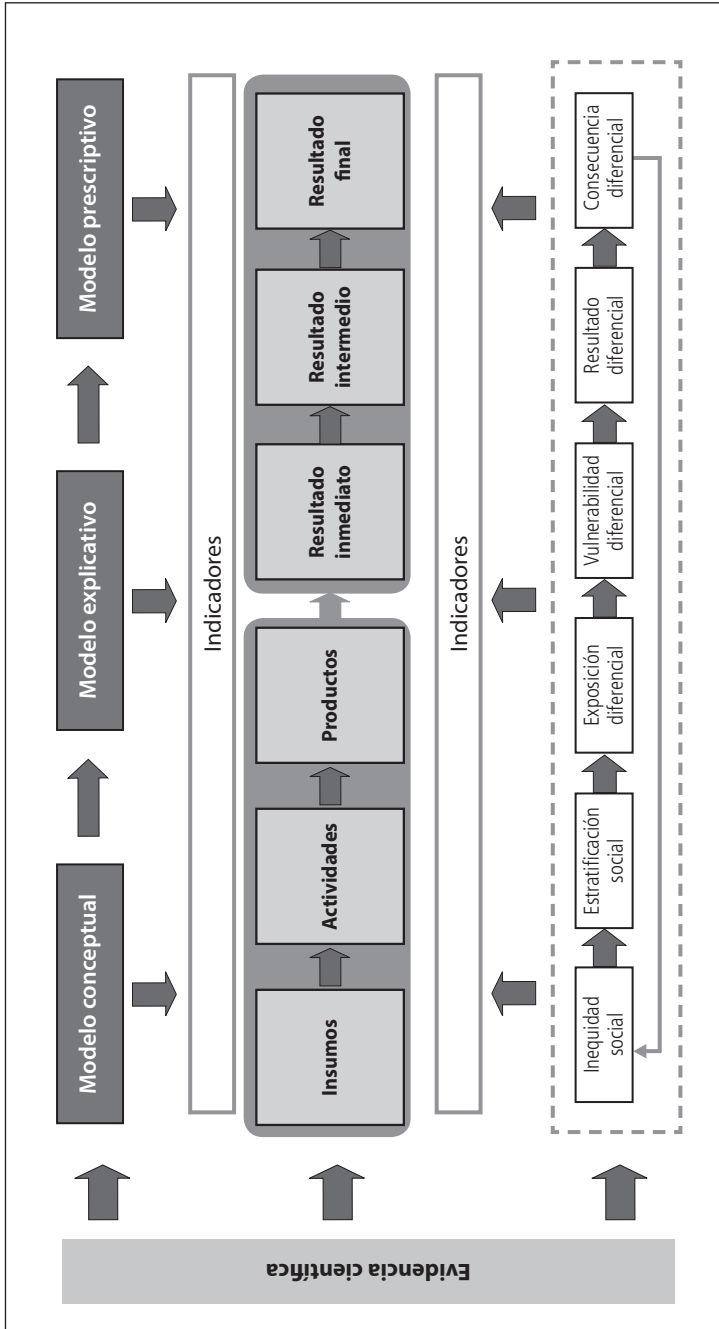


Figura 3.9. DSS: modelamiento lógico
Elaboración propia.

los DSS, tanto el modelo operacional como el prescriptivo y el explicativo deberían clasificarse en función de los estratificadores (estratificación social, exposición diferencial, vulnerabilidad diferencial y consecuencia diferencial). La idea es que cada uno de estos modelos desarrolle las relaciones de causalidad utilizando principalmente evidencia científica y no cuasiexperimental u observacional.

Es importante mencionar que la calidad de las evidencias genera mayor certeza sobre las intervenciones. Más aún, es paradójico, ya que en el Perú existe escasa evidencia académica. Lamentablemente, fuera de tener un modelo programático presupuestal, se hace necesario el uso de soporte metodológico científico que adapte las recomendaciones de la OMS para gestionar el abordaje de los DSS. El problema de toda esta metodología de trabajo radica en la distribución de la causalidad, es decir, el proceso de estandarizar, sistematizar, clasificar los determinantes que originan las causas de los problemas sanitarios, sociales o culturales. Es allí donde el modelamiento causal establece una mirada particular de estratificar la información.

La figura 3.10, por problemas priorizados, determinantes, intervenciones e indicadores, estableciendo la propuesta metodológica que incluye el uso de los DSS para la programación presupuestal. En el caso de la cadena de suministros para la generación de valor público, las actividades se relacionarán con la estratificación social, los productos; y el resultado inmediato, con la exposición y vulnerabilidad diferencial. El modelo explicativo es consecuencia del resultado intermedio a través del resultado diferencial; y el resultado final, respecto a la consecuencia diferencial.

Conocer las causas de las inequidades en salud hace necesaria la vigilancia de los determinantes sociales, las inequidades en salud y la evaluación de los efectos de las políticas públicas en la salud. Estas medidas se deben institucionalizar como parte de los mecanismos de responsabilidad para el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en todos los sectores y Gobiernos regionales y locales.

La inexistente o inadecuada información sobre los DSS, las inequidades en salud y los efectos de las políticas públicas en la salud representa una de las explicaciones de las deficientes medidas que se toman para resol-

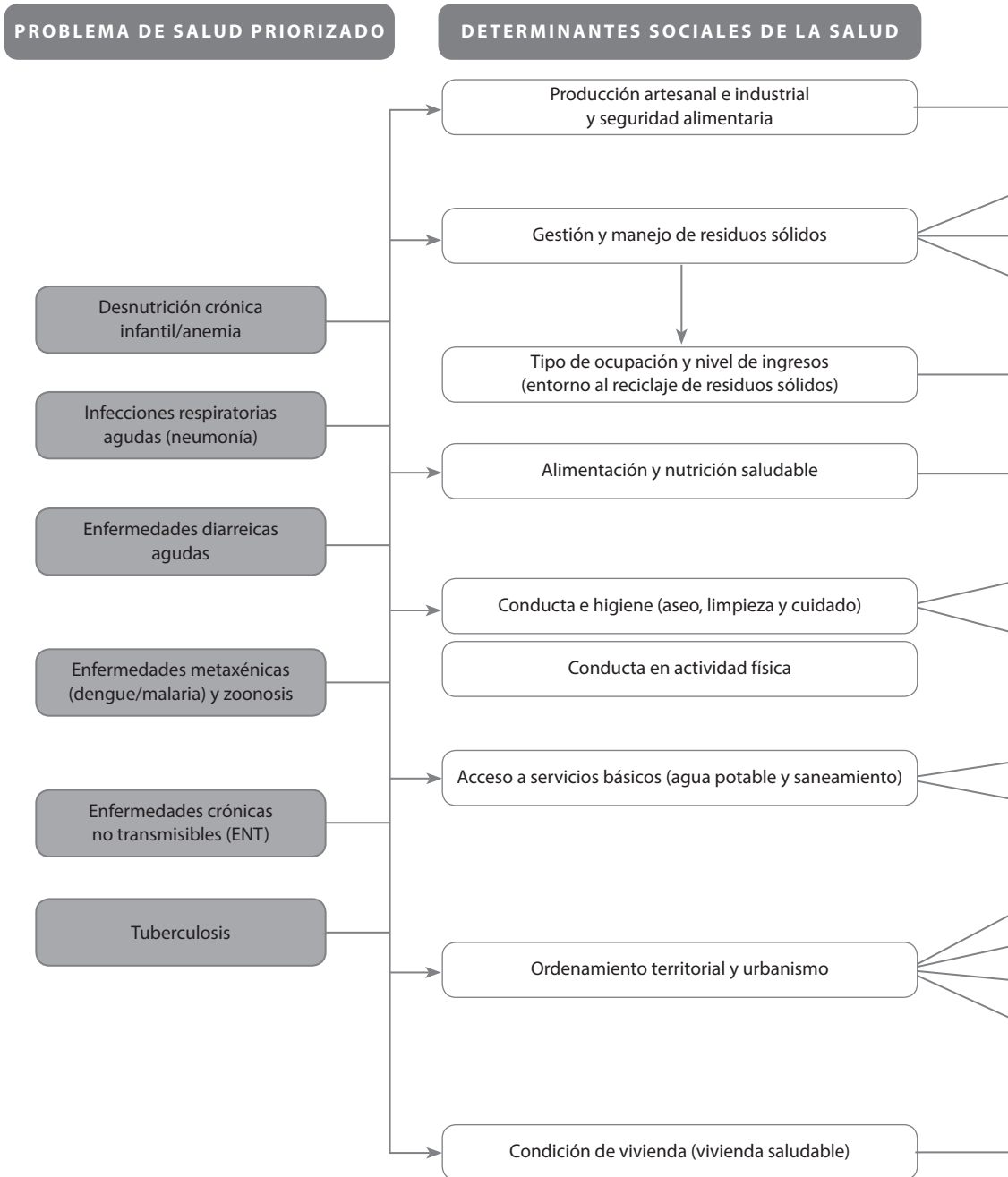
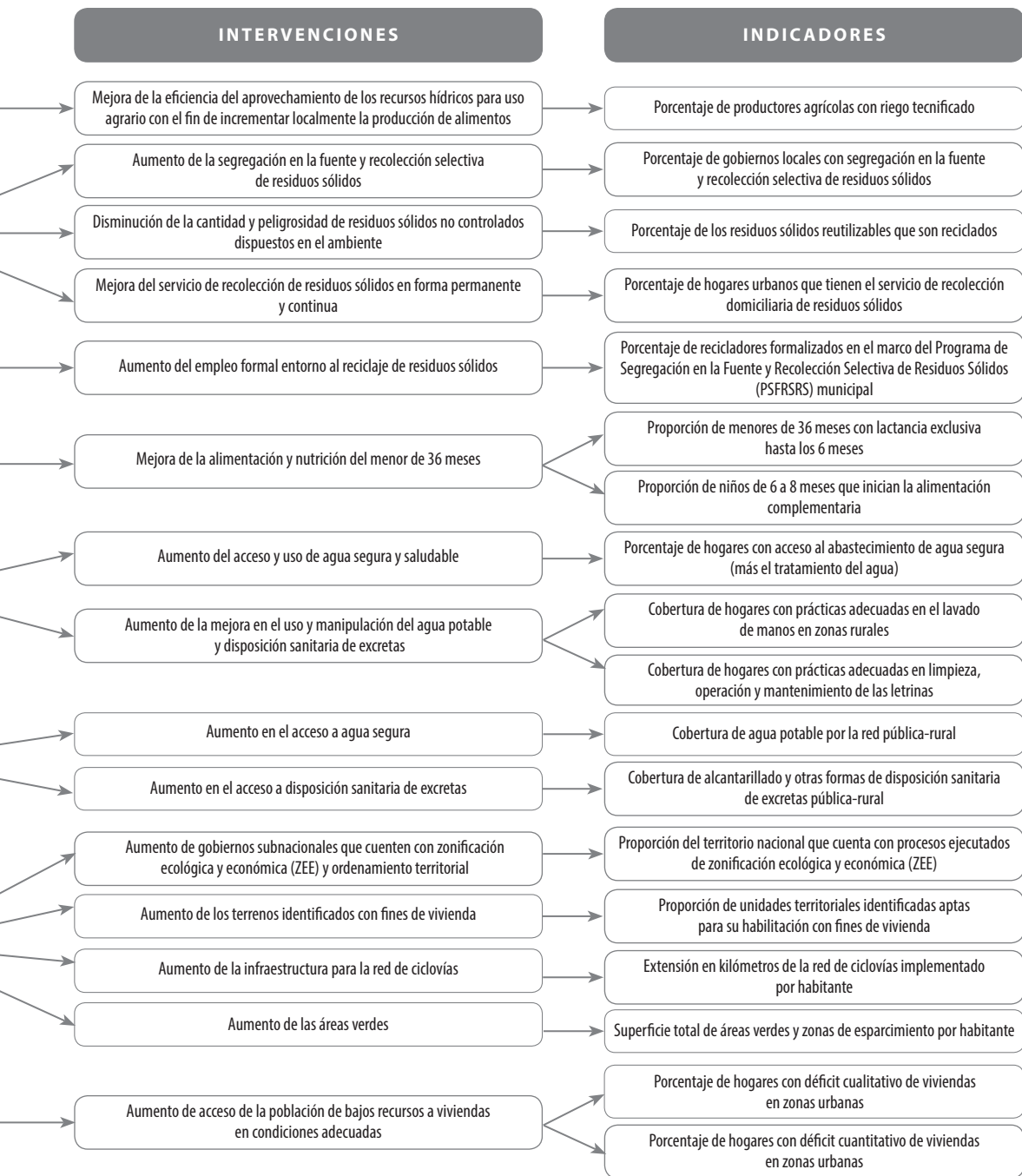


Figura 3.10. DSS: modelamiento, intervenciones e indicadores
Elaboración propia.



ver los problemas de salud pública. Si la medición sobre estos aspectos no compara el estado de salud entre diferentes grupos poblacionales, las inequidades en salud seguirán siendo invisibles (los promedios esconden la persistencia o el aumento de las diferencias entre los grupos) y, por lo tanto, difícilmente se podrán incluir en la agenda política las inequidades en salud; tampoco se podrán, en consecuencia, diseñar o implementar políticas públicas equitativas.

Por otro lado, fuera de establecer una alternativa metodológica para la formulación de programas presupuestales, la vigilancia de los DSS, las inequidades en salud y los efectos de las políticas públicas en la salud no solo exigen la recopilación de datos, sino también la diseminación y el uso de los mismos, así como su integración en el proceso de formulación de las políticas públicas y la responsabilidad de los sectores y Gobiernos regionales y locales.

El diseño e implementación de políticas públicas requiere información sobre los DSS; por esta razón, para vigilarla se precisa información de otros sectores, además del sector Salud. Los sistemas de información, como los del Instituto Nacional de Estadística e Informática, los ministerios, los organismos públicos y los organismos autónomos¹², así como las bases de datos y publicaciones estadísticas de instituciones regionales y mundiales, como los de la OPS, la Cepal, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, entre otros, son fuentes de información valiosa sobre los DSS. Sin embargo, es necesario tener presente que, por lo general, dichas cifras reflejan promedios que esconden tras de sí brechas amplias que no se pueden precisar si es que no se cuenta con información a nivel más local. Se

12. Por ejemplo, los censos nacionales (censo de población y vivienda, censo económico, censo agropecuario, censo de pesca artesanal, censo de comisarías, censo universitario) y encuestas (Encuesta Nacional de Hogares, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Encuesta de Programas Estratégicos, Encuesta Permanente de Empleo, Encuesta Económica Anual, etc.) del INEL, estadísticas y reportes de los ministerios (Estadística de la Calidad Educativa del Ministerio de Educación, etc.), Sistema de Monitoreo y Evaluación de Políticas y Programas del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Sistema de Seguimiento de Ejecución Presupuestal y de Proyectos de Inversión (consulta amigable y banco de proyectos del SNIP, respectivamente, del Ministerio de Economía y Finanzas), estadísticas y reportes del Banco Central de Reserva del Perú, informes y publicaciones de la Defensoría del Pueblo, etc.

requieren datos a nivel local, de distrito y de comunidad, si es preciso, para conocer dónde se ubican los extremos sobre los que posiblemente haya que intervenir con mayor prontitud.

Dado que las políticas públicas y programas presupuestales sobre los DSS deben aplicarse en sectores diferentes, su vigilancia exige un enfoque de sistemas, identificando la información más relevante sobre los determinantes necesarios para la reducción de las inequidades en salud. Se necesita, sin embargo, que el INEI llegue al escenario local para medir las intervenciones que tienen como objetivo la reducción de las brechas de equidad.

Los sistemas de información en el sector Salud deben estar diseñados para la generación, recolección, procesamiento, análisis, disseminación y utilización de rutina de datos e información sobre los resultados de salud¹³, los DSS, las inequidades en salud y la interacción entre ellos. Por ejemplo, los registros de las causas de muerte deben permitir evaluar la tasa de mortalidad en función de la educación, la ocupación, el ingreso, el género, la etnia o el lugar de residencia.

Para hacer seguimiento de las inequidades en salud, los sistemas de información necesitan desglosar los datos, analizarlos y compararlos de forma desagregada en función de aquellos determinantes que presentan una relación con las inequidades en salud. Estos «estratificadores sociales» incluyen la clase social, la educación, la ocupación, los ingresos, la edad, el género, la etnia, la discapacidad y el lugar de residencia (hasta la más pequeña demarcación territorial), además de otros determinantes, como las condiciones materiales¹⁴. Este desglose es fundamental en el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a reducir las inequidades; contribuyen, además, a tomar mejores decisiones y responsabilidad en el nivel local.

Los sistemas de información, con el propósito de fundamentar los cambios en las políticas públicas, precisan establecer objetivos de reducción de

13. Estadísticas de morbilidad, mortalidad, la carga de enfermedad, entre otras.

14. La selección de los estratificadores sociales depende del contexto, ya que no es factible, ni aconsejable, desglosar los datos de todos, dada la limitación de recursos.

las inequidades en salud acordados entre los diferentes sectores, con metas e indicadores claros. Además, requieren identificar indicadores que midan los DSS, así como métodos que vinculen los datos de los demás sectores a fin de esclarecer su repercusión en la reducción o el incremento de las inequidades en salud.

La disponibilidad de datos e información sobre los DSS, las inequidades en salud y los efectos de las políticas públicas en la salud no siempre dan lugar a la ejecución de políticas públicas sistemáticas sobre los determinantes. El uso de esta información para el abordaje de los DSS requiere mecanismos de comunicación dirigida a los decisores o formuladores de políticas públicas. Esta información se debe poner a disposición de todos los sectores y Gobiernos regionales y locales para permitir el análisis, la decisión y la acción sobre los DSS.

5.2. DSS: la implementación de la evaluación de impacto

Para efectos del abordaje de los DSS, la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) es un instrumento de protección y promoción de la salud, en tanto que exige adoptar una definición amplia del proceso de enfermedad, a fin de incluir tanto los peligros como los beneficios de salud de la propuesta evaluada, así como el modo en que pueden protegerse y promoverse la salud y el bienestar.

La EIS evalúa los planes, los proyectos, los programas o las políticas antes de que se pongan en ejecución. Predice los efectos en la salud de las propuestas, evaluando la intensidad y la probabilidad de los impactos previstos, tanto positivos como negativos, determinando si son directos o indirectos y previendo su distribución. El ciclo de la evaluación de impacto (ver figura 3.11) necesita un proceso de desarrollo y retroalimentación que incorpore el uso de indicadores de producción física, el nivel de desempeño, la estructuración de costos, productos y actividades, así como la producción de fuentes de información presupuestal y la codificación, monitoreo, evaluación de impacto. Cada uno de estos subprocesos requiere estructuras de soporte de calidad para que la retroalimentación tenga resultados costo-eficientes a mediano y a largo plazo.

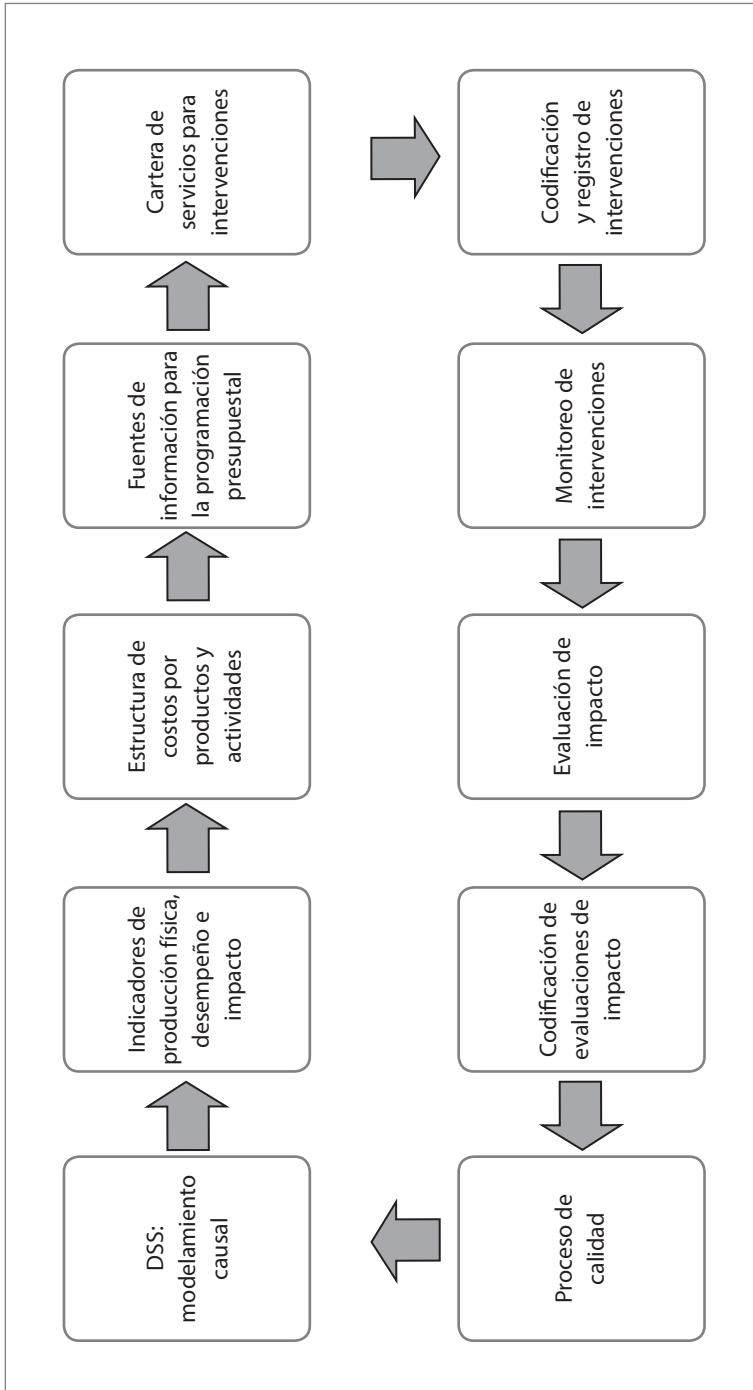


Figura 3.11. DSS: desarrollo y retroalimentación de intervenciones
Elaboración propia.

Es necesario que la EIS albergue los dos extremos de este espectro, según la propuesta que se evalúe, los efectos que se aborden y el acceso a los datos cuantitativos y cualitativos sobre los efectos en la salud.

Con el fin de institucionalizar la EIS, se recomiendan medidas para:

- Potenciar al máximo los efectos positivos en la salud y reducir al mínimo los negativos, es decir las inequidades en salud.
- Interesar a las instancias decisoras para que tengan en cuenta los efectos en la salud y los determinantes de la salud en sus deliberaciones; es decir, constituir un instrumento alimentador de toma de decisiones anexo a la vigilancia de las inequidades en salud.

La EIS constituye, por otro lado, un método estructurado que se centra en la resolución de problemas y el fomento de la acción con el fin de potenciar al máximo los efectos positivos en la salud y minimizar los negativos de las nuevas iniciativas.

La EIS para reducción de las brechas de inequidad permite mejorar la planificación y la formulación de políticas y programas presupuestales:

- Define los peligros que la propuesta en elaboración representa para la salud.
- Ayuda a reducir o eliminar los posibles riesgos de salud que surgen de estos peligros y a comunicar los riesgos restantes como parte del proceso.
- Permite reconocer y, cuando es factible, fortalecer los modos en que la iniciativa propuesta puede promover y mejorar la salud.
- Permite detectar y abordar los efectos sociales, ambientales y económicos subyacentes de la iniciativa que tendrán repercusiones directas e indirectas sobre la salud.
- Propicia la reducción o eliminación de las desigualdades sanitarias que son resultado directo de la propuesta.

4

Propuesta de gestión para el abordaje de los DSS

En este capítulo se formula la propuesta que establece el uso del modelamiento causal para proponer intervenciones que permitan mejorar eficientemente las intervenciones de la administración pública peruana.

Se trata de un instrumento de gestión para proponer escenarios de éxito en la gestión de los DSS a través de la participación de los tres niveles de gobierno.

Los DSS son gravitantes en la situación de la salud y definen las necesidades y demandas que la población tiene al respecto. No podrán modificar la situación si no se interviene prioritariamente sobre los determinantes estructurales de la salud. Los cambios necesarios solo podrán llevarse a cabo si existe la decisión política del Estado de actuar e intervenir más allá del campo propiamente sanitario, lo que tendrá, sin embargo, impacto indirecto o directo en la salud de la población.

Cambiar la situación actual de las condiciones en las que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, y que impactan en la salud, corresponde a decisiones de Estado (que implican a los tres poderes) y de los niveles de gobierno, que, sobre la base de sus competencias, funciones y recursos, materializan las acciones sobre los DSS. Los resultados de la intervención en este nivel se podrían ver en el mediano y largo plazo, de ahí que es imperativo iniciarlas cuanto antes.

En ese sentido, el Estado determina directamente el contexto socioeconómico y político, es decir, la gobernanza y las políticas públicas (políticas macroeconómicas, comerciales, productivas, laborales, educativas, sanitarias, entre otras) necesarias para la reducción de las inequidades sociales. El rol del Estado, por tanto, refleja la posición política de los tres niveles de gobierno para dar prioridad al objetivo de reducir las inequidades en salud y promover el bienestar de la población a través de, por ejemplo¹⁵, la redistribución eficiente y eficaz del gasto público, así como de la regulación estatal frente a las anomalías del mercado, con lo cual se garantiza el gradiente social de distribución de riquezas. El rol del Estado, por consiguiente, debe influir prioritariamente en los determinantes estructurales de la salud.

Para efectos del fortalecimiento de la gobernanza a través de la inclusión de salud en todas las políticas públicas, estas deben desarrollarse de manera intersectorial.

El abordaje de los determinantes sociales requiere enfoques que abarquen toda la sociedad y todos los niveles de gobierno, y que se ocupen explícitamente de la equidad en salud a través de la legislación o las políticas públicas. Otras simplemente necesitan que determinados sectores cumplan bien su función (por ejemplo, en la concepción y ejecución de las políticas fiscales o educativas). Sin embargo, muchas políticas necesarias requieren de información, cooperación, coordinación e integración entre diferentes sectores, es decir, de la acción intersectorial (Agencia de Salud Pública de Canadá & OMS, 2008).

La acción intersectorial tiene como fin disminuir las inequidades en salud mediante la ejecución de políticas públicas que permitan mitigar el efecto de la estratificación social (diferencias entre los individuos), reducir la exposición (factores de riesgo) y la vulnerabilidad de las personas (grupo de personas con algo en común, como, por ejemplo, las gestantes, madres de niños menores de cinco años, grupos ocupacionales, entre otros).

15. De la misma manera, se incluyen dentro del fortalecimiento del rol de Estado respecto a la salud la protección de los derechos humanos para garantizar el Estado de derecho, la gobernanza y gobernabilidad del país.

Los desafíos más importantes radican en decidir qué problemas requieren una acción intersectorial e identificar objetivos comunes para diversos sectores, los cuales tienen distintos intereses. Por ello, para lograr su participación, no es necesario que intervengan todos los sectores ni identificar los prioritarios por cada problema de salud pública, según el contexto. En ese sentido, también se necesita identificar los sectores con intereses en la adopción y aplicación de políticas públicas que aborden los DSS.

Una vez que se ha conseguido la participación de dichos sectores, estos deben percibir los beneficios del trabajo colaborativo en relación con sus propias prioridades. De ahí que se precisa enunciar claramente los logros en cuanto a la salud y la equidad en salud, y cómo repercuten en aquellos con respecto a sus intereses.

En el marco del proceso de descentralización, es necesario fortalecer y reorientar la acción intergubernamental como un mecanismo de gestión que permita mejorar la equidad en salud a través de la coordinación entre los tres niveles de gobierno que tengan competencia directa o indirecta sobre el problema de salud. Estos pueden incidir, en consecuencia, en lograr y mejorar la equidad en salud.

En ese sentido, para que las políticas públicas, en cuanto expresión de la acción del Estado, se mantengan articuladas y alineadas hacia un objetivo compartido, se requiere de un conjunto de mecanismos de articulación entre los sectores y los niveles de gobierno. Estos mecanismos se expresan, conforme a la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, en instancias de relación vertical entre los niveles de gobierno: el Consejo de Coordinación Intergubernamental, los consejos nacionales, las comisiones intergubernamentales sectoriales, y los consejos de coordinación regional y local; así como entre las instancias de relación horizontal entre sectores: las comisiones interministeriales (CIAEF, CIAS), las juntas de coordinación interregional, las asociaciones de Gobiernos descentralizados (ANGR, AMPE, REMURPE, MUNIRED, etc.), y las mancomunidades regionales y municipales (PCM, 2013).

La aplicación exitosa de medidas intergubernamentales e intersectoriales requiere la incorporación del concepto de salud en todas las políticas, compromiso asumido por el Perú en Río de Janeiro, en la Conferencia

Mundial sobre DSS, donde se declaró «nuestra determinación de lograr una equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral» (OMS, 2011b, p. 1).

1. Diseño de la propuesta de gestión

La importancia de las intervenciones denotan los esfuerzos de la CDSS para ejercer, en todo el mundo, la inclusión de «Salud en todas las políticas». Sin embargo, para efectos de la presente investigación, es imprescindible utilizar nomenclatura de gestión (ver cuadro 4.1).

Cuadro 4.1. *Matriz estratégica de intervención*

Objetivo	Estrategia	Procesos y método	Información
Determinar los escenarios de éxito para la gestión de los DSS en las RIAPS, de acuerdo a la realidad sanitaria y social local	Trabajo intersectorial e intergubernamental con todos los sectores del Gobierno. Trabajo de gabinete con ejecutivos GERESA/DIRESA.	Proceso de adecuación de modelamiento a la realidad local. Análisis de instrumentos técnicos presupuestales y de la viabilidad de reorientación a zonas vulnerables. Análisis de actores político/técnicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridades de salud pública a nivel local. • Modelo causal y de intervenciones en los DSS. • Relación de mecanismos de financiamiento. • Instrumentos técnicos y presupuestales (sectorial, sectores claves, gobierno local, otros) para la viabilidad de las intervenciones.

Elaboración propia.

Tomando como base la metodología de la gestión de proyectos, se ha elaborado el cuadro 4.2 que considera las actividades detalladas (por etapas), y en el que se indica la duración de cada actividad comprendida en cada una de las etapas del proyecto de implementación, mencionadas en el cuadro 4.1. Asimismo, considerando los elementos de implementación, se ha establecido una duración estimada de 90 días calendario (tres meses), conforme se detalla en el cuadro 4.2.

Cuadro 4.2. *Etapas para el abordaje de los DSS*

		Pasos	Equipos de trabajo
Etapa 1	15 días	Identificación de documentos para el análisis.	
Etapa 2	15 días	Análisis de la situación de salud con enfoque de DSS y de inequidades en salud.	
Etapa 3	10 días	Identificación de los principales problemas de salud y factores de riesgo.	
Etapa 4	10 días	Marco de análisis para la identificación de determinantes para el abordaje de los DSS de los problemas de salud pública.	Especialistas de los sectores, todos los niveles de Gobierno y representantes de la Sociedad Civil*
Etapa 5	10 días	Mapeo de actores técnicos.	
Etapa 6	10 días	Análisis del marco legal para el abordaje de los DSS. Análisis de mecanismos de financiamiento para el abordaje de los DSS.	
Etapa 7	20 días	Marco de análisis para la definición de intervenciones para el abordaje de los DSS. Identificación de intervenciones específicas y factibles para disminuir las inequidades de los problemas de salud pública.	
Total	90 días		

Nota: * La reunión debe ser conducida por representantes de la Presidencia del Consejo de Ministros con el apoyo de la Secretaría Técnica del Ministerio de Salud.

Elaboración propia.

2. Etapas de implementación de la propuesta de gestión

2.1. Etapa 1: identificación de documentos para el análisis

Se conformará un grupo de trabajo¹⁶ constituido por los funcionarios de todos los sectores y equipos técnicos de las autoridades regionales de salud¹⁷, las gerencias de la RIAPS (en el caso de un análisis descentralizado focalizado). Es importante que el grupo de trabajo sea de carácter multidisciplinario y cuente con la asistencia técnica de la Autoridad Nacional de Salud en el caso de que esto se considere necesario.

16. En gabinete: con un mínimo de 15 personas.

17. En el caso de Lima Metropolitana, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

Revisar los documentos técnicos actualizados durante los tres últimos años:

- iii. ASIS regional y local (distrital y provincial).
- iii. Plan de Desarrollo Municipal Concertado.
- iii. Documentos normativos o publicaciones proporcionadas por la Dirección General de Promoción de la Salud sobre el Modelo de Abordaje de DSS.

En forma complementaria, de no contar con los tres documentos señalados, se recomienda identificar la información local a través de boletines, informes, o reportes epidemiológicos actualizados, u otros documentos que consoliden la información de los principales problemas sociales y sanitarios, tales como: actas de presupuestos participativos, instrumentos de participación ciudadana (por ejemplo, actas de cabildos abiertos, mesas de concertación, etc.).

El equipo de trabajo en gabinete será liderado por la PCM a través de Ceplan o la Secretaria Técnica de Descentralización, y analizará la información relacionada con los problemas sanitarios e indicadores priorizados de los documentos identificados. Las conclusiones del gabinete serán completadas en la matriz de resumen (ver cuadro 4.3), que permitirá definir las prioridades sanitarias para los pasos siguientes.

Cuadro 4.3. DSS: matriz para definición de problemas sanitarios

Documento revisado	Problemas sanitarios	Indicadores y resultados (incidencia, prevalencia y áreas geográficas con mayor número de casos)	Comentario u observación

Elaboración propia.

2.2. Etapa 2: análisis de la situación de salud local con enfoque de DSS y de las inequidades en salud

Según la información contenida en los documentos revisados anteriormente, así como el aporte de los equipos de trabajo, se completará la matriz de

contenido (ver cuadro 4.4), cuyos datos son claves para el diseño del modelo causal de los problemas de salud priorizados bajo el enfoque DSS. Se debe procurar la obtención de los datos más recientes y de aquellos que se acoplen a la realidad sanitaria de la localidad; de este modo, si se encuentra algún otro dato relevante que no se ha tenido en cuenta para las matrices, se debe considerar su incorporación.

Cuadro 4.4. DSS: matriz para la identificación de las características demográficas

Indicadores demográficas	Porcentaje	Número absoluto
Población expuesta		
Población vulnerable		

Elaboración propia.

2.3. Etapa 3: identificación de los principales problemas de salud y factores de riesgo

De acuerdo con el análisis de los pasos anteriores (etapas 1 y 2), los principales problemas de salud en el ámbito geográfico descentralizado se deben definir en función de la demanda de necesidades sanitarias existentes. Se seleccionarán un máximo de diez problemas de salud sobre la base de la discusión en el gabinete y las evidencias definidas en las matrices de trabajo anteriores. Estas se señalarán en la matriz del cuadro 4.5, especificando el principal indicador sanitario que destaque su relevancia; asimismo se deben

Cuadro 4.5. DSS: matriz de priorización de los problemas de salud

Problemas de salud priorizados	Sustentación de la priorización	
	Indicador de impacto	Aspectos cualitativos y cuantitativos a considerar
Mortalidad materna	221 muertes maternas / 100,000 nacidos vivos	La mayoría ha vivido en zonas con quintil 1. Más de la mitad de las muertes eran madres adolescentes. Más de la mitad no termino la primaria.
TBC	Prevalencia: 255 casos / 100,000 habitantes	El 43% son jefes del hogar. El 70% están dentro de la PEA. El 20% son diagnosticados con tuberculosis multirresistente (MDR-TBC, por sus siglas en inglés).

Elaboración propia.

incluir algunas consideraciones socioeconómicas y políticas que completen el marco de su real importancia en la realidad sanitaria que enfrenta la red de salud. En la matriz se señalan dos ejemplos para su mejor comprensión.

2.4. Etapa 4: análisis causal con enfoque de DSS para los problemas de salud pública

La aplicación, mediante el árbol de problemas, del modelamiento causal de DSS incorpora el modelo abstracto que los describe según los supuestos de intervención causales del sistema social en un ámbito territorial alrededor de un problema de salud pública. Dichos supuestos son tres: estratificación social, exposición diferencial, vulnerabilidad diferencial y resultado diferencial (Diderichen, 2001).

A partir del paso anterior, se analiza cada problema de salud priorizado de acuerdo con la siguiente metodología, con el objetivo de definir el modelamiento causal de los DSS según las evidencias, marco normativo, contexto socioeconómico y político, exposición diferencial y vulnerabilidad diferencial.

El problema de salud identificado en el cuadro 4.5 inicia el análisis colocando el problema de salud en la primera columna de la tabla. El dengue, por ejemplo, se muestra en la primera columna del cuadro 4.6.

En la segunda columna se presenta una lista de las condiciones (determinantes intermedios) que incrementan el riesgo de padecer el problema de salud seleccionado. El listado de condiciones identificadas debe ser, en el mejor de los casos, producto de la búsqueda de evidencia científica que permita establecer la relación entre la condición identificada y el problema de salud. Se elegirá aquella condición que cuente con mejor evidencia y tenga mayor impacto en la población. En caso de no tenerla, se sugiere conformar un grupo de expertos que ayuden a complementar la lista de condiciones, como, por ejemplo, baja disponibilidad de agua potable, ausentismo de profesores en el colegio, ausencia de caminos rurales hacia los establecimientos de salud, entre otros.

En la tercera columna se especifica la base legal —que se relaciona con la condición identificada en el paso anterior— de ámbito nacional (leyes,

Cuadro 4.6. DSS: matriz operativa

Problema de salud	Condiciones (determinantes intermedios)	Marco normativo sobre los determinantes	Contexto socioeconómico y político	Exposición diferencial	Vulnerabilidad diferencial
Dengue	Baja cobertura de agua potable	Acuerdos de Concejo, ordenanzas municipales, resoluciones, etc.	Políticas públicas e intervenciones gubernamentales	Condiciones materiales, conductas y factores biológicos, y factores psicosociales	Grupos de poblaciones con mayor vulnerabilidad a ser contagiados

Elaboración propia.

decretos, resoluciones, etc.), regional (ordenanzas regionales, directivas, etc.) o local (ordenanzas distritales), según corresponda al ámbito territorial de abordaje. Debe guardar relación con cada una de las condiciones identificadas en la segunda columna.

En la cuarta columna se caracteriza a la población en grupos según su posición socioeconómica en el ámbito territorial. Se construye a partir de los determinantes que causan las inequidades en salud, es decir, género, etnicidad, educación, ocupación, ingresos; y que fueron identificados.

Se recomienda caracterizar a la población en un máximo de cinco estratos, del más desfavorecido al menos desfavorecido. Por ejemplo, para el problema del dengue, la población en el estrato más desfavorecido corresponderá al grupo de individuos agricultores informales que viven en zonas rurales, con bajo nivel educativo y de escasos ingresos; y el grupo de individuos en el estrato menos desfavorecido serán pobladores con un nivel educativo superior y con ingresos medio-altos. Para complementar esta estratificación, corresponderá clasificar a las mujeres en zonas rurales con educación primaria y bajos ingresos; y mujeres en zona urbana, con educación y estratos medio-altos, niños de familias con familias y niños de familias medio alto, hombres con empleo informal y de bajos ingresos ocasionales y hombres con negocio formalizado e ingresos medio altos.

En la quinta columna se colocarán las condiciones de riesgo con mayor impacto en salud pública identificadas en la segunda. El objetivo es rela-

cionar las condiciones según su efecto para cada posición socioeconómica identificada en la cuarta columna.

La sexta columna corresponde a las poblaciones con características particulares (población vulnerable); están constituidas por subgrupos que comparten características sociales que incrementan su riesgo de enfermar. Entre ellos tenemos a los grupos étnicos, población en extrema pobreza, población analfabeta, etc. El objetivo en esta columna es vincular los grupos vulnerables con cada posición socioeconómica identificada en la cuarta columna.

2.5. Etapa 5: mapeo de actores

El mapeo de actores dentro del abordaje y gestión de DSS se sustenta en la participación de actores e instituciones sociales que buscan acuerdos y consensos políticos con viabilidad técnica (Pastor, 2005).

El principal objetivo del análisis de actores es describir la realidad social en la que se intervendrá y comprender su complejidad, así como planificar y diseñar las estrategias para su intervención. Sobre esta base, los funcionarios y servidores públicos para el abordaje y gestión de DSS deberán definir a los especialistas que formarán parte del contexto sociopolítico del ámbito jurisdiccional descentralizado y nacional, vinculando prioridades sanitarias y estableciendo el tipo de relación y el nivel de participación de cada uno de los actores identificados.

a) Identificación de actores

Mediante una lluvia de ideas se elabora un listado de actores con influencia en la realidad sanitaria de la RIAPS. Se trabajará agrupándolos en función de:

- Instituciones públicas conformadas por los tres niveles de gobierno.
- Organizaciones civiles.

b) Relación de los actores con los problemas de salud pública

Una vez definido el listado de los actores sociales, se los relaciona, según el tipo de función, con cada problema de salud priorizado en la etapa 3.

c) Descripción de criterios de los actores prioritarios

De acuerdo con el análisis anterior, se trabaja con los actores más representativos; es decir, aquellos directamente asociados con los problemas de salud.

Utilizando el cuadro 4.7, calificamos a cada actor social según la figura 4.1, es decir, aquellos que se encuentran en el área A y D en todos los problemas de salud, a partir del cual se define un listado de actores según su importancia para el involucramiento adecuado en acciones conjuntas frente a la realidad sanitaria de la RIAPS.

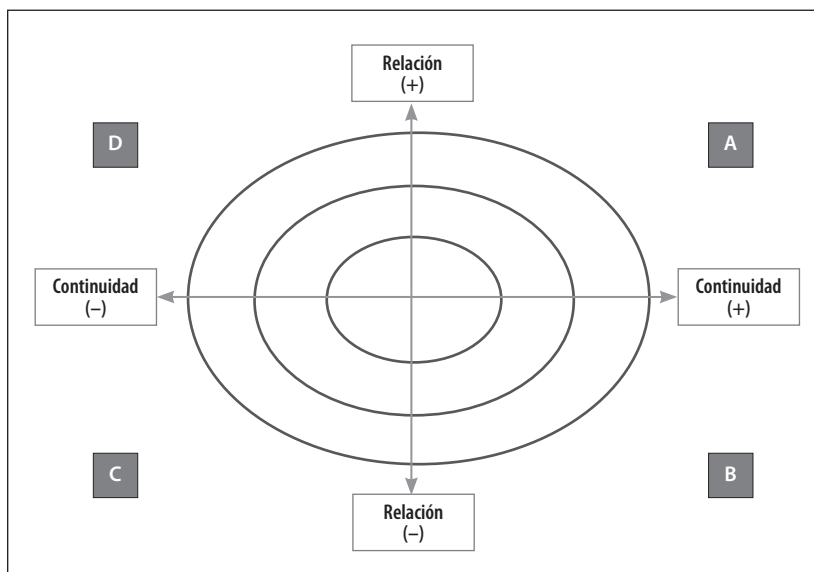


Figura 4.1. Diagrama de las relaciones y continuidad en las acciones que cada actor social desarrolla

Elaboración propia.

Cuadro 4.7. *Tabla de criterios para la identificación de roles de los actores sociales*

Criterios	Descripción	Puntaje
Disposición: Actitud del actor social frente al problema sanitario	Muy alto	5
	Alto	4
	Medio	3
	Bajo	2
	Ninguno	1
Pertinencia: Se refiere a la oportunidad, adecuación y conveniencia de la relación de un actor social respecto al problema sanitario	Muy alta	5
	Alta	4
	Media	3
	Baja	2
	Ninguna	1
Importancia: Capacidad del actor social que lo involucra definitivamente en el problema. Visto en función de los niveles más positivos a más negativos	Ampliamente creciente	5
	Creciente	4
	Inestable	3
	Estable	2
	Decreciente	1
Legitimidad: Se refiere a la capacidad del actor social para obtener compromisos sin necesidad de recurrir a la coacción que supone la amenaza de la fuerza, de tal forma que un Estado es legítimo si existe un consenso entre los miembros de la comunidad política para aceptar la autoridad vigente	La mayoría (más de 60%)	5
	La mitad (40-60%)	4
	Menos de la mitad (20-40%)	3
	Pocos (5-20%)	2
	Muy pocos (menos de 5%)	1
Poder: Se refiere al potencial riesgo de que actores puedan interrumpir o paralizar las operaciones sobre el problema sanitario, en su afán de establecer sus prioridades en la operación.	Muy alto	5
	Alto	4
	Medio	3
	Bajo	2
	Ninguno	1

Elaboración propia.

2.6. Etapa 6: análisis de mecanismos de financiamiento para el abordaje de los DSS

Se identificarán los diversos instrumentos de gestión del Estado que actúan como mecanismos de financiamiento de las intervenciones sobre los DSS; se hará lo mismo con aquellos que provienen del sector privado. Entre ellos tenemos:

a) El Presupuesto por Resultados (PpR)

Es una estrategia de gestión pública que se implementa a través de los programas presupuestales (ver cuadro 4.8) y los incentivos a la gestión (instrumentos del PpR):

- Los programas presupuestales son unidades de programación de las acciones de las entidades públicas que se orientan a proveer productos para lograr resultados específicos y contribuir al logro de un resultado final. Ejemplos de ello son el Programa Articulado Nutricional, el Programa de Gestión Integral de Residuos Sólidos, Qali Warma, el Programa Nacional de Saneamiento Urbano, el Programa de Desarrollo Productivo de las Empresas, etc.
- Todos los años el MEF (2015) aprueba la combinación de cadenas funcionales de programas presupuestales para los Gobiernos locales. Con esta información los gobiernos locales pueden utilizar esta categoría presupuestal (programas presupuestales) como un mecanismo de financiamiento para el abordaje de los DSS y responder a las necesidades y demandas de su población. Un ejemplo de esto es la combinación de cadenas de programas presupuestales por programa presupuestal del año fiscal 2016.
- Para saber si los Gobiernos locales están participando actualmente en PpR, solo basta verificar la información en la consulta amigable del MEF (2016).
- El plan de incentivo a la mejora de la gestión y modernización municipal, que está dirigido a impulsar reformas destinadas a lograr el crecimiento y el desarrollo sostenible de la economía local y la mejora de su gestión. Las acciones sobre los DSS se operativizan a través de metas que deben cumplir las municipalidades para acceder

a los recursos del plan de incentivos. Por ejemplo, implementar un programa de segregación en la fuente y recolección selectiva de residuos sólidos domiciliarios en 25% de viviendas urbanas del distrito; promover las actividades físicas y recreativas en espacios públicos; crear la Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente; monitorear el mantenimiento preventivo en los locales escolares de la jurisdicción.

- Para revisar la normatividad actualizada sobre incentivos para Gobiernos locales y regionales, se puede consultar el sitio web del MEF (2016).

Cuadro 4.8. *Programas presupuestales*

0001. Programa Articulado Nutricional (PAN)
0002. Salud Materno Neonatal (SMN)
0016. TBC-VIH/Sida
0017. Enfermedades metaxénicas y zoonosis
0018. Enfermedades no transmisibles (ENT)
0030. Reducción de delitos y faltas que afectan la seguridad ciudadana
0036. Gestión integral de residuos sólidos
0046. Acceso y uso de la electrificación rural
0061. Reducción del costo, tiempo e inseguridad vial en el sistema de transporte terrestre
0068. Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres
0073. Programa para la generación del empleo social inclusivo-Trabaja Perú
0082. Programa nacional de saneamiento urbano
0083. Programa nacional de saneamiento rural

Elaboración propia.

b) Proyectos de inversión pública en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP)

Son intervenciones limitadas en el tiempo que tienen como finalidad crear, ampliar, mejorar o recuperar la capacidad productora o de provisión de bienes o servicios de una entidad. Están vinculados a los programas presupuestales. La acción sobre los DSS se operativizan a través de los proyectos de inversión pública y sus componentes. Por ejemplo: mejoramiento de la

infraestructura deportiva, ampliación de áreas verdes, mejoramiento del manejo integral de residuos sólidos, etc.

c) Fondo de Promoción a la Inversión Pública Regional y Local (Foniprel)

Es un fondo concursable cuyo objetivo principal es cofinanciar proyectos de inversión pública (PIP) —incluyendo los estudios de preinversión— orientados a reducir las brechas en la provisión de los servicios e infraestructura básica en las siguientes prioridades: servicios de salud básica, desnutrición infantil, servicios de educación básica, infraestructura vial, servicios de saneamiento, electrificación rural, infraestructura agrícola y telecomunicación rural.

d) Fondo para la Inclusión Económica en Zonas Rurales (FONIE)

Es un fondo a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Fue creado con el propósito de financiar estudios de preinversión y la ejecución de proyectos de inversión a cargo de entidades del Gobierno nacional o de personas jurídicas privadas. Está destinado a la ejecución de infraestructura de agua y saneamiento, electrificación, telecomunicaciones y caminos vecinales en distritos ubicados en los quintiles de pobreza 1 y 2 que cuenten con más de 50% de hogares en proceso de inclusión social, así como en los distritos de las zonas correspondientes a los valles de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro, Alto Huallaga y en las zonas de frontera.

e) Proyectos de inversión con participación del sector privado (obras por impuestos)

Es una estrategia para la ejecución de proyectos de inversión pública de impacto regional y local, en la que participa el sector privado mediante la suscripción de convenios con los Gobiernos regionales o locales. La acción sobre los DSS se operativiza a través de la lista priorizada de proyectos de inversión o de proyectos de inversión en marcha. Por ejemplo: instalación de líneas de alimentación de agua potable, mejoramiento de infraestructura vial, mejoramiento de servicios educativos, etc.

f) Presupuesto participativo

Es un instrumento de política y de gestión a través del cual las autoridades regionales y locales, así como las organizaciones de la población debidamente representada, definen en conjunto, cómo y a qué se van a orientar los recursos, los cuales están directamente vinculados con la visión y objetivos del Plan de Desarrollo Concertado. Las acciones sobre los DSS se operativizan a través de las prioridades sobre los proyectos de inversión a implementar en el nivel de gobierno regional o local con la participación de la sociedad civil. Por ejemplo: mejoramiento de canales de regadíos, rehabilitación de infraestructura vial, mejoramiento de defensas ribereñas, creación de centros infantiles, creación de centros de integración juvenil, etc.

Para identificar y analizar estos instrumentos presupuestales que actúan como mecanismos de financiamiento para el abordaje de los DSS, debemos conocer la estructura del Estado peruano e identificar los poderes del estado, niveles de gobierno y sectores, así como las competencias y funciones de las entidades públicas que los conforman:

- Poderes del Estado
- Niveles de gobierno
- Nacional
- Regional
- Local

De esta manera, será más fácil identificar las herramientas de gestión presupuestal del Estado y en qué nivel de gobierno se están utilizando, lo cual nos permitirá hacer la articulación intersectorial con el sector o nivel de gobierno que tenga la competencia y función sobre el correspondiente determinante social de la salud y que, además, cuente con el financiamiento para intervenir sobre este.

2.7. Etapa 7: modelamiento de intervenciones con enfoque de DSS

Este paso es el resumen de los anteriores, donde definimos claramente la acción intersectorial relacionada con los más importantes actores sociales. Para asegurar su viabilidad, se especifican los aspectos presupuestales disponibles en las instituciones; y para asegurar la evaluación de los avances, se definen indicadores sensibles (ver cuadro 4.9).

Cuadro 4.9. *Ejemplo de intervención intersectorial y de empoderamiento con participación social*

Problema de salud:	
Acción intersectorial	Empoderamiento y participación social
Acuerdos para realizar actividades.	Definir qué actores claves realizarán determinadas actividades.
Definir indicadores para el cumplimiento.	
Definir viabilidad presupuestal para el desarrollo de la propuesta de actividades.	

Elaboración propia.

3. Ejercicio: modelamiento causal de la tuberculosis

Para el caso de la investigación, se utiliza uno de los ocho programas presupuestales vigentes en el Ministerio de Salud, que es analizado a través del subprograma presupuestal de TBC (ver la figura 3.7 en el capítulo anterior), en vista de la inmensidad teórica de este, que se asocia con otro problema sanitario nacional: el VIH.

Luego de identificar el modelo lógico y el modelamiento causal de DSS, se hace necesario considerar cinco etapas para el abordaje metodológico, tal y como lo describe la figura 3.9 del capítulo anterior.

Luego de varios años de implementación del Presupuesto por Resultados, la incidencia de la tuberculosis se contrajo escasamente. Según proyecciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (Minsa), se espera que para el año 2050 la eliminación de la TBC sea alrededor de cien veces mayor que la meta proyectada en los Objetivos del Milenio, es decir, una reducción de la incidencia de la tuberculosis a menos de uno por millón de habitantes en 2050 (Lonroth, Jaramillo, Williams, Dye & Ravigione, 2010; Glaziou, Falzon, Floyd & Ravigione, 2013).

A nivel nacional, en el año 2012, la tasa de incidencia de la tuberculosis era la segunda más alta de la región de las Américas (106.9 por 100,000 habitantes), es decir, muy por encima de los indicadores de los países vecinos más cercanos: Chile (13.9), Colombia (24.7) y Ecuador (33.4) (OPS, 2013).

Por otro lado, en las últimas dos décadas, en el Perú se ha observado una tendencia global decreciente en la incidencia de tuberculosis como

se observa en la figura 4.2. Sin embargo, a pesar de los grandes esfuerzos realizados por el sistema de salud y de las recomendaciones de la OMS, incluso al día de hoy no se ha logrado disminuir de manera sostenible la tuberculosis en el Perú (OPS, 2013).

Luego del descenso sostenido de la TBC de los últimos 18 años, en el año 2008 se observó un mayor número de casos notificados. Así tenemos que en el año 2012, los departamentos o regiones que presentaron las mayores tasas de morbilidad fueron El Callao (204.9), Ucayali (170.8), Madre de Dios (170.0), Tacna (148.1) y Lima (148.0), que, al mismo tiempo, son los departamentos que presentan los menores porcentajes de población en situación de pobreza (ver figura 4.3).

De acuerdo con la figura 4.3, se observa una correlación negativa: a mayor porcentaje de pobreza, existe una menor tasa de tuberculosis. Esto expresa una paradoja respecto a los preceptos, observaciones y conocimientos que, a nivel mundial, señalan que, cuando son mayores los ingresos, se disfruta de mejores condiciones de vida y, por lo tanto, se encuentran menores tasas de morbilidad por tuberculosis.

Esta paradoja hace necesaria una evaluación de los factores que determinan las causas surgidas del contexto socioeconómico y que originan la estratificación social en la población través de la exposición y vulnerabilidad diferencial.

Ante tal panorama, se hace necesario identificar las áreas donde los actuales programas dirigidos al control de la tuberculosis están fallando. Para efectos del caso, se utilizará la metodología señalada en la figura 3.10 del capítulo anterior, que incorpora el modelo lógico tradicional respecto de las intervenciones para el abordaje de los DSS.

Asimismo, la figura 3.11 del capítulo anterior describe detalladamente la causalidad para generar los niveles de análisis respecto a los estratificadores, como la exposición y la vulnerabilidad diferencial. Es preciso señalar que el modelo lógico utiliza la formulación de una pregunta de investigación asociada a las causas de incidencia de la TBC en el Perú, la cual es la propuesta de intervención que se muestra en la figura 4.4.

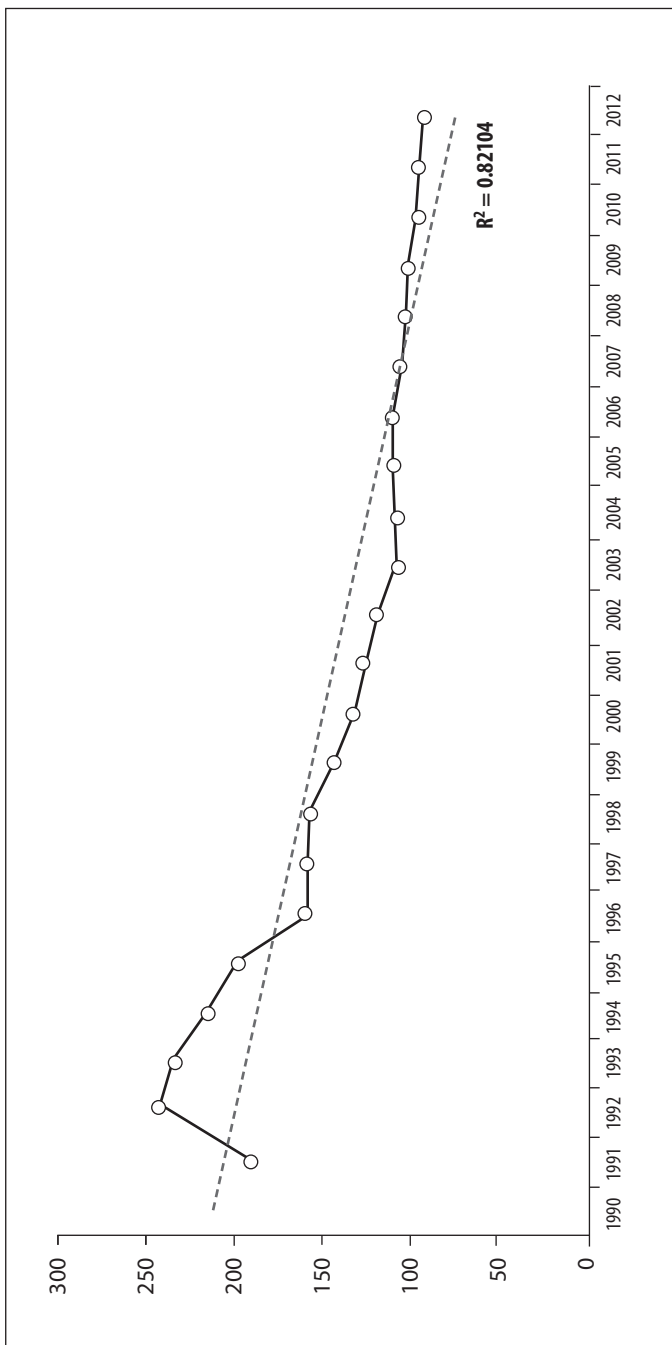


Figura 4.2. Evolución de la tasa de incidencia de TBC en el Perú (1990-2012)

Fuente: Minsa, 2012.

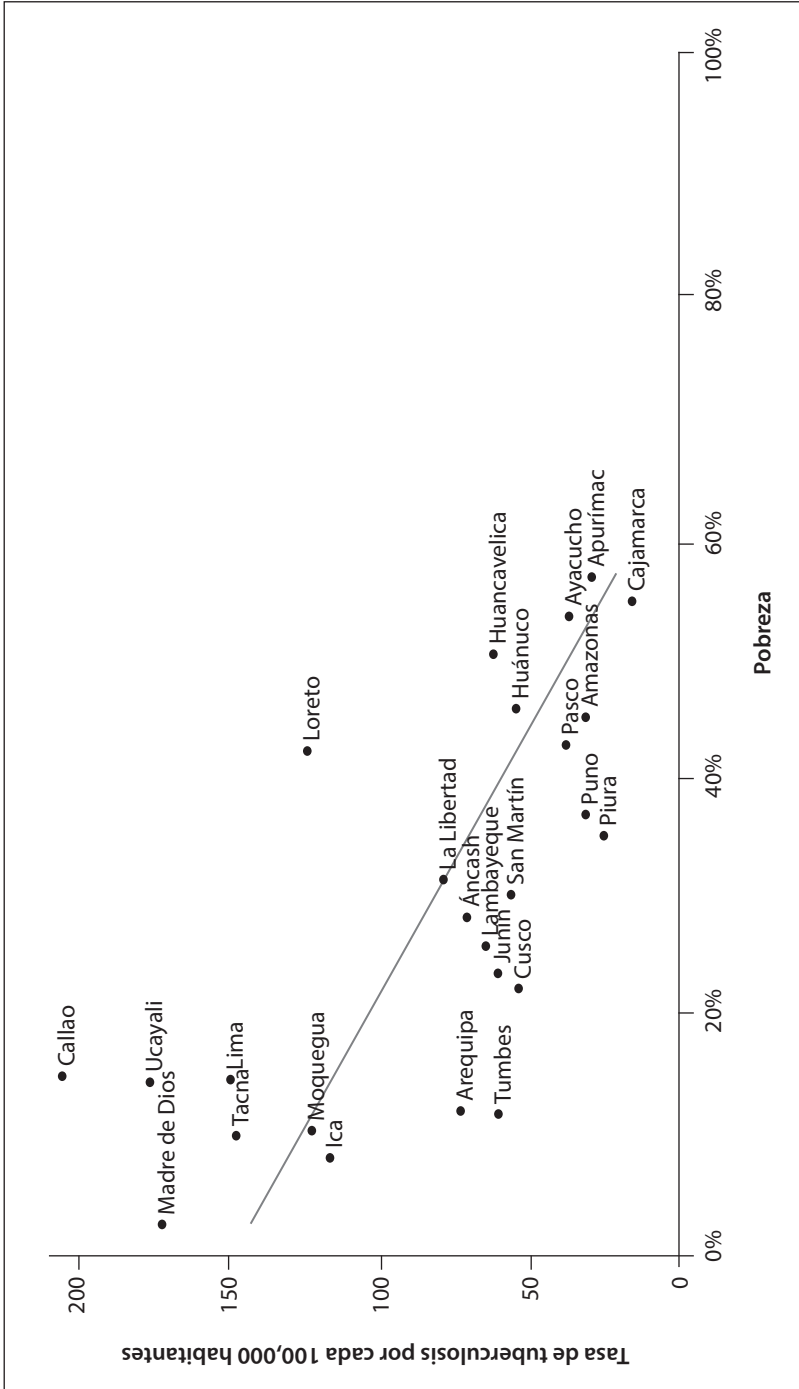


Figura 4.3. Evolución de la tasa de incidencia de TBC en el Perú (1990-2012)

Fuente: Minsa, 2012; INEI, 2012.

Elaboración propia.

3.1. DSS: el proceso de búsqueda de evidencia

Aun cuando se utilice el marco lógico clásico, las intervenciones deben estar sustentadas por la mejor evidencia posible. Para ello es necesario sistematizar adecuadamente la información. En primer lugar, se requiere buscar evidencia de factores vinculados a los determinantes estructurales e intermedios asociados con la tuberculosis y que establecen una mayor exposición a la enfermedad activa según la posición social y el contexto socioeconómico y político. Para tal efecto, es necesario identificar y la elaborar un algoritmo de búsqueda, este se muestra en la figura 4.4.

En segundo lugar, es preciso considerar las fuentes que contengan información internacional de reconocida autoridad y reputación, por ejemplo repositorios asociados a organismos internacionales, tales como la OMS y OECD, así como estadísticas e información de ámbito nacional (Estrategia Sanitaria Nacional de TBC, ENDES, Enaho).

Los principales términos de búsqueda empleados deben ser verificados por repositorios científicos indexados¹⁸ y se muestran a continuación:

- Tuberculosis
- Determinantes sociales
- Intervenciones
- Políticas públicas
- Inequidad
- Inequidades socioeconómicas
- Costo-efectividad

3.2. DSS: análisis causal del problema

El programa estratégico presupuestal de TBC-VIH establece que existen diversos factores socioeconómicos que ponen a los ciudadanos peruanos en riesgo de contraer estas enfermedades. Se cuenta con datos estadísticos que evidencian la causalidad de la TBC respecto a la cadena de suministro para la generación de valor público. Sin embargo, la estrategia presupuestal,

18. Hebsco Host, PubMed, EMBASE, BVS, Tripdatabase, SciELO.

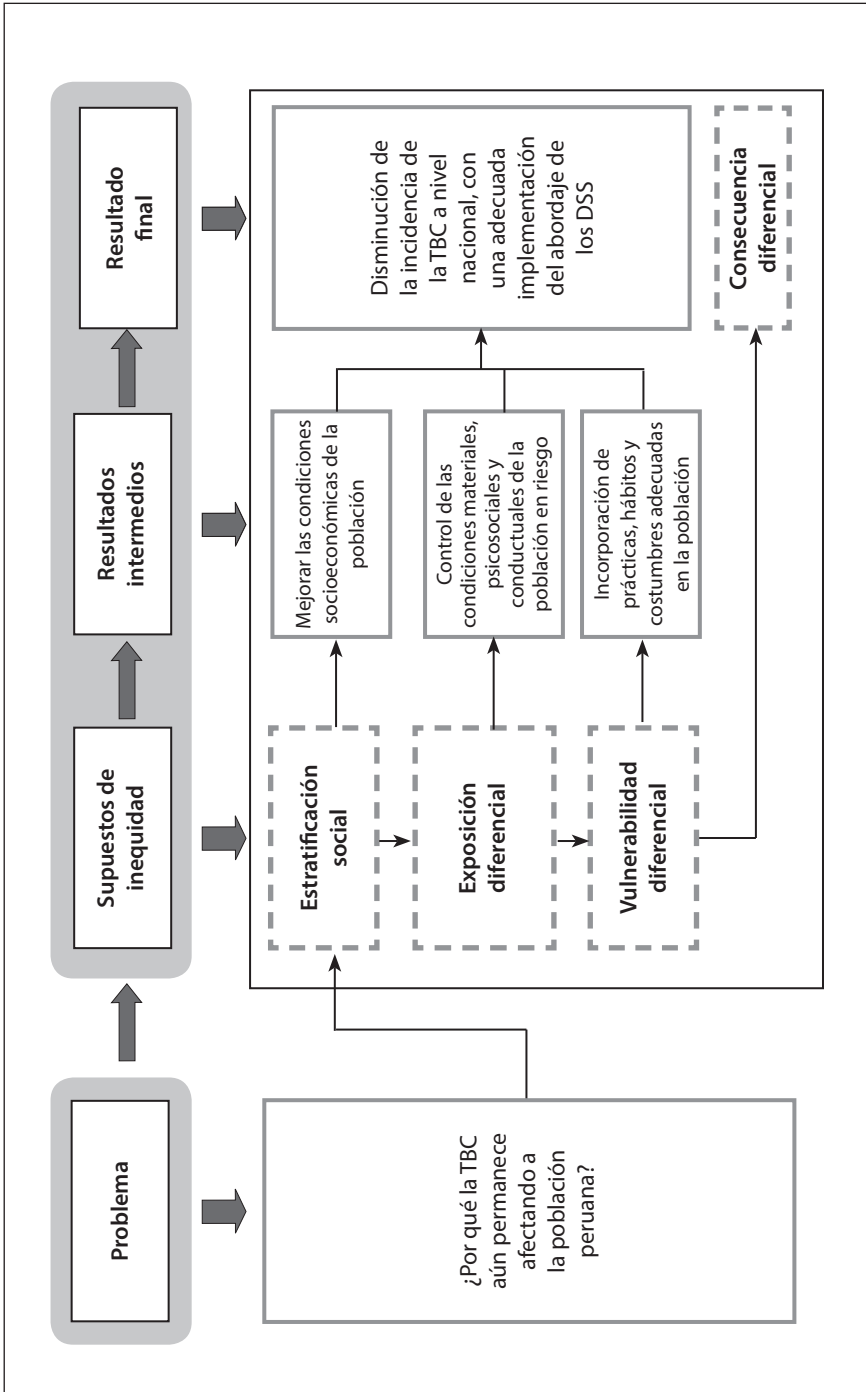


Figura 4.4. DSS: modelo lógico del subprograma TBC

Elaboración propia.

diseñada y elaborada por el Minsa, no aborda explícitamente los factores subyacentes asociados a los estratificadores, como es el caso de la exposición y vulnerabilidad diferencial. El propósito de la implementación de esta metodología de trabajo es el de evaluar si existen intervenciones asociadas a la prevención, la equidad y el abordaje de los determinantes sociales.

Al analizar los estratificadores asociados al abordaje de los DSS, es necesario, en primer lugar, establecer el contexto social de la tuberculosis. Es razonable asumir que los individuos que obtienen una posición social desventajosa tienen mayor riesgo de enfermar de tuberculosis, en parte por el mayor número de factores sociales y biológicos de exposición de cada individuo, pero sobre todo por el estado de vulnerabilidad en que se encuentran. A pesar de ello, es de lamentar que las políticas públicas estatales para lucha contra la tuberculosis estén totalmente aisladas, y que solo se encuentren implementadas a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (Minsa).

En segundo lugar, existen evidencias asociadas a la relación de prevalencia, incidencia y mortalidad de la tuberculosis respecto al abordaje de los DSS. Por ejemplo, un estudio realizado por Wu y Dalal con data del año 2007 en 46 países de la región asiática identificó que la incidencia de tuberculosis, la prevalencia y la tasa de mortalidad a causa de dicha enfermedad fueron las más altas en los países que mostraban menores índices de desarrollo humano, índices de percepción de corrupción y producto bruto interno per cápita. Del mismo modo, respecto a las condiciones de saneamiento básico, estas fueron relacionadas directamente con la tuberculosis (Wu & Dalal, 2012).

En segundo lugar —y dentro del mismo contexto socioeconómico y político—, la corrupción es uno de los principales factores que debilitan la institucionalidad y el Estado de derecho, siendo además una de las principales paradojas de la falta de gobernabilidad en el país¹⁹.

19. Los indicadores de percepción de corrupción elaborados por Transparencia Internacional (2017) ubican al Perú en el puesto 101 de 176 países encuestados, sumando además un Índice de Desarrollo Humano de 0.74 según el IDH del PNUD (2013).

Por otro lado, los ciudadanos peruanos se encuentran expuestos a la ausencia de una adecuada planificación urbana, reformas sociales que permitan mejorar la cohesión social de la población, reformas en prevención y promoción de la salud, y una adecuada protección del medio ambiente.

A nivel local, un estudio realizado por Horna-Campos *et al.* (2010) determinó la asociación entre la tuberculosis y el transporte público. La evidencia comprobó que la tuberculosis multirresistente y los sistemas de transporte informales presentan potenciales factores de riesgo para la infección y un riesgo laboral en aquellos países con características macroeconómicas, sociales y culturales similares a las del Perú.

Con respecto al ambiente o vecindario, un estudio realizado por Sanghavi *et al.* (1998) encontró que la prevalencia de tuberculosis en los asentamientos humanos de San Juan de Miraflores fue tres veces más alta que en toda la ciudad (Horna-Campos *et al.*, 2010).

Una consecuencia del crecimiento económico nacional es el incremento de la migración del campo a la ciudad. Sin embargo, en los últimos cinco años, en el Perú, se ha producido la migración de ciudadanos hacia zonas de la selva, donde los servicios de salud están dispersos y en la mayoría de casos no se encuentran preparados para atender casos sensibles y resistentes de TBC.

De la misma manera, a través de la exposición diferencial, se reconoce la manera en la que los determinantes estructurales asignan a los individuos diferentes patrones sociales expuestos a factores de riesgo, según la posición social que ocupan.

Los estudios demuestran que los individuos que se ubican en la posición más vulnerable tienen mayores riesgos de exposición a la tuberculosis y de infectarse. Es así que se diferencian dos supuestos de intervención relacionados con la exposición a la enfermedad. En primer lugar, los grupos más desfavorecidos, que tienen un alto nivel de riesgo a agentes infecciosos debido a una mayor exposición a casos activos de tuberculosis en la comunidad; en segundo lugar, las condiciones de hacinamiento en viviendas con pobre ventilación.

De la misma manera, otra de las características acerca de la importancia de la exposición diferencial, es la del deterioro de las defensas del huésped, relacionadas con el aspecto biológico como la edad, el sexo y factores genéticos, las conductas de riesgo, tabaquismo y la contaminación del aire dentro de la vivienda.

Respecto a la vulnerabilidad diferencial, los pacientes de cáncer enfrentan múltiples factores de riesgo según la posición social que ocupan. Las condiciones de hacinamiento, junto con una exposición persistente a ambientes poco ventilados, incrementan el riesgo de infección de tuberculosis, siendo el caso de las prisiones donde coexisten condiciones de hacinamiento y pobre ventilación con casos activos. La figura 4.5 establece el ejemplo de modelamiento causal para el abordaje de los DSS para el caso de la tuberculosis.

4. Aspectos técnicos

En esta sección se analizan los aspectos técnicos, de gestión y económicos a tener en cuenta para establecer si la propuesta de solución formulada puede implementarse y, de ser el caso, determinar la mejor estrategia para su puesta en marcha.

Para el caso de la presente investigación, es oportuno resaltar que el Minsa es un organismo especializado en materia sanitaria, rector del sector Salud, por lo que se justifica la necesidad técnica de implementar la propuesta formulada en esta entidad, más aún teniendo en cuenta la naturaleza de las funciones que desempeña. Para el caso, el Minsa hace las veces de Secretaria Técnica y la PCM de órgano rector para las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales.

En lo que respecta a la Secretaria Técnica, se deben tomar en cuenta los requisitos exigidos por el documento normativo que obliga a todas las direcciones de línea y órganos autónomos del Minsa a estandarizar sus políticas públicas sectoriales y subsectoriales. Se trata, entonces, de aplicar la Resolución Ministerial 526-2011/MINSA.

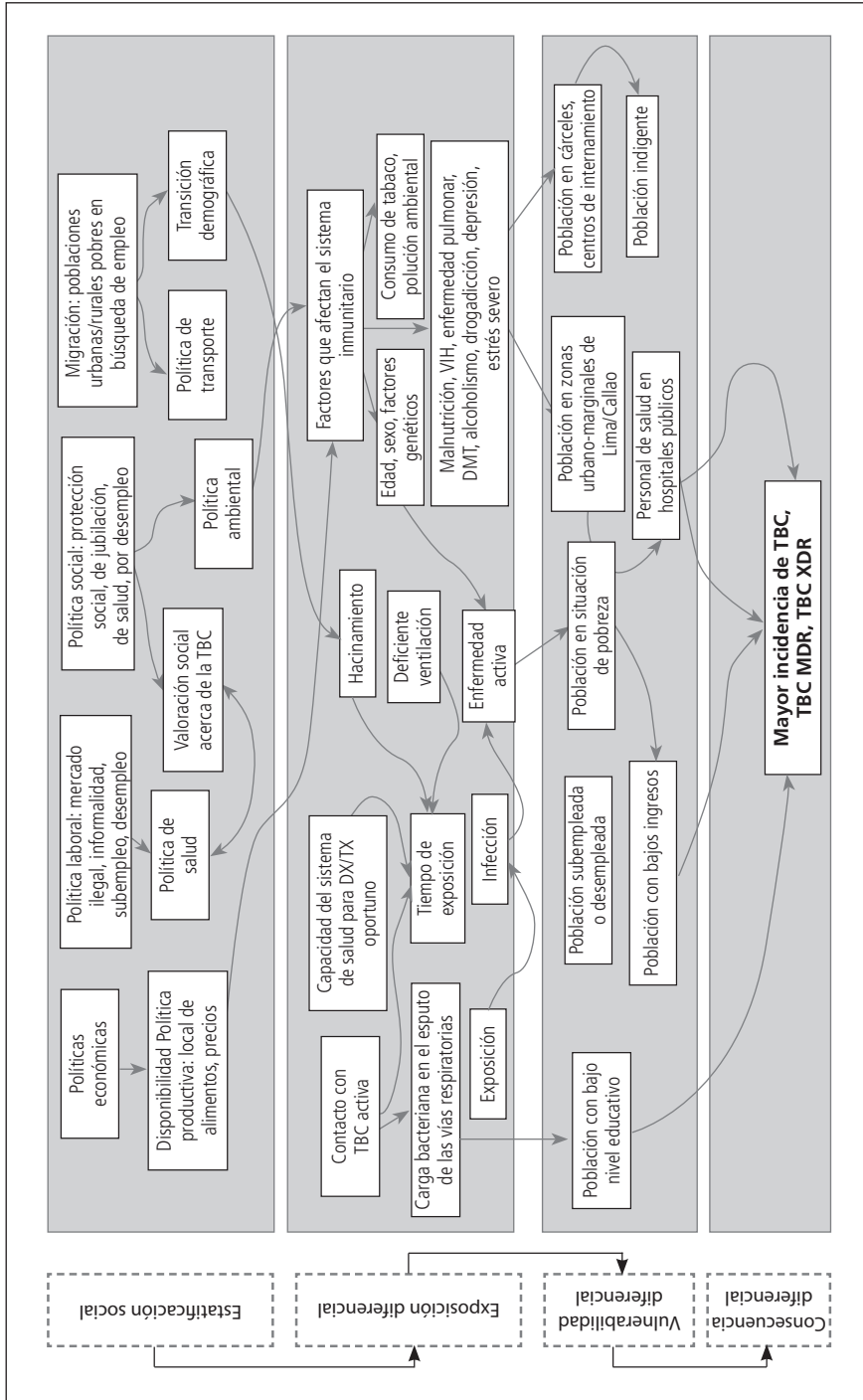


Figura 4.5. DSS: árbol de problemas

Elaboración propia.

Entonces, es preciso indicar que el panorama en el sector Salud es alentador gracias a los cambios efectuados en diciembre del año 2015, como parte de los cuales se creó la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial, entendida como:

... el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, responsable de articular y generar mecanismos de promoción de las intervenciones de salud y la gestión en el territorio. Se encarga de promover la educación para la salud; así como la promoción y organización de la participación ciudadana para el desarrollo de comportamientos y entornos saludables en la población. Asimismo se encarga de propiciar las relaciones intersectoriales para la gestión de los DSS (Minsa, 2015).

5. Aspectos operativos y económicos

Al ser un trabajo de gabinete, la inversión económica se reduce considerablemente. Sin embargo, para llevar a cabo la implementación, se necesitan recursos humanos especializados; por tal motivo, la pluralidad de los especialistas con dominio en salud pública es fundamental. Para efectos de conocer la inversión mensual, se ha considerado calcular los costos de manera proporcional a las tareas que se implementarán en una ratio de noventa días calendario, es decir tres meses (ver cuadro 4.10).

Cuadro 4.10. *Inversión necesaria para la implementación*

Especificación	Unidad	Costo fijo	Plazo	Total
Recursos humanos: Analistas	8 personas	S/. 8,000	3 meses	S/. 192, 000
Recursos humanos: Relaciones Institucionales	4 personas	S/. 8,000	3 meses	S/. 96, 000
Infraestructura tecnológica	12 licencias de <i>software</i> : Oracle, IBM, etc.	S/. 1,000	3 meses	S/. 36, 000
Infraestructura física	1 local	S/. 3,000	3 meses	S/. 9,000
Bibliográfica especializada		S/. 2,500	3 meses	S/. 7,500
Inversión total				S/. 340,500

Nota. Elaborado sobre la base de valores y precios referenciales del mercado del año 2016. Elaboración propia.

En el caso de los recursos humanos, son necesarios ocho profesionales especialistas en salud pública y con conocimientos sólidos en evaluación y monitoreo de políticas públicas.

6. Beneficios de la implementación de la propuesta

A través de la inclusión de salud en todas las políticas, la redistribución del gasto presupuestal asignado cumpliría de mejor manera la focalización de las intervenciones del Estado, principalmente en virtud de desarrollarlas por los factores de exposición y vulnerabilidad diferencial.

Fuera de existir innumerables beneficios para la creación de valor público y la disminución de las brechas de inequidad, la propuesta está orientada a crear un órgano institucionalizado que gestione el abordaje de los DSS. Según el actual ROF del Minsa, la importancia de la reforma de la salud trajo consigo la especialización de funciones para abordar los determinantes a través de la promoción de la salud, pero sobre todo para establecer la acción intersectorial e intergubernamental, ambas necesarias para la implementación de la metodología de trabajo.

El propósito, además, pasa por crear una Unidad Técnica Funcional, adscrita a la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud y la Presidencia del Consejo de Ministros, a través de la cual pueda implementarse la propuesta.

Conclusiones y recomendaciones

En el presente capítulo se desarrollarán las conclusiones y recomendaciones de la investigación, todas ellas en el marco del cumplimiento de los objetivos propuestos. Para llegar a ellas, se hizo una correlación de las técnicas usadas. Los hallazgos fueron notables. A continuación, se detallan las conclusiones más importantes.

1. Conclusiones por objetivos

Para el caso del marco metodológico, se justificó la investigación a raíz del análisis normativo vigente, que incluyó la sistematización de políticas públicas y programas presupuestales. Los elementos normativos analizados fueron de un total de 112, que incluían, en muchos de los casos, políticas públicas de nueve sectores.

El análisis cotejó que el Estado peruano viene desarrollando indirectamente el abordaje de los DSS. Por otro lado, la elaboración metodológica de los instrumentos normativos no consideró factores asociados a la salud.

- **Para el caso del objetivo general** («Establecer la relación metodológica entre las políticas públicas, los programas presupuestales y el modelo de abordaje de los DSS en el Perú»). Los hallazgos teóricos han demostrado que la formulación de políticas públicas y

programas presupuestales no utiliza un método científico rígido. Es cuestionable desde cualquier punto de vista que la generación de valor público en el Perú no contenga instrumentos metodológicos precisos que permitan desagregar específicamente la calidad de gasto público. Ante esta disyuntiva, surge la imperiosa necesidad de recurrir a la metodología de trabajo propuesta por la OMS y la CDSS, la cual, mediante la propuesta del modelamiento causal, clasifica las intervenciones en función de los estratificadores sociales, tales como la exposición y vulnerabilidad diferencial.

Ambos modelos, además, enfrentan una variable en común, respecto a la creación de evidencia y recursos epistemológicos. Esto solo demuestra la precariedad del Estado peruano para generar evaluaciones de impacto que permitan medir eficazmente la creación de valor público en el Perú.

- **Respecto al objetivo específico 1** («Describir la manera en la que se desarrolla teórica y conceptualmente el abordaje de los DSS»). Las bases teóricas iniciales establecen que el modelo multicausal de Dalhgren y Whitehead (1991) fue el antecedente científico más remoto, el cual dio lugar a la generación y evolución de los supuestos de intervención de inequidad propuestos por Diderichsen y Hallqvist (1998), creando, de esta manera, el marco conceptual de abordaje de los DSS propuesto por la OMS.

Fuera de existir suficientes elementos teóricos para el abordaje de los DSS, lamentablemente el Minsa no ha tomado una posición político-técnica en ninguno de sus documentos normativos; es más: de acuerdo con los hallazgos, existen ocho instrumentos indirectos, más ninguno que defina técnicamente como intervenir sobre las causas de las causas de las inequidades en salud.

La preocupación por la falta de celeridad de la Autoridad Nacional de Salud en promulgar una política pública de DSS en el sector evidencia una oportunidad de gestión para implementar la propuesta, siendo, en el actual contexto coyuntural, necesario para aprovechar la implementación del nuevo ROF del Minsa que creó la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud, que como principal función esgrime el de desarrollar la acción intergubernamental e intersectorial en

salud, claro está, sin la existencia de un modelo metodológico sectorial construido.

Por otro lado, los hallazgos cuantitativos demostraron la existencia de inequidades sociales, económicas y sanitarias en el país. De ellas, la correlación más importante fue entre la esperanza de vida y la desnutrición crónica infantil. Los datos, naturalmente, eran previsibles: existe una mayor brecha de inequidad en aquellos lugares donde hay circunstancias materiales y factores culturales precarios.

Asimismo, de acuerdo con las entrevistas, los especialistas identificaron debilidades asociadas a la falta de rectoría de la Autoridad Nacional de Salud, que subsume la débil fiscalización y regulación sanitaria. Además, señalaron la importancia del uso metodológico del modelamiento causal para la reformulación de políticas públicas y programas presupuestales a través de intervenciones que potencien la acción intersectorial e intergubernamental, la vigilancia sobre los DSS y, por último, la implementación de la evaluación de impacto en salud.

Fuera de no contar con una política legítimamente institucionalizada para la implementación del abordaje de los DSS, la Reforma de la Salud coadyuvó a mejorar las condiciones sanitarias nacionales. Los resultados del último quinquenio fueron limitados, la mayoría de logros estuvieron ligados al desarrollo de infraestructura. Es cierto que hay algunos avances, pero estos no reformularon el rol de rectoría de la Autoridad Nacional de Salud.

- **Respecto al objetivo específico 2** («Examinar el modelamiento causal para el abordaje de los DSS»). La investigación propone una base teórico-metodológica alternativa al modelo lógico convencional. Para ello, recoge los trabajos epistemológicos desarrollados por la CDSS. La metodología busca incluir: «salud en todas las políticas» mediante la focalización de intervenciones de exposición, vulnerabilidad y consecuencia diferencial. La justificación radica en reconocer el precario panorama para la elaboración de políticas públicas y programas presupuestales, siendo el modelamiento un instrumento de reorganización de las intervenciones a base de la producción epistemológica y de la implementación de las evaluaciones de impacto.

- **Respecto al objetivo específico 3** («Describir la relación teórica y metodológica entre el modelamiento causal de DSS y el modelo lógico para la formulación de programas presupuestales en el Perú»). Los resultados demostraron cualitativamente que el modelo lógico convencional no incorpora una adecuada focalización de intervenciones, y que estas son, en la mayoría de los casos, limitadas; esto se debe a la carencia de estrategias intersectoriales e intergubernamentales. Ante tal panorama, la focalización de intervenciones respecto al uso del modelamiento causal y la reorientación sobre los supuestos de inequidad, tales como exposición, vulnerabilidad y consecuencia diferencial.

La evidencia también logró demostrar que la formulación de políticas públicas, planificación y programación presupuestal no contiene mecanismos metodológicos adecuados. Es cuestionable desde cualquier punto de vista que la generación de valor público en el Perú carezca de instrumentos metodológicos rigurosos que permitan desagregar específicamente la calidad de gasto público y la creación de valor público. Ante tal disyuntiva, surge la imperiosa necesidad de utilizar la metodología de trabajo propuesta en esta investigación, la cual, mediante el modelamiento causal, clasifica las intervenciones con el uso de recursos epistemológicos.

- **Respecto al objetivo específico 4** («Establecer la propuesta metodológica para la gestión de los DSS en el Perú»). Desarrollado en el capítulo 4, esgrime los fundamentos teóricos, científicos y empíricos, para el uso de un instrumento de gestión. La propuesta incorpora intervenciones intersectoriales, intergubernamentales y de empoderamiento, y participación social. A través de la teoría clásica de la cadena de suministro se redirecciona, paso a paso, el proceso de formulación programática y política mediante el uso del modelamiento causal para el abordaje de los DSS.

2. Recomendaciones

Es necesario el compromiso de la Alta Dirección del Minsa, los sectores estratégicos, la Presidencia del Consejo de Ministros, la Presidencia de la República para gestionar la elaboración de la Política Nacional de Abordaje

de los DSS, mediante apoyo político y financiero. Se recomienda establecer una política nacional para el abordaje de los DSS, aprobada con Decreto Supremo y que obligue a todos los sectores y niveles de gobierno a ejecutarla en el menor plazo posible.

La Autoridad Nacional de Salud debe jugar un papel decisivo en la generación de un debate público sobre por qué la equidad en salud debe ser un objetivo compartido por el Estado y la sociedad, y cómo los demás sectores, y los Gobiernos regionales y locales (según sus competencias, funciones, recursos y sus propias prioridades) se pueden beneficiar de las acciones sobre los DSS.

Para proteger el bien público en salud, la Autoridad Nacional de Salud, en el ejercicio de la conducción sectorial, debe colocar la equidad en salud como su objetivo prioritario y establecer estrategias para la acción directa sobre o en respuesta a los DSS; asimismo, en el ejercicio de la regulación sectorial debe proponer, definir y establecer el marco normativo, así como la política nacional y sectorial de salud necesaria para aplicar lo que se establece desde la conducción sectorial, para abordar los problemas de salud pública.

En ese sentido, es el Estado quien directamente determina el contexto socioeconómico y político, es decir, la gobernanza y las políticas públicas (macroeconómicas, comerciales, productivas, laborales, educativas, sanitarias, entre otras) necesarias para la reducción de las inequidades sociales. El rol del Estado, por tanto, refleja la posición política del Gobierno en sus tres niveles —nacional, regional y local— para dar prioridad al objetivo de reducir las inequidades en salud y promover el bienestar de la población a través, por ejemplo, de la redistribución eficiente y eficaz del gasto público, y la regulación del Estado frente a las anomalías del mercado garantizando la gradiente social de distribución de riquezas. El rol del Estado, por consiguiente, debe influir prioritariamente en los determinantes estructurales de la salud.

Es necesario, en el marco del proceso de descentralización, fortalecer y reorientar la acción intergubernamental, como un mecanismo de gestión que permita mejorar la equidad en salud a través de la coordinación esencial de los tres niveles de gobierno que tengan competencia directa o indirecta

sobre el problema de salud; estos, por tanto, pueden incidir en lograr y mejorar la equidad en salud.

Se recomienda a la Autoridad Nacional de Salud virar hacia la implementación de la metodología desde una perspectiva de gestión de procesos y gobierno electrónico; de esta manera, se pondrán a la altura de la reforma del Estado peruano. La participación de la oficina descentralizada para América de la OMS, es decir la OPS, debe ser vital en la transferencia técnica y metodológica para implementar la propuesta.

Por último, se recomienda el uso de la evaluación de impacto en ambas metodologías de elaboración de políticas y programas presupuestales. Para el caso del modelamiento causal, la alternativa que ofrece esta técnica a las evaluaciones de impacto es la de estructurar, sistematizar y codificar las intervenciones del Estado a través de instrumentos epistemológicos.

Bibliografía

- Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruiz, L., & Sánchez, G. (2013). Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 103-110. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028727010.pdf>
- Agencia de Salud Pública de Canadá & OMS (Organización Mundial de la Salud). (2008). *Health equity through intersectorial action: An analysis of 18 country case studies*. Ottawa, Canadá: WHO.
- Alianza Cooperativa Internacional para Las Américas. (2009). *Ley Marco para las Cooperativas de América Latina*. San José, Costa Rica: Alianza Cooperativa Internacional para las Américas.
- American Psychological Association. (1994). *Publication manual of the American Psychological Association*. 4ª ed. Washington D.C.: APA.
- Ander-Egg, E. (2011). *Aprender a investigar: nociones básicas para la investigación social*. Córdoba, Argentina: Brujas. Recuperado de <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Aprender-a-investigar-nociones-basicas-Ander-Egg-Ezequiel-2011.pdf>
- Asiain, M. & Margal, M. (2000). *Preparación de un trabajo de investigación para su publicación: discusión y conclusiones*. Madrid, España: Enferm Intensiva 2000.
- Banco Mundial. (2014). *Banco de datos*. Recuperado de <http://databank.bancomundial.org/data/home.aspx>

- Barahona-Urbina, P. (2011). Factores determinantes de la esperanza de vida en Chile. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72(4), 255-259.
- BCRP (Banco Central de Reserva del Perú). (2011). *Glosario de términos económicos*. Lima, Perú: BCRP. Recuperado de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Glosario/Glosario-BCRP.pdf>
- BCRP (Banco Central de Reserva del Perú). (2016). *Cuadros anuales históricos*. Recuperado de <http://www.bcrp.gob.pe/estadisticas/cuadros-anuales-historicos.html>
- Behar Rivero, D. S. (2008). *Metodología de la investigación*. Editorial Shalom. Recuperado de <http://www.rdigital.unicv.edu.cv/bitstream/123456789/106/3/Libro%20metodologia%20investigacion%20este.pdf>
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación*. 2ª ed. México D.F., México: Pearson Educación.
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa*. 2ª ed. Madrid, España: La Muralla.
- Blas, E. & Sivasankara, A. (eds.). (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Ginebra, Suiza: WHO. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf
- Brunning, J. & Forster, P. (eds.). (1997). *The rule of reason: The philosophy of Charles Sanders Peirce*. Toronto, Canadá: Universidad de Toronto.
- Carella, A., Hernández, A., & Pi León, J. (2003). *Investigación en el sector cooperativo de ahorro y crédito en el Sur de América Latina*. DGRV y FUCAC. Recuperado de http://www.aciamericas.coop/IMG/pdf/cooperativas_america_sur.pdf
- Cepal (Comisión Económica para América Latina y El Caribe). (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Santiago, Chile: ILPES.
- Cepal (Comisión Económica para América Latina y El Caribe). (2007). *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: Cepal.
- Consejo Nacional de Salud. (2013). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. Lima, Perú: Minsa.

- Corporación Latinobarómetro. (2013). *Informe 2013*. Santiago, Chile: Latino-barómetro. Recuperado de http://www.latinobarometro.org/documentos/LATBD_INFORME_LB_2013.pdf
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Estocolmo, Suecia: Institute for Futures Studies.
- Decreto Legislativo 1161. (2013). *Que aprueba la Ley de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud*. Lima, Perú: Congreso de la República del Perú.
- Decreto Legislativo 1166. (2013). *Que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud*. Lima, Perú: Congreso de la República del Perú. Recuperado de http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/normas/normasv/snip/2015/Documentos_MINSA/2A_DL_N_1166_Conformacion_y_funcionamiento_de_las_Red_Integradas_de_Atencion Primaria_de_Salud.pdf
- Diderichen, E. (2001). *Challenging inequities in health: From ethics to action*. Washington D.C.: The Rockefeller Foundation.
- Diderichsen, F. & Hallqvist, J. (1998). Social inequalities in health: Some methodological considerations for the study of social position and social context. En Arve-Parès, B. (ed.), *Inequality in health. A Swedish perspective* (pp. 25-39). Estocolmo, Suecia: Swedish Council for Social Research.
- Euro-Social. (2010). *Programa para la cohesión social en América Latina*. Recuperado de <http://eurosocial-ii.eu/es>
- Figuroa, A. & Campbell, Ó. (2014). Determinantes sociales de la salud; su relevancia en el abordaje de los problemas de salud mental infantil. El caso del TDAH. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 31(2), 66-76. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2014/bis142b.pdf>
- Franciskovic, J. (2013). Retos de la gestión pública: presupuesto por resultados y rendición de cuentas. *Journal of Economics, Finance and Administrative Science*, 18, 28-32. Recuperado de <http://jefas.esan.edu.pe/index.php/jefas/article/view/268/254>
- Frenz, P. & Titelman, D. (2013). Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 665-670. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n4/a20v30n4.pdf>

- Garaycochea, O. & Ticona, E. (2015). Rutas de transporte público y situación de la tuberculosis en Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(1), 93-97. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000100014&script=sci_arttext
- Garcés, H. (2000). *Investigación científica*. Quito, Ecuador: Abya-Yala.
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanzas basadas en proyectos*. México D.F., México: El Manual Moderno.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., & Francis, V. (2007). *Challenging inequity through health systems. Final report knowledge network on health systems*. WHO Commission on the Social Determinants of Health. Londres, Reino Unido: WHO.
- Glaziou, P., Falzon, D., Floyd, K., & Raviglione, M. (2013). *Global epidemiology of tuberculosis*. Londres, Reino Unido: Semin Respir Crit Care Med.
- Graham, J., Amos, B., & Plumptre, T. (2003). *Principles for good governance in the 21st century*. Policy Brief N°15. New York: Institute On Governance. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>
- Hernández, O. & López, I. (2003). Los sistemas de fiscalización y control en las cooperativas: aplicación al caso de Costa Rica. *Boletín de la Asociación Internacional de Derecho Cooperativo*, 37, 99-114. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1090458>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. 4ª ed. México D.F., México: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2012). *Metodología de la investigación científica*. 6ª ed. México D.F., México: McGraw-Hill.
- Horna-Campos, O. J., Bedoya-Lama, A., Romero-Sandoval, N. C., & Martín-Mateo, M. (2010). Risk of tuberculosis in public transport sector workers, Lima, Peru. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease (IJTLD)*, 14(6), 714-719.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). (2012). *Perú: Encuesta Nacional de Hogares-Enaho sobre condiciones de vida y pobreza 2012*. Recuperado de http://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/367

- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). (2013). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES-2013*. Lima, Perú: INEI. Recuperado de http://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/373
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). (2015). *Informe técnico: Evolución de la pobreza monetaria 2009-2015*. Lima, Perú: INEI. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1347/libro.pdf
- IPE (Instituto Peruano de Economía). (2013). Índice de Desarrollo Humano. Recuperado de <http://www.ipe.org.pe/documentos/indice-de-desarrollo-humano-2015>
- Janssens, J-P. & Rieder, H. L. (2008). An ecological analysis of incidence of tuberculosis and per capita gross domestic product. *European Respiratory Journal*, 32, 1415-1416. DOI: 10.1183/09031936.00078708. Recuperado de <http://erj.ersjournals.com/content/32/5/1415>
- Jiménez, D., Rodríguez, A., & Jiménez, R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*, 25(Supl. 3), 18-25. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900003&lng=es&tlng=es
- Killaspy, H., Cardoso, G., White, S., Wright, C., Caldas de Almeida, J. M., Turton, P.,..., & King, M. (2016). Quality of care and its determinants in longer term mental health facilities across Europe; a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-9. DOI: 10.1186/s12888-016-0737-5. Recuperado de <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0737-5>
- Ley 26842. (1997). *Ley General de Salud*. Congreso de la República del Perú. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
- Ley 27181. (1999). *Ley General de Transporte*. Congreso de la República del Perú.
- Ley 27783. (2002). *Ley de Bases de la Descentralización*. Congreso de la República del Perú.
- Lindblom, C. (1979). *Usable knowledge: Social science and social problem solving*. New Haven, CT: Yale University.

- Lip, C. & Rocabado, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Lima, Perú: OPS-OMS.
- Lönnroth, K., Jaramillo, E., Williams, B., Dye, C., & Raviglione, M. (2010). Tuberculosis: The role of risk factors and social determinants. En Blas, E. & Sivasankara, A. (eds.). *Equity, social determinants and public health programmes*. Ginebra, Suiza: WHO. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf
- Malo, M. & Malo, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 754-761. Recuperado de <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/130>
- Manzanilla, L. (1989). Un sistema nacional de salud. En *Salud para todos...en Venezuela*. Caracas, Venezuela: Fundación Fondo Editorial Acta Científica Venezolana.
- Marmot, M. (2006). Health in an unequal world. Harveian Oration. *Lancet*, 368, 2081-2094. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69746-8. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/publications/health_in_an_unequal_world_marmott_lancet.pdf
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: Strategy review of health inequalities in England*. Londres, ReinO Unido: The Marmot Review.
- Marradi, A., Archanti, N., & Piovani, J. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina: Emecé.
- Martínez, C. (2007). Basilea II, retos y oportunidades. Hacia una mayor armonización de la regulación y supervisión financiera en el siglo XXI. *Gestión y Política Pública*, 14(2), 465-510.
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2008). *Guía metodológica para la programación presupuestaria estratégica*. Lima, Perú: Dirección Nacional del Presupuesto Público. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/guia_metodologica_completa.pdf
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2012). *Orientaciones para la identificación y diseño de Programas Presupuestales*. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/PpR.ppt

- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2015). *¿Qué es Presupuesto por Resultados (PpR)?* Lima, Perú: MEF-GIZ. Recuperado de http://www.gobernabilidad.org.pe/buen_gobierno/galleries/161696577_065-Diptico%20Presupuesto%20por%20resultados.pdf
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas). (2016). Consulta amigable sobre ejecución del gasto. Transparencia Económica. Recuperado de <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>
- MIMP (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables). (2007). *Ley de igualdad de oportunidades entre Mujeres y Hombres (Ley 28983)*. Recuperado de http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/legislacion/nacional/ley_28983_lto.pdf
- Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS). (2006). *Reglamento Nacional de Edificaciones. Decreto Supremo N° 011-2006-VIVIENDA*. Lima, Perú: MVCS-Sencico. Recuperado de <http://www3.vivienda.gob.pe/pnc/docs/normatividad/varios/Reglamento%20Nacional%20de%20Edificaciones.pdf>
- Ministerio del Ambiente (Minam). (2009). *Política nacional del ambiente. Decreto Supremo N° 012-2009-MINAM*. Lima, Perú: Minam. Recuperado de <http://www.minam.gob.pe/wp-content/uploads/2013/08/Pol%C3%ADtica-Nacional-del-Ambiente.pdf>
- Minsa (Ministerio de Salud). (2005a). *Programa de Municipios y Comunidades Saludables*. Lima, Perú: Dirección General de Promoción de la Salud-Minsa. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/834_MS-PROM33.pdf
- Minsa (Ministerio de Salud). (2005b). *Guía de implementación del programa Familias y Viviendas Saludables*. Lima, Perú: Dirección General de Promoción de la Salud-Minsa. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/151_guiafam.pdf
- Minsa (Ministerio de Salud). (2005c). *Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú*. Documento técnico. Lima, Perú: Minsa. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf
- Minsa (Ministerio de Salud). (2005d). *Guía metodológica para la implementación de Comunidades Saludables*. Lima, Perú: Dirección General de Promoción de la Salud-Minsa. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/147_guiacomun.pdf

- Minsa (Ministerio de Salud). (2005e). *Programa de municipios y comunidades saludables. Resolución Ministerial N° 457-2005-MINSA*. Lima, Perú: Minsa.
- Minsa (Ministerio de Salud). (2005f). *Lineamientos de política de promoción de la salud*. Lima, Perú: Minsa. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/84_LINEPOLIPROMO.pdf
- Minsa (Ministerio de Salud). (2006). *Resolución Ministerial N° 720-2006-MINSA que aprueba el documento técnico Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú*. Lima, Perú: Minsa.
- Minsa (Ministerio de Salud). (2010). *Fortalecimiento del primer nivel de atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada*. Documento técnico. Lima, Perú: Minsa.
- Minsa (Ministerio de Salud). (2011a). *Modelo de atención integral de salud basado en Familia y Comunidad*. Documento técnico. Lima, Perú: Dirección General de Salud de las Personas-Minsa. Recuperado de <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
- Minsa (Ministerio de Salud). (2011b). *Política Nacional de Salud Ambiental 2011-2020*. Documento técnico. Lima, Perú: Minsa.
- Minsa (Ministerio de Salud). (2011c). *Plan Nacional Concertado de Salud*. Lima, Perú: Minsa.
- Minsa (Ministerio de Salud). (2012). *Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2010*. Documento técnico. Lima, Perú: Dirección General de Salud de las Personas-Minsa. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>
- Minsa (Ministerio de Salud). (2016). *Decreto Supremo N° 007-2016-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud*. Recuperado de <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-organizacion-y-decreto-supremo-n-007-2016-sa-1344833-3/>
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Neiva, Colombia: Universidad Surcolombiana.
- Morales, B., Concha, S., & Eslava, J. (2013). Las capacidades de investigación en determinantes sociales de la salud de grupos registrados en Colciencias, Colombia (2005-2012). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 126-138. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028727013.pdf>

- Morales, F. (2015). *Tipos de investigación*. Santiago, Chile: CREADESS.
- Niño, D. (2002). Pierce, abducción y práctica médica. *Anuario Filosófico*, 34(1), 57-74. Universidad de Navarra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1974). *Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses*. Ottawa, Canadá: Gobierno de Canadá.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Llevado a cabo del 6-12 de septiembre en Alma-Ata, ex URSS. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1986). *Carta de Ottawa*. Ottawa, Canadá: OMS.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1988). *Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: "Políticas a favor de la Salud"*. Llevado a cabo en Adelaide, Australia.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1991). *Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: "Políticas a favor de la Salud"*. Llevado a cabo en Sundsvall, Suecia.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1997). *Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Nuevo actores para una nueva era. Llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI*. Llevado a cabo en Yakarta, Indonesia.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1998). *Glosario de promoción de la salud*. Ginebra, Suiza: WHO.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2000). *Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Hacia una mayor equidad*. Llevado a cabo en México D.F., México.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2005a). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2005b). *Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado*. Llevado a cabo en Bangkok, Tailandia.

- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2009a). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2009b). *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*. Llevado a cabo en Nairobi, Kenia.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2010). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. Adelaida, Australia: WHO. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2011a). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro, Brasil: WHO. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/02cns/web/memorias/2015/DT%20LINEAMIENTO%20POLITICA%20PROMOCION%20SALUD.pdf>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2011b). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro, Brasil: WHO. Recuperado de http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2012). *El futuro que deseamos*. New York, NY: WHO.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2013). *Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. La Declaración de Helsinki sobre la salud en todas las políticas*. Helsinki, Finlandia: WHO.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (1984). *Participación de la comunidad en la salud y desarrollo de las Américas. Análisis de estudio de casos seleccionados*. Publicación Científica N° 473. Washington D.C.: PAHO.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2007). *La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: lecciones aprendidas*. Washington D.C.: PAHO.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2012). Determinantes e inequidades en salud. En OPS, *Salud en las Américas* (pp. 12-59). Recuperado de http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=163&Itemid=125

- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2013). *La tuberculosis en la Región de las Américas. Informe Regional 2012. Epidemiología, control y financiamiento*. Washington D.C.: OPS. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22954+&Itemid=999999&lang=es
- Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., & Jayaraman, G. (2016). Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: The development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada. Research, Policy and Practice*, 36(1), 1-10. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/36-1/assets/pdf/ar-01-eng.pdf>
- Pablos-Mendez, A. & Blustein, J. (1997). El rol de la Diabetes M. en la mayor prevalencia de TB en hispanícos. *American Journal of Public Health*, 87(4), 574-580.
- Pastor, E. (2005). *La participación ciudadana en el ámbito local, eje transversal del trabajo social comunitario*. Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Peirce, C. S. (1988). *El hombre, un signo [The collected papers of Charles Sanders Peirce]*. Barcelona, España: Crítica.
- Peña, B. (2015). *La observación como herramienta científica*. Madrid, España: ACCI.
- Pérez, N. (2015). Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 94-114. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100009
- Planas, P. (1999). *La difícil integración de las ciudadanías en el Perú. Repensando la política en el Perú*. Lima, Perú: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). (2013). *Perú. Tercer informe nacional de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Lima, Perú: PNUD. Recuperado de <http://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/library/mdg/tercer-informe-nacional-de-cumplimiento-de-los-objetivos-de-des.html>
- Ponce, S. (2013). *Inversión pública y desarrollo económico regional*. Tesis de Magíster en Economía por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú: PUCP. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4837>

- Potts, H. (2008). *Accountability and the right to the highest attainable standard of health*. Washington D.C.: Office of the UN Special.
- Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). (1996). *Decreto Supremo N° 001-96-TR que reglamenta el Decreto Legislativo N° 728, Ley de Fomento del Empleo*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd38/Peru/DS001-96.pdf>
- Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). (2007). *Decreto Supremo N° 027-2007-PCM que define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional*. Lima, Perú: PCM.
- Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). (2013). *Política nacional de modernización de la gestión pública al 2021*. Lima, Perú: PCM. Recuperado de <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2017/04/PNMGP.pdf>
- Quintana, L. (2007). *Métodos y técnicas de investigación I*. México D.F., México: McGraw-Hill.
- Ramírez, A. (2015). *Metodología de la investigación científica*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <http://www.postgradoune.edu.pe/documentos/ALBERTORAMIREZMETODOLOGIADELAINVESTIGACIONCIENTIFICA.pdf>
- Rawls, J. (2006). *Teoría de la justicia social*. 2ª ed. México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Robles, L. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(1), 43-48. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/2050>
- Robles, L. (2016). Entrevista con Luis Ricardo Robles, asesor de la Secretaría General del Ministerio de Salud, realizada el 18 de abril en Lima, Perú.
- Rojas Ochoa, F. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3), 30-38. Recuperado de http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es
- Rousseau, J. J. (1982). *Emilio o de la educación* [Trad. L. Aguirre]. Madrid, España: Alianza.
- Rousseau, J. J. (1988). *El contrato social o principios de derecho político* [Trad. M. J. Villaverde]. Madrid, España: Tecnos.

- Ruiz, R. (2007). *El método científico y sus etapas*. México D.F., México: Eumet.
- Salinas, P. (2012). *Metodología de la investigación científica*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes.
- Sanghavi, D., Gilman, R., Lescano-Guevara, A., Checkley, W., Cabrera, L., & Cardenas, V. (2007). Hyperendemic pulmonary tuberculosis in a Peruvian Shantytown. *American Journal of Epidemiology*, 148(4), 384-389. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9717883>
- Sen, A. (2012). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 302-309. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005
- Serra, C. & Zúñiga, Z. (2002). Identificando bancos en problemas. ¿Cómo debe medir la autoridad bancaria la fragilidad financiera? *Revista de Estudios Económicos del BCRP*, 8, 77-124. Recuperado de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Documentos-de-Trabajo/2002/Documento-Trabajo-04-2002.pdf>
- Solar, O. & Irwin, A. (2009). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion. Paper N° 2*. Ginebra, Suiza: WHO. Recuperado de http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Subirats, J. (1989). *Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración*. Madrid, España: INAP.
- Tarev, A. (2016). Entrevista con Alexander Tarev, ex director adjunto de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, realizada el 17 de abril en Lima, Perú.
- Transparencia Internacional. (2017). Índice de percepción de la corrupción 2016. Recuperado de http://transparencia.org.es/wp-content/uploads/2017/01/tabla_sintetica_ipc-2016.pdf
- Unión Europea. (2006). *Informe sobre la creación del valor social*. Bruselas, Bélgica: UE.
- Vásquez, L. (2014). La abducción como alternativa del método científico en la educación superior. *Uni-Pluri/Versidad*, 8(2), 1-12. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/article/download/947/820>

- W. K. Kellogg Foundation (WKKF). (2001). *Guía de desarrollo de modelos lógicos*. Michigan, MI: WKKF. Recuperado de <https://www.wkkf.org/es/resource-directory/resource/2006/02/WK-Kellogg-Foundation-Logic-Model-Development-Guide>
- Weber, M. (2003). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Whitehead, M. (1990). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. Copenhague, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (1985). *Social justice and equity in health report on a WHO meeting*. Leeds, Reino Unido: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2010a). *Putting our own house in order: Examples of health-system action on socially determined health inequalities*. Copenhague, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2010b). *Equity, social determinants and public health programmes*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (1998). *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>
- World Economic Forum. (2015). *Global Competitiveness Index*. Recuperado de <http://reports.weforum.org/global-competitiveness-report-2015-2016/economies/#indexId=GCIyeconomy=PER>
- Wu, J. & Dalal, K. (2012). Tuberculosis in Asia and the Pacific: The role of socioeconomic status and health system development. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(1), 8-16. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278873/>
- Zúñiga, M. (2016). Entrevista con M. Zúñiga, experto en salud pública, realizada el 17 de abril en Lima, Perú.

Glosario de términos sobre salud pública

Acción interinstitucional.- Se refiere a articular, alinear y gestionar el poder y las funciones de las instituciones de derecho público, en el marco del ejercicio del Estado de Derecho, las buenas costumbres y el orden público (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013).

Acción intergubernamental.- La acción intergubernamental es el trabajo articulado, en el marco de la descentralización, de los niveles de gobierno. Esta acción contribuye al desarrollo eficiente y eficaz de la gestión de la política y acción pública.

Acción intersectorial.- La acción intersectorial es el trabajo integrado entre los sectores del nivel nacional de gobierno, esto se entiende como la cooperación de todos los sectores del gobierno nacional, constitucionalmente reconocidos en el contrato social peruano. Para el caso de la salud se refiere al proceso colaborativo entre los niveles de gobierno.

Capital social.- El capital social es el patrimonio simbólico de la sociedad en términos de capacidad de manejo de normas, redes sociales y vínculos de confianza social, que permiten reforzar la participación ciudadana y sentar bases de reciprocidad en el trato para el beneficio mutuo, que se extienden progresivamente al conjunto de la sociedad. En este sentido, el capital social da cuenta de un conjunto de actores que contribuye a una sociedad más cohesionada (Cepal, 2007).

Cohesión social.- La cohesión social es un atributo de las sociedades que implica la igualdad de oportunidades para que la población pueda ejercer sus derechos fundamentales y asegurar su bienestar, sin discriminación de ningún tipo y atendiendo a la diversidad. Desde una perspectiva individual, la cohesión social supone la existencia de personas que se sienten parte de una comunidad, participan activamente en diversos ámbitos de decisión y son capaces de ejercer una ciudadanía activa. La cohesión social también implica el desarrollo de políticas públicas y mecanismos de solidaridad entre individuos, colectivos, territorios y generaciones¹ (Euro-Social, 2010).

Consecuencia diferencial.- Se refiere a las consecuencias sociales y económicas que genera la enfermedad, incluyendo la pérdida de ingresos, pérdida de la capacidad de trabajo, aislamiento y exclusión social. Las personas enfermas y sus familias enfrentan un mayor gasto económico y puede generar un efecto negativo en su posición socioeconómica, lo que contribuye a afectar al contexto social, político y económico (Blas & Sivasankara, 2010).

Contexto socioeconómico y político.- Se refiere al conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de las personas (WHO, 2010a). Incluye los mecanismos sociales, políticos y económicos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas (OPS, 2012).

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 ingreso, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas públicas adoptadas (OMS, 2011a y b).

1. Entendida también como la dialéctica entre mecanismos instituidos (instituciones) de inclusión y exclusión social (brechas sociales o resultados) y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía (subjetividad o sentido de pertenencia) frente al modo en que dichos mecanismos operan.

Empoderamiento social.- Se refiere a la institucionalización de la democracia participativa de los seres humanos, quienes a través de ella son capaces de conocer y defender los principios y axiomas de la justicia social.

Equidad en salud.- La equidad en salud implica que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud. La equidad, en consecuencia, se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al menor nivel posible (WHO, 1985).

Exposición diferencial.- Significa que distintos grupos sociales están expuestos a distintos factores de riesgo debido a circunstancias materiales, factores psicosociales y conductas biológicas según su posición socioeconómica y contexto socioeconómico y político (Blas & Sivankara, 2010).

Género.- El género puede funcionar junto con la posición social y el grupo étnico, como determinante estructural debido a la influencia fundamental que tiene en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios (OPS, 2012).

Gobernanza.- Se refiere a la interacción eficaz y eficiente de los diferentes actores sociales, que coadyuvan a la producción de buenas prácticas. La gobernanza garantiza, de ser usada asertivamente, la satisfacción de las necesidades de la población, la generación de calidad de vida y el cumplimiento de los más altos estándares de valor público.

Gradiente social.- Se refiere al estatus del ser humano en la administración del poder. Esta clasificación, sobre el acceso al poder, dependerá de las posibilidades del uso y disfrute de los privilegios socioeconómicos, religiosos, étnicos, culturales, deportivos, etc.

Justicia social.- Se refiere a la capacidad del Estado para el acceso equitativo del uso y disfrute de los derechos fundamentales. La justicia social está relacionada, además, con el derecho básico de todo ser humano de ejercer libre e igualitariamente la satisfacción de los derechos humanos. La justicia social goza de reconocimiento de la gobernanza supranacional.

Inequidad.- El término inequidad² tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables, pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Para calificar una situación dada como inequitativa es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad (Whitehead, 1990).

Inequidades en salud.- Se refieren a las diferencias consustanciales entre los seres humanos, producto de la vulneración de las condiciones materiales, sociales, económicas y culturales para el goce de la salud (Whitehead, 1990).

Modelo lógico.- Básicamente un modelo lógico es una forma sistemática y visual de presentar y compartir su comprensión de las relaciones entre los recursos que dispone para operar su programa, las actividades que planea realizar, y los cambios o resultados que espera obtener (W.K. Kellogg Foundation, 2001).

Participación social.- Es el proceso fáctico del uso y disfrute de los derechos fundamentales para la defensa de la institucionalidad democrática del Estado. Tiene por objeto garantizar que los ciudadanos participen activamente en el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en salud.

Políticas públicas.- Es la norma o conjunto de normas que existen sobre una determinada problemática, así como el conjunto de programas u objetivos que tiene el gobierno en un campo concreto (Subirats, 1989). Pero también se refiere a procesos, decisiones y resultados, pero sin que ello excluya conflictos entre intereses presentes en cada momento, tensiones entre diferentes definiciones del problema a resolver, entre diferentes racionalidades organizativas y de acción, y entre diferentes perspectivas (Lindblom, 1979).

Posición socioeconómica.- La posición socioeconómica incluye los recursos materiales y sociales, al igual que la ubicación o la situación en una jerarquía social. Las posiciones sociales derivan de un determinado

2. Las inequidades también se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas. La calificación de injusticia implica una valoración de si las desigualdades son o no evitables, así como la aplicación de conceptos más complejos de justicia distributiva a la salud.

contexto social y son generadas por él, lo que significa que las clasificaciones de las posiciones sociales varían en las distintas sociedades y periodos históricos. En algunos países, el género, la raza o la religión desempeñan un papel fundamental en relación con la posición que ocupa una persona. Debido a que hay una amplia gama de estructuras de desigualdad, todas las personas ocupan varias posiciones sociales, por ejemplo: un hombre blanco y homosexual en una ocupación manual o una mujer india heterosexual en un cargo gerencial (OMS, 2011a).

Presupuesto por resultados (PpR).- Es una estrategia de gestión pública que permite vincular la asignación de recursos presupuestales a bienes y servicios (productos) y a resultados en favor de la población, con la característica de permitir que estos puedan ser medibles. Para lograrlo es necesario un compromiso de las entidades públicas, definir responsables, generar información, y rendir cuentas (MEF, 2015, p. 2).

Programas presupuestales.- Es una categoría presupuestaria, un instrumento del PpR, es decir, una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas (MEF, 2015).

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 la salud (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013).

Sistema de salud³.- Conjunto de mecanismos cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud, esta abarca los recursos humanos y la capacidad instalada que se organiza por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles (Manzanilla, 1989).

Valor social.- Es el resultado generado cuando los recursos, procesos y políticas se combinan para generar mejoras en la vida de las personas o de la sociedad en su conjunto (Unión Europea, 2006).

3. Para la OMS, el sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya finalidad es mejorar la salud.

Vigilancia ciudadana.- Se refiere al proceso democrático de fiscalización de las políticas públicas gubernamentales. La vigilancia necesita, por parte del Estado, de una adecuada gestión administrativa, transparencia, rendición de cuentas y lucha en contra de la corrupción.

Vulnerabilidad diferencial.- Significa que ciertos grupos, en virtud de su clase social, pueden verse más fácilmente afectados por un riesgo determinado, aunque este tenga una distribución homogénea en todas las clases sociales. La vulnerabilidad puede ser tanto biológica como social. La biológica puede provenir de un entorno social donde hay factores, como una nutrición deficiente, por dar un ejemplo, que hacen a las personas más susceptibles de enfermar. Puede haber también una malnutrición intrauterina, que coloca a la criatura en mayor riesgo de contraer diversas enfermedades crónicas (Diderichsen & Hallqvist, 1998).

Anexos

- 1. Resumen de normas sistematizadas por sectores**
- 2. Sistematización normativa para el abordaje de los DSS en nueve sectores**

Resumen de normas sistematizadas por sectores

a. Agricultura:

- Decreto Ley N° 1062 de la Inocuidad de los Alimentos
- Decreto Supremo N° 034-2008-AG que aprueba el Reglamento de la Ley de Inocuidad de los Alimentos
- Ley N° 29196 de la Promoción de la Producción Orgánica o Ecológica
- Decreto Supremo N° 010-2012-AG que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29196 de Promoción de la Producción Orgánica o Ecológica
- Decreto Supremo N° 102-2012-PCM que Declara de interés nacional y de necesidad pública la seguridad alimentaria y nutricional de la población nacional y crean la Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, de naturaleza permanente, adscrita al Ministerio de Agricultura
- Decreto Supremo N° 007-98-SA que aprueba el Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas
- Resolución Ministerial N° 282-2003-SA/DM que aprueba el Reglamento Sanitario de Funcionamiento de Mercados de Abasto
- Resolución Directoral N° 0035-2013-AG-SENASA-DIAIA que aprueba el Plan de Monitoreo de residuos químicos y otros contaminantes en alimentos agropecuarios primarios y piensos para el periodo mayo-diciembre 2013

b. Ambiente:

- Decreto Supremo N° 012-2009-MINAM, Política Nacional del Ambiente
- Resolución Ministerial N° 026-2010-MINAM, Lineamientos de Política para el Ordenamiento Territorial

- Decreto Supremo N° 087-2004-PCM, Reglamento de Zonificación Ecológica y Económica (ZEE)
- Ley N° 27314, Ley General de Residuos Sólidos y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 057-2004-PCM
- Decreto Supremo N° 086-2003-PCM, Estrategia Nacional sobre Cambio Climático

c. Educación:

- Ley N° 28044, Ley General de Educación y su Decreto Supremo N° 011-2012-ED, que aprueba el Reglamento de la Ley General de Educación
- Ley N° 29944, Ley de Reforma Magisterial y su Decreto Supremo N° 004-2013-ED, que aprueba el Reglamento de la Ley de Reforma Magisterial
- Ley N° 30061 que Declara de Prioritario Interés Nacional la Atención Integral de la Salud de los Estudiantes de Educación Básica Regular y Especial de las Instituciones Educativas Públicas del Ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los Incorpora como Asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS)
- Resolución Ministerial N° 0622-2013-ED, Normas y Orientaciones para el Desarrollo del año escolar 2014 en la Educación Básica
- Resolución Vice Ministerial N° 006-2012-ED, Normas específicas para la planificación, organización, ejecución, monitoreo y evaluación de la aplicación del enfoque ambiental en la Educación Básica y Técnico Productiva
- Resolución Vice Ministerial N° 022-2007-ED, Normas para el fortalecimiento de la Convivencia y la Disciplina Escolar, el uso adecuado del Tiempo Libre y la Formación Ciudadana, Cívica y Patriótica de los Estudiantes de Instituciones y Programas de Educación Básica
- Resolución Directoral N° 379-2012-ED, Procedimientos para la realización de actividades en el marco del programa DEPARTE deporte y arte para crecer
- Resolución N° 003-2011-SINEACE/P, Matriz y Guía de autoevaluación de la gestión educativa de instituciones de Educación Básica Regular
- Ley N° 29719 que Promueve la Convivencia sin Violencia en las Instituciones Educativas
- Decreto Supremo N° 010-2012 que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29719 que Promueve la Convivencia sin Violencia en las instituciones Educativas
- Resolución Ministerial N° 0369-2012-ED, Política Educativa Nacional 2012-2016
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad

d. Transportes:

- Ley N° 27181, Ley General de Transporte
- Ley N° 28735, Ley que regula la atención de las personas con discapacidad, mujeres embarazadas, y adultos mayores en aeropuertos, aeródromos, terminales terrestres, ferroviarios, marítimos, y fluviales y medios de transporte
- Ley N° 28839 que modifica el artículo 30 y 31 de la Ley General de Transporte y Tránsito Terrestre (Reglamentado por el Decreto Supremo N° 040-2006- MTC)
- Ley N° 28256 que regula el transporte terrestre de materiales y residuos peligrosos
- Ley N° 29005 que establece los lineamientos generales para el funcionamiento de la escuela de conductores
- Ley N° 29237 que crea el Sistema Nacional de Inspecciones Técnicas Vehiculares
- Ley N° 29365 que establece el Sistema de Control de Licencias de conducir por puntos
- Ley N° 29439 que modifica e incorpora artículos del Código Penal y modifica los Códigos Procesales Penales, referidos a la conducción en estado de ebriedad o drogadicción
- Ley N° 29593 que declara de interés nacional el uso de la bicicleta y promueve su utilización como medio de transporte sostenible
- Decreto Supremo N° 024-2002-MTC que prueba el Texto Único Ordenado del Reglamento Nacional de Responsabilidad Civil y Seguros Obligatorios por Accidentes de Tránsito
- Decreto Supremo N° 058-2003-MTC que aprueba el Reglamento Nacional de Vehículos
- Decreto Supremo N° 024-2004-MTC que aprueba el Reglamento del Fondo de Compensación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
- Decreto Supremo N° 035-2006-MTC que establece el Sistema de Control de Garitas de Peaje "Tolerancia Cero"
- Decreto Supremo N° 016-2008-MTC que aprueba el Reglamento del Régimen Temporal para la renovación del parque automotor de vehículos diésel
- Resolución Ministerial N° 903-2008-MTC/02 que establece el Régimen Especial del Pasajero Veedor
- Decreto Supremo N° 040-2008-MTC que aprueba el Reglamento Nacional de Licencias de Conducir vehículos automotores y no motorizados de transporte terrestre

- Decreto Supremo N° 017-2009-MTC que aprueba el Reglamento Nacional de Administración de Transporte
- Decreto Supremo N° 055-2010-MTC que aprueba el Reglamento Nacional de Transporte público especial de pasajeros en vehículos menores motorizados y no motorizados
- Decreto Supremo N° 023-2011-MTC que crea el Programa para la Renovación del Parque Automotor
- Ley N° 27261 de Aeronáutica Civil del Perú
- Ley N° 29159 que declara de necesidad y utilidad pública la prestación de servicios de transporte aéreo a zonas aisladas donde no haya oferta
- Ley N° 28404 de Seguridad de Aviación Civil
- Decreto Supremo N° 014-2006-MTC que aprueba el Reglamento de Transporte Fluvial
- Ley N° 27943 del Sistema Portuario Nacional
- Decreto Supremo N° 034-2008-MTC que aprueba el Reglamento Nacional de gestión de infraestructura vial
- Decreto Supremo N° 017-2007-MTC que aprueba el Reglamento de jerarquización vial
- Decreto Supremo N° 039-2010 que aprueba el Reglamento Nacional del Sistema Eléctrico de Transporte de Pasajeros en vías férreas que forman parte del Sistema Ferroviario Nacional
- Ley N° 28278 de Radio y Televisión
- Ley N° 28295 que regula el acceso y uso compartido de infraestructura de uso público para la prestación de servicios públicos de telecomunicaciones

e. Mujer y poblaciones vulnerables

- Decreto Supremo N° 009-2005-MIMDES, Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Varones 2006-2010
- Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, que Define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional
- Decreto Supremo N° 004-2008-MIMDES, por el cual Precisan que los estatutos de todas las formas de organización jurídica sin fines de lucro deberán adecuarse a las normas de la Constitución Política del Perú y de la Ley relativas a la igualdad jurídica del varón y la mujer
- Ley N° 28983 de Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres
- Resolución Ministerial N° 110-2009-MIMDES, por el cual Disponen la Creación e Implementación del Registro de Víctimas de Femicidio
- Ley N° 27942 de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual

- Ley N° 28950 contra la Trata de personas y el Tráfico Ilícito de migrantes
- Decreto Supremo N° 002-98-JUS, que aprueba el TUO de la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar
- Ley N° 29819 que modifica el artículo 107° del Código Penal, Incorporando el Femicidio

f. Trabajo:

- Decreto Legislativo N° 713, que establece los Descansos remunerados de los trabajadores sujetos al régimen de la actividad privada
- Decreto Legislativo N° 728, Ley de Fomento del Empleo, con su Decreto Supremo N° 001-96 -TR que aprueba el Reglamento de la Ley de Fomento del Empleo
- Decreto Supremo N° 003-97-TR, que aprueba el TUO del Decreto Legislativo N° 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral
- Ley N° 26772, por el cual Disponen que las ofertas de empleo y acceso a medios de formación educativa no podrá contener requisitos que constituyan discriminación, anulación o alteración de igualdad de oportunidades o de trato
- Ley N° 27240 que Otorga Permiso por Lactancia Materna
- Decreto Supremo N° 007-2002-TR, que aprueba el TUO de la Ley de Jornada de Trabajo, Horario y Trabajo en Sobretiempo
- Ley N° 28051 de Prestaciones Alimentarias y Beneficio de los trabajadores sujetos al régimen de la actividad privada
- Ley N° 28048 de protección a favor de la mujer gestante que realiza labores que pongan en riesgo su salud y/o el desarrollo normal del embrión y el feto
- Ley N° 28518 sobre modalidades formativas laborales
- Decreto Supremo N° 003-2008-TR sobre Jornadas máximas de modalidades formativas reguladas por Ley N° 28518, así como de las prácticas pre-profesionales de Derecho y de internado en Ciencias de la Salud
- Ley N° 29381 de Organización y Funciones del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
- Ley N° 29409 que concede derecho de licencia por paternidad a los trabajadores de la actividad pública y privada
- Ley N° 29783 de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Decreto Supremo N° 005-2011-TR que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26644 que precisa el goce del derecho de descanso pre natal y post natal de la trabajadora gestante
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad

- Decreto Supremo N° 008-2017-TR que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30012 que concede el Derecho de Licencia a Trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedades en estado grave o terminal o sufran accidente

g. Salud:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 30061 que declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS)
- Decreto Supremo N° 010-2013-SA que aprueba el Plan de Salud Escolar 2013-2016
- Ley N° 30021 de Promoción de la Alimentación Saludable para niños, niñas y adolescentes
- Resolución Ministerial N° 908-2012/MINSA que aprueba la Lista de alimentos saludables recomendados para su expendio en los quioscos escolares de las instituciones educativas
- Ley N° 25357 que Prohíbe fumar en espacios cerrados públicos, comprendiéndose a espacios de instituciones públicas y privadas y los medios de transporte público
- Ley N° 26849 que Prohíbe la venta y publicidad de productos elaborados con tabaco en lugares a que se refiere la Ley N° 25357, que estableció la prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público
- Ley N° 28705, Ley General para la prevención y control de los riesgos del consumo de tabaco; y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 015-2008-SA
- Resolución Legislativa N° 28280 que aprueba el Convenio Marco para el Control del Tabaco
- Ley N° 28681 que regula la Comercialización, Consumo y Publicidad de bebidas alcohólicas; y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 012-2009-SA

h. Justicia:

- Directiva N° 001-2009-JUS/DM sobre Incentivos y estímulos por el cumplimiento de los principios, deberes y obligaciones que establece el código de ética de la función pública y mecanismos de protección a favor de los

funcionarios, servidores y personas que prestan servicios en el Ministerio de Justicia que denuncien el incumplimiento de las disposiciones de dicho código

- Decreto Supremo N° 002-2013-JUS que modifica el Decreto Supremo N° 014-2010-JUS, el cual aprueba medidas de promoción para garantizar la seguridad jurídica de predios ubicados en determinados distritos ubicados en zonas pobres, de extrema pobreza y de frontera
- Decreto Supremo N° 007-2013-JUS que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29824, Ley de Justicia de Paz
- Resolución de Secretaría General N° 097-2005-JUS que aprueba la Directiva N° 003-2005-JUS/OGA-OPER para regular las jornadas adicionales de trabajo del personal que continúe laborando después de las 16:30 horas
- Resolución Viceministerial N° 29-2011-JUS que aprueba la Directiva N° 002-2011-JUS-VM-DGDP sobre Normas y Procedimiento para la Evaluación Socioeconómica de los Usuarios Beneficiarios del Servicio de Defensa Pública y Determinación de la Gratuidad
- Resolución Ministerial N° 046-2010-JUS que aprueba la Directiva N° 02-2010-JUS/OGA sobre Procedimiento para la prevención y sanción de los actos de hostigamiento sexual en el Ministerio de Justicia-MINJUS
- Ley N° 29824, Ley de Justicia de Paz
- Decreto Ley N° 25993, Ley Orgánica del Sector Justicia

i. Desarrollo e inclusión social

- Ley N° 29792 de Creación, Organización y Funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
- Decreto Supremo N° 011-2012-MIDIS, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS
- Resolución Ministerial N° 108-2012-MIDIS, que aprueba la Directiva N° 002-2012-MIDIS sobre los Lineamientos para la Elaboración y Aprobación del manual de operaciones de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
- Resolución de Secretaría General N° 002-2012-MIDIS/SG que aprueba la Directiva N° 001-2012-MIDIS/SG sobre Planeamiento y Presupuesto

Anexo 2

Sistematización normativa para el abordaje de los DSS en nueve sectores

I. Sector agricultura

<i>Decreto Ley N° 1062 de la Inocuidad de los Alimentos</i> <i>Decreto Supremo N° 034-2008-AG que aprueba el Reglamento de la Ley de Inocuidad</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Seguridad alimentaria y nutricional
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Alimentación y nutrición saludable

<i>de los Alimentos</i>	
Análisis	Impacto en salud
<p>Ley que establece el régimen jurídico que garantice la inocuidad de los alimentos destinados al consumo humano, con el fin de proteger la vida y la salud de las personas, reconociendo y asegurando los derechos e intereses de los consumidores.</p> <p>Principios que sustentan la Política de Inocuidad de Alimentos: alimentación saludable y segura, competitividad, colaboración integral, responsabilidad social de la industria, etcétera.</p>	<p>Permite contar con las condiciones y medidas necesarias durante la adquisición de las materias primas, producción y/o elaboración, almacenamiento y distribución de los alimentos para asegurar que una vez ingeridos no representen un riesgo apreciable para la salud, especialmente, las enfermedades transmitidas por alimentos, siendo las más comunes las diarreas, hepatitis B, tifoidea, Fiebre de Malta, etc., cuya causa directa son los alimentos contaminados.</p> <p>Los peligros que tienen los alimentos son los físicos o materiales (moscas, pelos, trazas de metal, etc.), químicos (detergentes, lubricantes, etc.) y biológicos (bacterias, virus, etc.).</p> <p>Su abordaje permitirá disminuir el número de casos de infección por alimentos contaminados, especialmente, en los programas sociales.</p>
<p>Establece los derechos de los consumidores y obligaciones de los proveedores. Toda persona tiene derecho a consumir alimentos inocuos, recibir la información necesaria para decidir o realizar una elección adecuada en la adquisición de alimentos, entre otros.</p> <p>Respecto de los proveedores, cumplir con las normas sanitarias, asegurar que el personal que intervenga en todas y cualquiera de las fases de la cadena alimentaria cumpla con realizarlo conforme a los Principios Generales de Higiene, Buenas Prácticas de Manufactura y Sistema de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (HACCP), en concordancia con los Principios del Codex Alimentarius FAO/OMS.</p>	<p>Garantizando que los alimentos que se expidan para consumo humano sean saludables y seguros, para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos como las microbianas (salmonelosis, botulismo), parasitarias (teniasis, escarises, giardiasis) y virales (hepatitis, rotavirus); así como las intoxicaciones alimentarias y tóxico-infecciones, principalmente, en los grupos vulnerables.</p>

<i>Ley N° 29196 de la Promoción de la Producción Orgánica o Ecológica Decreto Supremo N° 010-2012-AG que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29196</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Calidad ambiental (aire, agua y suelo)
		Seguridad alimentaria y nutricional
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Alimentación y nutrición saludable

<i>de Promoción de la Producción Orgánica o Ecológica</i>	
Análisis	Impacto en salud
<p>Esta ley fomenta la producción orgánica sustentada en: interactuar armoniosamente con los sistemas y ciclos naturales, respetando la vida en todas sus expresiones, fomentar e intensificar la dinámica de los ciclos biológicos en el sistema agrícola, manteniendo o incrementando la fertilidad de los suelos, incluido el aprovechamiento sostenible de los microorganismos, de la flora y fauna que lo conforman y de las plantas y de los animales que en él se sustentan.</p> <p>Promover y mantener la diversidad genética en el sistema productivo y en su entorno, incluyendo para ello, la protección de los hábitats de plantas y animales silvestres.</p> <p>Minimizar todas las formas de contaminación y promover el uso responsable y apropiado del agua, los recursos acuáticos y la vida que sostienen. Excluye el uso de agroquímicos sintéticos, cuyos efectos tóxicos afecten la salud humana y causen deterioro del ambiente.</p>	<p>Promueve un sistema agroalimentario más sostenible donde el manejo orgánico se concentra en las relaciones de la cadena alimentaria y en los ciclos de los elementos. Busca maximizar la estabilidad y la homeostasis del agro ecosistema e impide que se degraden los recursos naturales y se pierdan tierras y potencial productivo, lo que da como resultado una mayor disponibilidad alimentaria en cantidad y calidad.</p>
<p>Esta norma promueve la producción de alimentos sanos e inocuos, obtenidos en sistemas sostenibles que, además de optimizar su calidad nutritiva, guarden coherencia con los postulados de responsabilidad social. Fomenta y promueve la producción orgánica para contribuir con la seguridad alimentaria nutricional.</p>	<p>Permite una producción y disponibilidad de alimentos libres de productos químicos, sustancias tóxicas o aditivos sintéticos que provocan enfermedades en las personas y contaminan el medio ambiente. Disminuye la aplicación de diferentes agroquímicos, así como su nocividad en la salud humana.</p>
<p>Disponibilidad de alimentos sanos e inocuos y de óptima calidad nutricional.</p>	<p>Permite favorecer una cultura de protección de la salud, evitando enfermedades como el cáncer de piel, pulmonar, leucemia, trastornos teratogénicos, mutaciones, malformaciones, esterilidad, alergias respiratorias, problemas gastrointestinales, dermatitis de contacto; así como alteraciones genéticas a su descendencia y alteraciones psicológicas.</p>

<i>Decreto Supremo N° 102-2012-PCM que Declara de interés nacional y de necesidad pública la de Seguridad Alimentaria y Nutricional, de naturaleza permanente, adscrita al Ministerio</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Seguridad alimentaria y nutricional
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Alimentación y nutrición saludable

<i>Decreto Supremo N° 007-98-SA que aprueba el Reglamento sobre Vigilancia</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Transporte y seguridad vial
		Seguridad alimentaria y nutricional
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Alimentación y nutrición saludable

seguridad alimentaria y nutricional de la población nacional y crean la Comisión Multisectorial de Agricultura

Análisis	Impacto en salud
<p>Declárese de interés nacional y de necesidad pública la seguridad alimentaria y nutricional de la población nacional, para lo cual se elaborará y propondrá los planes y acciones pertinentes para que al 2021 la población peruana logre la seguridad alimentaria y nutricional.</p>	<p>Establece las medidas necesarias para la producción de alimentos esenciales, en calidad y cantidad suficiente, para garantizar el derecho a la alimentación y nutrición de la población, especialmente de la más pobre y vulnerable, priorizando la atención de la niñez, las mujeres embarazadas o lactantes y la población de la tercera edad, coadyuvando a la disminución de la desnutrición crónica, especialmente, en los niños y niñas.</p>
<p>Propondrá una estrategia nacional de seguridad alimentaria y nutricional adoptando las medidas necesarias para que el país produzca los alimentos esenciales en calidad y cantidad suficientes para garantizar el derecho a la alimentación y nutrición de la población, especialmente, de la pobre y vulnerable, priorizando la atención de la niñez, las mujeres embarazadas o lactantes y la población de la tercera edad, así como generar excedentes para la exportación.</p>	<p>Promueve que las personas dispongan de una adecuada información en alimentación y nutrición, de manera que tengan una alimentación balanceada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales según edad, actividad física o intelectual y estado fisiológico, así como promueve una buena utilización biológica de los alimentos ingeridos.</p>

y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas

Análisis	Impacto en salud
<p>Vigilancia sanitaria de los establecimientos de fabricación, almacenamiento y fraccionamiento de alimentos y bebidas, y de servicios de alimentación de pasajeros en los medios de transporte. Vigilancia sanitaria del transporte de alimentos y bebidas, así como de los establecimientos de comercialización, elaboración y expendio de alimentos y bebidas.</p>	<p>El transporte debe garantizar el buen estado y limpieza de los recipientes para alimentos, tanto para que los diferentes alimentos puedan conservar su inocuidad, así como para disminuir los riesgos de contraer enfermedades transmitidas por alimentos contaminados.</p>
<p>Vigilancia sanitaria de los productos hidrobiológicos, de la captura, extracción o recolección, transporte y procesamiento de productos hidrobiológicos, así como de las condiciones higiénicas de los lugares de desembarque de dichos productos que está a cargo del Ministerio de la Producción a través de su Viceministerio de Pesquería. Establece las restricciones para la captura, extracción o recolección de productos hidrobiológicos, así como las condiciones para su transporte y el manejo de los productos hidrobiológicos.</p>	<p>Promueve una disponibilidad de alimentos nutritivos que ofrecen garantía para el consumo humano, libre de sustancias contaminantes perjudiciales para la salud, o la aparición de enfermedades microbianas, parasitarias y virales.</p>
<p>Promueve una disponibilidad de alimentos nutritivos que ofrecen garantía para el consumo humano, libre de sustancias contaminantes perjudiciales para la salud, o la aparición de enfermedades microbianas, parasitarias y virales.</p>	<p>Promover la vigilancia periódica de las instalaciones y las zonas circundantes para detectar posibles infestaciones, tomando muestras microbiológicas del entorno y de las superficies que entran en contacto con los alimentos, y examinarlos con regularidad, con la finalidad de disminuir el riesgo para la aparición de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).</p>

II. Sector ambiente

<i>Decreto Supremo N° 012-2009-MINAM, Política Nacional del Ambiente</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Cambio climático
		Calidad ambiental (aire, agua y suelo)
		Ordenamiento territorial, urbanismo y condición de vivienda
		Gestión y manejo de residuos sólidos

Análisis	Impacto en salud
<p>Esta política incentiva la aplicación de medidas para la mitigación y adaptación del cambio climático con un enfoque preventivo, establece sistemas de monitoreo, alerta temprana y respuesta oportuna frente a los desastres naturales, fomenta el desarrollo de proyectos forestales, uso de energía renovable y otros, y el uso de tecnologías apropiadas para la adaptación al cambio climáticos y mitigación de gases de efecto invernadero y de la contaminación atmosférica.</p>	<p>Promueve las mejoras de las condiciones ambientales, reduciendo y controlando brotes posteriores a los desastres naturales (brote por cólera y otras enfermedades diarreicas, metaxénicas y zoonosis, entre otras).</p>
<p>Esta política contribuye al logro de una gestión sostenible de las actividades extractivas, productivas, de transformación, comerciales y de servicios, desarrolla mecanismos de carácter técnico normativo económico y financiero para la prevención y control de impactos ambientales negativos por actividades naturales y antrópicas, rehabilita las áreas ambientalmente degradadas, incorpora criterios de eco-eficiencia y control de riesgos ambientales y de la salud en las acciones de los sectores público y privado, así como del logro de un control eficaz de las fuentes de contaminación y los responsables de su generación, estableciendo instrumentos y mecanismos para la vigilancia, supervisión y evaluación y fiscalización ambiental.</p>	<p>Promueve el control integrado de la contaminación, la calidad del agua, del aire y los residuos sólidos, sustancias químicas y materiales peligrosos y la calidad de vida en ambientes urbanos, previniendo y mitigando los efectos contaminantes del agua (intoxicación por metales pesados), del aire (enfermedades respiratorias y pulmonares crónicas) y los residuos sólidos (enfermedades diarreicas, metaxénicas y zoonosis) sobre la salud de las personas.</p>
<p>Esta política impulsa el ordenamiento territorial, zonificación ecológica y económica, ocupación ordenada del territorio, incorpora el análisis de riesgo natural y antrópico en los procesos de ordenamiento territorial, impulsa mecanismos para prevenir el asentamiento de poblaciones y el desarrollo de actividades socioeconómicas en zonas de alto potencial de riesgo naturales y antrópicos e impulsa el ordenamiento como para los planes de desarrollo.</p>	<p>Promueve mejores condiciones de vivienda, servicios básicos, infraestructura y equipamiento urbano, lo cual permite disminuir el hacinamiento previniendo el riesgo de transmisión de enfermedades respiratorias, mejorar la provisión de agua segura para prevenir enfermedades diarreicas, fomenta el uso de espacios públicos para promover la actividad física y prevenir las enfermedades crónicas no trasmisibles.</p>
<p>Esta política fortalece la gestión de residuos sólidos en el ámbito municipal y de los residuos sólidos peligrosos en coordinación con los sectores involucrados, impulsa campañas de sensibilización y educación ambiental para mejorar las conductas en el manejo de residuos sólidos (reducción, segregación, reúso y reciclaje), así como el reconocimiento de la importancia de contar con rellenos sanitarios para la disposición final de los residuos sólidos, promueve la inversión pública y privada en proyectos para mejorar sistemas de recolección de operaciones de reciclaje, disposición final de residuos sólidos entre otros, promueve la adopción de modelos de gestión de residuos sólidos adaptados a las condiciones de los centros poblados, promueve la formalización de los segregadores, recicladores y otros actores que participan en el manejo de los residuos sólidos.</p>	<p>Promueve una gestión y manejo adecuado de residuos sólidos, reduciendo la exposición de las personas a los agentes contaminantes, vectores y microorganismos, previniendo y disminuyendo las enfermedades relacionadas a estos.</p>

<i>Resolución Ministerial N° 026-2010-MINAM, Lineamientos de Política para el Ordenamiento Decreto Supremo N° 087-2004-PCM, Reglamento de Zonificación Ecológica y Económica (ZEE)</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Ordenamiento territorial, urbanismo y condición de vivienda

<i>Ley N° 27314, Ley General de Residuos Sólidos y su Reglamento aprobado</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Gestión y manejo de residuos sólidos

<i>Decreto Supremo N° 086-2003-PCM, Estrategia Nacional sobre Cambio Climático</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Cambio climático

<i>Territorial</i>	
Análisis	Impacto en salud
<p>La política de ordenamiento territorial orienta la ocupación ordenada y uso sostenible del territorio, la regulación y promoción de la localización y desarrollo sostenible de los asentamientos humanos, de las actividades económicas, sociales y el desarrollo físico espacial sobre la base de identificación de potencialidades y limitaciones, considerando criterios ambientales y económicos, socioculturales, institucionales y geopolíticos.</p> <p>Promueve el proceso de ocupación en territorio con criterios económicos, ambientales, sociales, culturales, políticos y de seguridad física (formulación e implementación de planes de ordenamiento territorial sobre la base de la zonificación económica y ecológica, entre otras). Consolida y desarrolla los sistemas urbanos regionales como instrumentos de la descentralización (formulación e implementación de planes de desarrollo).</p>	<p>Promueve mejores condiciones de vivienda, servicios básicos, infraestructura y equipamiento urbano, lo cual permite disminuir el hacinamiento previniendo el riesgo de transmisión de enfermedades respiratorias y tuberculosis, mejorar la provisión de agua segura para prevenir enfermedades diarreicas, fomenta el uso de espacios públicos para promover la actividad física y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus).</p>

por Decreto Supremo N° 057-2004-PCM

Análisis	Impacto en salud
<p>La norma establece derechos, obligaciones, atribuciones y responsabilidades de la sociedad en su conjunto para asegurar una gestión y manejo de residuos sólidos, tanto sanitaria como ambientalmente adecuada. Se aplica a las actividades procesos y operaciones desde la generación hasta la disposición final (minimización de residuos, segregación en la fuente, reaprovechamiento, almacenamiento, recolección, comercialización, transporte, tratamiento, transferencia y disposición final), incluyendo las distintas fuentes de generación de residuos (domiciliario, comercial, agropecuario e industrial, entre otros) en los sectores económicos y sociales de la población.</p>	<p>Promueve el manejo integral y sostenible de quienes intervienen en la gestión y manejo de los residuos sólidos, reduciendo la exposición de las personas a los agentes contaminantes, vectores y microorganismos, previniendo y disminuyendo las enfermedades como las diarreicas, metaxénicas (dengue) y zoonosis (peste). Intervienen los siguientes actores: Medio Ambiente (ex Conam), Salud, Transportes y Comunicaciones, y gobiernos regionales y locales (Art. 1, 2, 6 y 7).</p>

Análisis	Impacto en salud
<p>Esta estrategia contribuye a la reducción de los impactos adversos al cambio climático a través de estudios integrados de vulnerabilidad y adaptación que identificarán zonas y/o sectores vulnerables en el país donde se implementarán proyectos de adaptación, además contribuye al control de las emisiones contaminantes locales y de gases de efecto invernadero, a través de programas de energía renovable y de eficiencia energética de los diversos sectores productivos.</p>	<p>El cumplimiento de las acciones frente al cambio climático previene las condiciones climatológicas que favorecen la aparición y propagación de vectores que incrementen el riesgo de enfermedades metaxénicas (dengue y malaria) y zoonosis (peste), y además mitiga los efectos negativos de ocurrencia de fenómenos naturales relacionados con el cambio climático (Fenómeno del Niño, friajes, entre otros) que produzcan daños materiales y a la salud de las poblaciones vulnerables.</p>

III. Sector vivienda

<i>Decreto Supremo N° 015-2009-VIVIENDA, Norma Técnica de Cocina Mejorada</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Ordenamiento territorial, urbanismo y condición de vivienda

<i>Decreto Supremo N° 021-2009-VIVIENDA, mediante el cual Aprueban Valores Máximos Admisibles</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Calidad ambiental (aire, agua y suelo)

Análisis	Impacto en salud
<p>Establece las condiciones técnicas mínimas que debe cumplir la cocina que utilice biomasa o carbón de piedra para la cocción de alimentos entre otros usos, con el fin de que sea considerada como Cocina Mejorada. El cumplimiento de esta norma es obligatorio en todo el territorio nacional a cualquier persona que construya o instale cocinas mejoradas en una edificación.</p> <p>La biomasa es la principal fuente energética para la cocción de alimentos en el ámbito rural. Su uso inadecuado ocasiona impactos negativos en el ambiente y sobre todo en la salud de las personas.</p>	<p>Las cocinas mejoradas contribuyen a la protección de la salud respiratoria de las personas.</p>

(VMA) de las descargas de aguas residuales no domésticas en el sistema de alcantarillado sanitario

Análisis	Impacto en salud
<p>Busca regular mediante Valores Máximos Admisibles las descargas de agua residuales no domésticas en el sistema de alcantarillado sanitario, garantizando la sostenibilidad de los sistemas de alcantarillado y tratamiento de las aguas residuales.</p>	<p>Si no se diera estas medidas la presencia de sustancias nocivas en concentraciones elevadas en las aguas residuales que descargan a las redes de alcantarillado pone en peligro la salud de los seres humanos.</p>

<i>Decreto Supremo N° 002-2012-VIVIENDA, mediante el cual Crean el Programa Nacional</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Acceso a servicios básicos (agua potable y desagüe, energía eléctrica)

<i>Resolución Ministerial N° 031-2013-VIVIENDA, por el cual Aprueban el plan de mediano plazo:</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Acceso a servicios básicos (agua potable y desagüe, energía eléctrica)

<i>Resolución Ministerial N° 161-2012-VIVIENDA, por el cual Aprueban los criterios y metodología de</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Acceso a servicios básicos (agua potable y desagüe, energía eléctrica)

de Saneamiento Rural en el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento

Análisis	Impacto en salud
El Programa Nacional de Saneamiento Rural en el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento tiene por objeto mejorar la calidad, ampliar la cobertura y promover el uso sostenible de los servicios de agua y saneamiento en las poblaciones del Perú.	La importancia de tener redes seguras agua y desagüe para la salubridad pública y de las personas.

2013-2016 del Programa Nacional de Saneamiento Rural

Análisis	Impacto en salud
Tiene por objeto abordar las necesidades específicas de agua y saneamiento de las poblaciones que habitan en zonas rurales. Asimismo, establecer vínculos de colaboración y coordinación con el amplio conjunto de agentes (Minsa, MEF, Minam, Autoridad Nacional del Agua, Minedu y Ministerio de Cultura) que participan en la cadena de servicios que conlleva a la provisión de agua y saneamiento en el ámbito rural.	Asegurar que la población en el ámbito rural tenga oportunidades de mejora de sus condiciones de salud, mediante la provisión adecuada y sostenible de servicios de agua y saneamiento, conjugando la construcción y mejoramiento de la infraestructura con educación sanitaria, el acompañamiento social, el fortalecimiento de capacidades de gestión de los actores locales y la valoración de los servicios.

focalización de las intervenciones que el Programa Nacional de Saneamiento Rural realice en los centros poblados rurales

Análisis	Impacto en salud
Tiene por objeto incluir en su intervención a los centros poblados rurales con menos de doscientos (200) habitantes, de acuerdo con la estrategia que determine el Programa de Apoyo al Hábitat Rural.	La implementación de un programa que incorpore a poblados con menos habitantes (200) da los cuidados necesarios del consumo de agua segura en aquellas poblaciones con mínimos accesos a los servicios básicos, ello permitirá reducir las enfermedades más prevalentes como las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en niños y población vulnerable.

IV. Sector educación

<i>Ley N° 28044, Ley General de Educación y su Decreto Supremo N° 011-2012-ED, que aprueba</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel educativo
		Tipo de ocupación
		Condición de discapacidad

<i>el Reglamento de la Ley General de Educación</i>	
Análisis	Impacto en salud
<p>La ley establece los lineamientos generales de la educación y del Sistema Educativo Peruano, las atribuciones y obligaciones del Estado y los derechos y responsabilidades de las personas y la sociedad en su función educadora. Rige todas las actividades educativas realizadas dentro del territorio nacional, desarrolladas por personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras (Artículo 1°, 3°, 4°, 12° y 13°).</p>	<p>Promueve la educación como derecho, la universalización de la educación, calidad y equidad de la educación, permitiendo la disponibilidad, el acceso a una educación de calidad, la permanencia en el sistema educativo y alcanzar aprendizajes que le permitan enfrentar los retos del desarrollo, ejercer su ciudadanía y continuar aprendiendo a lo largo de toda la vida, lo cual también incluye el desarrollo de capacidades para mantener y mejorar su salud.</p>
<p>La ley establece la Educación Técnico-Productiva como una forma de educación orientada a la adquisición de competencias laborales y empresariales en una perspectiva de desarrollo sostenible y competitivo (Artículo 40). El reglamento establece que en la educación básica, desde el nivel inicial se desarrollan gradualmente capacidades emprendedoras y en el nivel secundario se desarrollan capacidades productivas y emprendedoras. En el séptimo ciclo de secundaria y en los ciclos intermedios y avanzado de Básica Alternativa, se desarrollan, además, competencias en módulos ocupacionales, certificados por la institución educativa y equivalentes a la Educación Técnico-Productivo (Artículo 41°).</p>	<p>Promueve el desarrollo de capacidades laborales para contribuir a un mejor desempeño de la persona que trabaja, a mejorar su nivel de empleabilidad y/o emprendimiento laboral y a su desarrollo personal, y que permitan tener una mejor ocupación y alcanzar mayores ingresos y, a su vez, tener mejores condiciones de vida y proteger su salud y la de su familia.</p>
<p>La ley establece que la Educación Básica Especial tiene un enfoque inclusivo y atiende a personas con necesidades educativas especiales, con el fin de conseguir su integración en la vida comunitaria y su participación en la sociedad. Se dirige a personas que tienen un tipo de discapacidad que dificulte un aprendizaje regular, entre otros (Artículo 39°). El reglamento establece que la educación de las personas con necesidades educativas especiales, valora la diversidad como un elemento que enriquece la comunidad y respeta sus diferencias.</p> <p>Su atención es transversal a todo el sistema educativo, articulándose mediante procesos flexibles que permitan el acceso, permanencia y logros de aprendizaje, así como la interconexión entre las etapas, modalidades, niveles y formas de la educación (Artículo 74°).</p>	<p>Promueve la educación con enfoque de inclusión de las personas que poseen algún tipo de discapacidad para el desarrollo de sus capacidades, y para ello se otorgan condiciones necesarias para el desarrollo educativo en equidad y justicia social a las poblaciones vulnerables, permitiendo mejorar sus condiciones de vida y el acceso a mejores oportunidades de desarrollo personal, educativo y laboral.</p>

<i>Ley N° 28044, Ley General de Educación y su Decreto Supremo N° 011-2012-ED, que aprueba</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Etnicidad
		Cambio climático

<i>el Reglamento de la Ley General de Educación</i>	
Análisis	Impacto en salud
<p>La ley establece que el Estado reconoce y garantiza el derecho de los pueblos indígenas a una educación en condiciones de igualdad con el resto de la comunidad nacional. Para ello establece programas especiales que garanticen igualdad de oportunidades y equidad de género en el ámbito rural y donde sea pertinente. Además, promueve la educación bilingüe intercultural (Artículos 19° y 20°). El reglamento establece la diversificación curricular, para que sobre la base del currículo nacional se construyan currículos regionales que contengan aprendizajes pertinentes de acuerdo a las características específicas, necesidades y demandas de los estudiantes en cada región, en función de sus entornos socioculturales, lingüísticos, económico-productivos y geográficos (Artículo 28°).</p>	<p>Promueve la educación de los pueblos indígenas en condiciones de igualdad para el desarrollo de sus capacidades, y para ello se otorgan condiciones necesarias para el desarrollo educativo en equidad y justicia social a las poblaciones vulnerables, permitiendo mejorar sus condiciones de vida y el acceso a mejores oportunidades de desarrollo personal, educativo y laboral.</p>
<p>El reglamento establece que la educación ambiental contribuye a la educación en salud, promoviendo una institución educativa que previene y protege la salud integral, asegurando las condiciones para una vida sana, e implementa la educación y gestión de riesgo de desastres en su entorno y en el contexto del cambio climático, que promueve procesos de formación y generación de capacidades para la prevención y respuesta adecuada del servicio educativo en situación de emergencia. Además, señala que las direcciones regionales de educación, unidades de gestión educativa local e instituciones educativas elaboran el Plan de Riesgo, dan cumplimiento al calendario anual de simulacros, poniendo en práctica los planes de operaciones de emergencia o contingencia y el sistema de activación de los Centros de Operaciones de Emergencia (COE); y desarrollan acciones de prevención y adaptación al cambio climático (Artículo 38° Educación ambiental y gestión del riesgo).</p>	<p>Promueve la educación de los pueblos indígenas en condiciones para asegurar la salud integral.</p>

<i>Ley N° 28044, Ley General de Educación y su Decreto Supremo N° 011-2012-ED, que aprueba</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Calidad ambiental (aire, agua y suelo)
		Alimentación y nutrición saludable
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Actividad física
		Convivencia saludable y cultura de paz

<i>el Reglamento de la Ley General de Educación</i>	
Análisis	Impacto en salud
<p>El reglamento establece que la educación ambiental promueve una conciencia y cultura de conservación y valoración del ambiente y de prevención frente a los riesgos de desastres en el marco del desarrollo sostenible, es transversal, se implementa e instrumenta a través de la aplicación del enfoque ambiental y sus componentes. Impulsa la formación de una ciudadanía ambiental responsable, que se aproxima, usa y maneja adecuadamente los recursos naturales, con valores, conocimientos y prácticas que se reflejan en una mejora de las condiciones ambientales de la comunidad y su contexto geográfico, y el manejo sostenible de sus recursos: agua, energía, residuos y otros (Artículo 38° Educación ambiental y gestión del riesgo).</p>	<p>La presente ley promueve la creación de entornos saludables que propicien el buen uso y manejo de los recursos naturales.</p>
<p>La ley establece que uno de los factores que interactúan para el logro de la calidad en la educación son entre otros, una inversión mínima por alumno que comprenda la atención de salud, alimentación y provisión de materiales educativos, alcanzando de esta forma el nivel óptimo de formación que deben alcanzar las personas para enfrentar retos del desarrollo humano, ejercer su ciudadanía y continuar aprendiendo durante toda la vida (Inciso del Artículo 13°).</p>	<p>Es el bienestar que otorga una buena alimentación para el desarrollo de una buena salud en los educandos para su desarrollo cognitivo.</p>
<p>La ley establece como una de las funciones del Estado, orientar y articular los aprendizajes generados dentro y fuera de las instituciones educativas, incluyendo la recreación, la educación física, el deporte y la prevención de situaciones de riesgo de los estudiantes (Inciso F del Artículo 21°). El reglamento establece la formación cultural y artística con un enfoque intercultural e inclusivo, así como la actividad física, deportiva, recreativa y de emprendimiento que forman parte del proceso de la educación integral de los estudiantes, se desarrollan en todos los niveles, modalidades, ciclos y grados de la Educación Básica. Además, señala que las instituciones educativas deben ser espacios amigables y saludables abiertos a la comunidad (Artículo 37°).</p>	<p>Contribuye a generar prácticas saludables para el desarrollo y bienestar de las personas.</p>
<p>La ley establece que es uno de los fines de la educación peruana: contribuir a formar una sociedad democrática, solidaria, justa, inclusiva, próspera, tolerante y forjadora de una cultura de paz que afirme la identidad nacional sustentada en la diversidad cultural, étnica y lingüística, supere la pobreza e impulse el desarrollo sostenible del país.</p>	<p>Contribuye a generar una sociedad de cultura de paz que reduzca la violencia y de este modo genere bienestar social.</p>

<i>Ley N° 30061 que Declara de Prioritario Interés Nacional la Atención Integral de la Salud de los del Ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los Incorpora como</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel educativo
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Alimentación y nutrición saludable

<i>Resolución Vice Ministerial N° 006-2012-ED, Normas específicas para la planificación, en la Educación Básica y Técnico Productiva</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel educativo
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Calidad ambiental (aire, agua y suelo)
		Transporte y seguridad vial
		Gestión y manejo de residuos sólidos
		Alimentación y nutrición saludable

Estudiantes de Educación Básica Regular y Especial de las Instituciones Educativas Públicas Asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS)

Análisis	Impacto en salud
Declarar como interés prioritario y nacional la atención integral de salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del programa nacional de alimentación escolar Qali Warma e incorporar a los beneficiarios al Seguro Integral de Salud.	Condición necesaria para el desarrollo de entornos saludables a través de condiciones materiales como alimentación saludable para el desarrollo biológico.
La relación de la presente ley obedece a relacionarla con el Programa de Alimentación Escolar Qali Warma incorporándolos al Seguro Integral de Salud. El Artículo 1° señala expresamente que la educación básica regular que se encuentra expresamente señalada en el ámbito de Qali Warma contribuye en el desarrollo y mejora de los niños y niñas de educación primaria.	Proporcionar a la educación básica regular que no cuenten con seguro de salud y que estén inmersos en el programa Qali Warma de un régimen subsidiario de salud escolar digno.

organización, ejecución, monitoreo y evaluación de la aplicación del enfoque ambiental

Análisis	Impacto en salud
Acciones para desarrollar una cultura de salud en los escolares, de las instituciones de educación Básica y Técnico Productiva, basada en los estilos de vida saludables.	Contribuye a la calidad de vida de las estudiantes y los estudiantes.
Fortalecimiento del enfoque ambiental en educación orientado a la conservación y valoración del ambiente, y de prevención frente a los riesgos y desastres.	Contribuye a la reducción de la contaminación.
Acciones para fortalecer la oferta de alimentos y refrigerios saludables en quioscos y comedores escolares.	Contribuye a la reducción de la incidencia de malnutrición.
Promoción de la gestión de residuos sólidos mediante el fortalecimiento de la práctica de las 4R (reducir, reutilizar, reciclar y rechazar los malos hábitos de producción y consumo).	Contribuye a la reducción de la contaminación.
Acciones para fortalecer el consumo de refrigerio saludable y agua segura.	Contribuye a la reducción de incidencia de malnutrición.

<i>Resolución Ministerial N° 0369-2012-ED, Política Educativa Nacional 2012-2016</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel educativo
		Etnicidad
Determinantes intermedios de la salud	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Actividad física
		Convivencia saludable y cultura de paz

Análisis	Impacto en salud
Reducción de brechas en el acceso a servicios educativos de calidad de niños menores de 6 años. Mejora significativa de logros de aprendizaje para los niños, niñas y adolescentes en zonas rurales. Reducción de brechas en el acceso a la educación superior para jóvenes de menores ingresos.	Contribuye a la justicia social y calidad de vida de los niños menores de 6 años.
Reducción de brechas en el acceso a servicios educativos de calidad: estudiantes que tienen como lengua materna el quechua, aimara, o alguna lengua amazónica aprenden en su propia lengua y en castellano.	Contribuye a mejorar la equidad en la educación para la salud.
Promoción de la actividad física regular, la recreación y el deporte a nivel escolar, juvenil y adulto.	Promoción del deporte competitivo.
Aprendizajes de calidad para todos con énfasis en ciudadanía (entre otros).	Educación como instrumento del desarrollo socio sanitario.

V. Sector poblaciones vulnerables

<i>Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Tipo de ocupación
		Nivel de ingresos
		Condición de discapacidad
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Ordenamiento territorial y urbanismo
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Actividad física
		Convivencia saludable y cultura de paz

Análisis	Impacto en salud
El seguro social de EsSalud asume un rol particular en cuanto la conservación del empleo y/o la readaptación y rehabilitación profesional de la persona con discapacidad.	Establece la inclusión de la persona con discapacidad como beneficiaria de los programas sociales y así el bienestar social.
Personas con discapacidad severa en situación de pobreza recibe una pensión no contributiva de parte del Estado.	En este punto es indispensable el tratamiento de la pobreza, ya que si existe la pobreza, la salud queda de lado. Con altas tasas de pobreza, las condiciones materiales de desarrollo son limitadas y la salud difícil de alcanzar.
<p>La ley establece el marco legal para la promoción, protección y realización de los derechos de la persona con discapacidad, en condiciones de igualdad. En este sentido, exige que se garantice el acceso a los servicios que requieren las personas con discapacidad, entre ellos los de salud, y que estos se den de acuerdo a la necesidad de esta población. Comprende su inclusión en los sistemas de aseguramiento (público y privado), servicios de prevención, atención en la comunidad, promoviendo y facilitando la inclusión familiar y social, así como acceso y disponibilidad de medicamentos y tecnologías de apoyo.</p> <p>Le compete a las direcciones de Salud expedir las constancias de discapacidad severa.</p> <p>Tanto el ministro de Salud (o su representante), como el presidente ejecutivo de EsSalud forman parte del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (Conadis).</p>	<p>Condición necesaria para el desarrollo de entornos saludables y prácticas saludables.</p> <p>Contribuye al reconocimiento de la salud de personas con discapacidad como derecho.</p>
Exige la accesibilidad a edificaciones públicas y privadas.	Condición necesaria para el desarrollo de entornos saludables.
Establece que el IPD promueve y coordina la participación de personas con discapacidad en las actividades deportivas generales y específicas.	Desarrollo de prácticas saludables que mejoran la calidad de vida de las personas.
Establece la no discriminación de las personas con discapacidad.	Condición indispensable para la generación de ambientes seguros que otorgan culturalmente bienestar y equilibrio mental.

VI. Sector transportes y comunicaciones

<i>Ley N° 27181, Ley General de Transporte</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel de ingresos
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Cambio climático
		Ordenamiento territorial y urbanismo
		Transporte y seguridad vial
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Cultura de tránsito

Análisis	Impacto en salud
El servicio de transporte es considerado como una actividad económica que provee los medios para realizar el transporte terrestre, sin embargo, no incluye la explotación de infraestructura de transporte de uso público (Artículo 1°).	Influye en las políticas de protección de la salud ya que los planes de prevención deberían incluir codificaciones en la planificación urbana.
El Estado procura la protección de los intereses de los usuarios, el cuidado de la salud y seguridad de las personas y el resguardo del medio ambiente (Artículo 4° De la libre competencia y el rol del Estado).	Influye directamente en el tratamiento primario del cuidado de la salud.
El Estado promueve la utilización de técnicas modernas de gestión de tránsito con el fin de racionalizar el uso de la infraestructura vial existente y optimizarla. Racionalidad en las decisiones de uso de infraestructura vial. El Estado promueve la iniciativa privada y libre competencia en la construcción y operación de terminales de transporte terrestre.	A través del ordenamiento territorial se promueven la mejor distribución de infraestructura en transportes otorgando mejores entornos saludables a la población en general.
Es responsabilidad prioritaria del Estado garantizar la vigencia de reglas claras, eficaces, transparentes y estables en la actividad del transporte. En tal sentido procura la existencia de una fiscalización eficiente, autónoma, tecnicada y protectora de los intereses de los usuarios. Establece las competencias normativas en los distintos niveles de gobierno. La competencia de gestión comprende las siguientes facultades: administración de la infraestructura de la vía pública, de la señalización y gestión de tránsito, registro de los servicios de transporte terrestre de pasajeros y mercancías y otorgamiento de concesiones, permisos o autorizaciones para la prestación de los servicios de transporte terrestre. Diseñar sistemas de prevención de accidentes de tránsito.	Lo cual repercutirá en la reducción de las infecciones respiratorias y de las lesiones externas ocasionadas por accidentes de tránsito.
El conductor de un vehículo es responsable administrativamente de las infracciones del tránsito y del transporte vinculadas a su propia conducta durante la circulación (Artículo 24° De la responsabilidad administrativa por las infracciones).	Contribuye a la disminución de accidentes de tránsito.

<i>Ley N° 28735, Ley que regula la atención de las personas con discapacidad, mujeres embarazadas, fluviales y medios de transporte</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Condición de discapacidad
Determinantes intermedios de la salud	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Cultura de tránsito

<i>Ley N° 28839 que modifica el artículo 30 y 31 de la Ley General de Transporte y Tránsito Terrestre</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel de ingresos
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Transporte y seguridad vial

<i>Ley N° 28256 que regula el transporte terrestre de materiales y residuos peligrosos</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Cambio climático
		Transporte y seguridad vial
		Seguridad ciudadana

y adultos mayores en aeropuertos, aeródromos, terminales terrestres, ferroviarios, marítimos, y

Análisis	Impacto en salud
Regula la atención de personas con discapacidad, mujeres embarazadas y adultos mayores en los aeropuertos, aeródromos, terminales terrestres, ferroviarios, marítimos, fluviales y estaciones de ruta, aeronaves, vehículos de transporte terrestre y ferrocarriles, a efectos de garantizar el respeto a los principios de igualdad de derechos, de movimiento y de elección, y el derecho a desenvolverse con el mayor grado de autonomía e independencia posible; así como a la seguridad en su traslado y movilización.	Evitando con ello posibilidad de lesiones externas por accidentes de transporte.
Toda persona que preste servicio en aeropuertos, aeródromos, terminales terrestres, estaciones de ruta, terminales ferroviarios, marítimos y fluviales debe estar capacitada para atender adecuadamente las necesidades de los pasajeros con discapacidad, mujeres embarazadas y adultos mayores.	Se promueve con ello la participación de los ciudadanos en el cuidado de la salud de poblaciones en riesgo (mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad).

(Reglamentado por el Decreto Supremo N° 040-2006- MTC)

Análisis	Impacto en salud
SOAT y AFOCAT cubren a todas las personas que sean ocupantes de terceros no ocupantes.	Contribuye a la reducción de lesiones o muerte como producto de un accidente de tránsito (Artículo 30.2°).
Minsa y EsSalud presentarán un tarifario único de gastos médicos por atenciones relativas con el SOAT (Primera Disposición Complementaria).	Promueve que los gastos médicos incluyan atención prehospitalaria y hospitalaria y la rehabilitación para las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito.

Análisis	Impacto en salud
La ley tiene por objeto regular las actividades, procesos y operaciones del transporte terrestre de los materiales y residuos peligrosos con sujeción a los principios de prevención y de protección de las personas, medio ambiente y la propiedad (Artículo 1).	Otorgar mejores condiciones de vida a la población.
Regula las actividades, procesos y operaciones del transporte terrestre de los materiales y residuos peligrosos, con sujeción a los principios de prevención y de protección de las personas, el medio ambiente y la propiedad indica los sectores que intervienen y sus competencias (Artículo 1).	Busca reducir los daños a la salud que se pueden producir por estos materiales como problemas respiratorios, de piel, gastrointestinales, entre otros.
A través de Digesa, declarar zonas en estado de emergencia sanitaria y ambiental por el manejo inadecuado en el transporte de los materiales y residuos peligrosos (Artículo 6).	Con la finalidad de proteger a la población de efectos nocivos de estos materiales que puedan alterar su salud general.

<i>Ley N° 29593 que declara de interés nacional el uso de la bicicleta y promociona su utilización</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Ordenamiento territorial y urbanismo
		Transporte y seguridad vial
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Actividad física

<i>Decreto Supremo N° 024-2004-MTC que aprueba el Reglamento del Fondo de Compensación del</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel de Ingresos
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Transporte y seguridad vial

<i>Ley N° 29159 que declara de necesidad y utilidad pública la prestación de servicios</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel de ingresos
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Transporte y seguridad vial

<i>como medio de transporte sostenible</i>	
Análisis	Impacto en salud
Los gobiernos locales promueven el uso de la bicicleta como medio de transporte sostenible en sus planes directores de transporte y en sus planes de ordenamiento territorial de las grandes áreas metropolitanas (Artículo 2).	Posibilita generar condiciones para promover la actividad física y con ello la reducción de enfermedades no transmisibles entre otros problemas de salud asociados al sedentarismo.
Declara de interés nacional el uso de la bicicleta como medio alternativo de transporte sostenible, seguro, popular, ecológico, económico y saludable, así como promover su utilización.	Posibilita generar condiciones para promover la actividad física y con ello la reducción de enfermedades no transmisibles entre otros problemas de salud asociados al sedentarismo.
Los gobiernos locales promueven el uso de la bicicleta como medio de transporte sostenible en los programas de salud de su competencia (Artículo 2).	Posibilita generar condiciones para promover la actividad física y con ello la reducción de enfermedades no transmisibles entre otros problemas de salud asociados al sedentarismo.

<i>Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito</i>	
Análisis	Impacto en salud
Fondo de Compensación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.	Cubre los daños que sufran las víctimas de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos que no hayan sido identificados y se den a la fuga.
Se conformó el Fondo de Compensación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.	Cubrir los daños que sufran las víctimas de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos que no hayan sido identificados y se den a la fuga, mediante el pago de las coberturas por gastos médicos y gastos de sepelio.

<i>de transporte aéreo a zonas aisladas donde no haya oferta</i>	
Análisis	Impacto en salud
Declara de necesidad y utilidad pública la prestación de servicios de transporte aéreo, así como regular las zonas aisladas donde no haya oferta privada de transporte aéreo con el objetivo de contribuir a su desarrollo socioeconómico sostenible, mejorar la calidad de vida de la población y combatir la pobreza integrando al país (Artículo 1).	Posibilita generar acceso rápido y oportuno para la atención de emergencias en salud en todo el territorio peruano.
Declara de necesidad y utilidad pública la prestación de servicios de transporte aéreo, así como regular las zonas aisladas donde no haya oferta privada de transporte aéreo con el objetivo de contribuir a su desarrollo socioeconómico sostenible, mejorar la calidad de vida de la población y combatir la pobreza integrando al país (Artículo 1).	Posibilita generar acceso rápido y oportuno para la atención de salud en todo el territorio.

<i>Decreto Supremo N° 017-2009-MTC que aprueba el Reglamento Nacional</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Tipo de ocupación
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Transporte y seguridad vial
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Cultura de tránsito

<i>Ley N° 28404 de Seguridad de Aviación Civil</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Transporte y seguridad vial

<i>Ley N° 27943 del Sistema Portuario Nacional</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Cambio climático
		Transporte y seguridad vial

<i>de Administración de Transporte</i>	
Análisis	Impacto en salud
Señala las jornadas máximas de conducción en un chofer habilitado para realizar servicio de transporte terrestre público de personas en vías nacionales y regionales (Artículo 30); además de las condiciones generales de operación del transportista.	Contribuye a reducir las muertes y lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito asociados a conductores.
Regula los requisitos de autorización y permanencia para la prestación del servicio de transporte terrestre (traslado vía terrestre a cambio de una retribución o contraprestación o para satisfacer necesidades particulares) público y privado de personas, mercancías y mixtos en vías de tipo nacional, regional y provincial. Expresa las condiciones legales y operativas a cumplirse además de la habilitación de vehículos, conductores e infraestructura complementaria de transporte (terminales terrestres, estaciones y paraderos de ruta), también expresa los incumplimientos, sanciones y medidas preventivas dirigidas a brindar mayor seguridad a los usuarios del mismo.	Busca generar las condiciones óptimas de seguridad vial para los usuarios de la vía en las carreteras contribuyendo a reducir las muertes y lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito asociados a peatones y conductores.
Señala las obligaciones del conductor de servicio de transporte terrestre en vías a nivel nacional y regional, así como los requisitos para ser habilitados y cumplir dicha función (Artículo 31), también los derechos y obligaciones de los usuarios del servicio.	Busca reducir las muertes y lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito asociados a peatones y conductores.

Análisis	Impacto en salud
Los organismos del Estado involucrados están obligados a cumplir con lo estipulado en el Programa Nacional de Seguridad de la Aviación Civil, entre ellos el Ministerio de Salud (Artículo 4).	Posibilitar con ello generar estrategias frente a emergencias naturales o sanitarias.

Análisis	Impacto en salud
Los proyectos de desarrollo portuario y los sistemas de gestión de las infraestructuras deberán contemplar programas de protección del medio ambiente y capacitación general en prevención de accidentes (Artículo 34).	Proteger el medio ambiente contribuye a reducir enfermedades asociadas al cambio climático (dengue, cólera, entre otras), así como las lesiones por accidentes de transporte.
Regula las actividades y servicios en terminales, infraestructuras e instalaciones ubicadas en puertos marítimos, fluviales y lacustres, facilita el transporte multimodal, la modernización de las infraestructuras portuarias y el desarrollo de las cadenas logísticas en las que participan los puertos.	Posibilita el acceso a la atención de salud y el traslado efectivo de recursos necesarios para la atención.

<i>Decreto Supremo N° 014-2006-MTC que aprueba el Reglamento de Transporte Fluvial</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Condición de discapacidad
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Cambio climático

<i>Ley N° 28278 de Radio y Televisión</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel educativo
		Condición de discapacidad
		Etnicidad
Determinantes intermedios de la salud	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Cultura de tránsito

Análisis	Impacto en salud
El administrado que se encuentre autorizado para prestar servicios de transporte fluvial regulado en el presente reglamento es responsable solidariamente con el capitán o patrón de la embarcación de velar por la seguridad e integridad física de los pasajeros con discapacidad (Artículo 39).	Posibilita reducir la contingencia de lesiones por accidentes de transporte en la población de zonas fluviales.
Prohibición de vertimiento de residuos en los ríos por parte de las naves y artefactos fluviales, tales como la prohibición del vertimiento de residuos sólidos, líquidos o gaseosos u otras formas de materia o combustible en las aguas o riberas de los ríos. Se sujetarán a las disposiciones del Código del Medio Ambiente y los Recursos Naturales y demás normas sobre la materia (Cuarta Disposición Final).	Posibilita proteger el medio ambiente reduciendo la contaminación de fuentes de agua para la población. Lo que permite reducir algún efecto por las enfermedades diarreicas agudas, enfermedades de la piel, entre otras.

Análisis	Impacto en salud
Servicios de radiodifusión educativa: son aquellos cuya programación está destinada predominantemente al fomento de la educación, la cultura y el deporte, así como la formación integral de las personas. En sus códigos de ética incluyen los principios y fines de la educación peruana.	Posibilita promover las prácticas saludables.
Los programas informativos, educativos y culturales de producción nacional transmitidos por el Instituto de Radio y Televisión del Perú, incorporan medios de comunicación visual adicional en los que se utiliza lenguaje de señas o manual y textos para la comunicación y lectura de personas con discapacidad por deficiencia auditiva (Artículo 38).	Posibilita promover y difundir las prácticas saludables.
Radiodifusión comunitaria: es aquella cuyas estaciones están ubicadas en comunidades campesinas, nativas e indígenas, áreas rurales o de preferente interés social. Su programación está destinada principalmente a fomentar la identidad y costumbres de la comunidad en la que se presta el servicio, fortaleciendo la integración nacional.	Posibilita promover y difundir las prácticas saludables.
La programación que se transmita en el horario familiar debe evitar los contenidos violentos, obscenos o de otra índole, que puedan afectar los valores inherentes a la familia, los niños y adolescentes. Este horario es el comprendido entre las 06:00 y 22:00 horas.	Posibilita promover y difundir las prácticas saludables.

VII. Sector justicia

<i>Decreto Supremo N° 002-2013-JUS que modifica el Decreto Supremo N° 014-2010-JUS, el cual determinados distritos ubicados en zonas pobres, de extrema pobreza y de frontera</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel de ingresos
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Ordenamiento territorial y urbanismo

aprueba medidas de promoción para garantizar la seguridad jurídica de predios ubicados en

Análisis	Impacto en salud
<p>El presente decreto supremo tiene como objetivo promover la seguridad jurídica a partir de la inscripción de titularidades en el Registro de Predios, respecto de inmuebles ubicados en los distritos considerados pobres, de extrema pobreza, y de frontera. Así como la aprobación de tasas registrales a personas jurídicas societarias, clasificando de esta manera la promoción de seguridad jurídica por nivel de ingresos.</p>	
<p>El presente decreto supremo tiene como objetivo promover la seguridad jurídica a partir de la inscripción de titularidades en el Registro de Predios, respecto de inmuebles ubicados en los distritos considerados pobres, de extrema pobreza, y de frontera.</p>	

VIII. Sector de la mujer

<i>Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, que Define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel educativo
		Tipo de ocupación
		Condición de discapacidad
		Género
		Etnicidad
Determinantes intermedios de la salud	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Convivencia saludable y cultura de paz

<i>cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional</i>	
Análisis	Impacto en salud
El presente decreto supremo dentro de la materia de juventud, promueve y fomenta el acceso universal a la educación con estándares adecuados de calidad que promuevan capacidades técnicas y críticas vinculadas a las potencialidades económicas regionales y locales.	La salud de la población y de los individuos está intrínsecamente unida a su desarrollo. El desarrollo, en el sentido amplio del término, implica cambios e incluso importantes alteraciones de la salud y del entorno de las personas por lo cual contribuye al desarrollo de calidad de vida de educación de los ciudadanos en armonía con las condiciones de igualdad de género.
En materia de ocupación, el decreto supremo establece desarrollar políticas enfocadas a la generación de empleo digno, promover y desarrollar capacidades empresariales de las mypes, etc.	En igualdad de oportunidades se permite también que permita desarrollar políticas de empleo digno, tanto para hombres como para mujeres.
En relación de las condiciones de discapacidad, el presente decreto supremo establece que se debe respetar y hacer respetar, proteger y promover el respeto de los derechos de las personas con discapacidad y fomentar en cada sector e institución pública su contratación y acceso a cargos de dirección. Asimismo, contribuir a la efectiva participación de las personas con discapacidad en todas las esferas de la vida social, económica, política y cultural del país, erradicando toda forma de discriminación en contra de las personas con discapacidad. Para ello, es necesario implementar medidas eficaces de supervisión para garantizar la difusión y el efectivo cumplimiento de las normas legales que protegen a las personas con discapacidad.	Permite proteger y promover el respeto de los derechos de las personas con discapacidad mejorando su calidad de vida mental.
El presente decreto supremo establece las políticas nacionales de obligatorio cumplimiento para todos y cada uno de los ministerios y demás entidades del gobierno nacional en materia de igualdad de hombres y mujeres para la promoción de oportunidades entre hombres y mujeres en las políticas públicas, planes nacionales y prácticas del Estado, así como en la contratación de servidores públicos y el acceso a los cargos directivos. Así también, la de promover el acceso de las mujeres a instancias de poder y toma de decisiones en la sociedad y en la administración pública.	Permite el acceso en igualdad de oportunidades a un trabajo digno, lo cual permite el desarrollo emocional de acuerdo a correctos estándares de calidad.
En relación con los pueblos andinos, amazónicos, afroperuanos y asiáticos peruanos, el decreto supremo establece que es necesario coadyuvar en la implementación de programas y proyectos de alcance regional y nacional acerca de las políticas de desarrollo integral de los pueblos andinos, amazónicos, afroperuanos y asiáticos peruanos, coordinando, conectando y articulando acciones de intersectorialidad para el fomento y capacitación a favor de los pueblos citados.	Permite que también los diferentes pueblos en igualdad de condiciones puedan acceder a mejoras en la calidad de su bienestar social, lo cual contribuye también la mejora de su salud.
Desarrollar planes, programas y proyectos que garanticen la prevención y rehabilitación de jóvenes que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad atendiendo a su heterogeneidad en el marco de la una cultura de paz, tolerancia y seguridad ciudadana.	Permite que exista una correcta intervención del Estado en cuanto a la prevención y rehabilitación de jóvenes que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, generando así mejores condiciones de vida a los ciudadanos en vulnerabilidad.

<i>Ley N° 28983 de Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel educativo
		Tipo de ocupación
		Nivel de ingresos
		Condición de discapacidad
		Género
		Etnicidad
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Condiciones de trabajo

Análisis	Impacto en salud
<p>La presente ley permite garantizar el acceso a la educación pública y la permanencia en todas las etapas del sistema educativo en condiciones de igualdad entre mujeres y hombres, especialmente en las zonas rurales, promoviendo el respeto y valoración de las identidades culturales.</p>	<p>Permite mejorar las condiciones estructurales de la sociedad, permitiendo también la mejora de la salud a través de políticas que generen mejores condiciones de vida de las personas.</p>
<p>El literal f) del Artículo 6° de la presente ley establece que el Estado tiene como lineamiento garantizar el derecho a un trabajo productivo, ejercido en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana, incorporando medidas dirigidas a evitar cualquier tipo de discriminación laboral, entre mujeres y hombres, en el acceso al empleo, en la formación y condiciones de trabajo y en una idéntica remuneración por trabajos de igual valor.</p>	<p>Mejorar las condiciones laborales para mejorar las condiciones emocionales de un trabajo digno que permita la mejora del bienestar físico y mental.</p>
<p>Asimismo, establece que el Estado deberá promover la participación económica, social y política de las mujeres rurales, indígenas, amazónicas y afroperuanas, así como su integración en los espacios de decisión comunitaria y en espacios asociativos de producción.</p>	<p>Mejorar el bienestar físico y mental a través de la mejora económica y la calidad de vida del ciudadano peruano.</p>
<p>El reconocimiento y respeto a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores, personas con discapacidad o grupos etarios más afectados por la discriminación.</p>	<p>Permite poner más atención a los grupos menos favorecidos para proporcionarles mejores condiciones de vida que mejoren su bienestar físico y mental.</p>
<p>La presente ley tiene por objeto establecer el marco normativo, institucional y de políticas públicas en los ámbitos nacional, regional y local, para garantizar a mujeres y hombres el ejercicio de sus derechos a la igualdad, dignidad, libre desarrollo, bienestar y autonomía, impidiendo la discriminación en todas las esferas de su vida, pública y privada, con propensión a la plena igualdad.</p>	<p>Proporciona bienestar físico y mental para el desarrollo en igualdad de oportunidades para hombres y mujeres.</p>
<p>Perfeccionar el sistema de estadística oficial, incorporar datos desagregados por sexo, área geográfica, etnia, discapacidad y edad. Además de promover el respeto a la realidad pluricultural, multilingüe y multiétnica, promoviendo la inclusión social, la interculturalidad, el diálogo e intercambio en condiciones de equidad, democracia y enriquecimiento mutuo.</p>	<p>Promueve el respeto a la realidad pluricultural, multilingüe y multiétnica, promoviendo la inclusión social, la interculturalidad para mejorar las condiciones de vida de la población peruana.</p>
<p>Promover la participación económica, social y política de las mujeres rurales, permitir el acceso a una remuneración justa, indemnizaciones, beneficios laborales y de seguridad social de acuerdo a ley en igualdad de condiciones con los hombres. Asimismo, garantizar el derecho a un trabajo productivo, ejercido en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana, incorporando medidas dirigidas a evitar cualquier tipo de discriminación social (Artículo 6°).</p>	<p>Permite mejorar las condiciones laborales para mejorar los ingresos, garantizando el mejor uso de los recursos económicos para el incremento del bienestar físico y mental de los ciudadanos peruanos.</p>

IX. Sector salud

<i>Ley N° 26842, Ley General de Salud</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Condición de discapacidad
		Etnicidad
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Calidad ambiental
		Seguridad alimentaria y nutricional
		Acceso a servicios básicos (agua potable, desagüe y energía eléctrica)

Análisis	Impacto en salud
<p>El numeral V del título preliminar señala que la responsabilidad del Estado es vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social. El Artículo 9° señala que toda persona que adolece de discapacidad física, mental o sensorial tiene derecho al tratamiento y rehabilitación. El Estado da atención preferente a los niños y adolescentes.</p>	<p>Bajo estos supuestos, el acceso universal de la educación prioriza el acceso a tratamiento y rehabilitación de personas en discapacidad otorgándoles mayores posibilidades de mejora de su calidad de vida y bienestar.</p>
<p>El numeral XVII señala que la promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado.</p>	<p>Bajo estos supuestos estaríamos respetando el principio de interculturalidad; ofreciendo una mayor variedad de tipos de servicio para la elección de los usuarios; permitiendo de esta manera tener una mayor cobertura en servicios de salud a la población más vulnerable.</p>
<p>La protección del ambiente es responsabilidad del Estado y de las personas naturales y jurídicas, los que tienen la obligación de mantenerlo dentro de los estándares que para preservar la salud de las personas establece la autoridad de salud competente. Cuando la contaminación del ambiente signifique riesgo o daño a la salud de las personas, la autoridad de salud de nivel nacional dictará las medidas de prevención y control indispensables para que cesen los actos o hechos que ocasionan dichos riesgos y daños.</p>	<p>La protección de la calidad ambiental es corresponsabilidad del Estado (que la garantiza) como de los ciudadanos; cuando la contaminación del ambiente signifique riesgo o daño a la salud de las personas, la autoridad de salud de nivel nacional dictará las medidas de prevención y control indispensables para que cesen los actos o hechos que ocasionan dichos riesgos y daños, garantizando de esta forma el ambiente más idóneo.</p>
<p>El Artículo 10° señala que toda persona tiene derecho a recibir una alimentación sana y suficiente para cubrir sus necesidades biológicas. La alimentación de las personas es responsabilidad primaria de la familia. En los programas de nutrición y asistencia alimentaria, el Estado brinda atención preferente al niño, a la madre gestante y lactante, al adolescente y al anciano en situación de abandono social.</p>	<p>De esta manera el Estado garantiza que los grupos etarios más vulnerables tengan asegurada una alimentación sana, segura y balanceada, disminuyendo los índices de desnutrición crónica infantil y la incidencia de enfermedades en el adulto mayor; todo esto a su vez repercute en un mejor desarrollo de sus facultades y potencialidades lo que a su vez retroalimenta en beneficio de la misma sociedad.</p>
<p>El abastecimiento de agua, alcantarillado, disposición de excretas, reusó de aguas servidas y disposición de residuos sólidos quedan sujetos a las disposiciones que dicta la autoridad de salud competente, la que vigilará su cumplimiento.</p>	<p>Bajo estos supuestos se reducirá la transmisión de algunas enfermedades metaxénicas como el dengue o la malaria (sobre todo en zonas endémicas), asimismo se reducirá y controlará la incidencia de enfermedades diarreicas y por ende disminuirán los índices de desnutrición crónica infantil.</p>

Ley N° 30061 que declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de los ámbitos del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como

Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel educativo

Decreto Supremo N° 010-2013-SA que aprueba el Plan de Salud Escolar 2013-2016

Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel educativo
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Seguridad alimentaria y nutricional
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Alimentación y nutrición saludable

estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS)

Análisis	Impacto en salud
<p>Promoción de comportamientos saludables en escolares para reducir los casos de sobrepeso y obesidad, asimismo para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	<p>Mediante estas prestaciones del SIS se promoverán estilos de vida saludables en los escolares, reduciendo los casos de enfermedades crónicas no transmisibles, como el sobrepeso, la obesidad mórbida, la diabetes (y todas sus complicaciones en el largo plazo), de esta forma también se ahorrará futuros gastos sustanciales en los tratamientos recuperativos y de mantenimiento; así como algunos de ellos muy onerosos como la hemodiálisis por enfermedades renales crónicas terminales devenida como complicaciones de larga data de la diabetes mellitus (DBM).</p>

Análisis	Impacto en salud
<p>Los ministerios de Educación, de Salud y de Desarrollo e Inclusión Social vienen implementando la iniciativa intersectorial “Aprende Saludable”, con el objetivo de generar oportunidades para el desarrollo de competencias y capacidades de los estudiantes de la educación básica, que les permitan el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos para la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.</p>	
<p>Los ministerios de Educación, de Salud y de Desarrollo e Inclusión Social vienen implementando la iniciativa intersectorial “Aprende Saludable”, con el objetivo de generar oportunidades para el desarrollo de competencias y capacidades de los estudiantes de la educación básica, que les permitan el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos para la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.</p>	
<p>Los ministerios de Educación, de Salud y de Desarrollo e Inclusión Social vienen implementando la iniciativa intersectorial “Aprende Saludable”, con el objetivo de generar oportunidades para el desarrollo de competencias y capacidades de los estudiantes de la educación básica, que les permitan el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos para la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.</p>	

<i>Ley N° 30021 de Promoción de la Alimentación Saludable para niños, niñas y adolescentes</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes estructurales de la salud	Estratificadores	Nivel educativo
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Ordenamiento territorial y urbanismo

<i>Resolución Ministerial N° 908-2012/MINSA que aprueba la Lista de alimentos saludables</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Circunstancias materiales	Seguridad alimentaria y nutricional
	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Alimentación y nutrición saludable

Análisis	Impacto en salud
<p>El Ministerio de Educación promueve la enseñanza de la alimentación saludable, incorpora en el diseño curricular nacional de la educación básica regular y de la educación no escolarizada, a través de un programa de promoción de hábitos alimentarios que contribuyan a mejorar los niveles de nutrición. En las instituciones de educación básica regular, de todos los niveles, se promoverá la práctica de actividad física de los alumnos; promueve el conocimiento, actitudes y prácticas alimenticias saludables que contribuirán a la mejora del estado nutricional y el desarrollo de sus capacidades, la disminución de la obesidad y sobrepeso y el riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles.</p>	<p>Mediante la promoción de una alimentación saludable y de estilos de vida saludables en los escolares (como la práctica de actividad física regular), se reducirán los casos de enfermedades crónicas no transmisibles, como el sobrepeso, la obesidad mórbida, la diabetes (y todas sus ulteriores complicaciones), de esta forma también se ahorrará presupuesto que se usaría en los tratamientos recuperativos y de mantenimiento; así como algunos de ellos muy onerosos como la hemodiálisis por enfermedades renales crónicas terminales devenidas como complicaciones de larga data de la DBM.</p>
<p>Los gobiernos locales fomentarán la implementación de juegos infantiles en espacios públicos; promueve la actividad física y recreativa, contribuyendo a reducir la obesidad y el sobrepeso.</p>	<p>De esta forma se promoverá la práctica de actividad física y estilos de vida saludables; esto contribuirá a la reducción de enfermedades crónicas no transmisibles como el sobrepeso, la obesidad, la diabetes mellitus (y todas sus complicaciones del largo plazo), de esta forma también se ahorrará presupuesto que se usaría en los tratamientos recuperativos y de mantenimiento; así como algunos de ellos muy onerosos como la hemodiálisis por enfermedades renales crónicas terminales devenidas como complicaciones de larga data de la DBM.</p>

recomendados para su expendio en los quioscos escolares de las instituciones educativas

Análisis	Impacto en salud
<p>La presente resolución ministerial tiene como iniciativa sustentar la Política N° 15 del Acuerdo Nacional, referida a la Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, como una propuesta para garantizar una vida activa y saludable dentro de una concepción de desarrollo humano integral, así como en el Convenio N° 004-2008/MINSA, Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y sus respectivas adendas, cuyo objetivo es fortalecer el desarrollo integral de los estudiantes y la promoción de una cultura de salud orientada al mejoramiento de la calidad de vida del ámbito de las instituciones educativas, con la participación de la comunidad educativa.</p>	
<p>La presente resolución ministerial tiene como iniciativa sustentar la Política N° 15 del Acuerdo Nacional, referida a la Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, como una propuesta para garantizar una vida activa y saludable dentro de una concepción de desarrollo humano integral, así como en el Convenio N° 004-2008/MINSA, Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y sus respectivas adendas, cuyo objetivo es fortalecer el desarrollo integral de los estudiantes y la promoción de una cultura de salud orientada al mejoramiento de la calidad de vida del ámbito de las instituciones educativas, con la participación de la comunidad educativa.</p>	

<i>Ley N° 25357 que Prohíbe fumar en espacios cerrados públicos, comprendiéndose a espacios de</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Consumo de tabaco

<i>Ley N° 26849 que Prohíbe la venta y publicidad de productos elaborados con tabaco en lugares a</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Consumo de tabaco

<i>Ley N° 28705, Ley General para la prevención y control de los riesgos del consumo de tabaco;</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Consumo de tabaco

<i>Ley N° 28681 que regula la Comercialización, Consumo y Publicidad de bebidas alcohólicas;</i>		
Clasificación general	Clasificación específica	Determinantes
Determinantes intermedios de la salud	Conductas y factores biológicos y factores psicosociales	Consumo de tabaco

instituciones públicas y privadas y los medios de transporte público

Análisis	Impacto en salud
Compréndase en esta norma los espacios de instituciones públicas, espacios públicos de instituciones privadas y los medios de transporte que brinden servicios públicos para la prohibición de fumar.	

que se refiere la Ley N° 25357, que estableció la prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público

Análisis	Impacto en salud
La presente ley determina la prohibición de la venta y publicidad directa o indirecta de productos elaborados con tabaco, como cigarrillos, puros, cigarros o bolsas de tabaco, en los lugares a que se refiere el Artículo 1° de la Ley N° 25357, comprendidos en el Artículo 1° de su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 083-93-PCM.	

y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 015-2008-SA

Análisis	Impacto en salud
La presente ley tiene por objeto establecer un marco normativo sobre las medidas que permitan proteger a la persona, familia y comunidad frente a los productos de tabaco. Establece las medidas para la reducción de la oferta ilegal de productos de tabaco en todo el territorio nacional. Además de la regulación de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, como también la regulación de sanciones en caso de incumpliendo a la ley.	

y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 012-2009-SA

Análisis	Impacto en salud
La presente ley tiene por objeto establecer el marco normativo que regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas de toda graduación a efectos de advertir y minimizar los daños que producen a la salud integral del ser humano, a la desintegración de la familia y los riesgos para terceros, priorizando la prevención de su consumo, con el fin de proteger a los menores de edad.	

Sobre los autores

Enrique CÁRDENAS OJEDA

ecarde@esan.edu.pe

Magíster en Administración por la Universidad ESAN y médico cirujano especializado en psiquiatría por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cuenta con más de 40 años de experiencia, inicialmente en el campo clínico y desde hace 30 años en el campo administrativo y académico. Profesor a tiempo parcial del Área de Administración de la Universidad ESAN, donde ha sido director de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud y jefe del área académica de Administración. Ha sido viceministro de Desarrollo Social del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (Mimdes), presidente del directorio del Programa Nacional de Apoyo Alimentario (Pronaa) y ha ejercido otros cargos directivos en el sector público. Consultor y asesor en temas de gerencia, liderazgo, administración de personal, también conduce cursos de gerencia, liderazgo y *coaching*, gestión del potencial humano y desarrollo de competencias gerenciales.

César JUÁREZ CASTILLO

cesar.juarez@pucep.edu.pe

Magíster en Gestión Pública por la Universidad ESAN. Ingeniero pesquero con estudios de maestría en Economía. Especialista en elaboración e implementación de instrumentos de gestión, gerencia de proyectos, identificación, formulación y gestión de proyectos sociales y productivos de inversión pública, certificado en Contrataciones del Estado. Amplia experiencia en procesos en el sector privado y público, manejo de gestión de abastecimiento, auditoría y control gubernamental orientados hacia contrataciones del Estado.

Julio Ricardo MOSCOSO CUARESMA

pcanjmos@upc.edu.pe

Magíster en Gestión Pública por la Universidad ESAN, con especialización en gestión por procesos, reforma del Estado y sistemas de calidad en organizaciones públicas. Maestría en Derecho, Economía y Gestión con mención en Política y Acción Pública por la Universidad de Lille 2 Droit et Santé (Francia). Abogado especializado en derecho público, gobierno electrónico y derecho constitucional. Ex asesor legal de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud. Profesor universitario de la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y de las facultades de Derecho y Negocios de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC).

Joseph Edwards VIVAS HUAMANÍ

vivasperu@gmail.com

Magíster en Gestión Pública por la Universidad ESAN e ingeniero industrial, con especialización en gestión de alta dirección, gobierno electrónico y gestión por procesos y sistemas de calidad en organizaciones públicas. Amplia experiencia en gestión de los sistemas de planeamiento estratégico y modernización de la gestión pública y en gestión de empresas del sector privado. Docente universitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Ricardo Palma y Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

T-Copia S.A.C.
Av. Arequipa 2875, San Isidro
en octubre del 2017
Teléfono 480-0575
Lima, Perú, 2017
<http://www.t-copia.com.pe>