

DOCUMENTO TÉCNICO
MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ

ÍNDICE

	Pág
INTRODUCCIÓN	3
I. FINALIDAD	4
II. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo General	
2.2. Objetivos Específicos	
III. BASE LEGAL	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
V. MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ	5
5.1. Antecedentes	5
5.1.1. Antecedentes Internacionales	5
5.1.2. Antecedentes Nacionales	7
5.2. Marco Conceptual de Promoción de la Salud	12
5.2.1. Determinantes de la Salud	13
5.2.2. Promoción de la Salud	
5.3. Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud	17
5.3.1. Población Sujeto de Intervención	18
5.3.1.1. La Persona en sus diferentes Etapas de Vida	19
5.3.1.2. La Familia	19
5.3.1.3. La Comunidad	20
5.3.2. Escenarios	20
5.3.2.1. La Vivienda	21
5.3.2.2. La Familia	21
5.3.2.3. El municipio	22
5.3.2.4. El Centro Laboral	22

5.3.3.	Priorización de Ejes Temáticos	23
5.3.3.1.	Promoción de Alimentación y Nutrición Saludable	23
5.3.3.2.	Higiene y Ambiente	24
5.3.3.3.	Actividad Física	25
5.3.3.4.	Salud Sexual y Reproductiva	26
5.3.3.5.	Habilidades para la Vida	27
5.3.3.6.	Seguridad Vial y Cultura de Tránsito	28
5.3.3.7.	Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz	29
5.3.4.	Enfoques Transversales	30
5.3.4.1.	Equidad y Derechos en Salud	30
5.3.4.2.	Equidad de Género	31
5.3.4.3.	Interculturalidad	32
5.3.5.	Estrategias para la Promoción de la Salud	32
5.3.5.1.	Abogacía y Políticas Públicas	32
5.3.5.2.	Comunicación y Educación para la Salud	33
5.3.5.3.	Participación Comunitaria y Empoderamiento Social	34
5.3.5.4.	Intersectorialidad	34
5.4.	Programas de Intervención en Promoción de la Salud	34
5.4.1.	Programa de Familias y Viviendas Saludables	35
5.4.2.	Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas	36
5.4.3.	Programa de Municipios y Comunidades Saludables	36
5.4.4.	Programa de Centro Laboral Saludable	37
	BIBLIOGRAFÍA	38

INTRODUCCIÓN

La Promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, se constituye en una prioridad para el sector, por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, busca promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de la salud, que involucre a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, en un proceso orientado a modificar las condicionantes o determinantes de la salud.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud el mismo que contiene las bases teóricas referenciales en promoción de salud para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad civil en la implementación de iniciativas que contribuyan con crear una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones.

El modelo considera los enfoques de equidad y derechos en salud, equidad de género e interculturalidad así como las estrategias de abogacía y políticas pública, comunicación y educación para la salud y participación comunitaria y empoderamiento social dirigidos a la población sujeta de intervención que es la receptora específica de acciones que promueven salud, deseado alcanzar cambios en los comportamientos y un impacto positivo en las condiciones de vida

Buscando mejorar la calidad de vida de las poblaciones y siendo necesario complementar acciones dirigidas a la persona en sus diferentes etapas de vida, el modelo plantea abordar a la población en los escenarios donde la gente vive, juega, trabaja, estudia, y se interrelaciona como son: la vivienda, la escuela, municipios, centros laborales y la comunidad en general.

Las acciones a implementar en estos escenarios son abordados a través de ejes temáticos priorizados: alimentación y nutrición, higiene, habilidades para la vida, salud mental, buen trato y cultura de paz, salud sexual y reproductiva y seguridad vial y cultura de tránsito.

La manera de operativizar este modelo es a través de PROGRAMAS en promoción de la salud que son el conjunto de acciones integrales y sostenibles a nivel de los escenarios considerando además la población sujeta de intervención para alcanzar resultados que favorezcan condiciones de vida saludables en la población y su entorno. Los Programas que ha considerado la Dirección General de Promoción de la Salud son: Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, Programa de Familia y Vivienda Saludables, Programa de Municipios y Comunidades saludables y Programa de Centros Laborales Saludables.

El presente documento se constituye en una herramienta para la gestión en promoción de la salud permitiendo ser un referente técnico y operativo, facilitando la implementación de las acciones en promoción de la salud a nivel nacional, regional y local.

I. FINALIDAD

El presente documento tiene por finalidad desarrollar los marcos conceptuales y técnicos que orienten la gestión e implementación de las acciones de la Promoción de la Salud a nivel nacional, regional y local.

II. OBJETIVO

2.1. Objetivo General

Desarrollar un marco conceptual, técnico y metodológico que orienta las acciones de promoción de la salud en el nivel nacional, regional y local.

2.2. Objetivos Específicos

- Desarrollar el modelo de abordaje de promoción de la salud, considerando los elementos conceptuales, técnicos y metodológicos de los enfoques, estrategias, en las diferentes dimensiones de la población y escenarios, que permitan la intervención en promoción de la salud.
- Explicar los contenidos de los ejes temáticos, incorporando las orientaciones para el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, de acuerdo a las diferentes etapas de vida y programas de promoción de la salud.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27813 - Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud
4. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
5. Decreto Supremo N° 064-2004-PCM, que aprobó el Plan Nacional para la Superación de la Pobreza 2004 - 2006.
6. Decreto Supremo N° 066-2004-PCM, que aprobó la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria.
7. Decreto Supremo N° 007-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil.
8. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
9. Resolución Suprema N° 014-2002-SA, que aprobó los Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002 - 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006.
10. Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud".
11. Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 006-MINSA/INS-V.01: "Lineamientos de Nutrición Materna".
12. Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 010-MINSA/INS-V.01: "Lineamientos de Nutrición Infantil".
13. Resolución Ministerial N° 771-2004-MINSA, que aprobó las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud.

14. Resolución Ministerial N° 039-2005/MINSA, que aprobó la creación de la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
15. Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprobó los “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud”.
16. Resolución Ministerial N° 217-2005/MINSA, que aprobó la Directiva N° 056-MINSA/DGPS-V.01:” Implementación del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas en el año 2005”.
17. Resolución Ministerial N° 277-2005/MINSA, que aprobó el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas.
18. Resolución Ministerial N° 457-2005/MINSA, que aprobó el Programa de Municipios y Comunidades Saludables.
19. Resolución Ministerial N° 402-2006/MINSA, que aprobó el Documento Técnico “Programa de Familias y Viviendas Saludables”.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN (REVISAR)

El Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud será un documento técnico referencial a nivel nacional, regional y local en las dependencias del Ministerio de Salud.

V. MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. ANTECEDENTES

1.1. Antecedentes Internacionales

El término Promoción de la Salud fue planteado por vez primera en 1945, cuando Henry E. Sigerest definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación.

En 1974, la Promoción de la Salud se presenta como un área de trabajo organizada a través de un documento del Ministro de Salud de Canadá, denominado "Una Nueva Perspectiva de la Salud de los Canadienses", conocido como el **Informe Lalonde**.¹ El Informe Lalonde considera a la promoción de la salud como una estrategia gubernamental, dirigida a la resolución de los problemas de salud y proponía acciones que tenían que ver cambios del estilo de vida o comportamientos, como el consumo de tabaco, alcohol, dieta, comportamiento sexual. La propuesta incluía el fortalecimiento de la acción comunitaria con la finalidad de actuar sobre distintos escenarios en los que las personas viven cotidianamente. (Gomez Zamudio, 1998).

En 1978, se suscribe la **Declaración de Alma-Ata**, en la que se expresa la necesidad de un compromiso nacional e internacional por la atención primaria en salud. En la declaración se enfatiza que la salud de las personas es un derecho humano universal y fundamental, y no un privilegio de pocos. (OPS/OMS, 1994).

En 1986 tuvo lugar la **Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud**,² en el marco de dicha conferencia, se elaboró la Carta de Ottawa en la que se hacen importantes aportes para el concepto de promoción de la salud. Específicamente, se señala

¹ El Informe Lalonde fue publicado por el Gobierno de Canadá y sustentado por Marc Lalonde, ex-Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá.

² Realizada en Ottawa, Canadá, y organizada por la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá.

que factores de la organización social, en general, y de la estructura económica en particular son las causas de la enfermedad y que las acciones para promover la salud, además de la modificación de comportamientos individuales, van dirigidas a la modificación del ambiente físico y social que a su vez se encuentra inserto y determinado por un contexto político, cultural y económico.

Los aportes sustanciales de la Carta de Ottawa son: 1) énfasis en la perspectiva sociopolítica de la salud. Se concibe a la salud no sólo como ausencia de enfermedad sino que ésta es el resultado del desarrollo humano, social, económico y político; 2) sintetiza los enfoques orientados a individuos como a las colectividades y los enfoques de promoción de la salud basados en determinantes específicos de la enfermedad con determinantes generales; 3) redimensiona la participación social como eje central de la promoción de la salud; 4) redefine el enfoque tradicional de la educación en salud, eminentemente pasivo, hacia un enfoque que promueve la participación reflexiva activa y crítica y el desarrollo de capacidades y habilidades en el control de los individuos sobre su salud y sus determinantes; 5) orienta las actividades de los servicios más allá de la atención curativa hacia una atención que contemple la promoción de la salud, no sólo como responsabilidad del sector sino también, de individuos, comunidades y otros sectores. (OPS/OMS, 1992).

En la **Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud**, realizada en Adelaide (1988), se exploró con mayor profundidad cómo las *políticas públicas saludables* de todos los sectores inciden en los factores determinantes de la salud, y cómo se constituyen en un vehículo esencial para las acciones que reducen las inequidades sociales y económicas. En la **Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud**, realizada en Sundsvall (1991), se enfatizó el compromiso por *desarrollar ambientes* que apoyen la salud. (Restrepo, 2001).

En 1997 tuvo lugar la **Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud**, en Jakarta. Esta Conferencia, planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo. Asimismo, enfatizó respecto a la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.

La **Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud**, realizada en México, en 2000; hizo hincapié en los acuerdos tomados en Yakarta, teniendo como meta, hacer un examen del aporte realizado por las estrategias de promoción para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas.

En el marco de la **Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud**, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública de Tailandia (Agosto 2005), se ha adoptado la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud. En ella se establecen los principales retos, medidas y compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado involucrando a numerosos agentes e interesados directos que son fundamentales para alcanzar la salud para todos.

La Carta de Bangkok brinda una nueva orientación para la promoción de la salud impulsando políticas coherentes, inversiones y alianzas entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado a fin de asumir cuatro compromisos fundamentales: 1) que la promoción de la salud constituya una pieza clave de la agenda de desarrollo mundial; 2) que sea una responsabilidad básica de todos los gobiernos; 3) que forme parte de las buenas prácticas institucionales, y 4) que sea un foco de iniciativas de la comunidad y de la sociedad civil. (Bangkok, 2005).

Un hito importante para el avance de la promoción de la salud a nivel mundial se suscita en septiembre de 2000; fecha en que representantes de 189 países, entre ellos 147 Jefes de Estado, se dieron cita en Nueva York en la Cumbre del Milenio para adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas³, donde se enunciaban los principios y valores que debían regir las relaciones internacionales en el siglo XXI. Es así como, los dirigentes de los distintos países asumieron compromisos en siete esferas claves: la paz, la seguridad y el desarme; el

³ Declaración del Milenio. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2000 (resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).

desarrollo y la erradicación de la pobreza; la protección del entorno común; los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno; la protección de las personas vulnerables; la atención a las necesidades especiales de África; y el fortalecimiento de las Naciones Unidas.

En la guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio, elaborada después de la Cumbre, se establecían las metas y objetivos que deben alcanzarse para 2015 en cada una de las siete áreas. Los objetivos del área de desarrollo y erradicación de la pobreza, que se ha dado en denominar Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) sitúan a la salud en el corazón del desarrollo y representan una serie de compromisos contraídos por gobiernos del mundo entero para contribuir a reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a múltiples problemas de salud. Como podemos observar los objetivos que a continuación se detallan están directamente relacionados con la salud de la población:

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Objetivo 2: Lograr la educación primaria universal.
- Objetivo 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad en la infancia.
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna.
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Estos Objetivos de Desarrollo del Milenio representan una importante oportunidad para plantear intervenciones que favorezcan la obtención de mejores resultados sanitarios, principalmente, entre las poblaciones pobres.

1.2. Antecedentes Nacionales

Desde 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 Ata (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.

En la década del 90 se impulsa la estrategia del Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, (SILOS), dándole particular importancia a las acciones orientadas a facilitar la participación de la población en los procesos de toma de decisiones en el ámbito de la salud. Es así como, frente al brote del cólera (1991), quedó demostrado la efectividad de la relación Estado y sociedad civil que establecieron puntos de encuentro y articulación, que favorecieron grandemente la organización del ámbito local en la gestión y la acción intersectorial, creándose diversos comités distritales de lucha contra el cólera; esta experiencia contribuyó a romper barreras entre las organizaciones populares, las ONGs y las entidades del Estado como los Ministerios de Salud y Educación. Posteriormente la estrategia SILOS, se convierte

en estrategia ZONADIS, intentando crearse una por cada región de salud. Se continuó trabajando con los distritos sanitarios, los que alcanzaron mayor desarrollo en Lima Metropolitana aunque también tuvieron éxito en algunas provincias.

En el año 1994 se crea el programa gubernamental denominado Comités Locales de Administración compartida (CLAS), el cual continúa hasta la fecha con diversos niveles de éxito en el ámbito nacional. Este modelo de cogestión propuesto desde los CLAS, se sustenta en el fortalecimiento de la participación de la comunidad en los procesos de la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, en forma conjunta, con los trabajadores de salud, compartiendo responsabilidades en la gestión y administración.

A partir del año 1992 el desarrollo de proyectos de inversión (Proyecto 2000, Proyecto Salud y Nutrición Básica, Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, entre otros) crean también un espacio importante para el desarrollo y fortalecimiento de acciones de comunicación en salud, pues incluyen componentes de información, educación y comunicación) en cuyo marco se comienzan a desarrollar estrategias de información, motivación e inducción a la acción en diferentes temas de salud prioritarios de ser intervenidos.

Del mismo modo, desde 1996, se viene implementando en el Perú la iniciativa de Municipios y Comunidades Saludables para un desarrollo sostenible, promovida por el Ministerio de Salud. Esta iniciativa cuenta con el apoyo de agencias de cooperación como OPS-OMS, UNICEF, UNFPA, UNESCO, ODA, USAID y Proyecto AMARES.

En septiembre del 2000, se instaló la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud integrada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, así como por diversas instituciones públicas y privadas comprometidas con la temática.

En agosto del 2002, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, suscribieron el Convenio Marco de Cooperación Técnica, mediante el cual ambas instituciones expresan su voluntad y acuerdo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la promoción de la salud y el óptimo desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales, ampliando la cobertura de atención en educación y salud en zonas rurales dispersas y urbano marginales de alta vulnerabilidad, fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico para promover una cultura de salud.

El avance más importante en los temas de salud y desarrollo lo constituye la inclusión como primer Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012: “La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad”, considerando la importancia de promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una Cultura de la Salud, constituyéndose en una prioridad para el Sector por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de los niveles de vida.⁴

Asimismo, el Ministerio de Salud ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales para el periodo 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) basado en los principios de universalidad en el acceso, la equidad, la integralidad de la atención, la continuidad de los servicios, la calidad de la atención, la eficiencia, el respeto a los derechos de las personas, la promoción de la ciudadanía y la satisfacción de los usuarios. Este modelo supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados”.⁵

A través de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, aprobada por el Congreso de la República el 17 de enero de 2002, se crea la Dirección General de Promoción de la Salud, incorporando así esta línea estratégica y prioritaria a la estructura funcional del Ministerio (Cap.X, Art. 27º). Entre las funciones que le han sido asignadas se encuentran la formulación de políticas y planes de promoción de la salud concertada con los niveles regionales, así como, el diseño de estrategias de implementación de servicios y gestión sanitaria que

⁴ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012. Lima, 2002.

⁵ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 – 2012. Lima, 2002.

incorporen el enfoque de promoción de la salud orientadas a la generación de comportamientos y entornos saludables.

El 15 de febrero del año 2005, mediante RM N° 111-2005/MINSA, fueron aprobados los “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud”, que se constituyen en un importante documento normativo que facilitará el desarrollo de las acciones de promoción de la salud en el país y el cumplimiento de los objetivos funcionales asignados a la Dirección General de Promoción de la Salud.⁶

A través de sus Lineamientos de Políticas, la Dirección General de Promoción de la Salud apuesta a largo plazo a la construcción colectiva de una *cultura de salud*, orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organizan en comportamientos y/o estilos de vida saludables, basadas en intervenciones desarrolladas en los distintos escenarios que promueven la salud; contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas.

Esta visión de promoción de la salud, requiere establecer nuevas herramientas e instrumentos de seguimiento sobre factores y procesos que promuevan la salud, trascendiendo aquellos relacionados con la salud/enfermedad; contemplados en los lineamientos que se mencionan a continuación y que se articulan, a su vez, con los lineamientos estratégicos de la Dirección General de Promoción de la Salud:

Lineamientos de Política de Promoción de la Salud de la Dirección General de Promoción de la Salud

N°	Lineamientos de Política de DGPS	Acciones Estratégicas de la DGPS ⁷
1	Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud.	<p>Promover que la salud es una responsabilidad compartida entre el sistema de salud, la población, sus organizaciones y las diferentes instancias del Estado.</p> <p>Desarrollar mecanismos de coordinación con los municipios, las escuelas y otras instituciones en el ámbito local para favorecer el desarrollo de entornos y estilos de vida saludables.</p> <p>Incorporar la Promoción de la Salud en la agenda pública, en las políticas y planes de desarrollo local.</p> <p>Crear condiciones para promover la salud mental de las poblaciones enfatizando en acciones orientadas a la detección temprana y el fortalecimiento de factores resilientes a nivel individual y colectivo.</p> <p>Promover las oportunidades y el acceso del individuo, la familia y la comunidad en procesos de toma de decisiones.</p> <p>Desarrollar condiciones que favorezcan la articulación con los procesos de descentralización y fortalecimiento de capacidades en el ámbito municipal y comunitario.</p>
2	Mejorar las condiciones del medio ambiente.	<p>Propiciar el compromiso de autoridades políticas, instituciones públicas y privadas y de la sociedad civil para mejorar las condiciones del medio ambiente de la comunidad.</p> <p>Fortalecer el rol formador y socializador de la familia para el desarrollo de una conciencia de defensa del medio ambiente y de los recursos naturales.</p>

⁶ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. 2005.

⁷ Documento de Trabajo: Plan Estratégico de la DGPS, 2003.

3	Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía	<p>Reconocer y revalorar el rol de los promotores de salud y agentes comunitarios como actores clave para la promoción de la salud.</p> <p>Incorporar el tema de promoción de la salud en la agenda de las Redes Sociales existentes.</p> <p>Reconocer y revalorar la importancia de la participación activa de las organizaciones sociales en la promoción de la salud y el desarrollo local.</p> <p>Promover el ejercicio de derechos, roles democráticos y corresponsabilidad social con equidad de género para el desarrollo de una cultura ciudadana en salud.</p> <p>Potenciar y fortalecer a los gobiernos locales como instancia responsable de crear los ámbitos y condiciones para el pleno ejercicio de la participación ciudadana.</p>
4	Reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud.	<p>Implementar nuevas formas de organización de servicios que incorporen el enfoque de promoción de la salud en los ámbitos intra y extramural.</p> <p>Desarrollar competencias entre el personal de los servicios para que brinde atención con enfoque de promoción de la salud.</p> <p>Desarrollar políticas de formación de recursos humanos con enfoque de promoción de la salud.</p> <p>Fortalecer el trabajo de los promotores de salud/agentes comunitarios de salud, generando mecanismos de participación activa en las estrategias de salud locales.</p> <p>Fortalecer la participación comunitaria en la gestión sanitaria y los planes de salud locales.</p> <p>Fortalecer las relaciones entre los servicios de salud y todos los actores sociales relevantes al nivel local.</p> <p>Promover el ejercicio de corresponsabilidad social en el desarrollo de la comunidad.</p> <p>Generar evidencias de la efectividad de las intervenciones en promoción de la salud que aporten información relevante para el diseño de políticas saludables.</p> <p>Los servicios de salud deberán desarrollar estrategias que contribuyan a garantizar el derecho a la vida y la salud a lo largo del ciclo vital.</p>
5	Reorientación de la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local	<p>Los ámbitos locales deberán desarrollar estrategias de abogacía para involucrar a otros actores sociales en el compromiso de reasignar recursos para incrementar niveles de bienestar y calidad de vida.</p> <p>Dentro del sector salud los diversos niveles operativos deberán asignar en forma creciente mayores recursos económicos para el desarrollo de actividades vinculadas a la promoción de la salud.</p> <p>Promover el uso racional de los recursos para fortalecer la reorientación de los mismos en la satisfacción de las</p>

	necesidades de salud de la población. Promover la relación con la cooperación técnica y financiera nacional e internacional.
--	---

Es preciso señalar que el Ministerio de Salud - MINSa, inició la planificación del proceso de descentralización del sector en abril del 2004. Como parte de una decisión de política institucional este proceso ha tenido dos características, además de las establecidas por las leyes vigentes que rigen el proceso: ser planificado y consensuado. En una primera etapa se incidió en el trabajo con los gobiernos regionales del interior del país. Con éstos se consensuó, entre otros, las funciones regionales en salud, de las cuales 37 han sido incluidas en el Plan de Transferencias de de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2005, aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2005-PCM. En una segunda etapa se realizó un plan de mediano plazo correspondiente al período 2006-2010, documento presentado al Consejo Nacional de Descentralización - CND; en donde se explicitan las funciones a transferir. Una de las funciones claves a transferir en el año 2006 es la correspondiente a "Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud" en los niveles regionales.

El proceso anterior muestra la plena concordancia entre los lineamientos de políticas de promoción de la salud y las políticas de Estado generadas a partir del Acuerdo Nacional, en lo referente a la política de descentralización y fortalecimiento de los gobiernos regionales y ámbitos locales en el marco de la lucha contra la pobreza.

2. MARCO CONCEPTUAL DE PROMOCION DE LA SALUD

El concepto de promoción de la salud pone en consideración el entendimiento del concepto mismo de salud, que pasamos a revisar brevemente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "el estado de bienestar físico, mental y social del individuo", es decir, como el equilibrio entre estos tres componentes y no sólo la mera ausencia de enfermedad. Por tanto, la salud está directamente vinculada con el logro del bienestar, entendiéndose éste como la posibilidad de crecer y desarrollarse a través del acceso a una adecuada alimentación, educación, trabajo, recreación, deporte y cultura, así como contar con las condiciones necesarias de atención en caso de enfermedad.

En los últimos tiempos se viene trabajando con un concepto que considera a la salud como una parte de la vida diaria, una dimensión esencial de la calidad de vida. Antonosvky (1987) afirma que la salud es creada y vivida por la gente, en los lugares donde desarrolla su vida diaria; donde aprende, trabaja, juega y ama.

Aún más añadiremos que, la salud hay que entenderla como una realidad social compleja y como un proceso social-político, y no circunscrita solo a una atención médica reparativa. (Aliaga, 2003). Esta consideración es clave y relevante tomarla en cuenta para iniciar el abordaje de lo que significa la promoción de la salud.

La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú conceptúa la promoción de salud como:

"Un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla.

Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno". (Lineamientos de Política de Promoción de Salud).

La promoción de la salud se constituye como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de

los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud (OMS, 1998).

Por tanto, las estrategias de promoción de la salud o salud poblacional, están diseñadas para llegar a toda la población y para influir sobre un rango amplio de los determinantes de la salud (Canada Health y OPS/OMS, 2000).

Invertir en un enfoque de salud de la población ofrece beneficios en tres áreas principales: mayor prosperidad, ya que una población sana contribuye a una economía dinámica; menores gastos en salud y problemas sociales; además de un clima general de estabilidad social y bienestar.

Es importante diferenciar la promoción de la salud con la prevención de la enfermedad. La prevención en salud pública disminuye la incidencia o la prevalencia de una enfermedad. Por ende, sus objetivos están relacionados con los problemas de salud y son esencialmente correctivos. La prevención alude a la reducción de los factores de riesgo o protección contra los agentes agresivos. Es una estrategia de carácter reactiva y defensiva. (Gómez Zamudio, 1998).

Sin embargo, a pesar de las diferencias, el enfoque de prevención primaria presenta similitudes con el enfoque promocional, a nivel de las estrategias y el papel que asigna a sus actores. Dentro de las similitudes evidenciadas se observa que ambos enfoques hacen uso de la educación sanitaria y comunicación social, como estrategias primordiales. Igualmente, ambos enfoques utilizan la intersectorialidad y comparten la responsabilidad y los roles entre la comunidad y los interventores. Estas similitudes hablan por tanto de la necesidad de concebir a la prevención y a la promoción de la salud como procesos complementarios más que opuestos.

Asimismo, es necesario distinguir a la promoción de la salud del marketing ó mercadotecnia social. Esta última es una estrategia para el cambio de conducta; promueve tanto ideas como prácticas sociales. La mercadotecnia social se construye en torno al conocimiento obtenido de las prácticas comerciales: el establecimiento de objetivos mensurables, la indagación de necesidades humanas, el señalamiento de productos para grupos especializados de consumidores, la tecnología de presentar los productos de manera que se adapten a las necesidades humanas y una comunicación efectiva sobre sus beneficios. (Kotler, 1993).

La piedra angular de la promoción de la salud es el compromiso de lograr una situación de equidad mediante enfoques que capaciten a las comunidades y los individuos de todas las edades para tomar decisiones saludables. La promoción de la salud consiste también en asegurar que las políticas públicas favorezcan esa adopción de decisiones saludables y en procurar influir en los numerosos determinantes, complejos y sinérgicos, de la salud que operan fuera del sector sanitario a nivel individual, doméstico, comunitario, nacional y mundial. (OMS, 2000).

La promoción de la salud se sustenta en los modelos ecológico y ambiental. Estos modelos se basan en los principios de la multicausalidad de los determinantes de la salud y la enfermedad y sobre las interacciones de los factores. Las intervenciones que se plantean en un modelo ecológico buscarán simultáneamente alcanzar al individuo (en sus hábitos de vida), a su medio de vida o entorno (casa, trabajo, amigos), las condiciones de vida más amplias (estructuras socioeconómicas, valores sociales, culturales, políticos y públicos).

Las intervenciones que se planeen en un enfoque ambiental tendrán en cuenta los ambientes bio-sico-comportamentales (la biología, la psicología y el comportamiento) y además, los ambientes físico sociales (geográficos, socio-culturales, arquitectónicos y tecnológicos).

2.1. Determinantes de la Salud

La promoción de la salud hace énfasis en el control de las determinantes de la salud. Los "determinantes de la salud" es el nombre colectivo asignado a los factores y a las condiciones que influyen en la salud de las poblaciones.

Marc Lalonde introduce el tema de los determinantes de la salud, remarcando cuatro determinantes básicos para entender los procesos de promoción de la salud: 1) *Estilo de vida*: Los factores determinantes de la salud relacionados con el estilo de vida poseen múltiples dimensiones y están ligados a varios problemas importantes para la salud (estilos de vida ligados al consumo de alcohol, a desórdenes en la alimentación). Los problemas de salud vinculados a determinantes de un estilo de vida pueden ser específicos de una fase de la vida, por ejemplo, la niñez o la vejez, pero pueden también estar muy vinculados a aspectos culturales. 2) *Biología humana*: Está referido a la herencia genética que no suele ser modificable con la tecnología médica. 3) *Sistema sanitario*. 4) *Medio ambiente*: Cualquier contaminación producida en el aire, agua, suelo, que afecta la salud de los individuos. Se puede hablar de contaminación biológica, física, química o la contaminación socio-cultural y psicosocial (violencia, stress).

El Comité Consultivo Federal, Provincial y Territorial sobre la salud de la población canadiense (2002) señala que los factores determinantes de la salud pueden agruparse en cinco categorías, señaladas a continuación:

1. Ambiente socio-económico.- El ingreso, el empleo, la posición social, las redes de apoyo social, la educación y los factores sociales en el lugar de trabajo.
2. Entorno físico.- Los factores físicos tanto en el lugar de trabajo al igual que otros aspectos del entorno natural y físico construido por el ser humano.
3. Hábitos personales de salud.- Comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud.
4. Capacidad individual y aptitudes de adaptación.- Características psicológicas de la persona tales como competencia personal, aptitudes de adaptación y sentido de control y dominio; al igual que características genéticas y biológicas.
5. Servicios de salud.- Servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

En Diciembre de 2002 se realizó, en Toronto, Canadá, la conferencia "*Social Determinants of Health Across the Lifespan*".⁸ Los objetivos de dicha conferencia fueron: a) Hacer el balance sobre el estado de los determinantes sociales claves de la salud de los canadienses, b) Explorar el posible efecto de éstas condiciones sobre la salud de los canadienses, y c) Identificar direcciones políticas que podrían influenciar la calidad de esos determinantes y así, mejorar la salud de los canadienses. La conferencia se dio en un momento en que las políticas canadienses en materia social y de salud se están reorientando para reflejar los cambios profundos en los sectores políticos, sociales y económicos del país.

En esta conferencia se han delimitado los siguientes determinantes de salud que Canadá se compromete a revisar y a poner énfasis en lo sucesivo para mejorar aún más los niveles de salud de la población. Dentro de los enumerados se encuentran: desarrollo de la infancia, la educación pública, el empleo y las condiciones laborales de ciertos grupos, la seguridad alimentaria, los servicios de salud, la vivienda, el ingreso y su distribución social, la exclusión social, las medidas de asistencia social, el desempleo y la seguridad laboral.

En el Perú, en el marco del II Encuentro Nacional de Promoción de la Salud⁹ se realizó un taller para analizar y priorizar los determinantes de salud en el país, en base a la situación social y de salud de la población peruana. Estos han sido priorizados como sigue: ingreso y pobreza, educación, cultura, alimentación y nutrición, entornos.

A continuación presentamos una aproximación de la influencia de condiciones socio-culturales, económicas y comportamentales en la salud de la población peruana. En este acápite no pretendemos hacer un diagnóstico exhaustivo de todas las variables, sólo nos detendremos a identificar algunos ejemplos de como el nivel de ingresos, el nivel educativo y el género, tienen una influencia en la salud de la población.

⁸ Conferencia patrocinada por la Universidad de York en Toronto, Canada del 29 de noviembre al primero de diciembre de 2002, en donde se reunieron más de 400 representantes comunitarios, investigadores en materia de salud, y expertos en materia de política social y de salud.

⁹ Desarrollado en Diciembre 2005, en Lima-Perú.

1) Nivel de ingresos

Existen investigaciones que demuestran las conexiones entre los ingresos y el estado de salud. Un estudio realizado en Canadá concluyó que los hombres en el grupo de ingresos del 20% superior viven en promedio seis años más que los hombres en el 20% inferior, y que pudiera esperar catorce años más de vida libre sin restricciones en sus actividades. (Wilkins, Russell and Adams, Owen).

Las personas que tienen mayores ingresos viven más tiempo y gozan de una mejor salud que las personas de bajos ingresos. Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte puedan variar. Parece ser que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (Canadá Health, 2000).

En el Perú una persona con mayores ingresos económicos tiene 4,8 veces más probabilidades de ser atendido en un consultorio que una persona pobre.

Mientras en el quintil más pobre 36% de personas no pudieron acceder a un servicio de salud por falta de dinero, en el quintil de la población con mayores ingresos económicos este porcentaje cae a solo 6% . (Lenz R. y Alvarado B., 2005) (INEI-ENAHO 2003).

Las enfermedades más recurrentes durante el año 2000 en el primer quintil (más pobre) son las infecciones respiratorias y otras relacionadas (24,39%), así como las infecciones intestinales y parasitosis (23,50%). Estas últimas vinculadas a la no disponibilidad de servicios de saneamiento y educación. (MINSA 2004). Mientras que en el nivel urbano nacional el 81.1% cuenta con acceso a la red pública de agua potable, en el área rural es de sólo el 33.2% (se considera el porcentaje de familias que cuentan con conexión a la red pública dentro o fuera de la vivienda). Las regiones con menor acceso a la red pública son Puno (2,8%) y Pasco (31,4%). (ENAHO 2003).

M. Valdivia sostiene que las diferencias en ingresos explican aproximadamente 40% de las diferencias en el nivel nutricional de los niños de los quintiles más pobres y más ricos. Pero al desagregarlo por ámbito, la contribución de esta variable supera el 60% en áreas rurales. (Valdivia, 2002).

En 2002 DEVIDA realizó la Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas que arroja datos importantes respecto a condiciones determinantes del consumo de drogas. Uno de los hallazgos de esta encuesta radica en el hecho de que las personas que provienen de familias con mayor cantidad de posesiones (el nivel de indicador de nivel socioeconómico seleccionado en la encuesta de DEVIDA) inician el consumo de alcohol y tabaco más temprano que aquellos con menores recursos. (DEVIDA, 2003). Asimismo, las personas cuyas familias tienen más posesiones inician consumo de marihuana más pronto en comparación con las familias de menores ingresos.

2) Nivel de Educación

Los niveles de analfabetismo que, por lo general, están relacionados con los niveles de instrucción, son variables predictivas importantes del empleo, la participación activa en la comunidad y el estado de salud. También son variables predictivas importantes del éxito de un país.¹⁰

En el Perú la falta de acceso a la educación de las mujeres, especialmente de las zonas más pobres, origina que muchas de ellas no asistan a la escuela. A nivel nacional la tasa de analfabetismo es de 10,7. No obstante, al desagregar estos datos por sexo, se observa que mientras los varones tienen una tasa de analfabetismo de 5,3, las mujeres alcanzan una tasa de 15,8. Con respecto a Lima se observa una tasa de analfabetismo de 5,9; en Huancavelica la tasa de analfabetismo femenina es de 44,2. Es decir, en Huancavelica de cada 100 mujeres casi la mitad es analfabeta. Los lugares donde se presentan las tasas más altas de

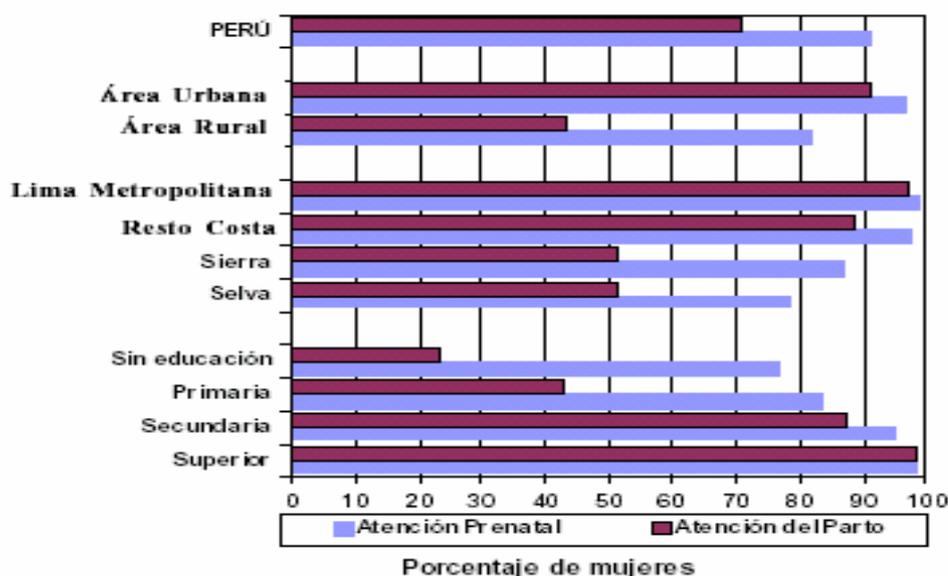
¹⁰ The Minister of Public Works and Government Services-Canadá, 2000.

analfabetismo como Apurímac, Huánuco y Puno son las zonas donde existe más pobreza en el país; es uno de los factores subyacentes de la fecundidad precoz en el Perú. Las adolescentes con bajo nivel educativo están en mayor riesgo de convertirse en madres precoces, que aquellas que cuentan con niveles educativos más altos. Sólo la educación superior, grado que no todas las mujeres alcanzan, protege en mayor medida contra la fecundidad precoz. Asimismo, el 6,6% de mujeres con educación superior tuvo un hijo antes de los 20 años, a diferencia de aquellas con educación primaria o secundaria, 4 de cada 10 fueron madres antes de los 20 años. (INEI, 2002).

La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo es una de las principales medidas de preservación de la salud del infante, evitando que contraiga tétanos neonatal por contaminación durante el parto. Entre las mujeres sin educación la cobertura es de 66%, en tanto que es mucho mayor para quienes alcanzaron educación secundaria 80%). (ENDES CONTINUA 2004).

El 71% de los partos fue asistido por profesionales de la salud. Las menores coberturas se encuentran entre las mujeres que no tienen educación (23%), las de alta paridad (31%) y las que tienen residencia en el Área Rural (44%). El nivel de atención de los partos por profesionales de la salud en Lima Metropolitana (97%) contrasta con el bajo nivel en la Sierra y Selva (51% en ambos). (ENDES CONTINUA 2004).

Atención prenatal y del parto por profesionales de salud, según área de residencia y nivel educativo



Fuente: ENDES CONTINUA 2004.

Podemos observar en el siguiente caso, cómo a medida que aumenta el nivel educativo se tiene una tasa global de fecundidad menor, no encontrándose brechas entre la tasa de fecundidad deseada con la real. Mientras que la mujer que tiene educación superior tiene una tasa de fecundidad deseada de 1.2, muy similar a la tasa global de fecundidad de 1.5; la mujer sin educación tiene una alta brecha entre lo deseado y lo real, reflejando una tasa de fecundidad deseada de 1.4 versus la tasa global de fecundidad de 4.3.

Fecundidad deseada y observada

EDUCACIÓN	Tasa fecundidad deseada	Tasa global de fecundidad
Sin Educación	1.4	4.3
Primaria	2.1	3.6
Secundaria	1.6	2.3
Superior	1.2	1.5

Fuente: ENDES CONTINUA, 2004.

3) Género

El enfoque de género en salud tiene como objetivo lograr una mayor equidad en la atención de salud de mujeres y varones, modificando las inequidades de género que afectan su salud integral y su desarrollo humano, favoreciendo procesos que brinden iguales oportunidades.

La Organización Mundial de la Salud mostró que los niveles altos de desempleo y la inestabilidad económica son causa de problemas de salud mental significativos y efectos adversos sobre la salud física de las personas desempleadas, sus familias y sus comunidades (OPS/wescott, 1985).

En el año 2001, el 10,2% de las mujeres y el 10,8% de los hombres de edades comprendidos entre los 15 y 24 años de edad se encontraban afectados por la desocupación abierta. Esta tasa desciende al aumentar la edad, pero comienzan a divergir entre mujeres y varones. La de las mujeres es más alta de los 25 a los 39 años (6,6%) y la de los varones ha descendido a 4,3% (Laguna V. y Gutierrez,C., 2004)

El estudio epidemiológico elaborado por el Instituto Especializado de Salud Mental (2002) reporta las siguientes cifras para los estados anímicos prevalentes en Lima Metropolitana: entre 10% y 30% para la angustia y entre 18% a 45% para los estados de tensión. En relación al sexo, son las mujeres de cualquier edad las que registran mayor frecuencia de estados de tensión y angustia. Estos resultados pueden explicarse por el hecho de que las mujeres están sometidas durante su vida a múltiples roles: productivo, reproductivo, social.

La prevalencia de vida de las conductas suicidas revela que son las mujeres las que más incurrir en este tipo de conducta, y son las mujeres unidas maltratadas las que registran la cifra tan alta como de 15,4% de la población general.

3. MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCION DE LA SALUD

La Dirección General de Promoción de la Salud, desarrolló un marco de referencia denominado "Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud", que contiene las bases teóricas y metodológicas, para orientar las intervenciones de promoción de la salud en el nivel nacional, regional y local, enmarcado en el cumplimiento de sus Lineamientos de Política.

El modelo considera al desarrollo humano como fin último a alcanzar por la promoción de la salud y trata de recuperar la integridad del ser humano al momento de estructurar la respuesta social en salud, colocando a la persona y su familia como el centro de nuestra misión, respetando la realidad heterogénea del país. En concordancia con los lineamientos del sector,

el modelo de abordaje de promoción de la salud tiene como referente inmediato al Modelo de Atención Integral en Salud, propiciado por el Ministerio de Salud.

El documento, aprobado con RM N° 729-2003 del 20 de junio del 2003, plantea que el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, orientados a obtener una persona, familia y comunidad saludable. En ese contexto, la promoción de la salud contribuye a lograr que las personas asuman comportamientos saludables para mantener y mejorar permanentemente su salud y contribuir a su desarrollo humano pleno, promover la construcción de una cultura de la salud y fortalecer el desarrollo local y regional.

El modelo de abordaje de promoción de la salud tiene como estrategia importante la participación ciudadana en los distintos escenarios, con énfasis en los niveles más locales, potenciando el proceso de descentralización.

MATRIZ: MODELO DE ABORDAJE DE PROMOCION DE LA SALUD

ENFOQUES TRANSVERSALES	ESTRATEGIAS	POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN				ESCENARIOS (entornos saludables)	EJES TEMATICOS (comportamientos saludables)
EQUIDAD Y DERECHOS EN SALUD	ABOGACIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS	FAMILIA	ETAPAS DE VIDA			VIVIENDA	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
			N I Ñ O	A D O L E S C E N T E	A D U L T O M A Y O R		HIGIENE y AMBIENTE
COMUNIDAD	INSTITUCION EDUCATIVA	ACTIVIDAD FÍSICA					
		MUNICIPIOS	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				
			HABILIDADES PARA LA VIDA				
EQUIDAD DE GÉNERO	COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	COMUNIDAD	INSTITUCION EDUCATIVA	SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRÁNSITO			
INTERCULTURALIDAD	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA - EMPODERAMIENTO SOCIAL E INTERSECTORIA - LIDAD			MUNICIPIOS	PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ		
					CENTRO LABORAL		

El modelo de abordaje de promoción de la salud reconoce a las personas en su carácter multidimensional, como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. Este abordaje tiene como punto de partida a la población, con y hacia la cual se dirigen las acciones de promoción de la salud, desarrollando habilidades personales y redes sociales que le permitan generar cambios y tener un mayor control sobre los determinantes que influyen en su salud.

3.1. Población Sujeto de Intervención

El modelo considera tres dimensiones en la población sujeto de intervención: 1) La Persona en sus diferentes etapas de vida, 2) La Familia, y, 3) La Comunidad.

3.1.1. La Persona en sus diferentes Etapas de Vida

Los esfuerzos en promoción de salud se dirigen a mejorar la salud, calidad de vida y el bienestar de la población durante todas las etapas de su vida, desde su infancia.

Durante toda su vida la persona presenta un conjunto de necesidades en salud que supera el tradicional enfoque biológico y que involucran aspectos psicológicos, sociales, culturales y de relación con el entorno y su medio ambiente. Por consiguiente, las intervenciones en la población tienen mayor efectividad cuando se hacen teniendo en cuenta cada una de las etapas de vida; asimismo, en ésta lógica se pueden identificar con mayor detalle las determinantes sociales que afectan la salud.

Etapas de Vida Niño: mujeres y varones (de 0 a 9 años)

La niñez, es considerada la base principal de las intervenciones en promoción de la salud; tienen el propósito de proteger los derechos y el potencial cognitivo, emocional, social y físico, de las niñas y niños, lo que asegurará mejores resultados en las intervenciones siguientes por etapa de vida. En ésta etapa de vida, el potencial de las intervenciones educativo comunicacionales es significativo.

Etapas de Vida Adolescente: mujeres y varones (de 10 a 19 años)

La adolescencia constituye uno de los periodos más intensos de cambios físicos, psicológicos y sociales de la vida de una persona. Entre los más importantes tenemos: la madurez del sistema reproductor, el desarrollo de la autonomía y la capacidad para el pensamiento abstracto. En esta etapa surgen nuevas relaciones y posibilidades de desarrollo, que dan origen a su vez a nuevos comportamientos. La influencia de los amigos y de los medios de comunicación adquiere importancia. Las decisiones que adopten y las relaciones que establezcan influirán su salud y su desarrollo físico-psico-social y les afectará durante toda su vida. Es una época en la que se requiere nuevas competencias y conocimientos. (OMS, 1999).

Es importante que en esta etapa de vida las intervenciones tengan un componente para el desarrollo de habilidades individuales y la generación de oportunidades en el entorno.

Etapas de Vida Adulto: mujeres y varones (de 20 a 59 años)

Las intervenciones educativas en esta etapa de vida repercuten positivamente en los hábitos comportamientos familiares, toda vez que la intervención es directamente sobre los jefes de familia.

Etapas de Vida Adulto Mayor: mujeres y varones (de 60 a más años)

Las personas comprendidas en esta etapa de vida constituyen un grupo importante para intervenciones preventivas promocionales en hábitos saludables. Es importante que todas las intervenciones diseñadas tengan como propósito mejorar la calidad de vida.

3.1.2. La Familia

La familia es considerada la unidad social básica y el medio en el que se desarrollan las bases de la generación de saberes, conductas y hábitos alrededor de la salud. La familia tiene un papel central para la supervivencia infantil, el crecimiento y desarrollo durante la niñez y

adolescencia, y la práctica de hábitos de vida saludables durante la juventud, la adultez y los adultos mayores.

La familia es un espacio de socialización importante que influye en la adopción de hábitos, estilos y comportamientos relevantes a la salud y bienestar. Las personas ven a la familia como su entorno más próximo y donde construyen valores, modos de interpretación, percepciones, orientaciones, modos de conducta, protección ante los desafíos de la vida diaria y otros considerados de importancia en el proceso de salud y bienestar.

Las acciones de promoción enfatizan la función de la familia como fundamental en la generación de autonomía, ciudadanía, respeto, comunicación, socialización, participación y empoderamiento social, lo que a su vez incrementan la eficacia de sus intervenciones.

3.1.3. La Comunidad

Los integrantes de una comunidad tienen aspectos comunes de relación, influencia y/o dependencia de índole social, cultural, económico, político y de desarrollo. La comunidad es un aliado fundamental para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y bienestar de las personas. La comunidad con su participación, reflexión, cooperación y movilización favorece y hace sostenible las intervenciones que contribuyen al desarrollo local y a alcanzar resultados intermedios y finales de salud. La gestión sanitaria, con base participativa y democrática contribuye a legitimar al Estado ante la comunidad y fortalece la construcción de una ciudadanía justa y democrática.

Dentro de la comunidad, las redes sociales representan formas de organización social, y su presencia contribuye a la articulación de acciones integrales de promoción de salud. Las redes son consideradas como un conjunto de relaciones relativamente estables, de naturaleza no jerárquica e independiente, que vinculan a una variedad de actores que comparten intereses comunes y que intercambian recursos para perseguir estos intereses, aceptando a la cooperación como la mejor manera de alcanzar metas comunes. (Fleury, 2002).

Las redes sociales operan dentro de las sociedades como nexos de interrelación entre las personas o grupos organizados, constituyendo esfuerzos organizados para aspirar a mejores condiciones de vida y de salud. Dentro de su territorio de actuación, las redes bien organizadas y responsables facilitan movilizaciones sociales integrales a favor de cambios positivos en la calidad de vida y desarrollo de la sociedad. Las estrategias y acciones en promoción de la salud, basadas en la participación social e intersectorial, interactúan de manera continua con las redes sociales para conseguir cambios significativos en la calidad de vida de la población.

3.2. Escenarios

Los escenarios constituyen espacios territoriales y la dinámica social que se genera dentro de los mismos; escenarios donde las personas desarrollan sus actividades diarias y el lugar donde se integran los procesos relacionados con las condiciones de vida y de salud.

Muchas de las conductas colectivas y elecciones personales se desarrollan en los escenarios de la vida cotidiana. En ese sentido, los escenarios brindan la oportunidad de intervenciones de amplio alcance que pueden estar dirigidas a un cambio relacionado tanto de la conducta orientada a la salud, como del entorno, con la finalidad de alcanzar niveles adecuados de salud.

El hecho de garantizar intervenciones considerando los escenarios en donde las personas se desenvuelven cotidianamente permite:

- Centrar la atención en los lugares en los que se promueve y se desarrolla la salud (los lugares donde las personas viven, trabajan, aprenden, juegan y reciben atención sanitaria).

- Establecer límites de actuación fácilmente reconocibles.
- Facilitar la identificación de los socios potenciales.
- Proporcionar la oportunidad de medir y observar el impacto de las intervenciones en favor de la salud.

Los escenarios claves identificados por el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud son: vivienda, municipio, instituciones educativas y centro laboral; constituyéndose cada uno de ellos en un ámbito de acción sobre públicos diversos.

3.2.1. La Vivienda

La vivienda mas allá del espacio físico, constituyéndose en parte del entorno de las personas, cuyas características influyen en el bienestar y la salud de las familias. La vivienda como espacio físico, comprende los materiales que la componen, la calidad de los mismos, sus condiciones de saneamiento, su micro localización geográfica y social.

Los principales efectos sanitarios adversos derivados de la mala vivienda son debidos a la falta de sistemas de saneamiento, humedad, moho, mala calidad del aire, contaminación acústica, deficiencias de construcción que posibilitan los accidentes y los daños en caso de terremotos, materiales de construcción insalubres incluido el amianto y las pinturas a base de plomo.

Por ejemplo, la falta de ventilación genera una contaminación del ambiente interno, produciendo alergias y enfermedades respiratorias; las personas que conviven con fumadores están expuestas a una contaminación dos a tres veces superior a las personas que viven con no fumadores; la exposición total a la contaminación del ambiente interno varía en función del porcentaje de tiempo que se pasa en el exterior, de la capacidad de ciertos contaminantes para introducirse en el entorno interno, y de los niveles de contaminantes generados en el hogar por las cocinas, las pinturas, los muebles y los materiales de construcción.

Las viviendas deben tener características en concordancia a los requisitos mínimos que garantice el pleno ejercicio del acto de morar, ampliando y mejorando la calidad del espacio y de la vida, propiciando la convivencia armónica y la dignidad humana. La vivienda es, en suma, el escenario donde se desarrollan los procesos culturales, económicos y sociales, donde las acciones de promoción de la salud cobran vigencia y relevancia.

3.2.2. La Institución Educativa

Las instituciones educativas son escenarios privilegiados para la formación y difusión de una cultura de la salud en los alumnos y padres de familia, y desde allí hacia la familia y comunidad.

Como institución representativa de la educación en su localidad, es responsable de la construcción de espacios de desarrollo, saludables y sostenibles en el tiempo; por ello, la institución educativa es considerada un escenario estratégico para promover la construcción de una cultura de la salud, desde la comunidad educativa hacia la comunidad en general.

Los programas de educación sanitaria impartidos en las escuelas a menudo se basan en una perspectiva demasiado tradicional, que proporciona a los estudiantes información sobre cuestiones sanitarias, pero que no utiliza procedimientos imaginativos e interactivos para enseñarles a tomar decisiones reflexionadas, saber hacer frente al stress, ser asertivos, vivir en sociedad e inculcarles aptitudes útiles para la vida.

Estos escenarios deben reunir condiciones físicas, sanitarias, ambientales, emocionales y afectivas, para que las niñas y niños desarrollen sus aptitudes y actitudes adecuadamente. Por consiguiente, es importante que cuenten con aulas amplias, espacios físicos y mobiliarios adecuados, iluminación, baterías sanitarias acordes con la edad, espacios de recreación y seguridad; a eso debe sumarse la promoción de hábitos alimentarios saludables, de higiene y

estilos de vida saludables con el afán principal de mejorar la calidad de vida de las niñas y niños.

3.2.3. El Municipio

El Municipio es la demarcación territorial adscrita a la municipalidad, en el que viven las personas, familias y conforman comunidades, establecen redes sociales y relaciones entre sus miembros con igual o diversas problemáticas. Comprende además los espacios públicos, servicios públicos entre otros.

Sus características estructurales y dinámicas dependen de aspectos del orden social, económico, cultural, educativo, de seguridad ciudadana y por supuesto de la salud de su población. El municipio es el nivel de gobierno más cercano a las necesidades de la población y a sus decisiones; y por lo tanto deberían expresar esta cercanía en la formulación e implementación de políticas saludables que faciliten el empoderamiento, promuevan el liderazgo y la participación ciudadana.

En mérito a lo anterior, un municipio saludable es aquel en el que sus autoridades, instituciones, organizaciones públicas y sociedad civil, se esfuerzan por mejorar las condiciones de vida, vivienda, educación, alimentación, trabajo y cultura de la población, en relación armoniosa con su entorno, fortaleciendo lazos de solidaridad y equidad.

Los Municipios Saludables contribuyen a crear condiciones favorables para desarrollar acciones de promoción de la salud a partir del compromiso de los alcaldes, autoridades regionales y de otros sectores públicos de la localidad con la finalidad de generar comunidades saludables mediante políticas públicas saludables e insertar la salud en las agendas públicas.

3.2.4. El Centro laboral

La promoción de la salud en los lugares de trabajo tiene como objetivo el bienestar y mejoramiento de la salud de los trabajadores. El logro de éste objetivo redundará también en beneficios para la institución como un aumento de la productividad, de la reducción de los gastos en salud y del ausentismo y el mejoramiento de la imagen de la empresa.

Los trabajadores pasan al menos una tercera parte de su vida en el trabajo, por consiguiente, se constituyen en un escenario de importancia para su salud pública. La inversión en la mejora de las condiciones de trabajo puede generar una mejora de la salud de los trabajadores, y, por lo tanto, en la productividad de las empresas. Asimismo, en la medida en que los centros laborales son uno de los pocos lugares en los que se puede llegar de forma sistemática a la población adulta en calidad de personas individuales, dichos escenarios se constituyen en un lugar muy importante para promover eficazmente la salud entre los adultos de forma continua.

3.3. Priorización de Ejes Temáticos

A fin de dar respuestas a las principales necesidades de la población detectadas en las diversas etapas de desarrollo¹¹, se han priorizado ejes temáticos que constituyen el contenido conceptual clave a ser abordados en los diferentes escenarios.

¹¹ Necesidades explicitadas en el Modelo de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud. En este se reconoce que el centro del Modelo de Atención son las personas; el objetivo de la atención es responder a las necesidades de salud de estas personas, su familia y comunidad. Las necesidades de salud son el conjunto de requerimientos, de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen las personas, familia y comunidad para mantener, recuperar y mejorar su salud, así como alcanzar una condición saludable deseable.

Sin embargo, la priorización de ejes temáticos deberá estar en concordancia con cada una de las necesidades sanitarias locales y regionales identificadas, en tanto el Perú es un país con diversidad geográfica, cultural, social y económica; y cada región enfrenta retos particulares para mejorar las condiciones de salud de su población.

Los ejes temáticos se implementan a través de los cuatro programas de promoción de la salud, en base a criterios de priorización por escenarios y población objetivo.

Para su operativización, los ejes temáticos requieren del desarrollo de normas técnicas; así como su posterior adaptación según las características propias de la región o localidad.

Los ejes temáticos priorizados son:

- Alimentación y Nutrición.
- Higiene y Ambiente.
- Actividad Física.
- Salud Sexual y Reproductiva.
- Habilidades para la Vida.
- Seguridad Vial y Cultura de Tránsito.
- Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz.

3.3.1. Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable

La desnutrición crónica es uno de los problemas nutricionales endémicos de nuestro país. En el año 1984 la tasa de desnutrición crónica fue de 37.8% (ENNSA, 1982), manteniéndose casi igual hasta el año 1992 con un 36.5% (ENDES, 1992), cifra que disminuyó hasta llegar a un 25.8% en el año 1996 (ENDES, 1996); sin embargo esta tasa se mantuvo hasta el año 2000 con un 25.4% (ENDES, 2000). Asimismo los datos del MONIN-CENAN en el año 2002 reporta un 25.6%, en el año 2003 un 27.0% y en el año 2004 un 26.7% de prevalencia de desnutrición crónica en el país.

Si bien es cierto que, la desnutrición y anemia en niños menores de cinco años y mujeres gestantes y lactantes, sigue siendo un problema importante de salud pública en el país, sobre todo en las zonas rurales; también es cierto que, en las grandes ciudades vivimos una suerte de transición epidemiológica nutricional donde se estima que alrededor del 13% de la población adulta femenina tiene obesidad y alrededor de un 34% de mujeres en edad fértil están con sobrepeso (ENDES 2000).

La seguridad alimentaria definida como “el acceso material y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para todos los individuos de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales y llevar una vida sana, sin correr riesgos indebidos de perder dicho acceso”, es reconocida como un derecho humano en diferentes instrumentos jurídicos internacionales y en especial en el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (1966), del cual nuestro país es también signatario y por lo tanto tiene una relación vinculante para velar por su respeto, protección y cumplimiento.

La Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable, debe buscar que los individuos como miembros de una familia, adopten prácticas alimentarias adecuadas que favorezcan su bienestar físico, mental y social para mejorar su calidad de vida y desarrollo humano; incidiendo en los componentes de la seguridad alimentaria, es decir la promoción al acceso, a la disponibilidad y a la utilización de los alimentos; a través de estrategias de abogacía y políticas públicas, de generación de espacios de concertación con los gobiernos locales,

regionales y el estado; el establecimiento de alianzas estratégicas con la sociedad civil, el fomento de la participación comunitaria y la educación y comunicación para la salud.

Por tanto, la promoción de la alimentación y nutrición saludable pretende actuar sobre los factores que intervienen en la seguridad alimentaria y también en el fomento de comportamientos y hábitos en alimentación y nutrición saludable que nos permitan llevar una vida sana y productiva.

Promover alimentación y nutrición saludable significa desarrollar esfuerzos a nivel de todos los actores sociales involucrados para generar condiciones desde la disponibilidad, acceso y utilización (consumo) de los alimentos, que favorezcan una calidad de vida justa y digna, en el entendido de que el acceso a los alimentos es un derecho inherente de las personas.

3.3.2. Higiene y Ambiente

En el Perú, la baja calidad del agua se relaciona a que la población se ve obligada al almacenamiento, en recipientes no bien protegidos y que no reciben limpieza y desinfección periódicas, debido al servicio discontinuo o porque se provee de otras fuentes (manantial, río, camión cisterna, pilón).

La cobertura de saneamiento, que implica la eliminación adecuada de excretas humanas de la población a nivel nacional es de 76% y para el ámbito rural es del 40%. La desigualdad de cobertura a nivel de las regiones va de un rango de 92,8% en Lima a 29,2% en Huancavelica. Una muestra de ello es, la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) que tuvo una prevalencia de 15% en niñas y niños menores de 5 años para el año 2000 y a nivel rural de 17.4%.

Se ha demostrado con evidencias estadísticas por la OMS-OPS, UNICEF y estudios locales que el limitado acceso a agua potable y saneamiento y, las prácticas inadecuadas de higiene se asocian al 90% de casos de diarrea de niños menores de 5 años. El Estudio de Comportamientos sobre Lavado de Manos en el Perú, realizado en el año 2003, identificó que el 14% de las madres se lavan las manos con jabón antes de preparar y comer los alimentos y sólo el 6% lo hace después de utilizar el baño o letrina. Así mismo, el 5% de los niños mayores de 5 años se lava las manos antes de comer y el 11% lo hizo después de ir al baño o letrina.

Las prácticas de higiene permiten a la población la minimización de exposición a factores de riesgo para su salud y bienestar. La adopción de comportamientos saludables relacionados a la higiene es útil para preservar y mejorar la calidad de vida. La relación de la higiene con problemas de salud (diarreas, helmintiasis, zoonosis, entre otras) es ancestral, siendo necesario la búsqueda y adopción de conductas saludables (lavado de manos con agua y jabón en momentos esenciales, higiene, cuidado personal) a nivel individual y familiar.

La realidad tan heterogénea del país, nos lleva a identificar y evaluar los factores determinantes que son prioritarios para mejorar las condiciones de salud de la población. Se identifican múltiples niveles de causalidad y la necesidad de acciones multisectoriales e intrasectoriales a distintos niveles, así como, la necesidad de acciones sinérgicas y complementariedad entre las instituciones públicas, privadas y comunitarias.

Para determinar las intervenciones óptimas de promoción en higiene y ambiente saludable se requiere identificar a nivel local la situación de las condiciones estructurales, subyacentes en forma inmediata, a fin de formular las estrategias y acciones necesarias; facilitando el proceso de participación social, la visión compartida; la planificación, el monitoreo y evaluación participativa de las intervenciones para mejorar el estado de salud de la población.

En este tema, la promoción de la salud va mas allá de cambios de comportamientos, se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas. Por tanto, es de vital importancia proveer acceso a cantidades suficientes de agua segura e instalaciones para la disposición sanitaria de excretas y promover prácticas seguras de higiene. En tal sentido el agua se convierte no solo en fuente de vida y desarrollo, sino también generan movilización social y participación comunitaria para la elaboración y financiamiento de proyectos de inversión que solucionen y

promuevan la práctica saludable, y mejora del entorno. El abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene están presentes en las metas internacionales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El limitado acceso a servicios de saneamiento básico y las pobres prácticas de higiene son dos grandes problemas a enfrentar. Los principales factores que causan esta situación incluyen la falta de prioridad e inversión de los gobiernos, la escasez de recursos económicos, la limitada acción comunitaria por esos aspectos, bajo nivel educacional, y el desconocimiento de las prácticas saludables y de higiene de parte de las madres, padres de familia y de sus hijos.

La promoción de salud puede contribuir en dos grandes propósitos: fomentar la generación de políticas públicas saludables para mejorar el ambiente (agua potable y segura, saneamiento, disposición sanitaria de excretas, eliminación de residuos sólidos, descontaminación del agua, suelo y aire) y promover la adopción de prácticas efectivas de higiene, que promuevan el auto cuidado de la salud. Vale decir que existe, un propósito a nivel de lograr comportamientos saludables, y otro, a nivel del desarrollo de entornos saludables.

3.3.3. Actividad Física

En el año 1997 en la Encuesta Nacional de Hogares, desarrollada por el INEI, se incluyeron preguntas que exploraron algunos aspectos de la práctica de deporte en la población urbana del Perú. Allí se encontró que en tres de cada cuatro familias peruanas (76.4%) al menos un miembro de la familia practica deporte por lo menos una vez a la semana. (INEI, 1997). Dicho estudio volvió a repetirse, aunque con algunas leves modificaciones en el año 2000. Mas adelante Seclen y colaboradores hicieron un análisis secundario de dicha base de datos publicando sus resultados en el año 2003. Dicho análisis concluyó que la población peruana practica deporte en poca frecuencia y en niveles poco saludables. La conclusión más resaltante fue que sólo uno de cada 10 peruanos practica deporte en niveles que beneficia su salud (frecuencia diaria o interdiaria).

Una actividad física moderada, realizada regularmente, beneficia la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. (Haskell, 1984).

Para la Organización Mundial de la Salud, la actividad física (AF) es una de las prácticas de mayor relación con condiciones de vida saludables, en oposición al sedentarismo, la alimentación inadecuada y el tabaquismo, que son factores de impacto negativo sobre la salud especialmente de las dolencias crónicas no transmisibles.

La actividad física también es importante desde el punto de vista psicológico. Efectivamente, una actividad física enérgica practicada de manera regular reduce los sentimientos de stress y ansiedad. (Blumenthal y McCubbin, 1987).

La actividad física al ser un comportamiento humano puede ser practicada dentro de la rutina de lo cotidiano y en diversos momentos y lugares del propio desarrollo de la vida, por ejemplo puede ser practicada en el hogar, el trabajo y otros lugares más. Pratt y colaboradores han estudiado los patrones de actividad física y señalaron que su práctica ocurre fundamentalmente en cinco lugares a los que ellos denominaron dominios, es decir espacios donde interactúan los factores determinantes y dan como resultado el comportamiento saludable llamado actividad física. Dichos dominios son:

- Transporte: La persona debe trasladarse desde su hogar a diversos lugares para insertarse socialmente y satisfacer sus necesidades. La existencia de medios de transporte motorizados están disminuyendo cada vez más los niveles de actividad física. Los esfuerzos por el transporte a pie, caminatas, o en vehículos no motorizados son de valor en el sentido de promover AF.
- Recreación: La recreación es una actividad importante para el equilibrio psicológico, emocional y social de las personas. La AF como parte del esparcimiento es la que se

practica con más frecuencia en el Perú. La actividad física recreacional incluye la práctica del deporte y los ejercicios al aire libre, en gimnasios, campos deportivos, parques, entre otros.

- **Doméstico:** La AF en casa o durante las labores domésticas es otro momento importante para realizar ejercicio; por ejemplo, subir y bajar escaleras.
- **Ocupacional:** Las personas, sobre todo las económicamente activas, pasan gran parte del día en labores relacionadas con el trabajo. Existen ocupaciones que invitan al sedentarismo como el uso prolongado del computador, la mecanización y el acceso a tecnologías. Los prolongados momentos de estar sentado y la no práctica de subir escaleras son patrones negativos cada vez más comunes entre los trabajadores.
- **Escuela:** La población en edad escolar pasa gran parte de su vida en las escuelas. La educación que se imparte en ellas es fundamental para la adopción de prácticas saludables. Recientes intervenciones en escuelas destinadas a promover AF entre los estudiantes están demostrando resultados positivos.

Por tanto, estos dominios permiten a los gestores y planificadores en salud definir estrategias y acciones para promover la actividad física en la población.

3.3.4. Salud Sexual y Reproductiva

En la ENDES Continua 2004, se señala una tasa global de fecundidad (TGF) de 2.4 hijos por mujer. Observando una reducción de 44% respecto a la misma tasa obtenida en la ENDES 1986. Sin embargo, el nivel de fecundidad no es uniforme en todo el país, pues presenta marcadas diferencias según el nivel educativo de la mujer, el nivel de urbanización y el departamento de residencia (ENDES CONTINUA, 2004).

Asimismo, se revela que 7 de cada 10 mujeres en unión conyugal (71%) usaban algún método anticonceptivo, que representa un incremento de dos puntos porcentuales al encontrado en la ENDES 2000. Este pequeño incremento correspondió casi en su totalidad a los métodos tradicionales, cuya prevalencia pasó de 18 a 22% entre ambas encuestas; mientras que el uso de métodos modernos se redujo de 50 a 47% entre ambos periodos. (ENDES CONTINUA, 2004).

Por otro lado, el 9% de las mujeres casadas o unidas estarían con necesidad insatisfecha de planificación familiar (10% en el año 2000). Cabe resaltar, que la necesidad insatisfecha es mayor entre las mujeres más jóvenes, 17% de las adolescentes (15 a 19 años), en comparación con apenas el 5% entre las mujeres de 45 a 49 años de edad.

La salud reproductiva es el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones y procesos. La salud sexual es la capacidad de disfrutar y expresar nuestra sexualidad y de hacerlo sin riesgos de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y servicios de planificación familiar de su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos, entre ellos el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, el derecho a adoptar decisiones sobre la

reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia. Los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de estas cuestiones sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

La Promoción de la salud promoverá el acceso a los derechos a la salud sexual y reproductiva, a través de una información oportuna que facilite la toma de decisiones para una sexualidad y maternidad responsable y voluntaria.

3.3.4. Habilidades para la Vida

La promoción de las habilidades para la vida, permiten a las personas adquirir competencias necesarias para enfrentar los grandes retos, construir el proyecto de vida.

En el campo de la promoción, las habilidades para la vida favorecen comportamientos de vida saludables en las diferentes etapas del ser humano.

Según el estudio realizado en escolares de redes de colegios de las regiones de intervención del proyecto AMARES¹² en el año 2003, el 36% de escolares refiere que “nunca se considera una persona valiosa, el 36% que “cuando tiene problemas trata de resolverlos solo”. El 80% presenta niveles entre bajo y mediano de asertividad. (AMARES, 2003).

Otro estudio, realizado por la Oficina de Tutoría y Prevención Integral – OTUPI del Ministerio de Educación, señala que el 31.3% de adolescentes presentan serias deficiencias en todo su repertorio de habilidades sociales. Es decir, 31 escolares adolescentes de cada 100, presentan significativas deficiencias de habilidades sociales. En general, los escolares del país tienen serias deficiencias en habilidades relacionadas con sentimientos, enfrentamiento de la ansiedad y afirmación personal; sin embargo, mientras las mujeres presentan mayores habilidades sociales, especialmente relacionadas con los sentimientos, los varones tienen mayores habilidades sociales relacionadas con la autoafirmación personal. En el estudio se observa que son los alumnos de las regiones de Huancavelica, Ancash, Ayacucho, Pasco y Lima, aquellos con mayores necesidades de entrenamiento en habilidades sociales. (MINEDU, 2003).

Las investigaciones realizadas en la última década han demostrado que los programas educativos basados en el enfoque de "Habilidades para la Vida" son efectivos para promover conductas deseables, tales como la socialización, la mejora de la comunicación, la toma efectiva de decisiones, la solución de conflictos y la prevención de conductas negativas o de alto riesgo, tales como el uso de tabaco, alcohol u otras drogas, sexo inseguro y violencia.

Una perspectiva de las habilidades sociales, que las enlaza directamente con los resultados de la conducta, es el modelo de déficit de habilidades. Este modelo presenta la hipótesis de que los niños que no desarrollan habilidades para interactuar de una manera socialmente aceptable temprano en la vida; son rechazados por sus pares, y se enfrascan en conductas poco saludables (violencia, abuso del alcohol y otras drogas, etc.). Uno de los mejores pronosticadores de los delincuentes crónicos y de la violencia en la adolescencia es la conducta antisocial en la niñez (Pepler y Slaby, 1994).

El conocimiento o la información en salud por si misma, no asegura que las personas asuman comportamientos saludables, tampoco las habilidades para la vida aisladas del conocimiento. Es estrictamente necesario que exista en la persona, la disposición para adoptar o cambiar un determinado comportamiento. Por tanto, es la integración de estos tres elementos en el contexto específico de las fuentes disponibles de apoyo social y los factores culturales y ambientales en que vive la persona que resulta en comportamiento competente.

¹² Los ámbitos de intervención del Proyecto Amares son: Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas.

3.3.5. Seguridad Vial y Cultura de Tránsito

Las tasas de muerte por accidentes persisten como la tercera causa de mortalidad en los países desarrollados. La mayoría de ellos podría ser evitada pues es ocasionado por la conducta de las personas. La seguridad vial es un desafío multisectorial y de salud pública, refleja los esfuerzos conjuntos de las instituciones de gobierno, instituciones no gubernamentales, académicas, y de la sociedad civil por favorecer comportamientos y entornos favorables para la reducción del impacto negativo de las lesiones por tránsito en la población. Las acciones de seguridad vial se destinan a ofrecer el mismo grado de protección a todos los usuarios de la vía pública.

Para la seguridad vial se requieren, entre otros factores, del desarrollo en la población de una cultura de tránsito es decir la adopción de normas, valores y consideraciones que favorezcan una actitud positiva hacia el respeto de la legislación vigente para minimizar las lesiones causadas por el tránsito.

En nuestro país existe el desafío de lograr que las personas tengan una educación vial, dentro de los compromisos a asumir como ciudadano respetuoso de los derechos de los demás. La relevancia del entorno radica en que las condiciones de habilitación y señalización de las carreteras están directamente relacionadas con la magnitud del problema, esta acción depende de la inversión de los gobiernos locales; pero para que esto se dé, el gobierno local debe estar conciente de su rol e involucrado con el desarrollo local.

Desde la promoción de la salud, la seguridad vial y cultura de tránsito son temas de trabajo para desarrollar capacidades de convivencia entre individuos, involucramiento de los gobiernos locales e implementación de políticas locales coherentes, concertadas y viables para favorecer comportamientos y entornos seguros de tránsito

La seguridad vial y cultura de tránsito requiere de la participación ciudadana responsable para concientizar y promover comportamientos seguros; requiriendo un esfuerzo coordinado intersectorial y una legislación suficientemente coherente con el propósito de favorecer su cumplimiento en diversos escenarios y condiciones. El sector salud es el llamado a liderar y conducir los esfuerzos desde las instituciones de gobierno para afrontar este desafío y contribuir a una vida saludable en la población

3.3.7. Promoción de la Salud Mental, Buen Trato y Cultura de Paz

La población infantil está cada vez más expuesta a situaciones de peligro y riesgo psicosocial, tanto fuera como dentro de su propia casa. Al respecto, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM) ¹³ arroja que el 36.2% de las personas adultas encuestadas maltrata psicológicamente a sus hijos, insultándolos o desvalorizándolos, cuando no obedecen o cuando no hacen las tareas. El 43.2%, alguna vez ha castigado físicamente a sus hijos, aduciendo como razones la desobediencia, las peleas con los hermanos o las bajas notas. (2002).

Según el EEMSM, la depresión es el trastorno emocional que más afecta a la población adolescente. Relacionado con ello, un porcentaje significativo de adolescentes (29.1%) “alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas”, mientras que casi un tercio (3.6%) de los adolescentes que intentaron hacerse daño alguna vez, considera aún el intento de suicidio como una posibilidad de solución a sus problemas. Los motivos mencionados son los problemas con los padres, problemas con otros familiares, los estudios y problemas económicos.

El mismo estudio arroja que el 23.5% de la población adolescente se ha visto involucrada en algún tipo de conducta violenta (peleas con empleo de armas, abuso físico a otros, etc.),

¹³ Realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, Lima, Perú 2002.

mientras que el 50% ha sido víctima de algún tipo de abuso en algún momento de su vida; siendo los adolescentes de la zona andina los más vulnerables.

Por lo expuesto en líneas anteriores, la salud mental cobra importancia para las personas y para la sociedad. A nivel individual, la salud mental permite a las personas realizar su potencial intelectual y emocional y desempeñar sus funciones en la vida social, académica y profesional. La salud mental representa para la sociedad un recurso de cohesión social, mejora el bienestar social y económico.

La UNESCO en su Resolución A/RES/52/13, del 15 de enero de 1998, expone que una cultura de paz está basada en los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas y en el respeto de los derechos humanos, la democracia y la tolerancia, la promoción del desarrollo, la educación para la paz, la libre circulación de información y la mayor participación de la mujer como enfoque integral para prevenir la violencia y los conflictos, y que se realicen actividades encaminadas a crear condiciones propicias para el establecimiento de la paz y su consolidación.

La Cultura de Paz trata de resolver los problemas a través del diálogo, la conciencia de los otros, mediante el amplio y libre flujo de ideas, la negociación y la mediación, a fin de lograr que la guerra y la violencia sean imposibles.

3.4. Enfoques Transversales

Considerando que el fin máximo de la promoción de la salud persigue el desarrollo humano y la mejora de la calidad de vida, todo el modelo está sustentado en enfoques que fundamentan y orientan su accionar de manera transversal a todo el proceso. Estos enfoques son: Equidad y Derechos en Salud, Equidad de Género e Interculturalidad.

Pasemos a efectuar una breve revisión de los mismos a fin de entender la importancia de los mismos y su aporte en la promoción de la salud.

3.4.1. Equidad y Derechos en Salud

El derecho a la salud está reafirmado en tratados internacionales, de los que el Perú es Estado parte. Fue consagrado por primera vez en la Constitución de la OMS, en 1946. Posteriormente, fue reiterada en la Declaración de Alma-Ata (1978) y en la Declaración Mundial de la Salud (1998).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que el derecho a la salud se debe interpretar como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones de trabajo seguras y sanas, un medio ambiente sano y el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (2000).

Desde una mirada actual de la ética, es necesario tener en cuenta los factores determinantes de la salud y cómo se distribuyen y aplican; ampliando el campo a las necesidades de las poblaciones y a temas como la asignación de los recursos a las poblaciones para garantizar las medidas sanitarias y sociales necesarias.

Para Amartya Sen, la equidad en salud, no puede dejar de ser una característica central de la justicia, de los acuerdos sociales en general. La equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas. (Amartya Sen, 2002).

Para A.O. Alleyne, la formulación más adecuada del derecho a la salud figura en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la 9^o Conferencia Internacional de Estados Americanos, celebrada en Santa Fe de Bogotá, Colombia, en 1948, que, además de reconocer el “derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”, declara: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”. (Alleyne, 2002).

La equidad se consigue eliminando las diferencias innecesarias, evitables e injustas, que restringen las oportunidades de las personas a acceder al derecho de bienestar.

En este contexto, la promoción de la salud busca identificar los factores que favorecen la inequidad, para proponer acciones que alivien sus efectos, a la vez que actúa como agente de cambio para la inducción de transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y actores claves.

3.4.2. Equidad de Género

El género identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y quehacer femenino y masculino dentro de contextos específicos, también vincula a hombres y mujeres dentro de relaciones de poder sobre los recursos.

Estas construcciones culturales y subjetivas que conforman el género se manifiestan en una valoración desigual, en relaciones de dominio y subordinación, en acceso y control diferencial de los recursos, suponen desventajas en todos los ámbitos para las mujeres (incluida su salud) así como costos en la salud de los hombres.

La construcción social de lo permitido y prohibido para hombres y mujeres, influyen en diferentes tipos de conocimientos, actitudes y comportamientos frente a la protección de la propia salud y la de los demás. De esta manera, las mujeres descuidan su propia salud por velar la salud de sus hijos y los varones difícilmente acuden a buscar ayuda médica o consultan por alguna enfermedad, para ellos esto significaría una muestra de “debilidad” que no es compatible con su condición de ser varón.

Asimismo estas relaciones de dominación y subordinación entre hombres y mujeres pueden permitirnos entender la violencia de género, que implica riesgos para la salud y hasta para la vida de muchas mujeres en nuestro país.

El propósito de generar igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en el sector salud tiene por finalidad lograr una mayor equidad en la atención de salud del hombre y la mujer, modificando los estereotipos de género que afectan la autoestima del hombre y la mujer repercutiendo en su salud integral y su desarrollo humano. Igualmente implica favorecer procesos que brinden iguales oportunidades para decidir sobre su cuerpo, sobre su sexualidad y sus vidas.

Del mismo modo este enfoque, en la esfera social, conlleva a desarrollar intervenciones dirigidas a ampliar las opciones que faciliten los procesos de autonomía y autodeterminación de hombres y mujeres para decidir sobre su futuro tanto a nivel individual como el de la comunidad donde viven. La participación comprometida de hombres y mujeres en igualdad de oportunidades resulta fundamental para el logro de una cultura de la salud orientada al desarrollo integral sea individual o comunitario. Por lo tanto la equidad de género en salud, se convierte en una apuesta política por el cambio, por la justicia y por alcanzar mejores condiciones de vida para hombres y mujeres en nuestra sociedad

3.4.3. Interculturalidad

Defender la interculturalidad significa inevitablemente defender el derecho de los grupos culturales a ser sujetos activos e iguales. Sin embargo, esta defensa debe estar enmarcada

en la universalidad e indivisibilidad de los derechos ciudadanos. La interculturalidad expresa las condiciones de respeto mutuo y de igualdad de circunstancias sociales, alude también al reconocimiento de las diferencias de los grupos humanos.

El Perú es una nación heterogénea, multiétnica y multicultural, por lo tanto, el modelo de promoción de la salud incorpora un enfoque intercultural que reconozca, valore y reivindique las concepciones que tiene la población peruana sobre los procesos de salud y enfermedad.

El enfoque intercultural en promoción de la salud reivindica la necesidad de desarrollar tanto valores de solidaridad y respeto, como competencias y habilidades (en los prestadores de salud) que permitan reconocer en la relación con “el otro”, que son justamente las diferencias culturales, sociales, económicas y lingüísticas las que componen el complejo telón de fondo sobre el cual se construyen los procesos de salud - enfermedad de la población peruana. Esto permitirá comprender en su real dimensión las variables que afectan sus condiciones de vida y su estado de salud. Es en el diálogo intercultural que se determinarán condiciones más favorables para desarrollar acciones sobre la base del respeto, la solidaridad y el consenso las que resultarán de mutuo beneficio, no solo entre prestadores de salud y la comunidad sino que contribuirán fundamentalmente a generar condiciones de confianza y respeto mutuo hacia la diversidad étnica y cultural tan propia de nuestro país.

Asimismo debería permitir identificar los aspectos culturales y de estilos de vida individuales y colectivos que contribuyen a que se adopten prácticas de vida saludables en regiones y poblaciones particulares. En ese sentido se requiere incorporar de manera sistemática, estrategias de identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a incrementar las condiciones, de diversa naturaleza, que sean favorables a los estados de salud, calidad de vida y desarrollo humano y comunitario.

3.5. Estrategias de Promoción de la Salud

Las estrategias son el conjunto de acciones ordenadas, integrales y sinérgicas, que se convierten en herramientas indispensables para el desarrollo de acciones de promoción de la salud.

Como parte del modelo, se ha considerado como estrategias claves a: 1) Abogacía y generación de políticas públicas saludables; 2) Educación y comunicación para la salud; y 3) Participación comunitaria y empoderamiento social.

3.5.1. Abogacía y Políticas Públicas

La abogacía consiste en el “conjunto de recursos y habilidades para influir en la opinión pública y movilizar recursos y fuerzas para apoyar políticas y propuestas específicas” (Wallock).

La abogacía o promoción y defensa pública, es un conjunto de acciones dirigidas a quienes toman decisiones para apoyar una causa política específica. Está siempre dirigido a influir en políticas, leyes, normas, programas u obtener financiamiento. Las decisiones se toman en los niveles más altos de las instituciones del sector público y privado. (MINSA, 2005)

La abogacía es una estrategia que combina acciones individuales y sociales destinadas por un lado, a superar resistencias, prejuicios y controversias; y, por otro lado, a conseguir compromisos y apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud.

La abogacía es hacer pública una idea o propuesta, es llamar la atención de la comunidad y de quienes toman decisiones sobre un problema o tema de importancia, para ponerlo en agenda y actuar sobre éste y sus soluciones.

Para la OMS la política pública que favorece la salud es una de las estrategias centrales de la promoción de la salud. Milió considera que la política pública es la más poderosa herramienta

para moldear la forma de vida y que afecta los muchos contextos en los cuales la gente vive. (Gómez Zamudio, 1998).

En el marco de la promoción de la salud interesa el desarrollo de políticas públicas saludables. La OMS (2002) define a la política pública saludable como “aquella que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable”.

Las políticas públicas aplicadas al conjunto de sectores que influyen en los factores determinantes de la salud constituyen importantes vehículos para reducir las inequidades sociales y económicas como por ejemplo, el acceso equitativo a bienes y servicios, entre ellos, a la atención de salud y las condiciones de vida saludable.

3.5.2. Comunicación y Educación para la Salud

La educación para la salud es una práctica social concreta, que se establece entre determinados sujetos - profesionales y usuarios - que actúan en el interior de las instituciones, en busca de autonomía, capaces de escoger y tomar decisiones, considerando valores éticos de justicia, solidaridad, productividad y equidad, actuando como educadores en su relación con el otro (individuo, grupo, comunidad). Como consecuencia, la relación entre el sujeto educador y el sujeto educando debe estar marcada por una posición ética, que articule libertad y responsabilidad, llevando a la realización de un compromiso.

En toda sociedad, los procesos de cambio de carácter más amplio (nivel macro) están permanentemente relacionados con procesos que involucran los individuos en su práctica cotidiana (nivel micro).

La educación para la salud debe estar involucrada en el cotidiano de las personas, considerando una multiplicidad de aspectos desde aquellos relacionados a los cuidados con el cuerpo y la mente hasta la percepción de los bienes colectivos producidos por la sociedad, y la lucha para que los derechos ciudadanos sean efectivos.

Los procesos educativos deben llegar, en la medida de lo posible, a toda la sociedad. Solo así, podrá facilitar la promoción de la salud, o sea aquella que *"tiene como fin mejorar la salud individual y colectiva y contribuir al logro de la equidad y la justicia social"* (Cerqueira, 1997).

La comunicación en salud tiene un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. Por tanto, hay que conceptualizar a la comunicación como un proceso social, de interacción y difusión, y un mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública.

Para construir procesos eficaces para el desarrollo de comportamientos saludables, es necesario aplicar metodologías de educación y comunicación para la salud en diversos escenarios y en los espacios individual, familiar y comunitario. Esto resulta clave para asegurar que los grupos objetivo de las intervenciones educativo comunicacionales adopten nuevos comportamientos saludables y que estos sean incorporados en sus prácticas cotidianas. Asimismo, resulta importante desarrollar procesos de formación y de desarrollo de competencias en el personal de salud, tales como metodología de planeamiento estratégico de comunicación educativa y mercadeo social.

3.5.3. Participación Comunitaria y Empoderamiento Social

En promoción de la salud, la participación comunitaria es un proceso por el cual los individuos y las familias toman a cargo su propia salud y su bienestar, lo mismo que el de la comunidad de la cual ellos forman parte.

Gracias a esta participación, los individuos y los grupos sociales pueden incrementar sus responsabilidades en salud contribuyendo a un desarrollo más global. En efecto, ha sido demostrado en todo el mundo que el enfoque médico solo no puede ser suficiente para mejorar las situaciones sanitarias complejas en el seno de las colectividades vulnerables o debilitadas por condiciones de vida difíciles.

La participación comunitaria está estrechamente ligado al empoderamiento ciudadano¹⁴, que es el proceso mediante el cual los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas con el bienestar personal y social; expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y la de la comunidad. Se refiere al proceso de autodeterminación por el cual las personas o comunidades ganan control sobre su propio camino de vida. Se trata de un proceso de concientización (tomar conciencia de todos los factores que influyen sobre la vida de las personas) y liberación (ganar poder de decisión sobre su propio destino).

3.5.4. Intersectorialidad

La intersectorialidad es la integración de distintos ámbitos y de los distintos actores representativos de las instituciones y organizaciones de la sociedad, que inician un proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones de asuntos que se consideran de importancia para el desarrollo social. La acción intersectorial permite aunar fuerzas, conocimientos y medios para comprender y resolver problemas complejos que no pueden ser resueltos por un solo sector, y, puede materializarse en forma de iniciativas comunes, alianzas, coaliciones o relaciones de cooperación. (Alessandro, 2002).

La justificación de la acción intersectorial de la promoción de la salud responde justamente a la comprensión de la relevancia de los determinantes fundamentales de la salud, los cuales dependen de diferentes sectores y la necesidad de reducir las brechas persistentes en el estado de salud de la población.

4. INTERVENCIÓN EN PROMOCION DE LA SALUD

A fin de operativizar la intervención en promoción de la salud en el país se han delimitado PROGRAMAS que constituyen el conjunto de acciones integrales y sostenibles a nivel de los distintos escenarios, considerando además a la población sujeto para alcanzar resultados que favorezcan condiciones de vida saludables en la población y su entorno.

Cabe señalar que el rol clave que le compete asumir a los operadores del nivel central, regional y local consiste en ser el impulsor y facilitador de los procesos de promoción de la salud en sus diferentes ámbitos de acción, a partir de la implementación de los programas definidos por la Dirección General de Promoción de la Salud que se detallan a continuación.

4.1. Programa de Familias y Viviendas Saludables

Tiene por objetivo contribuir a que las familias peruanas se desarrollen como unidad básica social, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, la escuela y el centro laboral.

Mediante acciones integradas, busca incentivar comportamientos y hábitos que generen comportamientos de vida saludables entre los miembros de una familia, así como mecanismos

¹⁴ WHO. Health promotion glossary, 1998.

de prevención, buscando que el grupo familiar genere capacidades en la mejora de sus condiciones y que la vivienda se ajuste a estándares locales y regionales compatibles con salud.

El programa fomenta la construcción de una cultura de vida y salud, basada en la solidaridad, respeto, desarrollo de valores y principios. La implementación del mismo se hará a través de tres líneas de acción básicas: a) La promoción de comportamientos saludables en la familia, b) El fomento de entornos favorables para la salud en la familia, y, c) La generación de condiciones que propicien una vivienda saludable.

El programa promoverá la constitución de **familias saludables**. Una “familia saludable” es aquella en la que sus integrantes se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar el desarrollo adecuado inherente a cada etapa de la vida de cada uno de sus miembros, respetando su dignidad, expectativas y necesidades, viven en armonía, paz, resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno que apoye a la salud; son responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios, valores así como actitudes positivas para la vida.

En el interior de las familias saludables se desarrollan las bases para la adopción entre sus miembros de normas, valores, conocimientos, percepciones, y conductas relacionadas con la salud y el bienestar individual y colectivo; la familia es la unidad de intervención de mayor eficacia potencial en lo referente a promoción y prevención de salud.

El programa promoverá acciones concertadas con otros sectores, para la mejora de la infraestructura de las viviendas, del saneamiento básico, de la higiene, del fomento de cocinas mejoradas, del fomento de pequeñas actividades productivas, etc. promoviendo **viviendas saludables**. Entendiendo por “vivienda saludable” a aquella que dispone de una infraestructura adecuada para proteger a sus habitantes de las inclemencias del clima y darles seguridad, dispone de un espacio mínimo habitable por miembro (10m² según normas de la OMS), tiene suficiente ventilación, dispone de agua segura y saneamiento básico, está ordenada y limpia, tiene una mínima contaminación por el humo, no tiene animales domésticos en su interior, etc. En conclusión, debe ser un ambiente físico que por sus condiciones satisfactorias, propicie una mejor salud para la persona y la familia, lo cual implica reducir al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico.

4.2. Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas

Tiene por objetivo contribuir al desarrollo humano integral a través del desarrollo de las potencialidades físicas, cognitivas, sociales y espirituales de los escolares mediante acciones pedagógicas de promoción de la salud.

El escenario de intervención es la escuela pública y privada y la implementación del mismo se hará a través de cuatro líneas de acción básicas: a) La promoción de estilos de vida saludables en la escuela, b) El fomento de ambientes saludables, c) El trabajo intersectorial entre la comunicad educativa y los servicios de salud, y, d) La implementación de políticas que promuevan la salud de la comunidad educativa.

El programa promoverá **escuelas saludables**. Una “escuela saludable” es aquella, en la que mediante una gestión participativa y democrática, se mejora la calidad de vida de las niñas y los niños así como de las y los adolescentes, promoviendo una cultura de salud, estilos de vida y espacios saludables. Es la institución educativa que ha alcanzado estándares de mejoramiento en sus ambientes, y cuya comunidad educativa realiza prácticas saludables en su vida cotidiana.

Por tanto, es necesario incorporar el enfoque de promoción de la salud en el Proyecto Educativo Institucional, esto es, en el currículo Educativo y trabajar con públicos específicos como son los docentes, los propios niños o adolescentes y los padres de familia.

4.3. Programa de Municipios y Comunidades Saludables

Tiene por objetivo contribuir con la generación de entornos y comportamientos saludables en los escenarios del municipio y la comunidad; propiciando la participación, el compromiso y la decisión de las autoridades municipales, la comunidad organizada y otros actores que conduzcan a la formulación de políticas públicas saludables. Constituye un conjunto de líneas de acción para la promoción de la salud en los escenarios del municipio y comunidad, que involucra a diversos actores y redes sociales liderados por el gobierno local a fin de contribuir al proceso de mejora de la calidad de vida de la población y al desarrollo integral, desarrollando acciones, creando entornos y estilos de vida saludables a favor de la comunidad.

Los escenarios básicos de intervención son el municipio y la comunidad. En el *escenario municipal*, se implementarán las siguientes líneas de acción: a) Planificación participativa de acciones, b) Generación de proyectos y/o programas municipales de promoción de la salud y c) Vigilancia ciudadana. En el escenario comunitario se implementarán las siguientes líneas de acción: a) Planificación de acciones en la comunidad, b) Generación de perfiles de proyectos de desarrollo comunal, c) Vigilancia comunal en salud.

Mediante estrategias de abogacía, el programa fomentará espacios de concertación interinstitucionales para la mejora del entorno y el medio ambiente, promoviendo **municipios saludables**.

Un municipio empieza a ser saludable cuando sus instituciones locales y sus ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes. Un “municipio saludable” es un espacio territorial en el cual las políticas públicas han desarrollado y consolidado entornos y estilos de vida saludables en las personas, familias y comunidades.

Para ello se requiere involucrar a las autoridades locales o regionales, a los líderes sociales y políticos, a las organizaciones locales y a los ciudadanos en general en torno a la idea de mejorar las condiciones de salud y bienestar de sus habitantes. Es necesario promover, desde el sector, la participación social tanto en la planificación local como en la implementación, evaluación y toma de decisiones.

El programa también promoverá **Comunidades Saludables**. Una “Comunidad saludable” es aquella comunidad con capacidades para tomar decisiones, negociar e intervenir y resolver sus problemas de salud y proyectarse hacia el desarrollo integral de la comunidad.

4.4. Programa de Centro Laboral Saludable

Tiene por objetivo contribuir a que en los centros laborales se desarrollen habilidades y responsabilidades personales y colectivas relacionadas con la gestión de la salud, la seguridad, el autocuidado y el desarrollo personal de los trabajadores, sus organizaciones y las comunidades de su entorno.

Los escenarios básicos de intervención serán los centros laborales públicos y privados y las líneas de acción principales son: a) Promoción de comportamientos saludables en el centro laboral, b) Generación de entornos laborales saludables y c) Trabajo intersectorial, articulado principalmente con el sector salud, trabajo y la seguridad social.

El programa buscará promover la seguridad laboral, fomentando un *ambiente de trabajo saludable*, que es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alessandro, Laura, 2002. Municipios Saludables: Una opción de política pública. Avance de un proceso en Argentina. Organización Panamericana de la Salud-Argentina.
2. Aliaga Huidobro, Elizabeth, 2003. Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas. Editado por ForoSalud y el Observatorio del Derecho a la Salud-CIES. Lima, Perú.
3. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. En: Berkman LF, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
4. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; Movimiento Manuela Ramos, 2003. Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Lima, Perú.
5. Cerqueira, María Teresa, 1997. "Promoción de la salud y educación para la salud", en Arroyo, H., Cerqueira M.T., 1997. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. San Juan de Puerto Rico.
6. Cortez, Rafael. 2002. La epidemia silenciosa: la obesidad y el sobrepeso en el Perú, en Economía y Salud.
7. DEVIDA, 2003. Informe Ejecutivo-Encuesta Nacional de prevención y consumo de drogas 2002. Lima, Perú.
8. ENNSA, 1986. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Lima, Perú.
9. Etxeberria, Xavier, 2002. Derechos culturales e interculturalidad. Lima, Perú.
10. Evans, R., Barer M. & Marmor T., 1996. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Los determinantes de la salud de las poblaciones. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España.
11. Fleury, Sonia, 2002, "El desafío de Gestión de las redes de políticas", Revista Instituciones y Desarrollo Diciembre. Disponible en www.ebape.fgv.br
12. Gómez Zamudio, Mauricio, 1998. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal, Canadá. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal.
13. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi", 2002. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM) Lima, Perú.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1993. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar ENDES 1992. Lima, Perú.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1997. Práctica deportiva en los hogares urbanos. Lima, Perú.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1997. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar ENDES 1996. Lima, Perú.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2001. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000. Lima, Perú.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2005. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004. Lima, Perú.
19. Jacoby E. Viejos problemas y nuevas epidemias: el reto de la transición de salud en el Perú. En: Cortez R, ed. 2002. Salud, equidad y pobreza en el Perú: teorías y nuevas evidencias. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

20. Kliksberg, Bernardo, 2002. Hacia una economía con rostro humano, Fondo de Cultura Económica.
21. Lee, C. y Rocabado, F, 2005. Determinantes Sociales de la Salud en Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 17. Lima, Perú.
22. Lenz R. y Alvarado B., 2005. "Políticas Pro pobre en el sector público de salud del Perú", en Banco Mundial, 2005. Un nuevo contrato social para el Perú ¿Cómo lograr un país más saludable y solidario?, Lima-Perú.
23. Milio, Nancy, 1999. "Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud", en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "Promoción de la Salud: una antología", Washington, DC, EUA.
24. Ministerio de Educación. Oficina de Tutoría y Prevención Integral, 2003. Situación de las Habilidades Sociales en Escolares del Perú. Informe General, Lima, Perú.
25. Ministerio de Salud de Perú, 2002. Modelo de Atención Integral en Salud. Lima Perú.
26. Ministerio de Salud de Perú, 2004. Lineamientos de Políticas de Salud de los Adolescentes, DGSP.
27. Ministerio de Salud de Perú, 2005. Manual de Advocacy o abogacía en promoción de la salud. Lima, Perú.
28. Ministerio de Salud, 2005. Plan de Transferencia Sectorial 2006 - 2010.
29. Naciones Unidas -Consejo Económico y Social, 2000. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14. Ginebra.
30. Organización Mundial de la Salud, 1999. Programación para la salud y desarrollo de los adolescentes. Ginebra.
31. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1992. Líneas de Investigación prioritarias en promoción de la salud. Washington, D.C.
32. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1994. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina. Quito, Ecuador.
33. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1999. Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.
34. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud, 2000. Relatoría Taller Estrategia de Promoción de la Salud de los Trabajadores en América Latina y El Caribe. San José, Costa Rica.
35. Organización Panamericana de la Salud, 2000. Encuesta multicéntrica en siete ciudades de América Latina sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE). Washington, D.C.
36. Organización Panamericana de la Salud, 2000. La salud de la población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. Washington, D.C.
37. Organización Panamericana de la Salud, 2003. Ambientes Saludables, Niños Saludables: Un movimiento para lograr ambientes saludables para los niños de las Américas. Washington, D.C.
38. PNUD, 2001. Informe de Desarrollo Humano.
39. PRISMA, 2002. Pobreza y Desnutrición infantil.
40. Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su aplicación en una región de Perú. AMARES, 2003. Estudio Diagnóstico Basal sobre Habilidades para la Vida en escolares de 3 redes de colegios estatales en Ayacucho, Andahuaylas y Huancavelica.

41. Restrepo, Helena, 2001. "Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud"; en Restrepo, Helena; Hernán Málaga. Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional LTDA.
42. Rootman, Irving edited, 2001. Evaluation in health promotion: Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No.92.
43. Terris Milton, 1999. "Conceptos de promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública", en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "Promoción de la Salud: una antología". Washington, DC, EUA.