

BIENESTAR CAMBIO
HÁBITOS
CONUNIAL
VIDA ACTIVA
LA SALUD
EDUCACIÓN
SOLUCIONES
SISTEMAS
ALIMENTACIÓN
PROGRESO ATENCIÓN
CUIDADO
COMUNITARIA
CAMBIO
EQUIDAD
SOSTENIBILIDAD
CORRESPONSABILIDAD

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA TRANSFORMAR LA SALUD

Jorge A. Cordero Valera



Fondo
Editorial
UCSS

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA TRANSFORMAR LA SALUD

Jorge A. Cordero Valera



Fondo
Editorial
UCSS

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA TRANSFORMAR LA SALUD

© Jorge A. Cordero Valera

© 2026, Universidad Católica Sedes Sapientiae. Fondo Editorial

Esquina Constelaciones y Sol de Oro s. n. Urb. Sol de Oro Los Olivos, Lima,
Perú

Teléfonos: (51-1) 533-5744/ 533-6234/ 533-0008

Dirección URL: <www.ucss.edu.pe>

ISBN digital: 978-612-5050-68-7

Depósito legal N. 2026-10159

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE

Gran Canciller

Mons. Neri Menor Vargas

Rector

Dr. Gian Battista Bolis

Diagramación

Manuel Vejarano Ingar

Publicación descargable disponible en <https://www.ucss.edu.pe/fondo-editorial/publicaciones-descargables>

Primera edición digital, septiembre, 2026

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra sin permiso escrito de la
Universidad Católica Sedes Sapientiae

ÍNDICE

SOBRE EL AUTOR	13
PRÓLOGO	15
PREFACIO	19
CAPÍTULO 1: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA SALUD PÚBLICA.....	23
1.1. Marco conceptual.....	23
1.1.1. <i>Objetivos de aprendizaje</i>	<i>23</i>
1.1.2. <i>Ideas clave.....</i>	<i>23</i>
1.1.3. <i>Aplicación práctica esperada.....</i>	<i>23</i>
1.2. Salud pública y sus objetivos	24
1.2.1. <i>El concepto de salud de la OMS</i>	<i>24</i>
1.2.2. <i>El rol del profesional de la salud</i>	<i>25</i>
1.3. Determinantes Sociales de la Salud (DSS).....	25
1.3.1. <i>Modelos conceptuales de los determinantes de la salud.....</i>	<i>26</i>
1.3.2. <i>Inequidades, personas con discapacidad y personas adultas mayores</i>	<i>29</i>
1.4. Conceptos clave en la intervención sanitaria	31
1.4.1. <i>Fundamentos y evolución del concepto de Promoción de la Salud</i>	<i>31</i>
1.4.2. <i>Prevención: Tipos y niveles de intervención.....</i>	<i>35</i>
1.4.3. <i>Promoción de la Salud: Definición, principios y la Carta de Ottawa.....</i>	<i>36</i>
1.4.4. <i>Educación para la Salud: Diferencias y complementariedad.....</i>	<i>37</i>
1.5. El Modelo de Cuidado Integral (MCI) como eje rector.....	38
1.5.1. <i>Fundamentos normativos y operativos.....</i>	<i>39</i>
1.5.2. <i>El enfoque de Curso de Vida: Superando los ciclos vitales</i>	<i>39</i>
1.5.3. <i>Articulación de la prevención y promoción en el MCI.....</i>	<i>40</i>
1.5.4. <i>Las Redes Integradas de Salud (RIS) como soporte operativo.....</i>	<i>41</i>
1.5.5. <i>Alineamiento con estándares OPS/OMS.....</i>	<i>41</i>

1.6. Hitos de la salud pública: De la atención primaria a la promoción global.....	41
1.6.1. <i>Declaración de Alma-Ata (1978): El nacimiento de la Atención Primaria de Salud (APS).....</i>	<i>42</i>
1.6.2. <i>Carta de Ottawa (1986): La institucionalización de la Promoción de la Salud.....</i>	<i>43</i>
1.6.3. <i>Declaración de Yakarta (1997): Nuevos actores para una nueva era</i>	<i>44</i>
1.6.4. <i>Conferencia de Astaná (2018): La renovación del compromiso</i>	<i>45</i>
1.7. Determinantes de la Salud: El nuevo paradigma de la salud pública	45
1.7.1. <i>El concepto de Determinante.....</i>	<i>45</i>
1.7.2. <i>Los modelos de comprensión: De Lalonde a la actualidad</i>	<i>46</i>
1.7.3. <i>El Modelo de Dever (1976): La paradoja del gasto sanitario.....</i>	<i>46</i>
1.7.4. <i>El enfoque de la Nueva Salud Pública (NSP)</i>	<i>47</i>
1.7.5. <i>La perspectiva ética y social: Las cuatro preguntas de la Nueva Salud Pública (NSP)</i>	<i>47</i>
1.7.6. <i>Determinantes y ética en la gestión</i>	<i>49</i>
1.8. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) como medida de bienestar y salud.....	49
1.8.1. <i>¿Qué mide el IDH?.....</i>	<i>49</i>
1.8.2. <i>El IDH en la realidad peruana</i>	<i>50</i>
1.8.3. <i>Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)</i>	<i>50</i>
1.8.4. <i>Implicancias para el gestor de salud.....</i>	<i>50</i>
1.9. Densidad del Estado: La infraestructura de servicios como base de la salud.....	51
1.9.1. <i>Los componentes del IDE</i>	<i>51</i>
1.9.2. <i>La brecha de recursos humanos en salud.....</i>	<i>51</i>
1.9.3. <i>Identidad y ciudadanía.....</i>	<i>52</i>
1.9.4. <i>Implicancias para la gestión territorial.....</i>	<i>53</i>
1.10. Los cuatro pilares del pensamiento estratégico en gestión de salud.....	53
1.10.1. <i>Postura teórica: Del biologismo a los determinantes sociales.....</i>	<i>53</i>
1.10.2. <i>Peso disciplinar: El equilibrio entre la clínica y la salud pública...</i>	<i>53</i>
1.10.3. <i>Categorías de información: Priorizando datos para la acción</i>	<i>54</i>
1.10.4. <i>Proyecto social: La salud como habilitadora del desarrollo humano</i>	<i>54</i>

1.11. Determinantes Sociales de la Salud (DSS): Marco teórico	55
1.11.1. <i>Concepto fundamental.....</i>	55
1.11.2. <i>Salud como producto social</i>	55
1.11.3. <i>Modelos teóricos de los determinantes sociales</i>	55
1.11.4. <i>Determinantes estructurales e intermedios.....</i>	56
1.12. Aplicación ética y de gestión de los DSS.....	57
1.12.1. <i>De la comprensión a la responsabilidad.....</i>	57
1.12.2. <i>Implicancias éticas del enfoque de DSS</i>	58
1.12.3. <i>DSS en la gestión sanitaria</i>	58
1.12.4. <i>Rol del gestor y del profesional de la salud.....</i>	59
1.12.5. <i>DSS y sostenibilidad del sistema de salud</i>	59
1.13. Síntesis interpretativa	60
1.14. Pioneros y paradigmas: Del rijcharismo a la verdadera APS.....	62
1.14.1. <i>El rijcharismo: El despertar de la salud rural en el Perú.....</i>	62
1.14.2. <i>David Tejada de Rivero y la verdad sobre Alma-Ata.....</i>	63
CAPÍTULO 2: MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICAS EN SALUD: EL ESCENARIO PERUANO	67
2.1. Marco conceptual.....	67
2.1.1. <i>Objetivos de aprendizaje</i>	67
2.1.2. <i>Ideas clave.....</i>	67
2.1.3. <i>Aplicación práctica esperada.....</i>	68
2.2. El marco constitucional y la Ley General de Salud	68
2.3. Políticas nacionales y el Modelo de Cuidado Integral (MCI).....	68
2.3.1. <i>Definición y cambio de paradigma</i>	69
2.3.2. <i>Los componentes del Cuidado Integral</i>	69
2.3.3. <i>El Curso de Vida como eje longitudinal</i>	70
2.3.4. <i>Implementación en el primer nivel: Las Redes Integradas de Salud (RIS).....</i>	70
2.4. Redes Integradas de Salud (RIS) y descentralización.....	70
2.5. Estándares internacionales: OMS y OPS en el Perú.....	71
2.6. Articulación multisectorial: Salud en todas las políticas.....	71
2.7. La discapacidad desde la articulación socio-sanitaria: Más allá de la rehabilitación clínica.....	72
2.7.1. <i>La discapacidad como fenómeno multidimensional</i>	72
2.7.2. <i>Hallazgos clave para la gestión en salud</i>	72

2.7.3. <i>Propuesta de valor: La inclusión laboral como determinante de salud</i>	73
2.7.4. <i>Diagrama de flujo: Ruta de la articulación socio-sanitaria para la inclusión laboral</i>	73
CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN ESPECÍFICAS EN EL CONTEXTO PERUANO	77
3.1. Marco conceptual	77
3.1.1. <i>Objetivos de aprendizaje</i>	77
3.1.2. <i>Ideas clave</i>	77
3.1.3. <i>Aplicación práctica esperada</i>	78
3.2. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)	78
3.2.1. <i>Definición y niveles de intervención</i>	78
3.2.2. <i>Acciones del Sistema de Salud según su alcance</i>	79
3.2.3. <i>Criterios de selección: Eficacia y coste-efectividad</i>	79
3.2.4. <i>Guía práctica para la consulta: El “Decálogo” preventivo</i>	79
3.3. Las Enfermedades No Transmisibles (ENT): Del modelo biologista al abordaje integral	80
3.3.1. <i>Evolución del pensamiento médico</i>	80
3.3.2. <i>Definición y magnitud del problema</i>	82
3.3.3. <i>Las “Cuatro Grandes” y sus complicaciones</i>	82
3.3.4. <i>La dimensión psicológica: Reacciones ante la cronicidad</i>	83
3.3.5. <i>Fuentes de poder y responsabilidades</i>	83
3.4. Prevención de enfermedades transmisibles e inmunizaciones	83
3.4.1. <i>El Esquema Nacional de Vacunación</i>	84
3.4.2. <i>Enfermedades metaxénicas (Dengue, Zika, Chikungunya, Malaria)</i>	84
3.4.3. <i>Tuberculosis (TB)</i>	84
3.5. Estrategias en salud mental: El cambio de modelo	84
3.5.1. <i>Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC)</i>	84
3.5.2. <i>Prevención del suicidio y adicciones</i>	85
3.6. Salud materno-infantil: El reto de la anemia y la desnutrición	85
3.6.1. <i>Prevención de la anemia y Desnutrición Crónica Infantil (DCI)</i> ..	85
3.6.2. <i>Salud materna</i>	85
3.6.3. <i>Enfermedades transmisibles y gestión de brotes: La vigilancia epidemiológica en acción</i>	86

3.6.4. Conceptos fundamentales: Infección vs. infestación	86
3.6.5. La cadena epidemiológica	86
3.6.6. Medidas de control y prevención	87
3.6.7. Gestión de crisis: El estudio de brote	87
3.6.8. Protocolo operativo: Los 9 pasos para la investigación de un brote	87
CAPÍTULO 4: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	96
4.1. Marco conceptual	96
4.1.1. Objetivos de aprendizaje	96
4.1.2. Ideas clave	96
4.1.3. Aplicación práctica esperada	97
4.2. Promoción de entornos saludables (los escenarios)	97
4.2.1. Escuelas promotoras de salud	97
4.2.2. Municipios y comunidades saludables	97
4.2.3. Centros de trabajo saludables	98
4.3. Abordaje de la promoción por ejes temáticos	98
4.3.1. Alimentación y nutrición saludable	98
4.3.2. Higiene y ambiente	98
4.3.3. Salud sexual y reproductiva	98
4.4. Herramientas metodológicas para el cambio de conducta	99
4.4.1. Modelos de aprendizaje en la persona adulta: Significatividad y resolución de problemas	99
4.4.2. La reflexión crítica: Principios de Mezirov	100
4.4.3. Comunicación efectiva en la Promoción de la Salud	100
4.5. Herramientas y metodologías para la promoción	104
4.5.1. Abogacía y políticas públicas	105
4.5.2. Participación comunitaria y el Agente Comunitario de Salud (ACS)	105
4.5.3. Comunicación para la salud (Edu-comunicación)	105
4.6. El modelo PRECEDE-PROCEED: Planificación estratégica de la Educación para la Salud	105
4.6.1. Filosofía del modelo: La salud como proyecto comunitario	106
4.6.2. Las fases del diagnóstico (PRECEDE)	106
4.6.3. Del diagnóstico a la acción (PROCEED)	107
4.6.4. Aplicación en el contexto peruano	107

4.7. La descentralización en salud: El dilema entre la autonomía y la rectoría fragmentada.....	108
4.7.1. <i>El conflicto de doble dependencia.....</i>	108
4.7.2. <i>Análisis de causas y efectos</i>	108
4.7.3. <i>La fragmentación</i>	109
4.7.4. <i>Modelos y alternativas de solución</i>	110
4.8. Algoritmo de implementación de la promoción de la salud para la gestión de IPRESS.....	111
4.9. Matriz Escenario / Eje / Indicador	112
MATRIZ OPERATIVA EXTENDIDA (CON FICHA DE CADA INDICADOR).....	115
PLANTILLA EDITABLE DE FICHA DE INDICADOR.....	121
CAPÍTULO 5: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD.....	124
5.1. Marco conceptual.....	124
5.1.1. <i>Objetivos de aprendizaje</i>	124
5.1.2. <i>Ideas clave.....</i>	124
5.1.3. <i>Aplicación práctica esperada.....</i>	125
5.2. Municipios saludables: El territorio como espacio de desarrollo y bienestar	125
5.2.1. <i>Desarrollo de capacidades y determinantes</i>	125
5.2.2. <i>Líneas de acción en el ámbito local.....</i>	125
5.2.3. <i>Reorientación de los servicios de salud</i>	126
5.2.4. <i>El rol del gestor de salud en el municipio.....</i>	126
5.3. El diagnóstico situacional: El ASIS como herramienta base.....	127
5.4. Planificación estratégica y operativa	127
5.5. Financiamiento: El Presupuesto por Resultados (PpR)	127
5.6. Monitoreo y Evaluación (M&E) de impacto	128
5.7. Gestión de Redes Integradas de Salud (RIS)	129
5.8. Flujo simplificado de planificación sanitaria.....	130
CASO APLICADO: DISTRITO FICTICIO “SANTA ESPERANZA”. EJEMPLO PRÁCTICO DEL FLUJO DE PLANIFICACIÓN SANITARIA	134

CAPÍTULO 6: EL ROL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD COMO AGENTE DE CAMBIO.....	140
6.1. Marco conceptual.....	140
6.1.1. <i>Objetivos de aprendizaje</i>	140
6.1.2. <i>Ideas clave</i>	140
6.1.3. <i>Aplicación práctica esperada</i>	141
6.2. Calidad de atención y seguridad del paciente: La ética de la no maleficencia.....	141
6.2.1. <i>Definición de calidad y sus dimensiones</i>	141
6.2.2. <i>Seguridad del paciente: El modelo del “queso suizo”</i>	142
6.2.3. <i>Herramientas de gestión: Listas de verificación (Checklists)</i>	143
6.2.4. <i>El desafío de la cultura de calidad en el Perú</i>	143
6.3. Habilidades y competencias estratégicas	143
6.3.1. <i>Liderazgo, abogacía y negociación</i>	144
6.3.2. <i>Gestión de redes e interprofesionalidad</i>	144
6.3.3. <i>Competencia intercultural</i>	145
6.4. La consulta como oportunidad de intervención	145
6.4.1. <i>El concepto de “oportunidad perdida”</i>	145
6.4.2. <i>Consejería breve y el Plan de Cuidado Integral (PCI)</i>	145
6.5. Ética y responsabilidad en la salud pública	146
6.5.1. <i>Justicia social y equidad</i>	146
6.5.2. <i>Integridad y transparencia en la gestión pública</i>	146
6.5.3. <i>Abordaje de la iatrogenia y prevención cuaternaria</i>	146
EPÍLOGO	149
ANEXO: Resumen ejecutivo: Estrategias de prevención y promoción de la salud	151
Referencias	155

SOBRE EL AUTOR

Jorge Alfredo Cordero Valera es médico cirujano. Tiene una sólida formación académica que incluye una maestría y una especialidad universitaria en Economía y Gestión en Salud por la Universidad Politécnica de Valencia (España). Su trayectoria se caracteriza por un liderazgo estratégico en la salud pública peruana, habiendo desempeñado cargos de alta dirección en el Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud y SUSALUD. Se desempeña como docente de postgrado con más de una década de experiencia en instituciones de prestigio como la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), ESAN, UPC, Universidad Continental y la Universidad Particular San Juan Bautista. Es miembro de comités consultivos de la carrera de Medicina en la UPC, y de posgrado en la Universidad Norbert Wiener. Asimismo, en la Universidad Católica Sedes Sapientiae (UCSS) imparte las cátedras de Estrategias de Prevención y Promoción de la Salud, Gerencia en los Servicios de Salud, así como Ética, Deontología y Bioética. Ha liderado la elaboración de documentos normativos, en su momento fundamentales para el sistema de salud peruano. Entre ellos, podemos *Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud* (MINSA), *Plan Nacional de Telesanidad*, *Normas Técnicas de Ambulancias Terrestres* y diversos manuales de bioseguridad, manejo de residuos hospitalarios y organización de servicios de emergencia. Su gestión ha sido reconocida con el Premio a las Buenas Prácticas en Gestión Pública de Ciudadanos al Día (CAD) en los años 2019 y 2020, además del premio RENEVA EsSalud. Es miembro activo de la Sociedad Peruana de Auditoría Médica y de la Asociación de Calidad en Salud del Perú (ASOCALP). ORCID: [0000-0002-4865-7656](https://orcid.org/0000-0002-4865-7656)

PRÓLOGO

La salud pública enfrenta hoy uno de los mayores desafíos de su historia: responder a una realidad sanitaria cada vez más compleja, caracterizada por la persistencia de enfermedades transmisibles, la anemia y la malnutrición, el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, los problemas de salud mental y el progresivo envejecimiento de la población. Esta realidad obliga a replantear la manera en que entendemos y gestionamos la salud, pasando de una respuesta predominantemente curativa hacia una visión integral, preventiva y promotora de la salud.

En este contexto, Estrategias de prevención y promoción para transformar la salud, del Dr. Jorge A. Cordero Valera, constituye una contribución oportuna y necesaria para quienes tienen la responsabilidad de estudiar, gestionar y transformar los servicios de salud en nuestro país.

La principal fortaleza de esta obra radica en que no aborda la prevención y la promoción como acciones aisladas o complementarias de la atención sanitaria, sino como elementos estratégicos para alcanzar mejores resultados de salud y contribuir al desarrollo humano. Esta perspectiva resulta especialmente relevante para el Perú, donde las desigualdades sociales y territoriales continúan condicionando las oportunidades de las personas para alcanzar una vida saludable.

El autor desarrolla una visión que coloca a la persona, la familia y la comunidad en el centro de la acción sanitaria, reconociendo la importancia de los Determinantes Sociales de la Salud, la equidad, la participación comunitaria y la articulación entre los diferentes actores que intervienen en el bienestar de la población. La obra integra, además, los fundamentos de la salud pública con el marco normativo, la planificación sanitaria, la gestión, la economía de la salud y el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida.

Esta aproximación permite comprender que mejorar la salud de una población no depende exclusivamente de incrementar la capacidad de atención de los establecimientos sanitarios. Requiere actuar anticipadamente sobre los riesgos, fortalecer las capacidades de las personas y comunidades, promover estilos de vida saludables y, fundamentalmente, intervenir sobre aquellas condiciones sociales, económicas y ambientales que determinan las posibilidades de enfermar o mantenerse saludable.

Otro aspecto especialmente valioso de la obra es la importancia que concede al profesional de la salud como agente de cambio. El ejercicio profesional en el siglo XXI demanda mucho más que competencias clínicas. Requiere liderazgo, capacidad de gestión, trabajo interdisciplinario, comunicación, negociación, compromiso ético y una comprensión amplia de las necesidades de la población. El profesional debe ser capaz de mirar más allá del consultorio y comprender que muchas de las respuestas a los problemas sanitarios se encuentran en el territorio y en la comunidad.

Asimismo, la obra incorpora una dimensión que considero fundamental: la calidad y la seguridad de la atención como expresiones concretas de la responsabilidad ética de quienes trabajan en salud. No basta con ampliar la cobertura si no somos capaces de garantizar una atención segura, oportuna, humanizada y centrada en las necesidades de las personas.

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, esta visión adquiere especial importancia. Los recursos destinados a salud son limitados y las necesidades son crecientes; por ello, las decisiones deben sustentarse cada vez más en evidencia, evaluación de resultados, eficiencia y criterios de equidad. La prevención y la promoción representan, en este sentido, una inversión estratégica para reducir la carga de enfermedad y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

El libro tiene, además, una clara vocación formativa. Está dirigido a estudiantes y profesionales de las ciencias de la salud, trabajadores del primer nivel de atención, gestores, funcionarios, docentes e investigadores. Su propósito no es solamente transmitir conocimientos, sino contribuir a formar profesionales capaces de convertir esos conocimientos en decisiones e intervenciones concretas.

En un país como el Perú, donde persisten importantes brechas de acceso y resultados sanitarios, necesitamos profesionales que comprendan que la salud pública no se construye únicamente desde los hospitales ni desde los consultorios. Se construye en el territorio, junto con las comunidades y mediante políticas públicas capaces de enfrentar las causas que generan enfermedad y desigualdad.

Por ello, esta obra representa una invitación a cambiar la mirada: de la enfermedad a la salud, de la atención reactiva a la prevención, de la fragmentación a la integralidad y de la respuesta individual a la responsabilidad colectiva.

El desafío es grande, pero también lo es la oportunidad. Transformar la salud significa lograr que nuestras políticas, instituciones y profesionales sean capaces de anticiparse a los problemas, proteger a las personas y generar condiciones que permitan a todos desarrollar plenamente sus capacidades.

Felicito al Dr. Jorge A. Cordero Valera por esta importante contribución al conocimiento y a la formación en salud pública. Estoy seguro de que estas páginas serán de utilidad para quienes, desde diferentes responsabilidades, tienen el compromiso de construir un sistema de salud más preventivo, humano, eficiente y equitativo.

Que esta obra contribuya a formar profesionales no solo con mayores conocimientos, sino también con una mayor capacidad para servir, transformar y generar salud.

Luis Quiroz Avilés

Ex Ministro de Salud del Perú

PREFACIO

Uno de los mayores desafíos históricos que la salud pública enfrenta en la actualidad es responder de manera efectiva y sostenible a la actual transición epidemiológica y su complejidad. Esta se caracteriza por la persistencia de enfermedades transmisibles; la elevada carga de la malnutrición y la anemia; el crecimiento acelerado de las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud mental y los problemas asociados al envejecimiento poblacional. En este contexto, resulta impostergable transformar la forma en que los sistemas de salud conciben, planifican y ejecutan las estrategias de prevención y promoción de la salud.

Este libro nace de la convicción de que la atención sanitaria no puede seguir centrada únicamente en el enfoque flexneriano de la respuesta curativa a la enfermedad, sino que debe orientarse a la gestión integral de la salud poblacional, con énfasis en los Determinantes Sociales de la Salud, la equidad, la participación comunitaria y la eficiencia en el uso de los recursos públicos. En este siglo XXI, la prevención y la promoción no son actividades accesorias, sino el eje estratégico para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud y el desarrollo humano del país.

Desde un enfoque técnico, pedagógico y contextualizado a la realidad peruana, esta obra integra los fundamentos conceptuales de la salud pública, los modelos clásicos y contemporáneos de los determinantes de la salud, el marco normativo nacional e internacional, así como las herramientas de planificación, gestión y evaluación propias de la Economía de la Salud. A lo largo de sus capítulos, se propone un enfoque operativo alineado con la Atención Primaria de Salud renovada y con el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, enfatizando el rol activo del profesional de la salud como agente de cambio social.

¿A quién va dirigido este libro?

Este libro ha sido concebido como un texto de referencia y aplicación práctica para un público amplio vinculado al sector salud, en particular:

- **Estudiantes de Ciencias de la Salud** (medicina, enfermería, nutrición, obstetricia, psicología, terapia física y disciplinas afines), que requieren comprender la salud más allá del modelo biomédico, incorporando la prevención, la promoción y los determinantes sociales como ejes fundamentales de su formación profesional.
- **Profesionales en SERUMS o que laboran en el primer nivel de atención**, quienes enfrentan diariamente el reto de gestionar riesgos, promover estilos de vida saludables y articular acciones con la comunidad y los gobiernos locales, muchas veces en contextos de alta vulnerabilidad social y limitación de recursos.
- **Gestores de IPRESS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), Redes Integradas de Salud (RIS) y funcionarios del sector salud**, responsables de planificar, implementar y evaluar intervenciones sanitarias, asignar presupuestos bajo el enfoque de resultados y garantizar la sostenibilidad financiera y operativa de los servicios de salud.
- **Docentes universitarios, investigadores y decisores interesados en políticas públicas sanitarias**, que buscan un marco conceptual, técnico y normativo sólido para el análisis, la enseñanza y la formulación de políticas orientadas al fortalecimiento del sistema de salud y a la reducción de las inequidades.

Este texto no pretende ser únicamente un compendio teórico, sino una **guía estratégica para la acción**, que permita traducir la evidencia científica, la normativa vigente y los principios de justicia social en intervenciones concretas que mejoren la salud y la calidad de vida de la población. La prevención y la promoción de la salud, entendidas como inversión social y económica, constituyen la piedra angular de un sistema sanitario más humano, eficiente y equitativo.

En suma, esta obra busca contribuir a la formación de profesionales capaces de mirar más allá del consultorio o del indicador aislado, para comprender que la verdadera transformación de la salud ocurre en el territorio, en la comunidad y en las decisiones de política pública que moldean las condiciones de vida de las personas.

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA SALUD PÚBLICA

1.1. Marco conceptual

1.1.1. *Objetivos de aprendizaje*

Al finalizar este capítulo, el lector será capaz de lo siguiente:

- Comprender la salud pública como una disciplina poblacional que integra ciencia, política y acción social.
- Diferenciar claramente los conceptos de prevención, promoción y educación para la salud.
- Analizar los Determinantes Sociales de la Salud utilizando modelos clásicos y contemporáneos.
- Interpretar la salud como un derecho humano y un componente central del desarrollo humano.

1.1.2. *Ideas clave*

- La salud pública trasciende el enfoque curativo individual y actúa sobre poblaciones y territorios.
- La salud está determinada en mayor medida por factores sociales, económicos y ambientales que por la atención médica.
- La promoción de la salud es un proceso político y social orientado a fortalecer capacidades y entornos saludables.
- La equidad es un principio ético y operativo esencial de la salud pública moderna.

1.1.3. *Aplicación práctica esperada*

- Analizar problemas sanitarios locales desde el enfoque de determinantes sociales.

- Evitar la confusión conceptual entre prevención, promoción y educación para la salud en la práctica profesional.
- Fundamentar intervenciones preventivo-promocionales en marcos conceptuales sólidos y coherentes.

1.2. Salud pública y sus objetivos

La salud pública es la ciencia (porque se sustenta en el rigor del método científico, la epidemiología y la evidencia estadística para comprender la dinámica de las enfermedades y la eficacia de las intervenciones), y el arte (porque requiere de creatividad, liderazgo y sensibilidad social para aplicar ese conocimiento técnico en contextos humanos diversos, logrando que comunidades con distintas culturas y realidades se involucren en su propio bienestar), de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad. A diferencia de la medicina clínica, que se enfoca en el tratamiento del individuo, la salud pública aborda los problemas de salud a nivel poblacional, buscando el bienestar colectivo y la equidad en salud.

1.2.1. *El concepto de salud de la OMS*

Para entender la salud pública, es fundamental partir del concepto de salud establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948. La OMS definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Esta definición va más allá del modelo biomédico tradicional, que se centraba únicamente en la enfermedad, y se alinea con el enfoque de la salud pública, reconociendo que la salud es influenciada por una amplia gama de factores, incluyendo:

- **Factores físicos:** Como la alimentación, la actividad física y el entorno.
- **Factores mentales:** Como el bienestar emocional y la salud mental.

- **Factores sociales:** Como las condiciones socioeconómicas, la educación y el acceso a los servicios de salud.

1.2.2. *El rol del profesional de la salud*

Dentro de este marco, el papel del profesional de la salud se extiende más allá del tratamiento clínico. En el ámbito de la salud pública, el profesional tiene la responsabilidad de:

- **Promover estilos de vida saludables** y **prevenir enfermedades** en toda la población.
- **Identificar las desigualdades en salud** y buscar soluciones para reducir la brecha entre las comunidades.
- **Impulsar políticas públicas** que mejoren las condiciones de vida de la sociedad.
- **Abogar por un acceso equitativo** a los servicios de salud para todas las personas.

En el Perú, esto es especialmente relevante para enfrentar retos como la malnutrición, las enfermedades tropicales, la salud mental y las inequidades entre las zonas urbanas y rurales. El profesional de la salud debe ser un agente de cambio, capaz de trascender la atención individual para impactar positivamente en el bienestar de la sociedad.

1.3. **Determinantes Sociales de la Salud (DSS)**

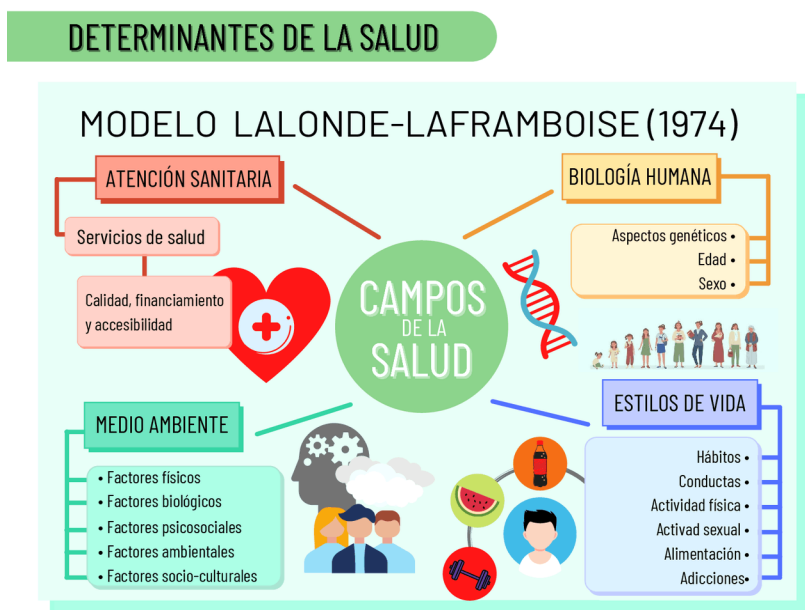
Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Los DSS influyen significativamente en la salud de los individuos y las poblaciones, más que los factores genéticos o biológicos.

1.3.1. Modelos conceptuales de los determinantes de la salud

- **Informe de Lalonde (1974):** Este informe canadiense, pionero en su tipo, identificó cuatro campos de la salud que influyen en la condición de salud de un individuo.

Figura 1

Los cuatro campos de la salud según el Modelo de Lalonde y Laframboise



Nota. Tomado de “A new perspective on the health of Canadians: A working document”, por M. Lalonde, 1974, p. 31.

- a) **Biología humana:** La herencia genética y los factores biológicos.
- b) **Medio ambiente:** El entorno físico y social, incluyendo la contaminación y las condiciones de vida.
- c) **Estilos de vida:** Las decisiones personales sobre hábitos como la dieta, el ejercicio, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

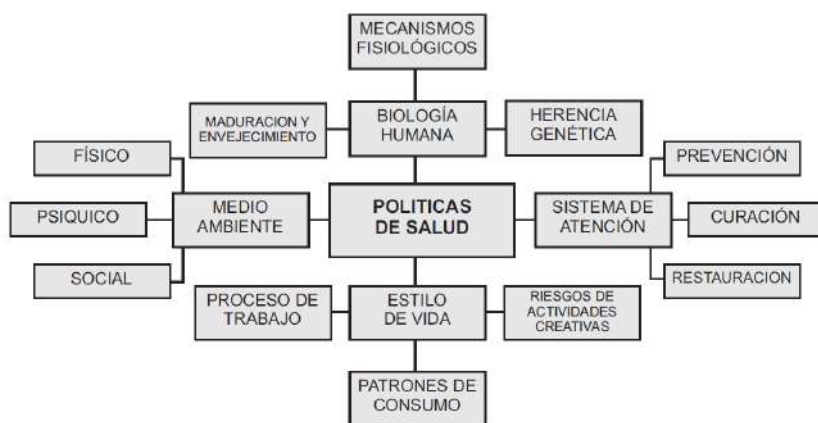
- d) **Organización de la atención de la salud:** La calidad y accesibilidad de los servicios de salud.

El informe de Lalonde fue revolucionario porque desplazó el foco de la salud del simple acceso a los servicios médicos hacia una visión más holística, reconociendo que factores externos al sistema de salud tienen un impacto crucial.

- **Modelo de Dever (1976):** El epidemiólogo estadounidense Alan Dever adaptó el modelo de Lalonde, representándolo como un diagrama para mostrar la interrelación y el peso relativo de los cuatro campos. Su modelo enfatiza cómo el equilibrio entre estos factores determina el estado de salud de una población. La representación visual de Dever ilustra que no hay un solo factor determinante, sino una compleja red de interacciones.

Figura 2

Modelo epidemiológico para el análisis de una política de salud de Alan Dever



Nota. Tomado de “An epidemiological model for health policy analysis”, por A. Dever, 1976, p. 455.

- **Modelo de Dahlgren y Whitehead (1991):** Este es uno de los modelos más influyentes y utilizados en la actualidad. Representa los DSS como una serie de capas concéntricas, donde la salud del individuo está determinada por una jerarquía de factores.

Figura 3

Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de Dahlgren y Whitehead



Nota. Tomado de “Policies and strategies to promote social equity in health”, por G. Dahlgren y M. Whitehead, 1991, p. 11.

En el gráfico precedente apreciamos:

- **Capa Interna:** Factores individuales como la edad, el sexo y la genética.
- **Segunda Capa:** Estilos de vida individuales, influenciados por las redes sociales y comunitarias.
- **Tercera Capa:** Factores del entorno de vida y trabajo, incluyendo el acceso a la alimentación, la educación, el agua y el saneamiento.
- **Capa Externa:** Las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que influyen en todas las demás capas. Este modelo pone en relieve la importancia de las políticas públicas y la distribución del poder como determinantes fundamentales de la salud.

1.3.2. *Inequidades, personas con discapacidad y personas adultas mayores*

Las inequidades en salud son diferencias en el estado de salud de los grupos poblacionales que son sistemáticas, evitables, injustas y causadas por las condiciones sociales. Dos grupos particularmente vulnerables a estas inequidades en Perú son las personas con discapacidad y las personas adultas mayores.

- **Discapacidad:** Según la OMS, la discapacidad es un término genérico que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. El enfoque de derechos humanos y el modelo social de la discapacidad sostienen que la discapacidad no es un problema individual, sino el resultado de barreras sociales, políticas y ambientales que impiden la plena participación de las personas¹.

- **Inequidades para personas con discapacidad:** A menudo enfrentan barreras para acceder a servicios de salud de calidad, educación, empleo y transporte. Estas barreras incluyen la falta de infraestructura accesible, la discriminación en los servicios de salud y la ausencia de programas de rehabilitación adecuados. La promoción de la salud y la prevención para este

¹ <https://www.slideshare.net/AndrsMayorLorenzo/salud-visual-yretinopatias>

grupo debe centrarse en eliminar estas barreras y en adaptar los servicios a sus necesidades específicas.

Figura 4

Barreras vs. accesibilidad



Nota. Tomado de “Informe mundial sobre la discapacidad”, por Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011, p. 172.

El abordaje de la salud desde un enfoque integral requiere superar el modelo puramente biomédico para centrarse en la funcionalidad del individuo en su entorno. En este sentido, la **Organización Mundial de la Salud (2001)** introdujo la ‘Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)’, la cual proporciona un lenguaje estandarizado y un marco conceptual para describir la salud y los estados relacionados con ella, permitiendo que la gestión sanitaria considere no solo la enfermedad, sino también las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación social.

La atención integral no debe limitarse al ámbito clínico, sino que debe extenderse a la funcionalidad y la participación del ciudadano en la sociedad. Al respecto, Quiroz-Avilés, Cordero-Valera y Giraldo-Vizcarra (2017) sostienen que la inclusión social y laboral de las personas con discapacidad en el Perú depende críticamente de una adecuada articulación socio-sanitaria, donde los servicios de salud y los sistemas de soporte social trabajen de manera coordinada para superar las barreras estructurales que limitan el desarrollo de esta población.

- **Personas Adultas Mayores:** Envejecer es un proceso natural, pero las condiciones sociales determinan la calidad de vida en la vejez. Las personas adultas mayores son particularmente vulnerables a la inequidad, especialmente si carecen de una red de apoyo, un ingreso estable o acceso a servicios de salud.

- **Inequidades para Personas Adultas Mayores:** Enfrentan múltiples barreras, como el acceso limitado a la atención médica especializada (geriatría), la falta de medicamentos asequibles para enfermedades crónicas y la discriminación por edad (edadismo). El modelo de Dahlgren y Whitehead ayuda a comprender cómo las condiciones socioeconómicas, como la pobreza o el aislamiento social, pueden exacerbar los problemas de salud en esta población. Las estrategias de salud pública para este grupo deben enfocarse en el envejecimiento activo y saludable, promoviendo la participación social y garantizando la cobertura de salud universal.

1.4. Conceptos clave en la intervención sanitaria

En el marco de la salud pública contemporánea y las directrices del Ministerio de Salud (MINSA), es imperativo distinguir y articular los conceptos de prevención, promoción y educación para la salud. Esta tríada constituye la base operativa del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI), orientado a mejorar los resultados de salud en la población peruana.

1.4.1. Fundamentos y evolución del concepto de Promoción de la Salud

Para comprender la Promoción de la Salud (PS) en la actualidad, es imperativo analizar su raíz etimológica y su trayectoria histórica, lo cual nos permite diferenciarla de la simple prevención de enfermedades.

La historia de la salud pública en el Perú demuestra que las epidemias no son solo eventos biológicos, sino fenómenos que ponen de manifiesto las carencias estructurales del Estado y la sociedad. Como señala Cueto (1991), la respuesta ante las crisis sanitarias a lo largo del siglo XX ha estado marcada por la tensión entre el progreso científico y las persistentes desigualdades sociales, un escenario que explica la fragilidad de los sistemas de prevención que persisten hasta la actualidad.

- **Etimología y sentido del movimiento**

El término promover proviene del latín *promovere*, que significa “iniciar o adelantar una cosa procurando su logro” o “dar impulso”. En el ámbito sanitario, la promoción implica una acción y efecto de mejora: es la elevación de las condiciones de vida, de productividad e intelectuales. Por definición, la PS conlleva un movimiento positivo; no se detiene en la evitación del daño, sino que busca el progreso hacia un estado superior de bienestar.

- **Perspectiva histórica: De Hygea a la Era Moderna**

La preocupación por elevar la salud no es un fenómeno contemporáneo. Desde la Grecia clásica, encontramos la dualidad entre *Panacea* (la curación) e *Hygea* (el arte de estar sanos a través del orden natural). Mientras que para los griegos la salud era un “don de los dioses”, los romanos la aterrizaron como un concepto concreto y holístico, sentando las bases de las Políticas Públicas y el sistema sanitario.

Históricamente, la PS ha evolucionado desde una visión médica tradicional hacia una concepción socio-política. Como señala la teoría moderna, la salud ya no se percibe solo como un objetivo, sino como un recurso para la vida cotidiana.

- **Comprensión multidimensional de la PS**

El marco conceptual de la salud pública moderna se apoya en una terminología estandarizada que permite la gestión técnica entre los diferentes

niveles de atención. Según define la Organización Mundial de la Salud (1998) en su glosario oficial, la promoción de la salud no es una disciplina aislada, sino 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.

La Promoción de la Salud es un concepto “vago pero poderoso”, cuya naturaleza se define por los siguientes pilares:

- **Enfoque positivo:** Considera la salud como una fuente de riqueza y un recurso vital.
- **Naturaleza colectiva:** Se refiere primordialmente a lo social y busca fortalecer la capacidad de las comunidades para transformar sus propios determinantes.
- **Búsqueda de equidad:** Intenta garantizar que todas las personas tengan las mismas opciones saludables, independientemente de su condición social.
- **Intersectorialidad:** No es tarea exclusiva del sector médico; requiere el compromiso del gobierno, la sociedad civil y diversas disciplinas (ciencias sociales, ética, economía).

• **El Desafío del profesional: ¿Cómo proceder?**

Para evitar errores comunes en la práctica diaria, el profesional de la salud debe:

- **Evitar la confusión conceptual:** Definir la PS de forma coherente frente a la prevención.
- **Desmedicalizar la salud:** Entender que la PS pertenece al campo socio-político, no solo al clínico.
- **Mantener el sentido holístico:** No perder de vista la integridad del ser humano y su entorno.
- **Evaluar con rigor:** Buscar evidencia de efectividad y eficacia en cada intervención comunitaria.

• Medicina preventiva y Promoción de la Salud

Esta es la distinción más crítica para el profesional de la salud. Mientras la medicina preventiva se enfoca en la patología, la promoción se enfoca en la vitalidad y el entorno.

Tabla 1

Diferencias entre la medicina preventiva y Promoción de la Salud

Característica	Medicina preventiva	Promoción de la Salud
Enfoque	En la enfermedad (Modelo Médico).	En la salud (Modelo Socio-Político).
Objetivo	Reducir la incidencia y prevalencia.	Mejorar el nivel de vida y bienestar.
Población	Grupos de riesgo o individuos enfermos.	Población total y entornos saludables.
Herramientas	Vacunas, tamizajes, quimioprofilaxis.	Educación, abogacía, políticas públicas.
Éxito	Ausencia de enfermedad o secuelas.	Empoderamiento y autonomía social.

• Evolución de las Conferencias Internacionales

Para que el lector comprenda la trayectoria desde 1978 hasta la actualidad, presentamos este resumen de los pilares de cada declaración:

Tabla 2

Diferencias entre la medicina preventiva y Promoción de la Salud

Hito internacional	Concepto clave	Aporte fundamental
Alma-Ata (1978)	Atención Primaria de Salud.	Salud como derecho humano y meta social.
Ottawa (1986)	Promoción de la Salud.	5 funciones: Política, Entornos, Acción, Aptitudes y Reorientación.
Yakarta (1997)	Alianzas y Nuevos Actores.	Incorporación del sector privado y responsabilidad social.

1.4.2. *Prevención: Tipos y niveles de intervención*

La prevención se define como el conjunto de medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Siguiendo el modelo clásico de **Leavell y Clark**, y las actualizaciones de la OMS, distinguimos:

- **Prevención primaria:** Actúa sobre la población sana. Su objetivo es disminuir la incidencia de las enfermedades mediante el control de las causas y los factores de riesgo.
 - Ejemplos: Programas de inmunizaciones (vacunación nacional), suplementación con hierro para prevenir la anemia infantil y el uso de mosquiteros en zonas endémicas de malaria.
- **Prevención secundaria:** Se orienta al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (tamizaje o *screening*). Su objetivo es reducir la prevalencia de la enfermedad en estadios subclínicos o iniciales.

- Ejemplos: Papanicolaou para detección de cáncer de cuello uterino, pruebas de tamizaje para VIH y control de hipertensión arterial en adultos.

- **Prevención terciaria:** Interviene cuando la enfermedad ya ha causado daños. Busca reducir las complicaciones, secuelas y la discapacidad, mejorando la calidad de vida a través de la rehabilitación.

- Ejemplo: Programas de rehabilitación física para pacientes con secuelas de ACV (accidente cerebrovascular) o el control del pie diabético.

- **Prevención cuaternaria:** Concepto esencial en la gestión moderna para evitar el sobre-diagnóstico y el sobre-tratamiento. Se refiere a las acciones que atenúan o evitan las consecuencias del intervencionismo médico innecesario o excesivo.

1.4.3. *Promoción de la Salud: Definición, principios y la Carta de Ottawa*

La Promoción de la Salud no se centra en una enfermedad específica, sino en el fortalecimiento de los determinantes positivos de la salud. Según la Carta de Ottawa (1986), es “el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Para el profesional de la salud, la promoción se sustenta en cinco funciones estratégicas:

- a) **Desarrollo de políticas públicas saludables:** Asegurar que la salud esté en la agenda de todos los sectores (vivienda, educación, transporte).
- b) **Creación de entornos saludables:** Espacios físicos y sociales que fomenten el bienestar (ej. escuelas saludables).

- c) **Fortalecimiento de la acción comunitaria:** Empoderamiento de la comunidad para que participe en la toma de decisiones sanitarias.
- d) **Desarrollo de aptitudes personales:** Proporcionar información y herramientas para que las personas tomen decisiones saludables.
- e) **Reorientación de los servicios de salud:** Migrar de un modelo puramente recuperativo (curativo) hacia uno preventivo-promocional.

1.4.4. *Educación para la Salud: Diferencias y complementariedad*

La Educación para la Salud (EpS) es la herramienta fundamental de la promoción y la prevención. No debe confundirse con la simple transmisión de información; es un proceso educativo dinámico que busca el cambio de actitudes y el fortalecimiento de capacidades.

Históricamente, el enfoque de la gestión sanitaria en el país ha evolucionado desde una visión puramente informativa hacia una participación comunitaria activa. Ya en las directrices del Ministerio de Salud del Perú (1987), se establecía que la educación para la salud no debía limitarse a la transmisión de conocimientos, sino que debía buscar la transformación de las conductas y estilos de vida, sentando los precedentes para los actuales modelos de promoción de la salud basados en el empoderamiento ciudadano.

- **Diferencia fundamental:**

- Mientras la Prevención busca evitar una patología específica y la Promoción busca generar salud en general, la EpS es el *método* o proceso de comunicación mediante el cual se logran ambos objetivos.

- **Complementariedad:**

- Una estrategia de prevención de la diabetes es ineficaz sin un componente de EpS que enseñe al paciente a leer el etiquetado nutricional (octógonos en el Perú).

- Una estrategia de promoción de entornos saludables requiere EpS para que la comunidad comprenda la importancia del manejo de residuos sólidos.

Tabla 3

Cuadro Comparativo: Prevención vs. Promoción

Característica	Prevención de la enfermedad	Promoción de la Salud
Objetivo	Reducir factores de riesgo y enfermedad.	Actuar sobre los determinantes sociales.
Foco	Personas o grupos en riesgo.	Población en general y sus entornos.
Actor Principal	Personal de salud (modelo clínico/sanitario).	Multidisciplinario, sociedad y sectores políticos.
Ejemplo	Colocación de una vacuna.	Ley de promoción de la alimentación saludable.

1.5. El Modelo de Cuidado Integral (MCI) como eje rector

En este apartado profundizaremos en el eje central de la reforma del sistema de salud peruano: el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). Como especialistas en salud pública y gestión, es vital entender que el MCI no es solo una guía asistencial, sino un cambio de paradigma normativo y operativo que busca la sostenibilidad y eficiencia del sistema.

El MCI, aprobado mediante la Resolución Ministerial N.º 030-2020/MINSA, representa la respuesta estructural del Estado peruano a la fragmentación del sistema de salud. Este modelo traslada el foco de la “atención de la enfermedad en el hospital” hacia el “cuidado de la salud en la comunidad”.

1.5.1. *Fundamentos normativos y operativos*

El MCI se sustenta en la necesidad de alcanzar la Cobertura Curativa Universal y, sobre todo, la Salud Universal. Articula la normativa previa (como el MAIS-BFC) pero con un enfoque más sólido en la gestión de riesgos y determinantes sociales.

Por ejemplo, gestión de enfermedades de alto impacto social y financiero ha dado un paso decisivo con la promulgación de la Ley N.º 31336 (2021), denominada Ley Nacional del Cáncer. Este marco legal es fundamental para el modelo de transformación de la salud, ya que busca garantizar la atención oncológica integral y gratuita, estableciendo mecanismos de financiamiento y gestión que intentan superar las barreras de fragmentación del sistema para asegurar que el paciente reciba diagnóstico y tratamiento oportunos en cualquier punto de la red sanitaria.

- **La persona como centro:** El cuidado se organiza en torno a las necesidades de la persona, no a la disponibilidad del servicio.
- **Integralidad:** Supera la dicotomía entre lo preventivo y lo recuperativo, entendiendo que el cuidado debe ser continuo.
- **Equidad y abordaje de determinantes:** El modelo exige que el personal de salud identifique las barreras de acceso (geográficas, económicas, culturales) para intervenir sobre ellas.

1.5.2. *El enfoque de Curso de Vida: Superando los ciclos vitales*

A diferencia de los “ciclos de vida” (estáticos y compartimentalizados), el Curso de Vida es un concepto dinámico que reconoce que los eventos de salud en etapas tempranas impactan los resultados de salud en etapas posteriores.

- **Trayectorias de salud:** Se monitorea cómo las intervenciones en la gestación y la primera infancia (ej. prevención de anemia) determinan la prevalencia de enfermedades crónicas en la adultez.

- **Transiciones y momentos críticos:** El MCI identifica hitos donde la intervención preventiva tiene mayor retorno social y económico (ej. adolescencia y climaterio).

1.5.3. *Articulación de la prevención y promoción en el MCI*

El MCI operativiza la prevención y promoción a través de los Paquetes de Cuidado Integral (PCI). Estos paquetes no son listas de chequeo, sino compromisos prestacionales que el sistema debe garantizar según la etapa de la vida:

- **En la promoción:** El MCI exige que el profesional de salud no solo actúe en el EESS (Establecimiento de Salud), sino que lidere la articulación con el gobierno local para generar Entornos Saludables. Esto incluye la vigilancia del agua segura, manejo de residuos y espacios de actividad física.
- **En la prevención:** Se estandarizan los tamizajes y captaciones oportunas. Por ejemplo, en el curso de vida “Adulto Mayor”, la prevención se centra en la funcionalidad (tamizaje de fragilidad), mientras que en el “Niño”, se prioriza el CRED y la inmunización completa.

Tabla 4

Diferencias entre la Medicina Preventiva y Promoción de la Salud

Dimensión	Enfoque tradicional	Enfoque MCI-PV (MINSA)
Prioridad	Curativa / Episódica	Preventiva / Continua
Escenario	Consultorio intramural	Hogar, Escuela, Comunidad
Intervención	Receta médica	Plan de Cuidado Integral Familiar
Gestión	Gasto por atención	Inversión en salud poblacional

1.5.4. *Las Redes Integradas de Salud (RIS) como soporte operativo*

Para que el MCI sea efectivo, la normativa peruana (Ley N.º 30885) establece la conformación de las Redes Integradas de Salud (RIS). Desde la perspectiva de la Economía de la Salud, las RIS buscan:

- **Eficiencia de Escala:** Optimizar recursos compartidos (laboratorios, farmacia, especialistas itinerantes).
- **Continuidad del Cuidado:** Asegurar que el paciente que recibe prevención en el primer nivel sea referido adecuadamente y, tras la contrarreferencia, reciba seguimiento en su hogar.
- **Gobernanza Territorial:** La RIS es responsable de los indicadores de salud de un territorio delimitado, lo que facilita el monitoreo de las metas de prevención (ej. cobertura de vacunación) y promoción.

1.5.5. *Alineamiento con estándares OPS/OMS*

El MCI peruano se alinea con la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud de la OPS. Incorpora el principio de “Salud en todas las políticas”, donde el profesional de salud actúa como un gestor social que aboga por intervenciones multisectoriales (vivienda digna, seguridad alimentaria) para reducir la carga de enfermedad.

Nota técnica: El éxito del MCI depende de la Capacidad Resolutiva del primer nivel y de la implementación de la Telesalud, que permite que la prevención especializada llegue a zonas remotas, optimizando los costos de traslado y mejorando la equidad.

1.6. **Hitos de la salud pública: De la atención primaria a la promoción global**

La evolución de las estrategias de salud en el Perú no puede entenderse sin el análisis de las conferencias internacionales que marcaron el cambio del modelo asistencialista hacia uno basado en la equidad, la participación comunitaria y la promoción de la salud.

1.6.1. *Declaración de Alma-Ata (1978): El nacimiento de la Atención Primaria de Salud (APS)*

Celebrada en la antigua URSS, esta conferencia definió la Atención Primaria de Salud como la estrategia clave para alcanzar la meta de “Salud para Todos en el Año 2000”.

- **Concepto de salud:** Reafirma la salud como un derecho humano fundamental y un estado de completo bienestar físico, mental y social, cuya responsabilidad recae en los gobiernos.
- **La APS como mecanismo:** Se define como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.
- **Enfoque en la equidad:** Señala que la desigualdad en el estado de salud entre países desarrollados y en desarrollo es política, social y económicamente inaceptable.
- **Contexto peruano:** Este hito fundamenta el fortalecimiento del primer nivel de atención y la importancia de la participación comunitaria en la gestión de salud local.

Figura 5

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, URSS



Nota. Tomado de “Declaración de Alma-Ata: Atención Primaria de Salud”, por Organización Mundial de la Salud, 1978, p. 1.

1.6.2. *Carta de Ottawa (1986): La institucionalización de la Promoción de la Salud*

Esta conferencia surgió como respuesta a la necesidad de una nueva concepción de la salud pública. Define la Promoción de la Salud como el proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

- **Prerrequisitos para la salud:** Establece que la mejora de la salud requiere condiciones básicas: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema saludable, justicia social y equidad.
- **Estrategias clave:**

- **Abogacía:** Incidir en factores políticos para crear condiciones favorables.
- **Facilitación:** Reducir las diferencias en el estado de salud y asegurar la igualdad de oportunidades.
- **Mediación:** Coordinar entre sectores (gobiernos, sectores sociales y económicos).
- **Acciones prioritarias:** Elaboración de políticas públicas sanas, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios.

1.6.3. *Declaración de Yakarta (1997): Nuevos actores para una nueva era*

Fue la primera conferencia celebrada en un país en desarrollo y la primera en dar participación al sector privado. Se centró en llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI.

- **La salud como inversión:** La salud es un derecho básico y una inversión social valiosa, indispensable para el desarrollo socioeconómico.
- **Prioridades estratégicas:**
 - Promover la responsabilidad social por la salud.
 - Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
 - Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas.
 - Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
 - Consolidar una infraestructura sólida para la promoción de la salud.
- **Llamamiento a la alianza:** Insta a crear redes de desarrollo de la salud y a movilizar recursos para combatir amenazas emergentes (enfermedades infecciosas, cambios demográficos y ambientales).

1.6.4. *Conferencia de Astaná (2018): La renovación del compromiso*

Dada la relevancia para el postgrado y la gestión actual, es imperativo incluir la Declaración de Astaná, que conmemora los 40 años de Alma-Ata.

- **Propósito:** Reafirmar que la APS es el enfoque más eficaz y eficiente para lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).
- **Diferenciación:** A diferencia de 1978, Astaná pone énfasis en el uso de la tecnología, la salud digital y la sostenibilidad financiera en sistemas de salud modernos.
- **Aplicación en el Perú:** Sustenta directamente el marco del Modelo de Cuidado Integral (MCI), alineando la normativa peruana con la agenda global de salud 2030.

1.7. **Determinantes de la Salud: El nuevo paradigma de la salud pública**

La pregunta fundamental que guía la salud pública moderna no es solo cómo curar la enfermedad, sino ¿por qué una población es menos sana que otra? Para responder a esto, debemos alejarnos del enfoque puramente biomédico y adentrarnos en el estudio de los Determinantes de la Salud (DS).

1.7.1. *El concepto de Determinante*

Los determinantes de la salud son el conjunto de factores personales, sociales, económicos, biológicos, familiares y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Según la perspectiva de la “Nueva Salud Pública” (NSP), la salud no se distribuye de manera aleatoria o “natural”, sino que es el resultado de complejas interacciones sociales y políticas.

1.7.2. *Los modelos de comprensión: De Lalonde a la actualidad*

La evolución del pensamiento epidemiológico ha transitado por diversos modelos para explicar por qué existen grupos con mejor salud que otros:

- **Modelos biológicos y genéticos:** Atribuyen las diferencias a la carga genética individual.
- **Modelos de selección social:** Sugieren que la salud determina la posición social (los sanos ascienden, los enfermos descienden).
- **Modelos de condiciones de vida:** Enfatizan el peso del ambiente físico y social de mayor riesgo para ciertos grupos.
- **Cultura de la pobreza:** Analizan cómo los comportamientos y estilos de vida están condicionados por el entorno socioeconómico.

1.7.3. *El Modelo de Dever (1976): La paradoja del gasto sanitario*

Si el Informe Lalonde fue el punto de partida conceptual, el epidemiólogo Alan Dever (1976) proporcionó la evidencia matemática que debería obligar a todo gestor de salud a replantear sus prioridades financieras.

Dever realizó un análisis comparativo entre los factores que realmente contribuyen a la reducción de la mortalidad y la forma en que los Estados distribuyen sus presupuestos de salud. Los resultados revelan una ineficiencia estructural y ética que persiste hasta hoy:

- **Estilos de Vida:** Aportan un 43% a la reducción potencial de la mortalidad, sin embargo, suelen recibir apenas el 1.5% del gasto público.
- **Biología Humana:** Contribuye en un 27%, pero recibe aproximadamente el 7.9% del presupuesto.
- **Medio Ambiente:** Aporta un 19% y cuenta con un presupuesto irrisorio del 1.6%.
- **Sistema de Asistencia Sanitaria:** Aunque solo contribuye en un 11% a evitar muertes, absorbe el 90% del gasto total en salud.

Reflexión para el Postgrado: Como gestores, debemos preguntarnos: ¿Es ético seguir invirtiendo el 90% de los recursos en un sistema asistencial que solo explica el 11% de la salud poblacional, mientras abandonamos el control de los estilos de vida que determinan casi la mitad de nuestra mortalidad?

1.7.4. *El enfoque de la Nueva Salud Pública (NSP)*

La NSP propone un cambio de paradigma al combinar disciplinas clásicas (demografía, sociología, economía) con campos más recientes como la ética, la politología y las ciencias sociales críticas. Este modelo plantea cuatro interrogantes éticas y técnicas para el gestor de salud:

- a) **Postura teórica:** ¿Qué modelo predomina en nuestro estudio de la sociedad?
- b) **Peso disciplinar:** ¿Cómo equilibramos las ciencias sociales con la medicina clínica?
- c) **Categorías de información:** ¿Qué datos estamos priorizando para tomar decisiones?
- d) **Proyecto Social:** ¿Cuál es la intención final de nuestra intervención sanitaria?

1.7.5. *La perspectiva ética y social: Las cuatro preguntas de la Nueva Salud Pública (NSP)*

La Nueva Salud Pública (NSP) no es simplemente una actualización técnica de la salud pública clásica; es un cambio de paradigma que integra disciplinas como la sociología, la politología y la ética para abordar las “causas de las causas”.

Para que el profesional de salud actúe con pertinencia social y ética, debe someter toda intervención a las cuatro preguntas estratégicas propuestas por este modelo:

a) ¿Cuál es la postura teórica que predomina en nuestro estudio?

Debemos transitar del biologismo tradicional (centrado en la tríada agente-huésped-ambiente) hacia el modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

Ejemplo: Ante un brote de dengue, la postura teórica clásica fumiga (ataca al agente); la NSP analiza la falta de servicios de agua constante que obliga a la población a almacenar recipientes (ataca el determinante estructural).

b) ¿Cuál es el peso de las distintas disciplinas?

El reto es equilibrar la eficacia técnica de la clínica con la efectividad comunitaria de las ciencias sociales.

Ejemplo: El tratamiento de la tuberculosis es clínico, pero la adherencia del paciente depende de la sociología y la antropología, que permiten entender el estigma y la red de apoyo familiar que posee el individuo.

c) ¿Qué categorías de información estamos priorizando?

No basta con monitorizar tasas de mortalidad. Se deben priorizar indicadores que midan la equidad y la Densidad del Estado (IDE).

Ejemplo: Más que saber cuántos niños tienen anemia, debemos mapear cuántas comunidades carecen de saneamiento básico o identidad (DNI), factores que imposibilitan el ejercicio del derecho a la salud.

d) ¿Cuál es el proyecto social que se persigue?

Toda intervención sanitaria tiene una intención política implícita. El proyecto de la NSP no es solo “bajar indicadores”, sino ser una herramienta de justicia social que habilite el Desarrollo Humano.

Ejemplo: Un programa de vacunación masiva no es solo prevención; es una inversión en capital social que permite que las poblaciones más vulnerables tengan la misma oportunidad de productividad y bienestar que el resto.

1.7.6. *Determinantes y ética en la gestión*

Desde la gestión de una IPRESS o una RIS, comprender los determinantes implica reconocer que la salud es una construcción social. El profesional no solo debe tratar el síntoma, sino identificar las experiencias subjetivas y los valores personales del paciente. La salud pública, bajo este enfoque, se convierte en una herramienta de justicia social que busca reducir la brecha de inequidad mediante la modificación de las condiciones de vida de la población.

1.8. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) como medida de bienestar y salud

Para el gestor de salud moderno, entender la situación sanitaria requiere mirar más allá de las tasas de mortalidad; implica comprender el Desarrollo Humano. Este concepto, impulsado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), define el desarrollo no solo como el crecimiento económico, sino como el proceso de expansión de las capacidades y libertades de las personas.

1.8.1. *¿Qué mide el IDH?*

El IDH es un indicador sintético que promedia los logros de un país en tres dimensiones fundamentales, de las cuales la salud es el pilar base:

- **Salud (vida larga y saludable):** Medida a través de la esperanza de vida al nacer.
- **Educación (conocimiento):** Medida por los años promedio de instrucción y los años de instrucción esperados.
- **Nivel de vida (vida digna):** Medido a través del Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita.

1.8.2. *El IDH en la realidad peruana*

Según los informes más recientes (PNUD 2018/2019), el Perú se sitúa en un nivel de desarrollo humano alto, ocupando aproximadamente el puesto 82 a nivel mundial con un índice de 0.759. Aunque se observa una mejora leve y sostenida, el país se encuentra a la par de naciones como República Dominicana o Ecuador, y aún lejos de los líderes globales como Noruega (0.954).

Para el profesional de salud en el Perú, el IDH revela una realidad crítica: la desigualdad. El desarrollo no es homogéneo; existen brechas profundas entre las zonas urbanas y rurales, y entre estratos socioeconómicos, lo que condiciona directamente la esperanza de vida y la calidad de salud de la población.

1.8.3. *Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*

El IDH está intrínsecamente ligado a la Agenda 2030. En particular, el ODS 3 (Salud y Bienestar) busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Sin embargo, este objetivo no es aislado:

- Sin Agua Limpia y Saneamiento (ODS 6) o Educación de Calidad (ODS 4), los indicadores de salud que componen el IDH no pueden mejorar de forma sostenible.
- La interacción social y la integridad humana son la base para que una sociedad progrese de manera conjunta.

1.8.4. *Implicancias para el gestor de salud*

Entender el IDH permite al jefe de una IPRESS o RIS contextualizar su labor. Si el IDH de su jurisdicción es bajo debido a factores educativos o económicos, las intervenciones meramente clínicas tendrán un impacto limitado. El éxito de la Promoción de la Salud radica en articular acciones

que contribuyan a elevar el desarrollo humano integral, reconstituyendo la dignidad y las capacidades de cada ciudadano peruano.

1.9. Densidad del Estado: La infraestructura de servicios como base de la salud

Para que los ciudadanos puedan ejercer su derecho a la salud y alcanzar un desarrollo humano pleno, no basta con la voluntad individual; se requiere de una infraestructura mínima de servicios públicos. El Índice de Densidad del Estado (IDE) es la métrica que evalúa qué tan presente está el Estado en el territorio a través de una “canasta” de servicios esenciales.

1.9.1. Los componentes del IDE

El IDE se compone de cinco dimensiones básicas que habilitan a las personas y les dotan de un piso mínimo de capacidades:

- a) **Identidad:** Medida por el porcentaje de personas con DNI o partida de nacimiento. Sin identidad, el ciudadano es “invisible” para los programas sociales y de salud.
- b) **Salud:** Evaluada mediante el número de profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes.
- c) **Educación:** Medida a través de la tasa de asistencia escolar secundaria.
- d) **Saneamiento:** Porcentaje de viviendas con acceso a agua potable y desagüe.
- e) **Electrificación:** Porcentaje de viviendas con alumbrado eléctrico.

1.9.2. La brecha de recursos humanos en salud

Uno de los datos más críticos para el gestor sanitario que revela el IDE es la distribución desigual del talento médico. En el Perú (según cifras

del censo 2017), aunque el promedio nacional era de 25 médicos por cada 10,000 habitantes, la realidad territorial es alarmante:

- Lima Metropolitana concentra cerca del 45% del total de médicos del país.
- Más del 70% de las provincias del país aún no alcanzan la meta de densidad de RHUS necesaria para garantizar una cobertura efectiva universal. Departamentos como Piura, Cajamarca, Loreto y Puno presentan las tasas más bajas de médicos por habitante en relación con su densidad poblacional.
- Desequilibrio entre Niveles de Atención: Una brecha crítica identificada en el último censo es que la mayoría de los especialistas se encuentran en establecimientos de Segundo y Tercer Nivel (Hospitales e Institutos), dejando al Primer Nivel de Atención (Puestos y Centros de Salud) con una carencia severa de personal especializado para el abordaje de enfermedades crónicas y preventivas.
- Implicancias para el Desarrollo Humano: La falta de personal de salud en las provincias con menor IDE (Índice de Densidad del Estado) crea un círculo vicioso: la población no tiene acceso a diagnósticos oportunos, lo que aumenta la carga de enfermedad y reduce la productividad económica, impidiendo que estas regiones alcancen los niveles de IDH de las zonas urbanas.

1.9.3. *Identidad y ciudadanía*

El IDE pone de relieve que la identidad es el primer eslabón de la salud pública. Los grupos más vulnerables, como los adultos mayores de 65 años en zonas rurales (donde la falta de DNI puede llegar al 12.9%), enfrentan barreras insalvables para acceder al Seguro Integral de Salud (SIS) y a otros derechos fundamentales.

1.9.4. *Implicancias para la gestión territorial*

El gestor de salud debe entender que la baja densidad del Estado en su jurisdicción actúa como un determinante estructural negativo. Un puesto de salud en una zona sin saneamiento (agua y desagüe) o sin electrificación tiene un impacto limitado y enfrenta costos operativos mucho más altos. Por tanto, la mejora de los indicadores de salud requiere de una acción multisectorial coordinada para elevar la densidad del Estado en las provincias más olvidadas del país.

1.10. Los cuatro pilares del pensamiento estratégico en gestión de salud

1.10.1. *Postura teórica: Del biologismo a los determinantes sociales*

En la gestión sanitaria peruana, el modelo que debe predominar es el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

- **Análisis:** Tradicionalmente, la medicina se ha centrado en la Tríada Ecológica (Agente-Huésped-Ambiente), un enfoque útil para infecciones agudas pero insuficiente para la realidad actual.
- **Cambio de paradigma:** Nuestra postura teórica asume que la salud es un producto social. Por lo tanto, el estudio de la sociedad debe identificar las causas de las causas: ¿Por qué el paciente tiene anemia? No solo por falta de hierro (biología), sino por falta de saneamiento, inseguridad alimentaria y baja escolaridad materna (determinantes).

1.10.2. *Peso disciplinar: El equilibrio entre la clínica y la salud pública*

El reto del gestor es armonizar la Medicina Clínica (centrada en el diagnóstico y tratamiento individual) con las Ciencias Sociales (sociología, antropología y economía).

- **La medicina clínica** nos da la eficacia técnica y la seguridad del paciente (uso de listas de chequeo, protocolos BK).
- **Las ciencias sociales** nos dan la efectividad comunitaria. Nos enseñan, por ejemplo, que un tratamiento para la Tuberculosis fallará si no comprendemos los temores del paciente (pérdida de afecto, estigma) o su red de apoyo familiar (Fuentes de Poder).
- **El equilibrio:** Una gestión exitosa no elige una sobre otra; utiliza la clínica para recuperar la salud y las ciencias sociales para garantizar la adherencia y la prevención.

1.10.3. *Categorías de información: Priorizando datos para la acción*

No basta con acumular datos; debemos priorizar aquellos que miden la equidad y la densidad del Estado.

- **Información prioritaria:** Más allá de las tasas de mortalidad, debemos monitorizar el Índice de Densidad del Estado (IDE): ¿Cuántos médicos tenemos por cada 10,000 habitantes? ¿Qué porcentaje de nuestra población carece de identidad (DNI)? ¿Cuál es la cobertura de saneamiento?
- **Vigilancia inteligente:** La información debe permitirnos construir Curvas Epidemiológicas en tiempo real para detectar brotes, pero también mapas de calor que revelen dónde la “Densidad del Estado” es nula, dejando a la población vulnerable.

1.10.4. *Proyecto social: La salud como habilitadora del desarrollo humano*

La intención final de la intervención sanitaria no es solo “bajar indicadores”, sino contribuir al Desarrollo Humano.

- **Visión de Winslow:** Recordando que la salud pública es “ciencia y arte”, nuestro proyecto social busca prolongar la vida y fomentar la salud a través del esfuerzo organizado.

1.11. Determinantes Sociales de la Salud (DSS): Marco teórico

1.11.1. Concepto fundamental

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) se definen como el conjunto de condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen de manera decisiva en su estado de salud. Estas condiciones no son producto del azar, sino de decisiones históricas, estructuras de poder y modelos de desarrollo.

Desde la perspectiva de la OMS, los DSS explican por qué existen gradientes sistemáticos de salud entre grupos sociales, y por qué estas diferencias son evitables, injustas y moralmente inaceptables.

1.11.2. Salud como producto social

El enfoque de los DSS desplaza el centro de la explicación del proceso salud-enfermedad desde el individuo hacia la organización de la sociedad. Bajo este paradigma:

- La enfermedad no es solo consecuencia de agentes biológicos.
- Los riesgos se distribuyen según nivel socioeconómico, territorio y capital social.
- El acceso a oportunidades saludables no es equitativo.

La salud, por tanto, se entiende como un resultado socialmente producido.

1.11.3. Modelos teóricos de los determinantes sociales

Los DSS se sustentan en varios modelos conceptuales:

a) **Informe Lalonde (1974)**

Introduce la noción de que la salud depende de cuatro campos (biología, estilos de vida, medio ambiente y organización de los servicios), rompiendo la hegemonía del modelo médico.

b) **Modelo de Dahlgren y Whitehead (1991)**

Representa los DSS en capas concéntricas que van desde factores individuales hasta condiciones macroeconómicas y políticas, evidenciando la jerarquía de determinantes.

c) **Nueva Salud Pública**

Integra enfoques epidemiológicos, sociales y económicos, reconociendo que las políticas públicas y la distribución del poder influyen directamente en la salud poblacional.

1.11.4. *Determinantes estructurales e intermedios*

Desde el enfoque de la Comisión sobre DSS de la OMS, se distinguen:

- **Determinantes estructurales:**

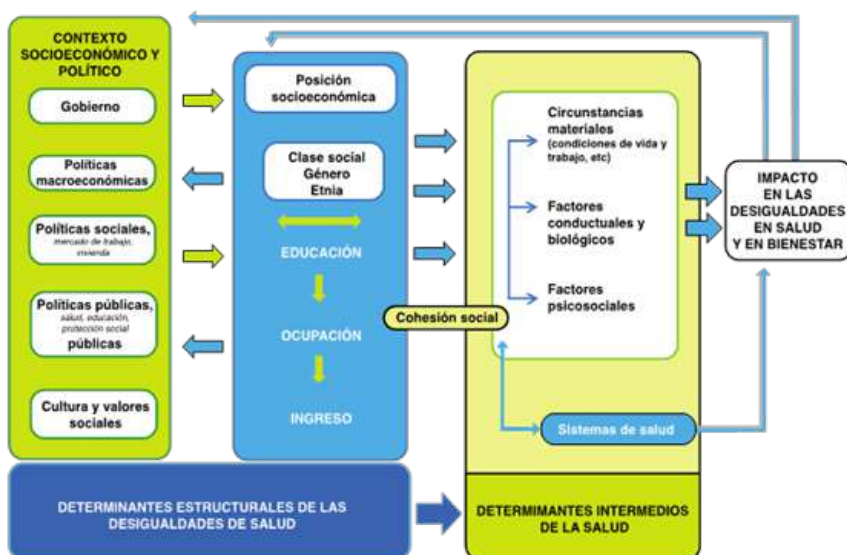
Sistema económico, políticas públicas, nivel educativo, mercado laboral, desigualdad social.

- **Determinantes intermedios:**

Condiciones de vivienda, alimentación, ambiente, acceso a servicios, redes de apoyo social.

Figura 6

Evolución del enfoque de salud: Del modelo biomédico a los Determinantes Sociales de la Salud



Nota. Elaborado de “Subsistema de salud y determinantes sociales”, por Organización Panamericana de la Salud, 2022, p. 8.

Esta distinción permite comprender cómo la estructura social moldea las condiciones materiales de vida.

1.12. Aplicación ética y de gestión de los DSS

1.12.1. De la comprensión a la responsabilidad

Aceptar el enfoque de los DSS no es solo un ejercicio académico; implica una toma de posición ética y técnica. Si la salud es un producto social, entonces:

- Las desigualdades en salud no son fallas individuales, sino fallas estructurales.
- La inacción frente a los DSS constituye una omisión ética del Estado y de los gestores.

La salud pública se convierte, así, en un instrumento de justicia social.

1.12.2. *Implicancias éticas del enfoque de DSS*

Desde la ética de la salud pública:

- **Principio de justicia:** Priorizar a poblaciones vulnerables no es asistencialismo, sino corrección de desigualdades.
- **Equidad vs. igualdad:** Tratar igual a poblaciones desiguales perpetúa la inequidad.
- **Responsabilidad colectiva:** El bienestar individual depende del entorno social compartido.

El abordaje de los DSS legitima éticamente políticas diferenciadas según riesgo y vulnerabilidad territorial.

1.12.3. *DSS en la gestión sanitaria*

En el ámbito de la gestión de IPRESS y RIS, los DSS orientan decisiones clave:

a) **Priorización sanitaria**

Permiten orientar el ASIS más allá de indicadores biomédicos, incorporando:

- IDE (Densidad del Estado)
- Acceso a servicios básicos
- Brechas territoriales y sociales

b) Asignación de recursos

El enfoque DSS justifica:

- Mayor inversión en primer nivel
- Financiamiento diferenciado según vulnerabilidad
- Enfoque preventivo-promocional con mayor retorno social

c) Diseño de intervenciones

Las intervenciones dejan de centrarse únicamente en la conducta individual y abordan:

- Entornos físicos (agua, saneamiento)
- Entornos sociales (violencia, redes comunitarias)
- Barreras culturales y económicas

1.12.4. Rol del gestor y del profesional de la salud

Bajo el enfoque DSS, el profesional deja de ser un ejecutor técnico para convertirse en:

- Gestor territorial de riesgos
- Abogado en políticas públicas
- Articulador multisectorial

El éxito de su gestión se mide no solo por atenciones realizadas, sino por condiciones de vida transformadas.

1.12.5. DSS y sostenibilidad del sistema de salud

Desde la Economía de la Salud:

- Intervenir temprano sobre DSS reduce costos futuros.
- La prevención estructural es más costo-efectiva que la atención curativa tardía.

- Ignorar DSS perpetúa sistemas caros, fragmentados e ineficientes.

Por ello, abordar los DSS no es solo una obligación ética, sino una decisión estratégica de sostenibilidad fiscal.

1.13. Síntesis interpretativa

A continuación se presenta un cuadro comparativo que resume los diferentes enfoques en salud pública mencionados:

Tabla 5

Cuadro comparativo de enfoques en salud pública

Dimensión de Análisis	Salud Pública Clásica	Nueva Salud Pública	Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud
Periodo histórico	Finales del siglo XIX – mediados del siglo XX	Década de 1970 en adelante	Década de 1990 en adelante
Pregunta central	¿Cómo evitar la enfermedad?	¿Cómo mejorar la salud de la población?	¿Por qué unas poblaciones son más sanas que otras?
Objeto de intervención	Enfermedades y riesgos biológicos	Estilos de vida, entornos y servicios de salud	Condiciones sociales, económicas y políticas
Concepción de salud	Ausencia de enfermedad	Bienestar físico, mental y social	Recurso para la vida y derecho social
Modelo explicativo dominante	Biologicista y epidemiológico clásico	Ecológico y multifactorial	Social, estructural y político

Dimensión de Análisis	Salud Pública Clásica	Nueva Salud Pública	Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud
Factores prioritarios	Agentes infecciosos, saneamiento, higiene	Conductas, ambiente, servicios	Ingreso, educación, empleo, vivienda, poder
Rol del sistema de salud	Controlar y erradicar enfermedades	Promover salud y prevenir riesgos	Reducir inequidades y modificar condiciones de vida
Rol del profesional de salud	Técnico-sanitario, ejecutor	Educador, facilitador y promotor	Gestor social, abogado y actor político
Tipo de intervención	Vertical, normativa, sectorial	Intersectorial y participativa	Multisectorial, estructural y territorial
Nivel de acción	Individual y comunitario limitado	Comunitario y territorial	Poblacional y macro-social
Énfasis ético	Protección de la población	Equidad y participación social	Justicia social y derechos humanos
Indicadores clásicos	Morbilidad, mortalidad, incidencia	Calidad de vida, estilos de vida	Brechas sociales, desigualdad, desarrollo humano
Ejemplos representativos	Vacunación masiva, control de epidemias	Escuelas saludables, hábitos saludables	Políticas de reducción de pobreza, saneamiento

La Salud Pública Clásica surge como respuesta a las grandes epidemias y crisis sanitarias del siglo XIX. Su foco está en el control técnico de la

enfermedad, con énfasis en la higiene, el saneamiento y la vigilancia epidemiológica. Aunque altamente efectiva para enfrentar enfermedades transmisibles, resulta insuficiente frente a la complejidad sanitaria actual.

La Nueva Salud Pública amplía el enfoque al incorporar el bienestar, los estilos de vida y la promoción de la salud como estrategias clave. Este paradigma reconoce la multicausalidad del proceso salud-enfermedad y la necesidad de la participación comunitaria y la intersectorialidad.

El enfoque de Determinantes Sociales de la Salud representa una evolución conceptual profunda. Plantea que la salud no se distribuye de manera azarosa, sino que refleja la estructura social, la distribución del poder y las oportunidades de vida. Bajo este enfoque, la prevención y la promoción requieren políticas públicas, acción multisectorial y compromiso ético con la justicia social.

1.14. Pioneros y paradigmas: Del rijcharismo a la verdadera APS

1.14.1. El rijcharismo: El despertar de la salud rural en el Perú

Mucho antes de que el mundo hablara de “Atención Primaria”, en la década de 1930, el Dr. Manuel Núñez Butrón (1899-1952) fundó en Puno el movimiento llamado rijcharismo (*Rijchariy*: despierta). Es considerado el pionero de la APS en el mundo por su enfoque intercultural y comunitario.

Un hito precursor y fundamental para entender la promoción de la salud con base comunitaria en el Perú es el movimiento dirigido por Manuel Núñez Butrón en Puno. Como destaca Frisancho (2001), el rijcharismo no solo buscó la prevención de enfermedades mediante la higiene, sino que propuso un modelo de educación sanitaria respetuoso de la identidad indígena, logrando que la propia comunidad se convirtiera en el motor de su transformación sanitaria, mucho antes de que se formalizaran estos conceptos en la Carta de Ottawa.

- **El propósito:** Mejorar la salud física y mental de la población indígena combatiendo tres frentes: el piojo (tifus exantemático), el consumo de alcohol y el analfabetismo.
- **Símbolos de intervención:** Su metodología no se basaba en fármacos complejos, sino en herramientas de dignidad: el peine, el jabón, el cuaderno y el lápiz.
- **Los mensajeros (promotores):** Se basó en los “Rijcharis”, promotores de salud de la misma comunidad que enseñaban hábitos de higiene y alfabetización.
- **Legado:** El rijcharismo demostró que la salud es un proceso educativo y social, y que el respeto por la cultura local es la llave para la eficacia sanitaria.

1.14.2. *David Tejada de Rivero y la verdad sobre Alma-Ata*

Es vital para el gestor de salud moderno corregir la interpretación de la Conferencia de Alma-Ata (1978). El Dr. David Tejada de Rivero, peruano y figura clave de este evento, planteó precisiones que hoy son la base del Modelo de Cuidado Integral:

- **La salud como derecho, no como consumo:** Tejada de Rivero criticó la visión de la salud como un “servicio de consumo” o una mercancía. La salud es un derecho social inalienable.
- **El error de la “Atención Primaria”:** Él lamentaba la traducción del término original *Primary Health Care*. Explicaba que “Atención” sugiere una acción vertical del proveedor sobre el paciente, mientras que el término correcto es “Cuidado”, el cual sugiere una responsabilidad compartida.
- **No es medicina pobre para pobres:** Una de sus mayores críticas fue la distorsión de la APS como un paquete básico de servicios para zonas rurales. Para Tejada, la APS es una estrategia integral que debe aplicarse en todos los niveles de complejidad, desde el puesto de salud hasta el hospital especializado.

- **Participación comunitaria:** No es “colaboración” de la comunidad en las tareas del médico, sino que la comunidad sea la dueña y protagonista de su propio proceso de salud.

Para que el lector y el gestor de salud comprendan la profundidad del debate que lideró el Dr. David Tejada de Rivero, es necesario contrastar la visión reduccionista que se impuso en muchos países frente a la visión humanista y técnica de Alma-Ata.

La siguiente tabla es fundamental, pues permite al alumno identificar cuándo una política de salud es meramente un “parche” asistencial y cuándo es una verdadera estrategia de desarrollo:

Tabla 6

Diferencias entre la APS Selectiva y la APS Integral (Basado en el Dr. David Tejada de Rivero)

Características	APS Selectiva (Crítica)	APS Integral (Propuesta Original)
Concepción	Salud como ausencia de enfermedad o “paquete de servicios”.	Salud como un derecho humano fundamental y estado de bienestar.
Población objetivo	Exclusiva para los “pobres” o zonas rurales marginadas.	Universal: para toda la sociedad, sin distinción de nivel socioeconómico.
Alcance Técnico	“Medicina pobre para pobres”: solo intervenciones de bajo costo.	Todos los niveles de complejidad (incluyendo hospitales) bajo una misma estrategia.
Rol de la Comunidad	Pasivo: la comunidad colabora en lo que el médico le pide.	Activo: la comunidad es protagonista y dueña de su proceso de cuidado.

Características	APS Selectiva (Crítica)	APS Integral (Propuesta Original)
Traducción del término	Atención Primaria (Acción vertical del sistema sobre el usuario).	Cuidado Primario de la Salud (Responsabilidad compartida y horizontal).
Intervención	Centrada en el daño y la curación de enfermedades específicas.	Centrada en los Determinantes Sociales (agua, educación, vivienda).
Símbolo Político	Herramienta de control social y mitigación de la pobreza.	Herramienta de liberación, justicia social y desarrollo humano.

Análisis para el gestor

La APS Selectiva fue una distorsión que convirtió la estrategia de Alma-Ata en simples “programas verticales” (solo vacunas o solo control de crecimiento). Por el contrario, la APS Integral que defendía el Dr. Tejada de Rivero exige una gestión multisectorial.

En el contexto peruano, retomar la visión de Tejada de Rivero significa que el director de una IPRESS no debe limitarse a mirar las paredes de su centro de salud, sino que debe salir a “despertar” a la comunidad, tal como lo hicieron los Rijcharis en Puno. La salud no se “da”, se construye mediante el esfuerzo organizado de la sociedad, haciendo honor a la definición de ciencia y arte de Winslow.

Dato clave para el examen

“La APS no es el primer nivel de atención; el primer nivel de atención es un lugar físico, la APS es la estrategia que debe inundar todo el sistema de salud, desde el puesto más remoto hasta el instituto nacional más especializado”.

Preguntas para la reflexión del gestor

Al observar las brechas de salud en su jurisdicción, **¿se ha preguntado si estas diferencias son un simple artificio estadístico o si responden a una selección social “natural”?**

Si la evidencia indica que la mayoría de los determinantes de la salud son modificables, incluso algunos de tipo biológico gracias al avance tecnológico, **¿por qué nuestras intervenciones siguen centradas mayoritariamente en lo hereditario y no en lo social?**

¿Es posible que la genética favorezca a unos grupos sobre otros, o es el entorno el que silencia o activa nuestro potencial biológico?

NOTA DE REFLEXIÓN PARA EL GESTOR: En el Perú, la Promoción de la Salud se operativiza a través de los Ejes Temáticos (Alimentación, Higiene, Salud Mental, etc.) y los Escenarios (Vivienda, Escuela, Municipio, Centro Laboral).

CAPÍTULO 2

MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICAS EN SALUD: EL ESCENARIO PERUANO

El Capítulo 2 es la columna vertebral institucional del libro. En el Perú, la gestión de la salud no solo se basa en el conocimiento clínico, sino en un complejo andamiaje normativo que ha evolucionado hacia la descentralización y la integración. Como especialistas, debemos dominar estas reglas de juego para que nuestras estrategias de prevención y promoción tengan viabilidad legal y financiera.

Este capítulo analiza cómo las directrices internacionales se aterrizan en la realidad nacional a través de las políticas del Ministerio de Salud (MINSA), ente rector del sector.

2.1. Marco conceptual

2.1.1. *Objetivos de aprendizaje*

Al finalizar este capítulo, el lector será capaz de lo siguiente:

- Reconocer la normativa nacional e internacional que regula la prevención y promoción de la salud en el Perú.
- Comprender el rol rector del Estado y del Ministerio de Salud en la política sanitaria.
- Interpretar el Modelo de Cuidado Integral (MCI) como eje reformador del sistema de salud.
- Analizar la relación entre normas, presupuesto y resultados sanitarios.

2.1.2. *Ideas clave*

- La salud es un derecho constitucional y una responsabilidad indelegable del Estado.

- Las políticas internacionales (OMS/OPS) orientan y condicionan las políticas sanitarias nacionales.
- El MCI redefine el enfoque asistencial hacia el cuidado integral por curso de vida.
- Sin marco normativo no existe viabilidad institucional ni financiera para la prevención.

2.1.3. *Aplicación práctica esperada*

- Tomar decisiones sanitarias alineadas a la normativa vigente.
- Sustentar técnicamente planes y proyectos de salud ante instancias de gestión y financiamiento.
- Reducir riesgos legales y administrativos en la implementación de intervenciones sanitarias.

2.2. El marco constitucional y la Ley General de Salud

La base de toda intervención en el Perú parte del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental.

- **Constitución Política del Perú:** Artículos 7° y 9°, que establecen el derecho a la protección de la salud y el deber del Estado de determinar la política nacional de salud.
- **Ley General de Salud (Ley N.º 26842):** Define las responsabilidades, deberes y derechos relativos a la salud individual y pública. Es el marco que faculta al personal de salud para realizar intervenciones preventivas y de vigilancia sanitaria.

2.3. Políticas nacionales y el Modelo de Cuidado Integral (MCI)

La política actual se aleja del enfoque fragmentado para centrarse en la persona.

- **Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”:** Define las prioridades del Estado para reducir los años de vida perdidos por causas evitables.
- **El Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI):** El sistema de salud peruano ha enfrentado históricamente una crisis de fragmentación y desarticulación, caracterizada por servicios obsoletos, falta de insumos y una carga administrativa excesiva. Ante esta realidad, el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI) surge como el eje reformador para garantizar el derecho a la salud a través de la Atención Primaria de Salud (APS) Renovada.

2.3.1. *Definición y cambio de paradigma*

El MCI no es solo una norma técnica (R.M. N.° 030-2020/MINSA), sino un cambio de enfoque: se transita de la “Atención” (episódica y centrada en la enfermedad) al “Cuidado” (continuo y centrado en la persona). Este modelo organiza las intervenciones sanitarias alrededor de la persona, su familia y su comunidad, reconociendo que la salud es un proceso dinámico influenciado por el pasado y determinante del futuro.

2.3.2. *Los componentes del Cuidado Integral*

Para que la prevención y promoción sean efectivas, el MCI se sostiene en cuatro pilares operativos:

- a) **Prestación:** Organizada por Paquetes de Cuidado Integral según la etapa de vida (niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor), asegurando que nadie se quede fuera del sistema.
- b) **Gestión:** Enfocada en procesos orientados a resultados sanitarios, optimizando el uso de recursos.
- c) **Financiamiento:** Alineado al Presupuesto por Resultados para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones.

- d) **Gobernanza:** Liderazgo institucional para articular a los actores sociales y sectores del territorio.

2.3.3. El Curso de Vida como eje longitudinal

A diferencia del enfoque tradicional por etapas biológicas aisladas, el Curso de Vida entiende que los eventos de salud en la gestación o la infancia repercuten directamente en la vejez. El gestor de salud debe implementar:

- **Cuidados extramurales:** Salir del establecimiento hacia el domicilio y la comunidad.
- **Vía de cuidados:** Desde la admisión (ventanilla única) hasta el seguimiento preventivo y la referencia oportuna.
- **Abordaje de determinantes:** Intervenir en el entorno para reducir riesgos como la anemia, la violencia o las enfermedades no transmisibles.

2.3.4. Implementación en el primer nivel: Las Redes Integradas de Salud (RIS)

La operatividad del MCI descansa en la conformación de unidades básicas de cuidados integrales y equipos itinerantes que lleven la salud mental, el control prenatal y la inmunización a todo el territorio. El éxito del modelo se mide en la cobertura efectiva: qué porcentaje de la población realmente cuenta con su paquete integral ejecutado y no solo con una atención aislada.

2.4. Redes Integradas de Salud (RIS) y descentralización

La operatividad de la prevención y promoción hoy se gestiona a través de las RIS (Ley N.º 30885).

- **Territorialización:** El Perú se organiza en redes que agrupan establecimientos de salud (IPRESS) para asegurar que la población de un territorio específico tenga acceso continuo.

- **Funciones de las RIS:** Coordinar la promoción de la salud y la prevención de riesgos de manera colectiva, optimizando recursos y evitando que el paciente se “pierda” en el sistema.

2.5. Estándares internacionales: OMS y OPS en el Perú

El Perú es signatario de acuerdos internacionales que moldean nuestras normas técnicas:

- **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS - Meta 3):** Lograr la cobertura sanitaria universal.
- **Atención Primaria de Salud (APS) Renovada:** El paso de una APS selectiva (solo para pobres) a una APS integral para todos los ciudadanos.
- **Reglamento Sanitario Internacional (RSI):** Fundamental para la prevención de epidemias y el control de fronteras, especialmente relevante tras la experiencia del COVID-19 en el país.

2.6. Articulación multisectorial: Salud en todas las políticas

En el Perú, la prevención no depende solo del MINSA. El gestor de salud debe conocer las competencias de otros actores:

- **MIDIS (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social):** Articulación con programas como *Cuna Más* o *Juntos* para metas de vacunación y reducción de anemia.
- **Gobiernos locales (municipalidades):** Responsables de la vigilancia del agua segura y mercados saludables, bajo la asesoría técnica del personal de salud.

2.7. La discapacidad desde la articulación socio-sanitaria: Más allá de la rehabilitación clínica

El abordaje de la discapacidad en el Perú requiere romper con el modelo puramente médico-asistencial para transitar hacia una **articulación socio-sanitaria** real.

2.7.1. *La discapacidad como fenómeno multidimensional*

Basándose en la CIF de la OMS, el estudio destaca que la discapacidad no es un “problema de salud” aislado, sino el resultado de la interacción entre las deficiencias de la persona y las barreras del entorno.

- **El aporte del Dr. Cordero:** La inclusión social y laboral no depende solo de la rehabilitación física (Objeto), sino de cómo el sistema de salud se articula con otros sectores (Sujeto y Lugar) para eliminar las barreras arquitectónicas, comunicacionales y actitudinales.

2.7.2. *Hallazgos clave para la gestión en salud*

Para el gestor de salud, el artículo ofrece lecciones estratégicas basadas en la evidencia:

- a) **Inequidad en el acceso:** Existe una brecha significativa en el acceso a servicios de salud especializados para personas con discapacidad, exacerbada por la falta de seguros que cubran integralmente sus necesidades.
- b) **El círculo vicioso de la pobreza:** La discapacidad suele profundizar la pobreza debido a la falta de oportunidades laborales, lo que a su vez limita el acceso a una mejor salud (un claro ejemplo de cómo actúan los Determinantes Sociales).
- c) **Necesidad de un modelo de gestión articulado:** El éxito de la inclusión no radica en esfuerzos aislados de una IPRESS, sino en la “**articulación socio-sanitaria**”, donde el sector salud trabaje de

la mano con el Ministerio de Trabajo, Educación y las OMAPED de los municipios.

2.7.3. Propuesta de valor: La inclusión laboral como determinante de salud

El estudio subraya que el trabajo no es solo un medio de subsistencia, sino un factor terapéutico y de dignidad. Un gestor de salud con visión integral debe promover que las personas con discapacidad tengan una certificación de discapacidad oportuna para acceder a los beneficios de ley (cuotas laborales), cerrando así la brecha de exclusión.

2.7.4. Diagrama de flujo: Ruta de la articulación socio-sanitaria para la inclusión laboral

El siguiente proceso describe el camino que debe seguir un paciente con discapacidad desde que ingresa a la IPRESS hasta su inserción en el mercado laboral, rompiendo el círculo vicioso de la exclusión.

Figura 7

Etapas de la ruta crítica para el gestor de la IPRESS



El gestor debe entender que la **articulación socio-sanitaria** es el antídoto contra la fragmentación. Si la IPRESS solo “cura la herida” pero no gestiona el certificado ni el contacto con la oficina de empleo, la intervención está incompleta.

Lo perfecto es enemigo de lo oportuno: es preferible iniciar una articulación básica con el municipio local hoy, que esperar a que el sistema nacional esté totalmente integrado. El éxito de este flujo depende de la **persistencia** (como dice el dicho: un clavo no entra al primer martillazo).

- **Preguntas para la reflexión del gestor**

- Desde su rol directivo, **¿las políticas que usted implementa: asumen que la mala salud se debe a la “cultura de la pobreza” o reconoce que la pobreza es la mayor amenaza estructural para la salud?**
- Al aplicar la normativa vigente, **¿qué proyecto social está persiguiendo realmente: el simple cumplimiento administrativo o una transformación de las condiciones de vida?**
- **¿Cómo influye el sistema legislativo de nuestro país en el control de factores no clínicos, como la publicidad de alimentos o la regulación del tabaco?**

NOTA DE REFLEXIÓN PARA EL GESTOR: Desde la perspectiva de la **Economía de la Salud**, este marco normativo permite la implementación del **Presupuesto por Resultados (PpR)**. Un director de Red o un jefe de IPRESS debe entender que el cumplimiento de estas normas (ej. metas de cobertura de vacunas o tamizaje de cáncer) es lo que garantiza la asignación presupuestaria para su establecimiento. Sin norma no hay presupuesto; sin presupuesto no hay prevención.

CAPÍTULO 3

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN ESPECÍFICAS EN EL CONTEXTO PERUANO

La prevención en el Perú se rige por las **Normas Técnicas de Salud (NTS)** emitidas por el MINSA, las cuales estandarizan los procesos para asegurar la calidad del cuidado en los tres niveles de atención.

3.1. Marco conceptual

3.1.1. *Objetivos de aprendizaje*

Al finalizar este capítulo, el lector será capaz de lo siguiente:

- Identificar estrategias de prevención basadas en la historia natural de la enfermedad.
- Priorizar intervenciones preventivas según criterios de impacto y costo-efectividad.
- Aplicar acciones preventivas en enfermedades transmisibles, no transmisibles y salud mental.
- Reconocer la vigilancia epidemiológica como herramienta clave de gestión.

3.1.2. *Ideas clave*

- La prevención actúa en distintos niveles: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.
- Las enfermedades no transmisibles representan la mayor carga sanitaria y económica del país.
- La prevención efectiva requiere integración clínica, comunitaria y territorial.

- La vigilancia epidemiológica es una herramienta de acción, no solo de registro.

3.1.3. *Aplicación práctica esperada*

- Incorporar acciones preventivas en cada contacto con el usuario.
- Priorizar intervenciones con mayor retorno sanitario y económico.
- Gestionar brotes, riesgos y factores prevenibles desde el primer nivel de atención.

3.2. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)

La implementación de la prevención en el primer nivel de atención requiere de un marco estructurado que permita al profesional de la salud pasar del “acto de evitar que algo pase” a una intervención clínica sistemática y basada en evidencias. El PAPPS representa este esfuerzo por integrar la prevención primaria y secundaria en la práctica asistencial diaria.

3.2.1. *Definición y niveles de intervención*

El programa se fundamenta en la capacidad del equipo de atención primaria para incidir en la historia natural de la enfermedad:

- **Prevención primaria:** Actúa en las etapas más tempranas para evitar el inicio del proceso patológico. Incluye la inmunización, la quimioprevención y, fundamentalmente, la promoción de estilos de vida sanos (consejo antitabaco, dieta, ejercicio).
- **Prevención secundaria (cribado):** Se enfoca en la detección de factores de riesgo asintomáticos (como la hipertensión) o de enfermedades en fases precoces (como el cáncer de mama o colon) para ofrecer tratamientos que reduzcan la morbilidad y mortalidad.

3.2.2. *Acciones del Sistema de Salud según su alcance*

Las actividades preventivas se clasifican según el objeto de su acción:

- **Protección de la salud:** Acciones colectivas que inciden sobre el medio ambiente (saneamiento ambiental y seguridad alimentaria).
- **Prevención clínica e individual:** Acciones que inciden sobre el individuo. Aquí es donde el PAPPS cobra relevancia a través de:
 - **Acciones de masa:** En ámbitos no clínicos (escuelas, centros laborales).
 - **Acciones personales:** Realizadas en el establecimiento de salud (vacunas, consejo médico, tamizajes).

3.2.3. *Criterios de selección: Eficacia y coste-efectividad*

No todas las intervenciones preventivas tienen el mismo impacto. El gestor de salud debe priorizar aquellas con mayor respaldo científico. Estudios de coste-efectividad demuestran que:

- La vacunación (influenza, neumococo) y el consejo antitabaco son intervenciones ahorradoras de costos (Cost saving).
- El cribado de cáncer de mama y colon, así como el manejo de la hipertensión, son altamente efectivos pero requieren una implementación logística mayor.
- El desafío: En el Perú, a menudo se subutilizan las intervenciones con mejor costo-efectividad (como la consejería) mientras se sobreutilizan tecnologías de baja eficiencia clínica.

3.2.4. *Guía práctica para la consulta: El “Decálogo” preventivo*

Para el profesional en el consultorio, el PAPPS se traduce en recomendaciones directas que deben integrarse en cada contacto con el paciente:

- **Estilos de vida:** Fomento de la actividad física moderada diaria y consumo de 5 raciones de frutas/verduras.

- **Evitación de riesgos:** Abandono del tabaco, limitación del alcohol y protección solar.
- **Detección precoz:** Tamizaje de cuello de útero (desde los 25 años), mamografía (desde los 50 años) y detección de cáncer de colon.

3.3. Las Enfermedades No Transmisibles (ENT): Del modelo biologista al abordaje integral

En el Perú, las ENT son responsables de la mayor carga de años de vida perdidos (AVP). El enfoque debe ser la detección de factores de riesgo metabólicos.

El estudio de las enfermedades no transmisibles ha evolucionado desde una visión puramente biológica hacia una comprensión ecológica y social. Hoy, las ENT no solo se definen por su cronicidad, sino por el desafío que representan para la integridad física y psicológica del individuo.

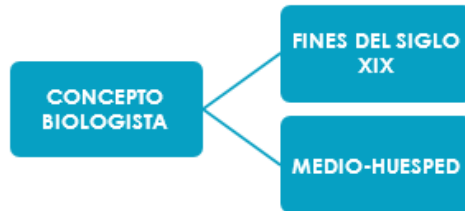
3.3.1. *Evolución del pensamiento médico*

Para entender las ENT es necesario revisar la historia de la medicina:

- **Fines del siglo XIX (concepto biologista):** Dominado por la relación Medio-Huésped, donde la enfermedad era vista como una invasión externa.

Figura 8

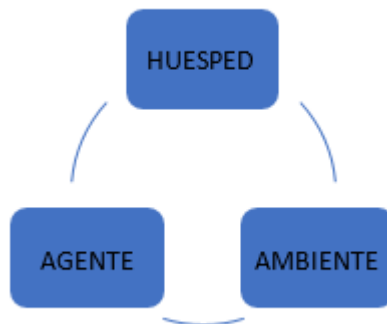
Modelo biólogo



- **Mediados del siglo XX (modelo ecológico):** Aparece la **Tríada Ecológica** (Agente, Huésped, Ambiente). Aquí se reconoce que el ambiente y la susceptibilidad del huésped son tan críticos como el agente mismo.

Figura 9

Modelo ecológico



- **Multicausalidad:** Se entiende que las ENT son el resultado de hábitos de vida, factores genéticos, fisiológicos y, sobre todo, sociales y ambientales.

3.3.2. *Definición y magnitud del problema*

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) o también denominadas indistintamente Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), se definen como patologías de larga duración y lenta progresión, cuya curación completa a menudo no ocurre. Según la OMS, son la principal causa de muerte global, matando a más personas que todas las enfermedades infecciosas combinadas.

- **El impacto en la pobreza:** Contrario a la creencia popular, 8 de cada 10 defunciones por ENT ocurren en países de bajos y medianos ingresos, afectando a los más vulnerables que carecen de regulación y educación sanitaria.
- **En el Perú:** Constituyen el principal problema de salud del adulto, vinculadas al envejecimiento poblacional y cambios en el consumo (tabaco, alcohol y dietas procesadas).

3.3.3. *Las “Cuatro Grandes” y sus complicaciones*

Dentro de las ENT más frecuentes, podemos enumerar las siguientes:

- **Enfermedades cardiovasculares:** Causan infartos y ACV por obstrucción arterial.
- **Cáncer:** Vinculado a factores ambientales y hábitos modificables.
- **Diabetes:**
 - Tipo 1: Insulinodependiente (inicio infantil).
 - Tipo 2: Por uso ineficaz de la insulina (predomina en adultos, ahora creciente en niños).
 - Gestacional: Hiperglucemia durante el embarazo.
- **Enfermedades respiratorias crónicas:** Como el EPOC y el asma.

3.3.4. *La dimensión psicológica: Reacciones ante la cronicidad*

Un aporte vital es el análisis de los temores del paciente con ENT. El gestor de salud debe reconocer y abordar:

- **Ansiedad y culpa:** Por la separación del entorno familiar o por creerse responsable de su salud.
- **Temor a la pérdida:** De la independencia, de partes del cuerpo, o del afecto de los seres queridos debido a la dependencia que genera la enfermedad.
- **Temor al dolor y a los extraños:** La vulnerabilidad que implica recibir cuidados íntimos de personal desconocido.

3.3.5. *Fuentes de poder y responsabilidades*

Para enfrentar una ENT, el paciente debe activar sus “**Fuentes de Poder**”: su fuerza física, su sistema de creencias y, fundamentalmente, el apoyo de su grupo familiar. **Responsabilidades del Paciente:**

- Asumir la nueva condición de vida.
- Obtener conocimiento real sobre la patología.
- Mantener controles médicos y adherencia farmacológica/dietética.
- Participar en grupos de apoyo de pares para la resolución de conflictos emocionales.

3.4. **Prevención de enfermedades transmisibles e inmunizaciones**

A pesar del avance, el Perú enfrenta brotes recurrentes que exigen una vigilancia epidemiológica activa.

3.4.1. *El Esquema Nacional de Vacunación*

Es uno de los más completos de la región (18 vacunas que protegen contra 28 enfermedades). La estrategia de “barrido” y la cadena de frío son pilares de la gestión.

3.4.2. *Enfermedades metaxénicas (Dengue, Zika, Chikungunya, Malaria)*

Realidad peruana: El Dengue es hoy un problema de salud pública urbana y rural. La prevención se centra en el **Control Vectorial** (eliminación de criaderos) y la vigilancia genómica del vector *Aedes aegypti*.

- Participación comunitaria: “Familias saludables frente al dengue”.

3.4.3. *Tuberculosis (TB)*

Perú sigue teniendo una de las tasas más altas de TB-MDR (Multidrogorresistente) en las Américas. La prevención se basa en la captación de **Sintomáticos Respiratorios (SR)** y la administración de Terapia Preventiva con Isoniazida (TPI) a contactos.

3.5. Estrategias en salud mental: El cambio de modelo

La reforma de salud mental en el Perú es un referente regional, pasando del modelo asilar al **Modelo de Salud Mental Comunitaria**.

3.5.1. *Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC)*

Prevención secundaria y terciaria a través de equipos multidisciplinarios.

- Prevención de la violencia familiar y de género: Un problema estructural que requiere tamizaje de violencia en cada consulta de salud (Ficha de Valoración de Riesgo).

3.5.2. *Prevención del suicidio y adicciones*

Intervenciones basadas en la resiliencia y la identificación temprana de signos de alarma en adolescentes.

3.6. **Salud materno-infantil: El reto de la anemia y la desnutrición**

La prevención en esta etapa es la inversión más rentable para el capital humano del país.

3.6.1. *Prevención de la anemia y Desnutrición Crónica Infantil (DCI)*

Uso de suplementos de hierro y la **Sesión Demostrativa de Alimentos** (metodología de educación sanitaria).

- Promoción de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta los 6 meses.

En el Perú, la lucha contra la malnutrición infantil sigue siendo una prioridad de Estado, lo cual se refleja en el Ministerio de Salud (2023) a través de su Plan Nacional de Prevención y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil. Este documento técnico establece metas ambiciosas para la reducción de brechas nutricionales, integrando intervenciones multisectoriales que van desde la suplementación con hierro hasta el fortalecimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED), alineando así los esfuerzos regionales bajo una directriz nacional de salud pública.

3.6.2. *Salud materna*

Prevención de la mortalidad materna mediante el control prenatal reenfocado y la identificación de señales de peligro.

- Fomento del **parto vertical con adecuación cultural** para mejorar la cobertura en zonas andinas y amazónicas.

3.6.3. *Enfermedades transmisibles y gestión de brotes: La vigilancia epidemiológica en acción*

A pesar del avance de las patologías crónicas, las enfermedades transmisibles siguen representando una amenaza significativa para la salud pública, especialmente por su capacidad de generar brotes y epidemias que pueden colapsar los servicios de salud si no se gestionan con celeridad y rigor técnico.

3.6.4. *Conceptos fundamentales: Infección vs. infestación*

Es crucial que el profesional de salud distinga entre los distintos tipos de afecciones transmisibles:

- **Enfermedad infecciosa:** Manifestaciones clínicas producidas por la invasión y multiplicación de un agente en un huésped susceptible.
- **Infestación:** Provocada por agentes que permanecen en la superficie del organismo (ej. escabiosis, pediculosis).
- **Enfermedad infecto-contagiosa:** Aquella que se transmite exclusivamente por contacto directo persona a persona.

3.6.5. *La cadena epidemiológica*

Para interrumpir la transmisión de una enfermedad, el gestor debe identificar y actuar sobre los eslabones de la cadena:

- **Agente:** Biológico (bacterias, virus, parásitos).
- **Fuente o reservorio:** Donde el agente vive y se multiplica (hombre, animal o suelo).
- **Puerta de salida y vía de transmisión:** Puede ser directa (besos, contacto sexual, gotas de saliva) o indirecta (vehículos como agua/ alimentos, vectores o aire).
- **Huésped susceptible:** Individuo que no posee inmunidad específica.

3.6.6. *Medidas de control y prevención*

Las intervenciones se diseñan según el eslabón de la cadena que se desee atacar:

- **Sobre el reservorio:** Diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, aislamiento y notificación obligatoria.
- **Sobre la vía de transmisión:** Saneamiento ambiental, control de vectores y desinfección.
- **Sobre el huésped:** Inmunización activa (vacunas), quimioprofilaxis y promoción de hábitos higiénicos.

3.6.7. *Gestión de crisis: El estudio de brote*

Ante la aparición de un número inusual de casos (brote), el jefe de IPRESS o el equipo epidemiológico debe seguir un protocolo de respuesta rápida en tres fases:

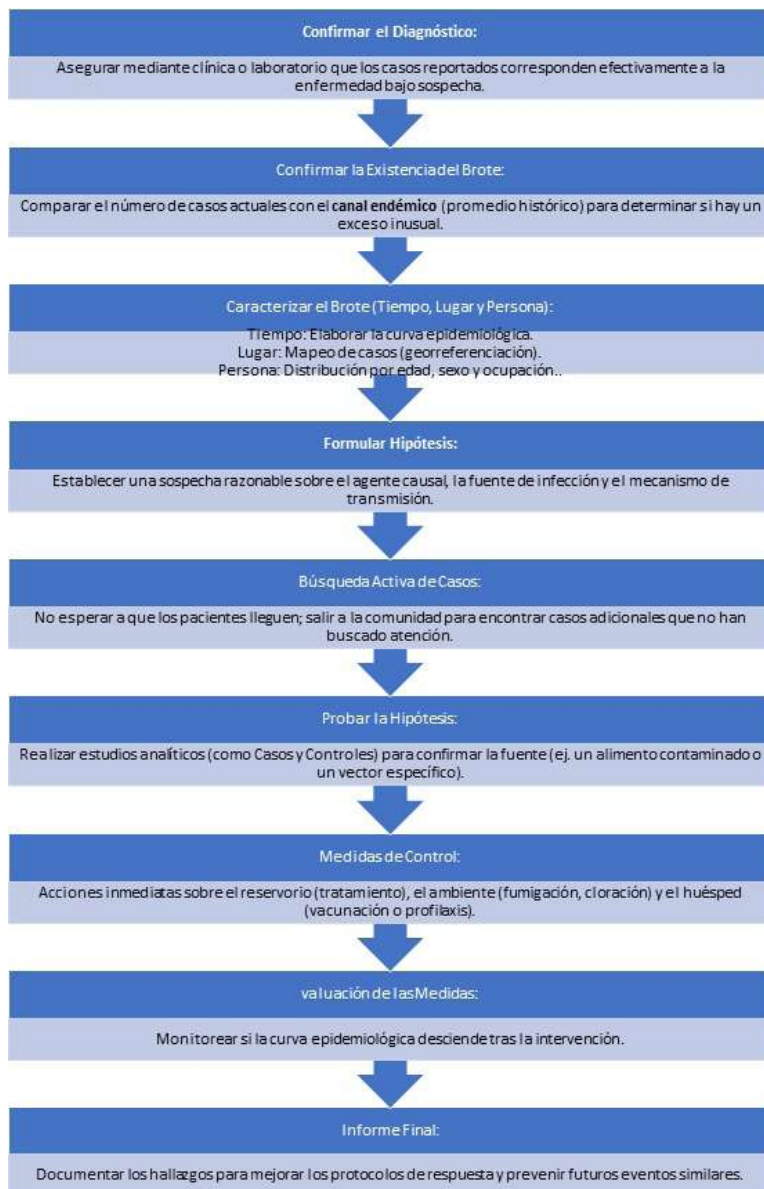
- a) **Investigación preliminar:** Confirmar el diagnóstico, verificar la existencia del brote y describir la situación según **Persona, Lugar y Tiempo** (curva epidemiológica).
- b) **Análisis y prueba de hipótesis:** Realizar una búsqueda activa de casos adicionales y determinar la fuente de infección probable mediante estudios analíticos (cohortes o casos y controles).
- c) **Conclusiones y acción:** Implementar medidas de control definitivas y elaborar un informe técnico para prevenir futuras ocurrencias.

3.6.8. *Protocolo operativo: Los 9 pasos para la investigación de un brote*

El estudio de un brote es una “epidemiología de campo” que requiere una secuencia lógica para identificar la fuente y cortar la transmisión. A continuación, se presenta el flujo grama de intervención:

Figura 10

Desglose de la ruta crítica para el gestor



La regla de oro del gestor: *Las medidas de control iniciales (Paso 7) no deben esperar a la prueba definitiva de la hipótesis (Paso 6) si hay un riesgo inminente para la vida de la población. La salud pública es una ciencia de acción.*

• **Preguntas para la reflexión del gestor**

- Ante un aumento de enfermedades crónicas, **¿estamos analizando si la población vive en condiciones ambientales de mayor riesgo o seguimos culpabilizando al individuo por sus “malas elecciones”?**
- **¿De qué sirve prescribir un tratamiento preventivo si el paciente carece de los prerrequisitos básicos como agua segura, vivienda o paz?**
- Si los factores biológicos y la edad no son modificables, **¿cuánto esfuerzo real está dedicando su gestión a los factores personales y familiares que sí pueden transformarse?**

NOTA DE REFLEXIÓN PARA EL GESTOR: Desde la gestión, se subraya que la prevención no es un gasto, sino una mitigación de costos futuros. Por ejemplo, el costo de un tratamiento de diálisis por diabetes no controlada supera en más de veces el costo de un programa anual de prevención y control de hipertensión y glucosa en el primer nivel de atención.

Regla de oro del salubrista: La eficacia de una estrategia de prevención se mide por los casos que **no** llegaron al hospital.

CASOS PRÁCTICOS

Caso práctico N. 1

Distrito con alta prevalencia de Hipertensión Arterial y baja adherencia al tratamiento

- **Situación problemática**

Un distrito urbano-periférico de aproximadamente 25 000 habitantes presenta:

- Prevalencia estimada de **Hipertensión Arterial (HTA) ≥ 30 %** en población adulta.
- Baja cobertura de tamizaje oportuno en el primer nivel de atención.
- **Adherencia al tratamiento farmacológico menor al 40 %.**
- Alta frecuencia de complicaciones: emergencias hipertensivas, ACV y eventos coronarios.
- Sobrecarga del hospital de referencia y aumento del gasto por atenciones de alta complejidad.

El análisis inicial muestra que, pese a la disponibilidad de medicamentos antihipertensivos, los resultados sanitarios son limitados.

- **Análisis desde el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud**

El problema no se reduce a la prescripción terapéutica. El ASIS local identifica:

- **Determinantes sociales intermedios:**
 - Sedentarismo, obesidad y consumo elevado de sal.
 - Jornadas laborales extensas e informales.
 - Bajo nivel de alfabetización en salud.
- **Determinantes estructurales:**
 - Entornos urbanos sin espacios seguros para actividad física.

- Débil articulación entre IPRESS y municipalidad.
- Escasa participación comunitaria en el autocuidado.

• **Estrategia integral de intervención (Propuesta de valor)**

a) **Prevención secundaria y terciaria (Clínico-sanitaria)**

- Tamizaje masivo de HTA en la comunidad y lugares de trabajo.
- Implementación del **Paquete de Cuidado Integral para el Adulto** según MCI.
- Seguimiento activo de pacientes con HTA mediante visitas domiciliarias y telesalud.

b) **Promoción de la salud (DSS)**

- Creación de **entornos saludables**:
 - Programas municipales de caminatas comunitarias.
 - Ferias de alimentación saludable en mercados locales.
- Sesiones educativas grupales con enfoque de **entrevista motivacional**, no punitivo.

c) **Gestión y economía de la salud**

- Priorizar HTA como problema crítico en el ASIS.
- Articulación con el **Programa Presupuestal de ENT**.
- Reorientación del gasto hacia prevención y seguimiento.

• **Resultado esperado / Propuesta de valor**

- Incremento de la adherencia terapéutica ≥ 70 %.
- Reducción de emergencias hipertensivas y hospitalizaciones evitables.
- Disminución del gasto en hospitalización por complicaciones cardiovasculares.
- Empoderamiento del paciente como actor del autocuidado.

- **Valor agregado**

Cada hipertenso controlado en el primer nivel representa **costos evitados de alta complejidad**, mejor calidad de vida y mayor productividad social.

Caso práctico N. 2

Alta prevalencia de anemia infantil en zona rural con débil articulación multisectorial

• Situación problemática

Un distrito rural andino con población dispersa presenta:

- **Prevalencia de anemia infantil > 45 %** en menores de 36 meses.
- Cobertura irregular de suplementación con hierro.
- Alta deserción en controles CRED.
- Persistencia de viviendas sin agua segura ni saneamiento.
- Intervenciones fragmentadas entre salud, municipalidad y programas sociales.

A pesar de años de distribución de suplementos, la anemia no disminuye de forma sostenida.

• Análisis desde Determinantes Sociales y Curso de Vida

El ASIS evidencia que la anemia:

- No es solo un problema nutricional, sino un **problema estructural**.
- Se asocia a:
 - Inseguridad alimentaria.
 - Bajo nivel educativo materno.
 - Viviendas hacinadas y contaminación fecal.
- Compromete el desarrollo cognitivo futuro, perpetuando el círculo de pobreza.

• Estrategia integral de intervención (Propuesta de valor)

a) Prevención primaria (Inicio temprano del curso de vida)

- Captación temprana de gestantes y control prenatal reenocado.
- Promoción de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria adecuada.

b) Promoción de la salud (Intervención territorial)

- Articulación con la municipalidad bajo el enfoque “**Salud en todas las políticas**”.
- Mejora de acceso a agua segura y saneamiento básico.
- Sesiones demostrativas comunitarias de preparación de alimentos ricos en hierro local.

c) Gestión y política pública

- Integración con **Programa Articulado Nutricional (PP 001)**.
- Trabajo coordinado con MIDIS (Cuna Más, JUNTOS).
- Uso del **Sello Municipal** como incentivo político.

• Resultado esperado / Propuesta de valor

- Reducción sostenida de la anemia infantil en el territorio.
- Incremento del desarrollo cognitivo y rendimiento escolar futuro.
- Disminución de costos educativos y sanitarios a largo plazo.
- Fortalecimiento del capital humano local.

• Valor agregado

Invertir en los primeros años de vida genera el **mayor retorno social y económico**, evitando daños irreversibles en el desarrollo humano.

• Reflexión final para el lector

La prevención y la promoción no solo salvan vidas: transforman territorios, optimizan recursos y construyen futuro.

Estos casos evidencian que el profesional de la salud:

- No es solo un clínico.
- Es un **gestor de determinantes**, un articulador social y un actor estratégico del desarrollo.

- **Uso pedagógico sugerido**

- Análisis grupal en aula.
- Discusión guiada en SERUMS.
- Taller de formulación de intervenciones basadas en ASIS.
- Evaluación de impacto y costo-efectividad.

CAPÍTULO 4

ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Capítulo 4 se centra en la esencia de la salud pública moderna: el fortalecimiento de la salud desde sus raíces. En el Perú, la **Promoción de la Salud (PROMS)** no es solo una actividad educativa; es una estrategia política y social recogida en los **Lineamientos de Política de Promoción de la Salud (R.M. N.º 422-2005/MINSA)** y operativizada a través del Modelo de Cuidado Integral (MCI).

La promoción de la salud en el territorio peruano busca transformar las condiciones de vida que influyen en la salud, fomentando el empoderamiento de la ciudadanía y la participación de los gobiernos locales y regionales.

4.1. Marco conceptual

4.1.1. *Objetivos de aprendizaje*

Al finalizar este capítulo, el lector será capaz de lo siguiente:

- Comprender la promoción de la salud como una estrategia socio-política y multisectorial.
- Aplicar los principios de la Carta de Ottawa en escenarios reales.
- Diseñar intervenciones de promoción basadas en ejes temáticos y contextos territoriales.
- Utilizar herramientas de educación y comunicación para el cambio de comportamiento.

4.1.2. *Ideas clave*

- La promoción de la salud fortalece capacidades y modifica condiciones de vida.

- Los escenarios (escuela, vivienda, municipio, centro laboral) son espacios estratégicos de intervención.
- La participación comunitaria es esencial para la sostenibilidad de las acciones.
- La interculturalidad es indispensable para la efectividad de la promoción en el Perú.

4.1.3. *Aplicación práctica esperada*

- Diseñar y ejecutar planes locales de promoción de la salud.
- Articular acciones con municipalidades y actores sociales.
- Adaptar mensajes de salud a contextos culturales diversos.

4.2. Promoción de entornos saludables (los escenarios)

El MINSA identifica “escenarios” donde se desarrollan las personas. La intervención en estos espacios es fundamental para lograr un impacto real en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

4.2.1. *Escuelas promotoras de salud*

- **Realidad peruana:** Se articula con el programa **Qali Warma** y el Ministerio de Educación (MINEDU). El objetivo es convertir la escuela en un espacio que fomente la higiene (lavado de manos), la salud ocular y bucal, y la convivencia sin violencia.
- **Regulación clave:** La vigilancia de los **quioscos, cafetines y comedores escolares saludables**, asegurando la disponibilidad de alimentos naturales y evitando productos con octógonos.

4.2.2. *Municipios y comunidades saludables*

- **Gestión y descentralización:** El profesional de salud actúa como asesor técnico del gobierno local. Se utiliza el “**Sello Municipal**” como incentivo para que los alcaldes inviertan en agua, saneamiento y programas contra la anemia.

- **Vivienda saludable:** Intervenciones intramurales para mejorar el manejo de residuos sólidos, la disposición de excretas y la ventilación (prevención de TB e infecciones respiratorias).

4.2.3. *Centros de trabajo saludables*

- Enfoque en la ergonomía y la salud mental laboral. Promoción de “**Pausas Activas**” para reducir el sedentarismo en entornos urbanos peruanos.

4.3. **Abordaje de la promoción por ejes temáticos**

Los ejes temáticos son los contenidos prioritarios que se deben insertar en todos los escenarios.

4.3.1. *Alimentación y nutrición saludable*

- **Ley N.º 30021:** Implementación de la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes.
- **Uso de octógonos:** Una estrategia de “elección informada” que ha modificado la oferta de la industria alimentaria en el país. El enfoque se centra en rescatar la dieta andina y amazónica (alimentos de origen local).

4.3.2. *Higiene y ambiente*

- Fomento de la cultura del **lavado de manos con agua y jabón** como la intervención más costo-efectiva para reducir enfermedades diarreicas y respiratorias.

4.3.3. *Salud sexual y reproductiva*

- Prevención del embarazo adolescente en zonas de selva y periferia urbana, donde las tasas son críticas.

4.4. Herramientas metodológicas para el cambio de conducta

4.4.1. *Modelos de aprendizaje en la persona adulta: Significatividad y resolución de problemas*

En Educación para la Salud (EpS) dirigida a personas adultas, el aprendizaje no se va a dar como producto de una imposición, sino como un acto voluntario y pragmático donde el individuo busca respuestas a sus necesidades vitales. Para lograr un cambio de conducta real, es fundamental aplicar dos modelos constructivistas:

- **Aprendizaje significativo (Ausubel):** postula que el aprendizaje ocurre cuando la persona realiza un esfuerzo deliberado por conectar los nuevos conocimientos con sus experiencias y conocimientos previos. En la práctica sanitaria, esto implica que el profesional no debe “dar una charla” desde cero, sino primero indagar qué sabe el paciente sobre su salud, ya que lo que el alumno ya sabe es el factor más influyente en su aprendizaje. Para que sea efectivo, el material debe tener una estructura lógica y el paciente debe mostrar una actitud favorable, motivada por la percepción de que la información es valiosa para su vida. Por ejemplo: si educo a personas que se dedican a la agricultura, les pondré ejemplos que tengan que ver con dicha actividad.
- **Aprendizaje Basado en Problemas (ABP):** A diferencia del método tradicional que primero expone la teoría, el ABP parte de la presentación de un problema real de salud. Este enfoque permite que la persona adulta active sus conocimientos previos, los discuta y los reestructure para encontrar soluciones prácticas. El ABP es una herramienta poderosa para el cambio de conducta porque fomenta la reflexión sobre actitudes y valores, permitiendo que el individuo aprenda en contexto y adquiera habilidades que podrá aplicar inmediatamente en situaciones similares de su vida cotidiana.

4.4.2. *La reflexión crítica: Principios de Mezirov*

Para que el profesional de salud actúe como un verdadero facilitador del cambio, debe promover en la población una reflexión que trascienda el “qué” y el “cómo” de las acciones. Siguiendo los principios de Mezirov, se deben estimular tres niveles de reflexión para dar sentido a la experiencia de aprendizaje:

- a) **Reflexión de contenidos:** Consiste en pensar sobre la experiencia de salud actual en sí misma (por ejemplo, reflexionar sobre el diagnóstico recibido).
- b) **Reflexión de procesos:** Implica analizar cómo dirigir o influir en la situación y establecer estrategias concretas para resolver los problemas de salud identificados.
- c) **Reflexión de premisas:** Es el nivel más profundo, donde se revisan, cuestionan y actualizan los supuestos, creencias y valores que el individuo tenía previamente sobre su salud. Facilitar este tipo de reflexión es lo que permite que el paciente “desaprenda” hábitos nocivos y construya una nueva conciencia saludable.

4.4.3. *Comunicación efectiva en la Promoción de la Salud*

La comunicación es el proceso de interacción social mediante el cual se transmiten mensajes que buscan lograr una respuesta o acción. En EpS, la comunicación escrita desempeña un rol de apoyo crucial, pero debe manejarse bajo criterios técnicos estrictos para no generar barreras:

- **Complementariedad, no sustitución:** El material escrito (folletos, guías, infografías) nunca debe sustituir la comunicación oral del profesional de salud; su función es reforzar y ampliar el mensaje dado verbalmente.
- **Lenguaje y terminología:** Es imperativo evitar la terminología médica excesivamente técnica. En caso de ser necesario el uso de términos científicos, estos deben ser explicados de forma clara

y sencilla para asegurar la alfabetización sanitaria del usuario. Recordemos siempre que estamos hablando a la gente de a pie.

- **Diseño centrado en el usuario:** Para facilitar la lectura y comprensión, se deben utilizar tipos de letra legibles, márgenes amplios, espacios en blanco y material gráfico (ilustraciones) que sea directamente coherente con el texto.
- **Consistencia y validación:** La información escrita debe ser clara, concreta y consistente con el mensaje del educador. Se recomienda estimular al paciente a leer el material y, posteriormente, comentarlo con él para verificar que no existan contradicciones o interpretaciones erróneas.
- **Las ciencias como sustento de la educación para la salud:** La Educación para la Salud (EpS) ha evolucionado de un modelo médico tradicional —centrado en la transmisión unidireccional de instrucciones— hacia un proceso integrador que busca la autonomía y capacitación del individuo para la toma de decisiones informadas. Para lograr este objetivo, la EpS no se limita a las ciencias médicas, sino que se asienta de manera interdisciplinaria en tres pilares fundamentales:
 - Ciencias de la conducta (Psicología, Sociología y Antropología): Estas disciplinas permiten comprender las actitudes, motivaciones y modelos cognitivos que influyen en el comportamiento humano. La psicología, por ejemplo, aporta conceptos clave como la autoeficacia, que es la percepción del individuo sobre su propia capacidad para realizar una acción saludable, siendo este uno de los mayores determinantes de la conducta.
 - Ciencias de la educación: Proporcionan la metodología para el aprendizaje en adultos. Bajo este enfoque, el aprendizaje se entiende como un acto voluntario y pragmático, donde se parte de las experiencias previas y las necesidades del sujeto. Destacan modelos como el “aprendizaje significativo” de Ausubel, que requiere conectar los nuevos conocimientos con la estructura cognitiva previa del alumno, y el “aprendizaje

basado en problemas (ABP)”, que utiliza situaciones reales para desarrollar habilidades y actitudes.

- Ciencias de la comunicación: Establecen que la EpS es, en esencia, un proceso de interacción humana que busca una respuesta o acción. La comunicación efectiva en salud requiere un equilibrio entre el nivel racional (contenido del mensaje) y el emocional (relación entre interlocutores), utilizando herramientas orales, escritas y gráficas que deben ser claras, creíbles y adaptadas al contexto sociocultural del receptor.

La integración de estas ciencias permite que el educador en salud actúe no solo como un informante, sino como un facilitador que considera los factores personales y ambientales que condicionan la salud.

- **Las ciencias del comportamiento y el rol de la psicología:** La psicología constituye la base científica para entender por qué los individuos adoptan o rechazan conductas saludables. No basta con que una persona “sepa” qué es lo sano; su comportamiento está mediado por procesos cognitivos y emocionales complejos. La psicología aplicada a la salud nos permite identificar los aspectos que influyen en el comportamiento, los cuales se dividen en factores internos (creencias, valores, personalidad) y externos (entorno social, cultura, acceso a recursos).
- **La actitud como predictor de la conducta:** Uno de los pilares del cambio es la actitud, definida como la evaluación (positiva o negativa) que el individuo hace de una conducta. La actitud no es unitaria, sino que posee tres componentes fundamentales:
 - Componente cognitivo: Lo que la persona sabe o cree sobre la conducta (ej. “Fumar causa cáncer”).
 - Componente afectivo: Los sentimientos y emociones vinculados (ej. “Fumar me relaja”).
 - Componente conductual: La tendencia o intención de actuar de cierta manera.

Para que la educación para la salud sea efectiva, debe impactar en estos tres niveles. Si un paciente tiene el conocimiento (cognitivo) pero su vínculo emocional con el hábito es fuerte (afectivo), la conducta no cambiará.

- **La teoría de la acción razonada de Martin Fishbein:** Para entender la intención de conducta, es imprescindible citar a Martin Fishbein. Su teoría postula que la intención de realizar un comportamiento es el predictor más cercano a la acción misma. Según Fishbein, esta intención depende de dos factores:

- La actitud hacia la conducta: La valoración personal de los resultados de dicha acción.
- La norma subjetiva: La percepción de la presión social (qué creen las personas importantes para el individuo que él debería hacer).

Esta teoría es vital para la gestión en salud, pues demuestra que para cambiar un hábito poblacional, a veces no hay que convencer solo al individuo, sino a su entorno social para modificar la “norma subjetiva”.

- **Modelos teóricos de cambio de comportamiento:** Existen estructuras que permiten planificar las intervenciones según el estado del paciente:

- Modelo de etapas para el cambio (modelo transteórico): Propuesto por Prochaska y DiClemente, explica que el cambio es un proceso circular con etapas: Precontemplación (no ve el problema), Contemplación (piensa en cambiar), Preparación (decide actuar), Acción (cambia el hábito) y Mantenimiento. La educación para la salud debe adaptarse a la etapa: no se puede dar “instrucciones de acción” a quien aún está en “precontemplación”. La eficacia de las intervenciones de promoción de la salud depende de reconocer que el cambio de conducta no es un evento puntual, sino un proceso dinámico. Según el modelo transteórico propuesto por Prochaska y

DiClemente (1982), los individuos atraviesan distintas etapas —desde la precontemplación hasta el mantenimiento—, lo que exige que la gestión de programas preventivos diseñe estrategias diferenciadas que se ajusten a la disposición de cambio de cada grupo poblacional para evitar el fracaso de las políticas de salud pública.

- Modelo de conciencia por la salud (Health Belief Model): Este modelo sostiene que una persona actuará si percibe que es vulnerable a una enfermedad, si cree que la enfermedad tiene consecuencias graves, y si percibe que los beneficios del cambio superan las barreras o costos (tiempo, dinero, esfuerzo). La gestión sanitaria debe, por tanto, trabajar en la percepción del riesgo y en reducir las barreras de acceso.

4.5. Herramientas y metodologías para la promoción

El gestor de salud debe actuar como un mediador entre intereses antagónicos y en estos casos recomendando aplicar el trípode de la decisión en salud pública:

- **Saber qué pedir (enfoque técnico):** Tener datos claros sobre cómo un entorno saludable reduce la carga de enfermedad.
- **Saber para qué pedir (enfoque político):** Convencer a otros sectores de que invertir en salud es invertir en la paz y el desarrollo económico del municipio.
- **Saber cómo decir las cosas (enfoque comunicacional):** Utilizar la abogacía para que las autoridades locales sientan que la salud es un triunfo compartido y no una carga administrativa, evitando conflictos y facilitando la firma de ordenanzas municipales saludables.

Para que la promoción sea efectiva, el profesional de la salud debe dominar habilidades blandas y técnicas de gestión social.

4.5.1. *Abogacía y políticas públicas*

- Capacidad del médico y el gestor para influir en las autoridades locales y tomadores de decisiones a fin de que la “Salud en todas las políticas” sea una realidad (ej. ordenanzas municipales para espacios libres de humo de tabaco).
- En respuesta a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles desde etapas tempranas, el Estado peruano promulgó la Ley N.º 30021 (2013), conocida como la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable. Esta normativa marcó un hito en las estrategias de prevención al regular la publicidad, fomentar la educación nutricional y establecer el uso de advertencias publicitarias (octógonos) en productos procesados, orientando así el entorno alimentario hacia opciones más seguras para niños, niñas y adolescentes.

4.5.2. *Participación comunitaria y el Agente Comunitario de Salud (ACS)*

- **El ACS como puente:** En el Perú, el Agente Comunitario es el nexo vital entre la comunidad y el sistema de salud. La **Ley N.º 31254** reconoce su labor y busca fortalecer su capacitación. El profesional de salud debe saber liderar y motivar a estos voluntarios.

4.5.3. *Comunicación para la salud (Edu-comunicación)*

- Uso de metodologías lúdicas y comunicación en lenguas originarias (quechua, aymara, lenguas amazónicas, etc.). La salud pública en el Perú exige **Interculturalidad**; no se puede promover salud sin respetar la cosmovisión de la población.

4.6. **El modelo PRECEDE-PROCEED: Planificación estratégica de la Educación para la Salud**

La educación para la salud no debe ser un conjunto de charlas improvisadas, sino un proceso planificado que identifique las verdaderas causas de los problemas sanitarios. El modelo PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation) es, hoy en día, el marco más robusto para el diagnóstico y la programación educativa en salud pública.

4.6.1. *Filosofía del modelo: La salud como proyecto comunitario*

El modelo se basa en dos premisas fundamentales:

- **Participación:** La salud es una cuestión comunitaria; las intervenciones son más efectivas si los beneficiarios participan en la definición de sus propios problemas.
- **Multicausalidad:** La salud no depende de una sola variable, sino de factores ambientales, de comportamiento y biológicos que deben ser analizados sistemáticamente.

4.6.2. *Las fases del diagnóstico (PRECEDE)*

Antes de ejecutar una intervención, el gestor debe realizar un diagnóstico “hacia atrás”, partiendo del resultado deseado hasta llegar a la intervención educativa:

- **Fase 1:** Diagnóstico Social: Evaluar la calidad de vida de la comunidad (empleo, vivienda, seguridad) y sus propias aspiraciones.
- **Fase 2:** Diagnóstico Epidemiológico: Identificar qué problemas de salud (enfermedades, mortalidad) impactan más en esa calidad de vida.
- **Fase 3:** Diagnóstico de Comportamiento y Ambiente: Determinar qué conductas (ej. consumo de tabaco) y qué factores del entorno (ej. falta de áreas verdes) contribuyen al problema de salud.
- **Fase 4:** Diagnóstico Educativo y Ecológico: Es el corazón del modelo. Aquí se identifican los factores que influyen en el comportamiento:

- **Factores Predisponentes:** Conocimientos, actitudes, creencias y valores que facilitan o impiden el cambio.
- **Factores Facilitadores (Enabling):** Habilidades y recursos (disponibilidad de servicios, leyes, dinero) necesarios para actuar.
- **Factores de Refuerzo:** Recompensas o incentivos (apoyo social, influencia de pares) que siguen a la conducta y motivan su permanencia.

4.6.3. *Del diagnóstico a la acción (PROCEED)*

Una vez completado el diagnóstico, se inicia la fase operativa (PROCEED), que abarca la implementación del programa y su evaluación en tres niveles:

- **Evaluación de proceso:** ¿Se realizaron las actividades según lo planeado?
- **Evaluación de impacto:** ¿Cambiaron los factores predisponentes, facilitadores y de refuerzo?
- **Evaluación de resultados:** ¿Mejóro el estado de salud y la calidad de vida a largo plazo?

4.6.4. *Aplicación en el contexto peruano*

En el marco del Modelo de Cuidado Integral (MCI), el modelo PRECEDE es una herramienta invaluable para los Equipos Multidisciplinarios de Salud. Permite que la educación sanitaria en las regiones del Perú no sea una “imposición de conocimientos”, sino una respuesta a la realidad cultural y ambiental de cada comunidad (costa, sierra o selva), asegurando que los mensajes sean culturalmente pertinentes y logren un cambio de comportamiento real.

4.7. La descentralización en salud: El dilema entre la autonomía y la rectoría fragmentada

La descentralización en el Perú, iniciada con vigor a partir de la Ley de Bases de la Descentralización (2002), se planteó como una herramienta de democratización para acercar el Estado al ciudadano. Sin embargo, en el sector salud, este proceso ha generado una problemática que afecta la salud pública nacional.

4.7.1. *El conflicto de doble dependencia*

El problema medular reside en que el Ministerio de Salud (MINSA) es quien dicta las normas, en su calidad de Ente Rector, pero no tiene mando jerárquico ni presupuestal sobre las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS/GERESAS).

- **La fractura del mando:** Los directores de las DIRESAS son cargos de confianza designados por los Gobernadores Regionales. Esto genera que, ante una crisis, el director regional priorice la agenda de su Gobernador por encima de las directrices técnicas del MINSA.
- **Rectoría “de papel”:** El MINSA emite resoluciones que a menudo son ignoradas o “adaptadas” discrecionalmente en las regiones, diluyendo la unidad de mando necesaria para enfrentar problemas nacionales como brotes o campañas de vacunación.

4.7.2. *Análisis de causas y efectos*

El sistema de salud peruano padece una atomización estructural, en donde la rectoría del Ministerio de Salud (MINSA) es frecuentemente vulnerada por la autonomía de múltiples actores. Mientras las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS) responden a los Gobiernos Regionales, EsSalud depende jerárquicamente del Ministerio de Trabajo, y las sanidades de las fuerzas armadas y policiales operan bajo sus propios regímenes, diluyendo la autoridad normativa nacional. En la Tabla 7 se analizan las

causas raíz de este desorden organizativo y los efectos críticos que impiden una gestión sanitaria equitativa y eficiente.

Tabla 7

Análisis de causas y efectos de la atomización y fragmentación en el sistema de salud peruano

Causa raíz	Efecto en el sistema
Asimetría Presupuestal	El dinero llega a la región, pero se gasta bajo criterios locales, a veces desviando fondos de salud a infraestructura no prioritaria.
Fragmentación Normativa	Multiplicidad de reglamentos; lo que por ejemplo podría ser norma en Piura, podría interpretarse distinto en Cusco, quebrando la equidad.

4.7.3. *La fragmentación*

Si la descentralización administrativa generó una fractura entre el gobierno nacional y los regionales, la fragmentación del sistema ha creado “feudos” sanitarios que operan bajo sus propias reglas, presupuestos y lógicas de mando, ignorando la rectoría del Ministerio de Salud (MINSA).

El MINSA es, por ley, el ente rector de la salud en el Perú. Sin embargo, en la práctica, su autoridad se detiene en la puerta de las instituciones que no dependen directamente de su presupuesto:

- **Los gobiernos regionales (DIRESAS/GERESAS):** Obedecen al Gobernador Regional, priorizando agendas políticas locales sobre metas nacionales de salud pública.
- **Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (FFAA y PNP):** Operan bajo la lógica del Ministerio de Defensa y del Interior. Tienen sus propios protocolos, regímenes laborales y sistemas de logística, a menudo desconectados de las redes del MINSA.

- **El sector privado:** Se rige por la ley de oferta y demanda, y aunque deben cumplir normas sanitarias, su alineación con los objetivos de salud pública (como la prevención) es mínima si no hay un incentivo económico de por medio.

Esta situación genera que, ante una emergencia nacional o un brote, el “sujeto” (el Estado) no pueda articular al “objeto” (la salud pública) de manera uniforme en todo el “lugar” (el territorio peruano).

4.7.4. *Modelos y alternativas de solución*

Para resolver este “nudo gordiano” donde no es lo mismo ni se escribe igual la teoría que la práctica, se plantean tres modelos de reforma:

- a) **El modelo de recentralización estratégica (Mando Único):** Propone que el MINSA recupere la potestad de designar a los directores regionales a través de concursos públicos nacionales (Servir). En este modelo, la región administra el recurso, pero la línea técnica y de mando es vertical. Es el modelo que mejor garantiza la Seguridad Sanitaria Nacional.
- b) **El modelo de federalismo sanitario cogestionado:** Inspirado en sistemas exitosos, propone la creación de un “Consejo Nacional de Salud” con poder vinculante. Si una región no cumple con los indicadores metas del MINSA, el ente rector tiene la potestad legal de intervenir temporalmente la administración de salud de dicha región. Aquí, dado que un clavo no entra al primer martillazo: se requiere una reforma constitucional profunda y persistencia en el seguimiento de los acuerdos.
- c) **El modelo de Redes Integradas de Salud (RIS) Autónomas:** Basado en el Modelo de Cuidado Integral (MCI), propone que la gestión no dependa de fronteras políticas (regiones), sino de cuencas poblacionales y sanitarias. Las RIS tendrían presupuestos

independientes basados en resultados, obligando a los Gobiernos Regionales a ser solo facilitadores y no “dueños” de la red.

4.8. Algoritmo de implementación de la promoción de la salud para la gestión de IPRESS

El jefe de IPRESS exitoso no es aquel que atiende más pacientes en el consultorio, sino aquel que logra que su comunidad necesite menos el consultorio gracias a un entorno saludable y educado.

Este flujo es de suma utilidad, especialmente para los profesionales en su etapa de SERUMS, quienes suelen llegar a la jefatura de establecimientos en zonas rurales sin una guía clara de cómo articularse con la municipalidad y la comunidad.

El siguiente flujo describe la ruta crítica que debe seguir el jefe de un establecimiento para trascender el enfoque clínico y ejecutar una verdadera promoción de la salud en su jurisdicción:

- **Paso 1: Diagnóstico territorial (ASIS Local)**

- No se puede promover lo que no se conoce. El jefe de IPRESS debe liderar el análisis de los determinantes sociales (acceso a agua, niveles de escolaridad, zonas de riesgo).
- Hito: Identificación de los problemas priorizados de la comunidad.

- **Paso 2: Articulación multisectorial (Mesa de Trabajo)**

- Convocatoria a líderes comunales, agentes comunitarios (ACS) y autoridades locales (alcalde, juez de paz).
- Hito: Acta de compromiso para la salud en todas las políticas locales.

- **Paso 3: Definición de escenarios y ejes temáticos**

- Selección de dónde se intervendrá (Escuelas, Viviendas, Mercados) y qué temas son críticos (Nutrición, Salud Mental, Higiene).
- Hito: Plan de Promoción de la Salud Local.

- **Paso 4: Ejecución de intervenciones de “empoderamiento”**

- Despliegue de sesiones demostrativas, talleres de aptitudes personales y campañas de comunicación educativa.
- Hito: Fortalecimiento de las capacidades de la población para controlar su propia salud.

- **Paso 5: Reorientación de los servicios (flujo intramural)**

- Asegurar que cada consulta clínica incluya el **Paquete de Cuidado Integral**. Pasar de la “receta de medicamentos” a la “consejería de vida”.
- Hito: Implementación del Plan de Cuidado Integral Familiar.

- **Paso 6: Monitoreo y evaluación de impacto**

- Medición de indicadores de proceso (número de familias capacitadas) y de resultado (reducción de anemia, mejora de entornos).
- Hito: Retroalimentación al Comité de Gestión de la Red (RIS).

4.9. Matriz Escenario / Eje / Indicador

Esta matriz está diseñada para:

- Planificar, ejecutar y evaluar acciones de promoción con foco territorial.
- Alinear con el MCI por curso de vida, la APS renovada, el PpR y los sistemas de información (HIS, SIEN, nominales).
- Ser utilizada por IPRESS, RIS, municipalidades y equipos SERUMS.

Cómo usar esta herramienta:

- a) Seleccione el **Escenario** (dónde interviene)
- b) El **Eje temático** (qué contenido prioriza) y
- c) Uno o más **Indicadores SMART** (cómo lo medirá).

Cada indicador incluye **tipo, definición, fórmula, línea base, meta, fuente, periodicidad y responsables.**

Tabla 8

Matriz marco (visión general)

Escenario	Eje temático	Indicador sugerido (nombre corto)	Tipo
Escuela	Alimentación saludable	% de quioscos con oferta saludable certificada	Proceso / Resultado
Escuela	Higiene y agua	% de aulas con estaciones de lavado de manos operativas	Proceso
Escuela	Salud mental	% de estudiantes tamizados con escala breve y referidos	Proceso / Resultado
Escuela	Salud sexual y reproductiva	% de adolescentes con consejería integral (SSR)	Proceso
Vivienda / Comunidad	Agua y saneamiento	% de viviendas con agua segura (cloro residual ≥ 0.5 mg/L)	Resultado
Vivienda / Comunidad	Anemia / nutrición	% de niños 6–35 m con suplementación de hierro efectiva	Resultado
Vivienda / Comunidad	Dengue (metaxénicas)	% de viviendas sin criaderos (índice de vivienda < 5%)	Resultado
Municipio	Espacios libres de humo	# de ordenanzas y % de cumplimiento verificado	Proceso / Resultado
Municipio	Actividad física	# km de ciclovías/100 mil hab. y uso medido	Proceso / Resultado
Municipio	Mercados saludables	% de mercados con certificación sanitaria	Resultado

Escenario		Eje temático	Indicador sugerido (nombre corto)	Tipo
Centro de trabajo	de	Tabaquismo/alcohol	% de centros con política 100% libre de humo y alcohol	Resultado
Centro de trabajo	de	Actividad física	% de trabajadores que realizan pausas activas diarias	Proceso
Centro de trabajo		Salud mental laboral	% de tamizajes y derivaciones oportunas	Proceso / Resultado

Sugerencia: Priorice **3–5 indicadores** por territorio para mantener foco y viabilidad.

MATRIZ OPERATIVA EXTENDIDA (CON FICHA DE CADA INDICADOR)

Escenario: Escuela promotora de salud

- **Indicador A1 - Alimentación saludable**
 - **Nombre:** % de quioscos/cafetines con **certificación de oferta saludable**
 - **Tipo:** Proceso → Resultado intermedio
 - **Definición:** Proporción de quioscos escolares que cumplen criterios sanitarios y nutricionales (ley de alimentación saludable, octógonos, inocuidad).
 - **Fórmula:** $(\text{Quioscos certificados} / \text{Total de quioscos evaluados}) \times 100$
 - **Línea base:** Registrar (ej. 25%)
 - **Meta anual:** $\geq 70\%$
 - **Fuente:** Lista de verificación MINSA/MINEDU, actas de inspección
 - **Periodicidad:** Trimestral
 - **Responsables:** IPRESS (sanitaria), UGEL (gestión), Municipio (fiscalización)
- **Indicador A2 - Higiene y agua**
 - **Nombre:** % de aulas con **estaciones de lavado de manos operativas**
 - **Tipo:** Proceso
 - **Definición:** Aulas con punto de agua, jabón y señalética activa.
 - **Fórmula:** $(\text{Aulas con estación operativa} / \text{Total de aulas}) \times 100$
 - **Línea base:** Registrar
 - **Meta anual:** $\geq 90\%$
 - **Fuente:** Ficha de checklist escuela saludable
 - **Periodicidad:** Bimestral
 - **Responsables:** Dirección escolar, municipio, IPRESS

• **Indicador A3 - Salud mental escolar**

- **Nombre:** % de estudiantes **tamizados** y **referidos** según necesidad
- **Tipo:** Proceso / Resultado intermedio
- **Definición:** Tamizaje con escala breve (p.ej., SDQ/PHQ-A) y derivación a CSMC/IPRESS.
- **Fórmula:** $(\text{Estudiantes tamizados con derivación efectiva} / \text{Estudiantes tamizados}) \times 100$
- **Línea base:** Registrar
- **Meta anual:** $\geq 80\%$ de derivaciones efectivas
- **Fuente:** Registro nominal escolar y CSMC
- **Periodicidad:** Semestral
- **Responsables:** Tutoría/MINEDU, CSMC, IPRESS

Escenario: Vivienda / Comunidad

• **Indicador B1 - Agua segura**

- **Nombre:** % de viviendas con **agua segura** (cloro residual libre ≥ 0.5 mg/L)
- **Tipo:** Resultado
- **Definición:** Viviendas con medición in situ de cloro residual en rango.
- **Fórmula:** $(\text{Viviendas con CRL adecuado} / \text{Viviendas evaluadas}) \times 100$
- **Línea base:** Registrar
- **Meta anual:** $\geq 85\%$
- **Fuente:** Fichas de vigilancia sanitaria, laboratorio municipal
- **Periodicidad:** Mensual
- **Responsables:** IPRESS (promoción), EPS/Municipio (operación), DIGESA local

• **Indicador B2 — Anemia infantil**

- **Nombre:** % de niños 6–35 meses con **suplementación de hierro efectiva**
- **Tipo:** Resultado

- **Definición:** Niños que completan esquema (dosis + adherencia validada) y control Hb.
 - **Fórmula:** (Niños con suplementación efectiva / Niños 6–35 m registrados) $\times$ 100
 - **Línea base:** Registrar
 - **Meta anual:** $\geq$ 80%
 - **Fuente:** SIEN/HIS + fichas de adherencia (ACS/visita domiciliaria)
 - **Periodicidad:** Mensual
 - **Responsables:** IPRESS (CRED/nutrición), ACS, MIDIS (articulación)
- **Indicador B3 — Control vectorial**
 - **Nombre:** % de viviendas **sin criaderos** (índice de vivienda < 5%)
 - **Tipo:** Resultado
 - **Definición:** Porcentaje de viviendas inspeccionadas sin recipientes positivos de Aedes.
 - **Fórmula:** (Viviendas sin criaderos / Viviendas inspeccionadas) $\times$ 100
 - **Línea base:** Registrar
 - **Meta anual:** $\geq$ 95%
 - **Fuente:** Fichas de inspección vectorial, SIG de riesgos
 - **Periodicidad:** Quincenal en brote / Mensual en interbrote
 - **Responsables:** IPRESS/brigadas, municipio, comunidad organizada

Escenario: Municipio / Comunidad organizada

- **Indicador C1 - Espacios 100% libres de humo**
 - **Nombre:** % de locales públicos **cumpliendo** ordenanza de ambientes libres de humo
 - **Tipo:** Resultado
 - **Definición:** Establecimientos verificados sin evidencia de consumo de tabaco.

- **Fórmula:** $(\text{Locales que cumplen} / \text{Locales inspeccionados}) \times 100$
- **Línea base:** Registrar
- **Meta anual:** $\geq 90\%$
- **Fuente:** Actas de fiscalización, inspecciones conjuntas
- **Periodicidad:** Trimestral
- **Responsables:** Municipio (fiscalización), IPRESS (abogacía), Policía Municipal
- **Indicador C2 - Actividad física urbana**
 - **Nombre:** Km de ciclovías por 100 mil habitantes y uso promedio
 - **Tipo:** Proceso (infraestructura) / Resultado (uso)
 - **Definición:** Kilómetros funcionales de ciclovías y conteo de usuarios/hora.
 - **Fórmula:**
 - Infraestructura: $(\text{Km de ciclovía} / \text{Población}) \times 100,000$
 - Uso: conteo estandarizado (personas/hora/tramo)
 - **Línea base:** Registrar
 - **Meta anual:** +30% km y +20% uso
 - **Fuente:** Gerencia de Transporte, observaciones sistemáticas
 - **Periodicidad:** Semestral
 - **Responsables:** Municipio, IPRESS (promoción), sociedad civil
- **Indicador C3 - Mercados saludables**
 - **Nombre:** % de mercados con **certificación sanitaria integral**
 - **Tipo:** Resultado
 - **Definición:** Mercados que cumplen inocuidad, manejo de residuos, agua segura.
 - **Fórmula:** $(\text{Mercados certificados} / \text{Total de mercados}) \times 100$
 - **Línea base:** Registrar
 - **Meta anual:** $\geq 70\%$
 - **Fuente:** Informes de fiscalización sanitaria municipal/ DIGESA
 - **Periodicidad:** Semestral

- **Responsables:** Municipio, IPRESS (asesoría), asociaciones de comerciantes

Escenario: Centro de trabajo

- **Indicador D1 - Política libre de humo y alcohol**

- **Nombre:** % de centros laborales con **política 100% libre de humo y alcohol** implementada
- **Tipo:** Resultado
- **Definición:** Empresas con normativa interna, señalización y mecanismos de control.
- **Fórmula:** $(\text{Centros con política implementada} / \text{Centros evaluados}) \times 100$
- **Línea base:** Registrar
- **Meta anual:** $\geq 80\%$
- **Fuente:** Auditorías internas, actas de inspección
- **Periodicidad:** Semestral
- **Responsables:** RR.HH., IPRESS (SST), SUNAFIL (según corresponda)

- **Indicador D2 — Pausas activas**

- **Nombre:** % de trabajadores que realizan **pausas activas** (≥ 1 / día laboral)
- **Tipo:** Proceso
- **Definición:** Registro de equipos/SST con evidencia de sesiones programadas.
- **Fórmula:** $(\text{Trabajadores con pausas activas} / \text{Total de trabajadores}) \times 100$
- **Línea base:** Registrar
- **Meta anual:** $\geq 70\%$
- **Fuente:** Listas de asistencia, aplicativos internos
- **Periodicidad:** Mensual
- **Responsables:** RR.HH./SST, IPRESS ocupacional

• **Indicador D3 — Salud mental laboral**

- **Nombre:** % de tamizajes de riesgo psicosocial **con derivación oportuna**
- **Tipo:** Proceso / Resultado intermedio
- **Definición:** Trabajadores tamizados (p.ej., estrés/burnout) con derivación documentada.
- **Fórmula:** $(\text{Tamizados con derivación efectiva} / \text{Tamizados}) \times 100$
- **Línea base:** Registrar
- **Meta anual:** $\geq 80\%$
- **Fuente:** Registros SST, CSMC/IPRESS
- **Periodicidad:** Semestral
- **Responsables:** RR.HH./SST, CSMC/IPRESS

PLANTILLA EDITABLE DE FICHA DE INDICADOR

Use esta plantilla para estandarizar cualquier indicador en su RIS/ IPRESS.

Nombre del indicador:

Escenario - Eje:

Tipo: Proceso / Resultado / Impacto

Propósito: (¿Qué decisión informará?)

Definición operacional:

Fórmula y unidad:

Línea base (fecha):

Meta (anual/mensual):

Desagregación: sexo, edad, territorio, etnia/ lengua (si corresponde)

Fuente de datos: HIS, SIEN, nominales, checklists, encuestas rápidas

Método de verificación: actas, fotos georreferenciadas, firma de responsables

Periodicidad de medición:

Responsables: (técnico, gestión, socio externo)

Riesgos y supuestos: (p.ej., estacionalidad, abastecimiento, ordenanzas)

Uso del dato: (reunión RIS, Comité Municipal, Mesa de Concertación)

• Reglas prácticas para una buena matriz Escenario × Eje × Indicador

- **Pocos y buenos:** 3–5 indicadores prioritarios por territorio.
- **SMART:** específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con tiempo definido.
- **Línea base real:** calcule con su propio corte (no suponga).
- **Fuente clara:** identifique el sistema (HIS, SIEN, checklists) y quién custodia el dato.
- **Gobernanza del dato:** acuerde responsables y periodicidad en **acta** (RIS–Municipio–IPRESS).
- **Visualización:** use un tablero simple (semáforo) para Comité de Gestión RIS y Consejo Municipal.

- **Retroalimentación:** revise desvíos mensualmente y ajuste la intervención (ciclo PDSA).

Tabla 9

Ejemplo de tablero semaforizado

Indicador	Línea base	Meta	Último valor	Estado	Acción correctiva
% Quioscos saludables	25%	70%	42%		Capacitar + inspecciones
% Agua segura viviendas	54%	85%	60%		Cloración + vigilancia CRL
% Viviendas sin criaderos	72%	95%	68%		Brigadas + comunicación
% Pausas activas	30%	70%	58%		Incentivos RR.HH.
% Tamizaje salud mental escolar con derivación	20%	80%	35%		Ruta con CSMC

- **Preguntas para la reflexión del gestor**

- La Promoción de la Salud busca influir en los determinantes, pero **¿está su equipo priorizando la toma de decisiones del ciudadano o sigue imponiendo valores médicos sobre el bagaje cultural local?**
- **¿Cómo pueden los factores religiosos y de valores de una comunidad convertirse en aliados de su estrategia en lugar de ser vistos como barreras?**
- Si la salud se crea en el marco de la vida cotidiana, **¿cuánto tiempo de su jornada dedica a gestionar escenarios (escuelas, mercados, centros laborales) en comparación con el tiempo dedicado a la clínica?**

NOTA DE REFLEXIÓN PARA EL GESTOR: la promoción de la salud es la estrategia de mayor retorno de inversión (ROI).

- **Sostenibilidad:** Invertir en comunidades saludables reduce la presión asistencial sobre los hospitales de alta complejidad.
- **Productividad:** Una población que vive en entornos saludables es una población económicamente más activa y con menor carga de morbilidad, lo cual es esencial para el desarrollo del Perú.

CAPÍTULO 5

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD

La planificación en el sistema de salud peruano no es un ejercicio teórico, sino un requisito normativo vinculado al presupuesto nacional. Este capítulo analiza las herramientas técnicas para que el profesional de la salud gestione recursos de manera eficiente y eficaz.

5.1. Marco conceptual

5.1.1. *Objetivos de aprendizaje*

Al finalizar este capítulo, el lector será capaz de lo siguiente:

- Analizar la situación de salud mediante el ASIS y priorizar problemas sanitarios.
- Diseñar programas y proyectos de salud utilizando herramientas de planificación.
- Comprender el Presupuesto por Resultados como instrumento de gestión sanitaria.
- Evaluar el impacto, eficacia y eficiencia de las intervenciones en salud pública.

5.1.2. *Ideas clave*

- La planificación en salud es un proceso técnico, político y financiero.
- El ASIS es la base para decisiones basadas en evidencia territorial.
- El financiamiento se asigna según resultados medibles, no solo necesidades percibidas.
- La evaluación garantiza sostenibilidad y legitimidad de las intervenciones.

5.1.3. *Aplicación práctica esperada*

- Formular proyectos viables de prevención y promoción.
- Traducir necesidades sanitarias en presupuestos asignados.
- Mejorar la eficiencia del uso de recursos en IPRESS y RIS.

5.2. **Municipios saludables: El territorio como espacio de desarrollo y bienestar**

La promoción de la salud encuentra su espacio de ejecución más potente en el ámbito local. El concepto de Municipio Saludable no se limita a la ausencia de brotes epidémicos en un distrito, sino que se alinea con la visión del Desarrollo Humano: crear un entorno donde las personas puedan hacer realidad sus posibilidades de vivir de forma productiva y creadora, de acuerdo con sus necesidades e intereses.

5.2.1. *Desarrollo de capacidades y determinantes*

El desarrollo humano exige el fortalecimiento de las capacidades esenciales: vivir una vida larga y sana, tener conocimientos, acceder a recursos para un nivel de vida decoroso y participar activamente en la comunidad. En este sentido, el municipio actúa sobre los dos tipos de determinantes de la salud:

- **Factores internos:** Estilos de vida, hábitos alimentarios y actividad física.
- **Factores externos:** El entorno físico (saneamiento, calidad del aire), social (redes de apoyo), económico y la calidad de los servicios sanitarios básicos.

5.2.2. *Líneas de acción en el ámbito local*

Para que un municipio sea considerado “saludable”, debe implementar estrategias basadas en los pilares de la Carta de Ottawa:

- a) **Políticas públicas saludables:** El gobierno local debe legislar a favor de la salud (ej. ordenanzas sobre mercados saludables o espacios libres de humo).
- b) **Creación de ambientes favorecedores:** Gestión de parques, ciclovías, eliminación de puntos críticos de basura y mejora del alumbrado público para la seguridad ciudadana.
- c) **Fortalecimiento de la acción comunitaria:** Empoderar a las organizaciones sociales (Vaso de Leche, comedores, juntas vecinales) para que lideren la vigilancia ciudadana en salud.
- d) **Desarrollo de aptitudes personales:** Trabajo conjunto entre escuelas y familias para modificar hábitos de vida desde la infancia (Escuelas de Padres, educación en valores y alimentación balanceada).

5.2.3. *Reorientación de los servicios de salud*

Bajo este modelo, los servicios de salud en el municipio deben transformarse. No pueden seguir actuando únicamente en función del riesgo o la enfermedad. La reorientación implica:

- **Adecuación cultural:** Ajustar los servicios a la realidad de la zona y promover la medicina tradicional.
- **Capacitación del personal:** Preparar a los técnicos y profesionales para facilitar el acercamiento con la población.
- **Espacios de escucha:** Crear mecanismos donde el usuario sea escuchado y participe en la mejora de su propio sistema de salud.

5.2.4. *El rol del gestor de salud en el municipio*

El jefe de una IPRESS en un municipio saludable deja de ser un gestor intramural para convertirse en un **actor político-sanitario**. Su labor es la abogacía ante el alcalde y el Concejo Municipal para asegurar que la salud

sea el eje transversal de todos los proyectos de inversión local, reconociendo que la salud es el resultado de cómo una sociedad organiza sus recursos.

5.3. El diagnóstico situacional: El ASIS como herramienta base

Para planificar, primero debemos conocer la realidad. En el Perú, esto se operativiza a través del **Análisis de Situación de Salud (ASIS)**, regulado por la **NTS N.º 135-MINSA/2017/CDC**.

- **ASIS local y regional:** El profesional de la salud debe liderar la identificación de las brechas de salud, los determinantes sociales y las prioridades sanitarias de su territorio.
- **Priorización de problemas:** Uso de metodologías como la Matriz de Hanlon para determinar qué intervenciones de prevención y promoción tendrán mayor impacto según la vulnerabilidad y el riesgo.

5.4. Planificación estratégica y operativa

- **Plan Estratégico Institucional (PEI) y Plan Operativo Institucional (POI):** Articulación de las actividades de prevención con las metas físicas y financieras de la institución.
- **Metodología del marco lógico:** El uso de la cadena de valor (Insumo -> Actividad -> Producto -> Resultado) para el diseño de proyectos de inversión en salud pública.

5.5. Financiamiento: El Presupuesto por Resultados (PpR)

La reforma del sistema sanitario debe orientarse hacia la eliminación de las barreras que impiden el ejercicio del derecho a la salud. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (2014), en su ‘Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud’, establece que la gestión debe enfocarse en aumentar la eficiencia del financiamiento y mejorar

la gobernanza, asegurando que todas las personas tengan acceso a servicios integrales y de calidad, sin que ello les suponga dificultades financieras.

Desde el enfoque de la Economía de la Salud, el Perú utiliza el Presupuesto por Resultados (PpR), una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles.

La eficiencia en la gestión sanitaria requiere que la planificación no sea solo administrativa, sino que esté orientada al impacto en el ciudadano. En este sentido, el Ministerio de Economía y Finanzas (2022) establece, a través de su guía metodológica, que los Programas Presupuestales (PpR) deben constituir la unidad básica de programación, donde cada recurso asignado debe estar vinculado directamente a un producto o servicio que modifique un determinante de salud, permitiendo así un monitoreo basado en el cumplimiento de metas e indicadores de desempeño.

- **Programas Presupuestales (PP):** Son las unidades de programación donde se concentran las estrategias de prevención y promoción. Los más relevantes para el médico salubrista son:
 - **PP 001:** Programa Articulado Nutricional (Enfoque en Anemia y DCI).
 - **PP 002:** Salud Materno Neonatal.
 - **PP 016:** TBC-VIH/SIDA.
 - **PP 018:** Enfermedades No Transmisibles (Hipertensión, Diabetes, Cáncer).
 - **PP 131:** Control y Prevención en Salud Mental.
- **Costeo de insumos:** El gestor debe asegurar la disponibilidad de “Kits de Intervención” (ej. vacunas, insumos de laboratorio, personal para visitas domiciliarias) para que la prevención no se detenga.

5.6. Monitoreo y Evaluación (M&E) de impacto

No se puede gestionar lo que no se mide. En el Perú, el monitoreo se realiza a través de sistemas de información como el HIS (Health Information System) y el SIEN (Sistema de Información del Estado Nutricional).

- **Indicadores de desempeño:**
 - **Indicadores de proceso:** ¿Cuántas charlas de promoción se realizaron?
 - **Indicadores de producto:** ¿Cuál es el porcentaje de niños con vacunas completas?
 - **Indicadores de resultado (impacto):** ¿Se redujo la tasa de desnutrición crónica en la región?
- **Evaluación de eficiencia:** Análisis del costo por caso evitado o año de vida ajustado por discapacidad (AVAD) ganado, fundamental para justificar inversiones en prevención ante el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

5.7. Gestión de Redes Integradas de Salud (RIS)

La gestión moderna en el Perú exige la implementación de las RIS (Ley N.º 30885).

El fortalecimiento de la gestión sanitaria no depende únicamente de la infraestructura, sino de la capacidad técnica del talento humano. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (2020) define un marco de ‘Competencias esenciales de salud pública de los trabajadores de la salud’, señalando que el personal debe estar capacitado no solo en la atención clínica, sino en la gestión de políticas, la vigilancia epidemiológica y la promoción de la salud, para responder eficazmente a las necesidades de las Redes Integradas de Salud (RIS).

- **Gobernanza territorial:** Capacidad de la red para coordinar con otros actores (Essalud, Sanidades, Sector Privado) para evitar la duplicidad de esfuerzos en prevención.
- **Logística y cadena de suministro:** Gestión del abastecimiento de medicamentos e insumos de prevención (CENARES) para garantizar que los establecimientos del primer nivel cuenten con lo necesario para el cuidado integral.

5.8. Flujo simplificado de planificación sanitaria

- **ASIS (Análisis de la Situación de Salud)**
- **¿Qué es?:** Es el diagnóstico territorial que identifica problemas sanitarios, determinantes sociales, brechas de servicios y grupos vulnerables.
- **Producto esperado:**
 - Mapa de riesgos
 - Perfil epidemiológico
 - Determinantes sociales priorizados
 - Brechas de oferta y demanda
- **Pregunta clave:** ¿Cuál es la situación real del territorio y qué causas la explican?

- **Priorización de problemas**
 - **¿Qué es?:** Proceso técnico para seleccionar los problemas de mayor impacto, urgencia y factibilidad de intervención.
 - **Herramientas:**
 - Matriz de Hanlon
 - Criterios de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad
 - Factores de costo–efectividad
 - **Producto esperado:**
 - Lista de problemas priorizados y justificados
 - Problema crítico del territorio
 - **Pregunta clave:** ¿Qué problemas deben abordarse primero para maximizar impacto y eficiencia?

- **Vinculación a Programas Presupuestales (PP)**
 - **¿Qué es?:** Asignar cada problema priorizado a su correspondiente **Programa Presupuestal (PP)** del MEF/MINSA.
 - Ejemplos:
 - PP 001: Articulado Nutricional
 - PP 002: Salud Materno Neonatal
 - PP 016: TBC–VIH

- PP 018: ENT
- PP 131: Salud Mental

–**Producto esperado:**

- Relación clara: Problema → PP → Intervención Estratégica (IE)
- Identificación de productos y actividades financiables

–**Pregunta clave:** ¿Qué marco presupuestal financia este problema?

• **Definición de indicadores**

–**¿Qué es?:** Especificar cómo se medirá el avance y el impacto de la intervención, alineado a los indicadores oficiales del PP y del MCI.

–**Tipos de indicadores:**

- De proceso
- De producto
- De resultado
- De impacto

–**Producto esperado:**

- Ficha de indicadores con línea base y metas
- Ruta de monitoreo (HIS, SIEN, nominales, vigilancia)

–**Pregunta clave:** ¿Cómo sabremos que estamos avanzando y si estamos logrando impacto?

• **Presupuesto y asignación de recursos**

–**¿Qué es?:** Determinación del costo de las actividades, insumos, recursos humanos y logística necesarios para implementar la intervención.

–**Acciones clave:**

- Costeo por actividad
- Identificación de brechas de financiamiento
- Distribución por niveles (IPRESS–RIS–Gobierno local)

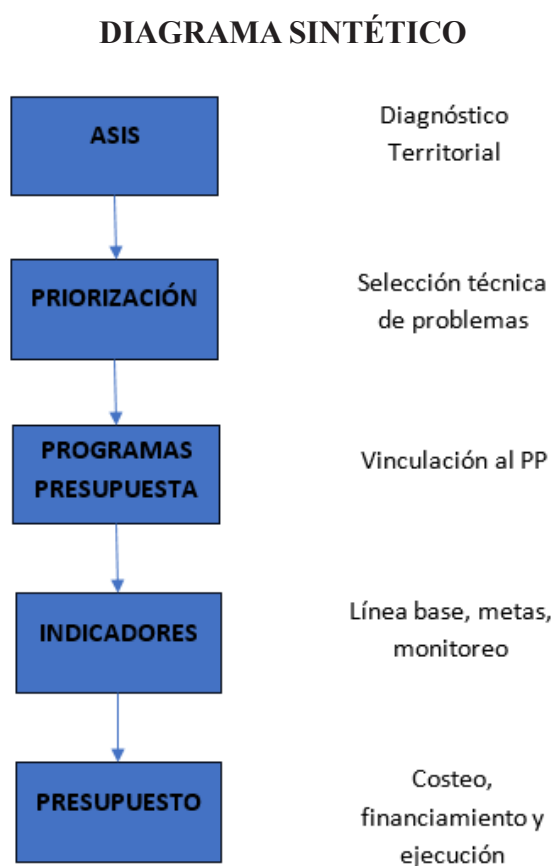
–**Producto esperado:**

- Presupuesto operativo articulado al PP
- Cadena de valor: Insumo → Actividad → Producto →

Resultado
–**Pregunta clave:** ¿Con qué recursos financieros contamos y cómo deben distribuirse para alcanzar metas?

Figura 11

Flujo metodológico para la gestión sanitaria: del diagnóstico territorial a la ejecución presupuestal



Nota. Elaborado de “Metodología para la elaboración del Análisis de Situación de Salud”, por Ministerio de Salud, 2021, p. 14.

Toda planificación sanitaria eficaz sigue el flujo:

ASIS → Priorización → PP → Indicadores → Presupuesto.

El ASIS describe la realidad; la priorización selecciona el problema crítico; los Programas Presupuestales permiten financiar intervenciones; los indicadores orientan el monitoreo; y el presupuesto asegura la viabilidad operativa del plan.

CASO APLICADO: DISTRITO FICTICIO “SANTA ESPERANZA” EJEMPLO PRÁCTICO DEL FLUJO DE PLANIFICACIÓN SANITARIA

- **ASIS del distrito “Santa Esperanza”**

- **Características generales del distrito:**

- Población: **18 500 habitantes**
 - Zona: Andina, semiurbana
 - Pobreza monetaria: 32%
 - Acceso a agua segura: 55%
 - IPRESS de referencia: un Centro de Salud I–4
 - Municipios con gestión débil y escasa fiscalización

- **Principales hallazgos epidemiológicos:**

- Anemia infantil (6–35 meses): 47%
 - Desnutrición crónica infantil (DCI): 22%
 - Gestantes con menos de 6 controles prenatales: 41%
 - Casos de diarrea en menores de 5 años: elevados (AEV 26%)
 - Cobertura de vacunación completa (niños 12–23 m): 67%

- **Determinantes sociales identificados:**

- Viviendas sin saneamiento: 48%
 - Escasa disponibilidad de alimentos nutritivos de origen local
 - Bajo nivel de instrucción materna
 - Municipios con limitada inversión en salud pública
 - Ausencia de espacios seguros para juego y actividad física

- **Conclusión del ASIS:** El distrito presenta un **alto riesgo en la primera infancia**, explicado por condiciones estructurales (agua, saneamiento, pobreza) y fallas en la continuidad del cuidado.

• **Priorización de problemas**

Se aplicó la **Matriz de Hanlon**, ponderando magnitud, trascendencia y factibilidad.

Problema	Magnitud	Trascendencia	Factibilidad	Puntuación
Anemia infantil	Alta	Muy alta	Alta	1°
Baja cobertura de vacunación	Media	Alta	Alta	2°
Control prenatal insuficiente	Media	Alta	Media	3°
Desnutrición Crónica Infantil	Media	Media	Baja	4°

– **Problema crítico priorizado:**

- Anemia infantil en niños de 6–35 meses (47%)

• **Vinculación a Programas Presupuestales (PP)**

El problema priorizado se vincula directamente con el:

PP 001 – Programa Articulado Nutricional (PAN)

– **Intervenciones financiables:**

- Suplementación con hierro
- Visitas domiciliarias
- Sesiones demostrativas de alimentos
- Vigilancia de cloro residual
- Seguimiento nominal de niños con anemia
- Articulación con MIDIS (Cuna Más, Juntos)

– **Intervenciones complementarias:**

- Desde PP 002 (Salud Materno Neonatal): control prenatal + suplementación en gestantes.
- Desde PP 150: agua segura y saneamiento (inversión municipal).

• **Indicadores definidos para el plan operativo**

Alineados al PP y al MCI por curso de vida:

– **Indicador 1: Suplementación efectiva de hierro**

- **Fórmula:** (Niños que completan dosis + adherencia validada / Niños 6–35 m registrados) × 100
- **Línea base:** 32%
- **Meta anual:** 75%
- **Fuente:** SIEN / HIS / ACS

– **Indicador 2: Control de anemia (tamizaje Hb)**

- **Fórmula:** # niños tamizados / # niños registrados × 100
- **Línea base:** 54%
- **Meta anual:** 90%

– **Indicador 3: Viviendas con agua segura (CRL ≥ 0.5 mg/L)**

- **Línea base:** 55%
- **Meta anual:** 70%
- **Fuente:** vigilancia sanitaria municipal

– **Indicador 4: Sesiones demostrativas comunitarias ejecutadas**

- **Meta:** 60 sesiones anuales
- **Responsable:** IPRESS – nutricionista / ACS

• **Presupuesto y costeo operativo simple**

Costeo estimado anual (para metas definidas)

Actividad (PP)	Unidad	Costo unitario (S/.)	Costo total (S/.)
Suplementación con hierro	1 niño	4.50	4.50 × 1 500 niños = 6 750
Visitas domiciliarias (ACS)	1 visita	6.00	6 × 2 000 visitas = 12 000
Sesiones demostrativas	1 sesión	65.00	65 × 60 = 3 900
Monitoreo de cloro residual	1 prueba	2.00	2 × 3 000 pruebas = 6 000

Toma de Hb 1 prueba comunitaria	4.00	$4 \times 2\,000 = 8\,000$
Capacitación paquete municipal intersectorial	2 500	2 500

Total estimado anual:

- **S/ 39 150** para reducir anemia infantil del 47% al 32%.

Este monto es perfectamente financiable mediante:

- PP 001 (60%)
- PP 002 (20%)
- Municipalidad / Sello Municipal (10%)
- Cooperantes o presupuesto regional (10%)

Resultado esperado al cabo de 12 meses

–**Metas sanitarias:**

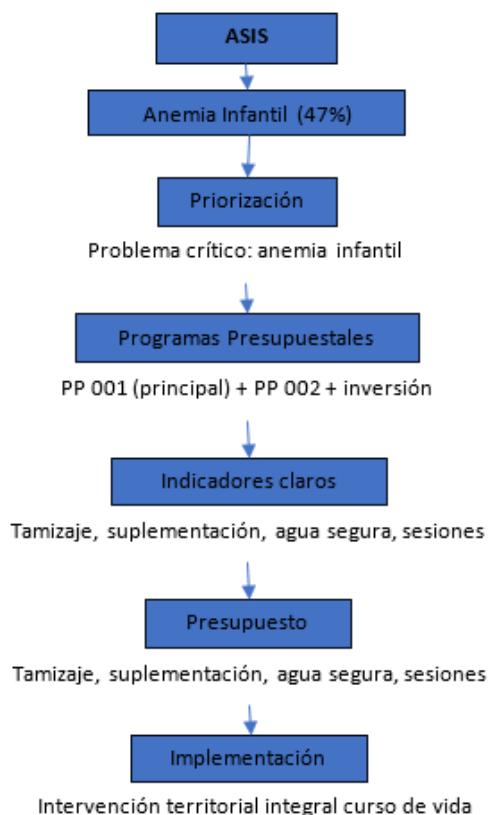
- Anemia infantil reducida del **47% → 32%**
- Tamizaje Hb: 54% → 90%
- Suplementación efectiva: 32% → 75%
- Agua segura: 55% → 70%

–**Metas de gestión:**

- Ruta nominal de primera infancia implementada
- Articulación IPRESS–Municipio institucionalizada
- ACS con roles fortalecidos
- Prioridad sanitaria consensuada en RIS

Figura 12

Síntesis del flujo aplicado al distrito ficticio de “Santa Esperanza”



Este caso muestra que la planificación sanitaria no es un trámite, sino una herramienta poderosa para transformar la salud y orientar el gasto público hacia resultados concretos.

- **Caso de análisis para el gestor**

Implementación de un Programa de Reducción de Anemia en un Distrito Rural (ejemplo imaginario).

- **Enfoque técnico:** El gestor asegura la compra de insumos (hierro), el tamizaje oportuno y el seguimiento del padrón nominal basado en normas técnicas vigentes.
- **Enfoque político (eudaimonía):** El gestor no solo busca “bajar el indicador”, sino que convoca al alcalde para asegurar agua segura y saneamiento básico. Su objetivo es que ese niño no solo tenga hemoglobina alta, sino que tenga la oportunidad de un desarrollo intelectual pleno para ser feliz y productivo en su sociedad.
- **Enfoque comunicacional:** El gestor no “impone” el consumo de suplementos. Utiliza una comunicación persuasiva y culturalmente adecuada (edu-comunicación), dialogando con las madres en su lengua materna y respetando su cosmovisión para evitar resistencias y asegurar la adherencia al tratamiento.

• **Preguntas para la reflexión del gestor**

- Al elaborar el ASIS, **¿qué categorías de información está haciendo prevalecer: solo tasas de mortalidad o indicadores de equidad y densidad del Estado?**
- **¿Cuál es el peso real que le otorga a las ciencias sociales (sociología, antropología) al planificar un programa sanitario para una población indígena o rural?**
- **¿Está planificando para “curar” indicadores o para fortalecer la autonomía y la protección social de las familias en su territorio?**

NOTA DE REFLEXIÓN PARA EL GESTOR: El éxito de las estrategias de prevención y promoción no depende solo de la buena voluntad clínica, sino de una **gestión financiera y técnica rigurosa**. Un médico que conoce el PpR y el ASIS puede “traducir” las necesidades de salud de su población en recursos económicos concretos dentro del presupuesto nacional.

Reflexión: “La planificación sanitaria en el Perú es el puente entre la evidencia epidemiológica y la viabilidad fiscal”.

CAPÍTULO 6

EL ROL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD COMO AGENTE DE CAMBIO

El ejercicio de la salud pública en el Perú demanda un perfil que trascienda la competencia clínica. El profesional debe ser un gestor social y un líder técnico capaz de navegar en la complejidad del sistema descentralizado.

6.1. Marco conceptual

6.1.1. *Objetivos de aprendizaje*

Al finalizar este capítulo, el lector será capaz de lo siguiente:

- Reconocer el rol ampliado del profesional de la salud en la gestión social y política.
- Aplicar principios de ética, calidad y seguridad del paciente.
- Desarrollar habilidades de liderazgo, abogacía e interprofesionalidad.
- Utilizar la consulta clínica como oportunidad preventiva y promotora.

6.1.2. *Ideas clave*

- El profesional de la salud es un gestor del desarrollo humano, no solo un proveedor de servicios.
- La calidad y seguridad son componentes éticos de la atención sanitaria.
- La abogacía y la negociación son competencias esenciales en contextos descentralizados.
- La prevención cuaternaria protege al paciente y al sistema de salud.

6.1.3. *Aplicación práctica esperada*

- Liderar procesos de cambio en establecimientos y comunidades.
- Promover una cultura de calidad, seguridad y humanización de la atención.
- Actuar con responsabilidad ética en la asignación y uso de recursos sanitarios.

6.2. **Calidad de atención y seguridad del paciente: La ética de la no maleficencia**

La gestión moderna de los servicios de salud en el Perú no solo busca la cobertura y la productividad, sino garantizar que la atención prestada sea segura y de alta calidad. Según el marco establecido por el Ministerio de Salud (R.M. 519-2006/MINSA), la calidad es un derecho ciudadano y un pilar fundamental de la gestión sanitaria.

6.2.1. *Definición de calidad y sus dimensiones*

Siguiendo la doctrina de Avedis Donabedian, la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas de forma que se maximicen los beneficios sin aumentar proporcionalmente los riesgos. Para el gestor peruano, esto se divide en tres dimensiones críticas:

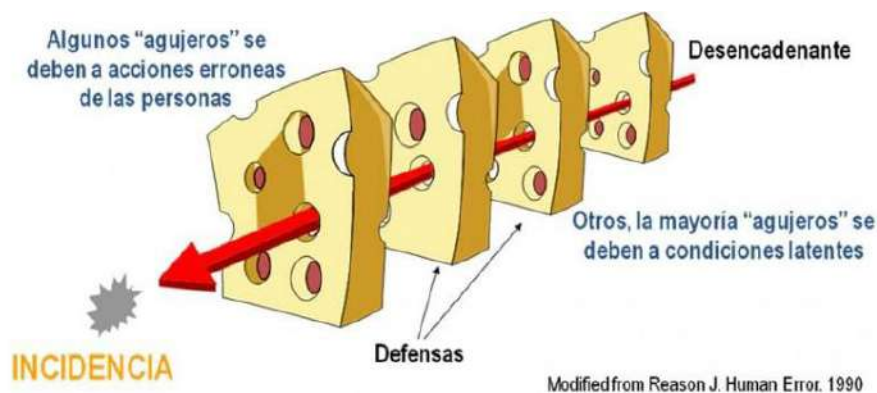
- a) **Dimensión técnica:** El “saber hacer” basado en la evidencia científica.
- b) **Dimensión humana (interpersonal):** La relación entre el proveedor y el usuario, centrada en el respeto y la comunicación.
- c) **Dimensión del entorno (amenidades):** Las condiciones de confort y seguridad de la infraestructura sanitaria.

6.2.2. Seguridad del paciente: El modelo del “queso suizo”

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos e instrumentos que buscan minimizar el riesgo de sufrir un **evento adverso** (daño no intencional durante la atención).

Figura 13

Ciclo de gestión para el desarrollo de intervenciones en salud y seguridad



Nota. Tomado de Tomado de “Gestión y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo”, por M. Recio, J. Aranaz y C. Aibar, 2015, p. 12.

Para entender por qué ocurren los errores, el gráfico anterior presenta el modelo explicativo de James Reason. El error no suele ser culpa de un solo individuo, sino el resultado de fallas sistémicas:

- **Decisiones gerenciales:** Falta de personal o recursos.
- **Factores contributivos:** Fatiga del personal o ambiente de trabajo inadecuado.
- **Acciones inseguras:** Omisiones o violaciones de protocolos.
- **Barreras fallidas:** Cuando las defensas físicas, humanas o administrativas fallan simultáneamente, el error llega al paciente.

6.2.3. *Herramientas de gestión: Listas de verificación (Checklists)*

Una de las estrategias más eficaces para reducir la morbilidad y mortalidad, especialmente en intervenciones quirúrgicas y procedimientos críticos, es el uso de Listas de Chequeo.

- **Cifras críticas:** Se estima que 234 millones de cirugías se realizan anualmente en el mundo; de estas, 7 millones presentan complicaciones y 1 millón resultan en muerte.
- **La pausa quirúrgica:** El protocolo exige tres momentos clave:
 - a) *Entrada:* Antes de la anestesia (confirmación de identidad y sitio quirúrgico).
 - b) *Pausa Quirúrgica:* Antes de la incisión (revisión de pasos críticos y profilaxis antibiótica).
 - c) *Salida:* Antes de que el paciente salga de sala (recuento de gasas e instrumental).

6.2.4. *El desafío de la cultura de calidad en el Perú*

El sistema de gestión de la calidad no es solo un conjunto de formatos; es una cultura de reporte y aprendizaje. El gestor de una IPRESS debe promover un ambiente donde el error se analice como una oportunidad de mejora sistémica y no como un espacio de punición, logrando así que la seguridad sea el eje transversal de la atención integral.

6.3. **Habilidades y competencias estratégicas**

Para que un profesional de la salud trascienda su rol asistencial y se convierta en un verdadero agente de cambio, debe aprender a filtrar cada decisión, pedido o actividad de gestión a través de un **trípode estratégico para la decisión en salud pública**:

- **La perspectiva técnica:** Es el cimiento. Se basa en la evidencia científica, la epidemiología y el rigor de los protocolos. Es el dominio de los indicadores, los modelos de determinantes y la

eficacia de las intervenciones. La mayoría de los gestores dominan esta área, pero por sí sola es insuficiente para transformar realidades complejas.

- **La perspectiva política (aristotélica):** No debe confundirse con la “politiquería” partidaria. Se entiende, siguiendo a Aristóteles, como la organización de la *polis* para alcanzar la “eudaimonía” (felicidad o realización plena de los ciudadanos). Aquí, el gestor se pregunta: ¿Esta decisión contribuye a la justicia social? ¿Habilita el desarrollo humano y la equidad en mi comunidad?
- **La perspectiva comunicacional:** Es el “cómo” de la gestión. Implica la capacidad de transmitir mensajes de forma estratégica para lograr resultados sin generar conflictos innecesarios. Se trata de dejar todo claro, ganar aliados y asegurar que la población y los decisores comprendan el valor de la propuesta.

Adicionalmente a lo mencionado, la formación académica debe alinearse con las **Competencias Esenciales en Salud Pública** definidas por la OPS y el MINSA.

6.3.1. *Liderazgo, abogacía y negociación*

- **Realidad Peruana:** El profesional de salud (especialmente durante el SERUMS o en la jefatura de un EESS) debe realizar “abogacía” ante el alcalde o el gobernador regional para priorizar proyectos de agua, saneamiento o nutrición.
- **Negociación:** Capacidad de gestionar conflictos sociales y articular intereses entre la comunidad, los sindicatos y la administración.

6.3.2. *Gestión de redes e interprofesionalidad*

- Superar el “médico-centrismo”. El éxito del MCI depende del trabajo sinérgico entre medicina, enfermería, obstetricia, psicología, nutrición y el personal técnico.

- **Liderazgo en las RIS:** Capacidad de gestionar equipos dispersos geográficamente utilizando herramientas de Telesalud y coordinación clínica.

6.3.3. *Competencia intercultural*

En un país megadiverso, la prevención es ineficaz si no se respetan las costumbres y saberes locales. El profesional debe aplicar la NTS de Transversalización del Enfoque Intercultural, adaptando los mensajes de promoción al contexto andino o amazónico.

6.4. La consulta como oportunidad de intervención

Desde la gestión clínica, cada encuentro con el paciente es una oportunidad para la salud pública.

6.4.1. *El concepto de “oportunidad perdida”*

Se refiere al paciente que acude por una patología aguda (ej. una faringitis) y se retira sin haber sido tamizado para hipertensión, sin revisar su esquema de vacunación o sin consejería en salud reproductiva.

6.4.2. *Consejería breve y el Plan de Cuidado Integral (PCI)*

- El MCI exige que el profesional elabore un PCI para cada usuario. La consulta debe transitar del diagnóstico biológico a la evaluación de riesgos.
- Uso de la **Entrevista motivacional:** Técnica de comunicación para fomentar cambios de comportamiento (cesación tabáquica, adherencia a dietas, actividad física).

6.5. Ética y responsabilidad en la salud pública

La ética en salud pública difiere de la bioética clínica tradicional al priorizar el **bien común** sobre el interés individual en situaciones de riesgo poblacional.

6.5.1. *Justicia social y equidad*

- El profesional tiene la responsabilidad ética de priorizar a las poblaciones vulnerables (personas con discapacidad, adultos mayores en abandono, comunidades indígenas).
- **Economía de la Salud y Ética:** La distribución eficiente de recursos escasos es un imperativo ético. Gastar ineficientemente es quitarle la oportunidad de salud a otro ciudadano.

6.5.2. *Integridad y transparencia en la gestión pública*

Como servidores del Estado peruano, los profesionales están sujetos a la Ley del Código de Ética de la Función Pública. La transparencia en el manejo de presupuestos y la veracidad en el registro de datos (HIS) son pilares de la integridad pública.

6.5.3. *Abordaje de la iatrogenia y prevención cuaternaria*

Responsabilidad ética de no medicalizar la vida social y evitar intervenciones innecesarias que pueden causar daño o gasto superfluo al paciente y al Estado.

- **Preguntas para la reflexión del gestor**
 - Como agente de cambio, **¿cuál es su postura teórica predominante: ve al paciente como un huésped biológico o como un sujeto inmerso en un contexto socioeconómico y político?**
 - Ante un dilema ético en la gestión, **¿está considerando las experiencias subjetivas y los valores personales de la**

población o solo la eficacia técnica del procedimiento?
- ¿Se considera un ejecutor de órdenes técnicas o un abogado que lucha por modificar los determinantes estructurales que enferman a su comunidad?

NOTA DE REFLEXIÓN PARA EL GESTOR: El futuro de la salud en el Perú reside más en fortalecer la **capacidad resolutive del primer nivel** y en consolidar una cultura de prevención y promoción, que en construir más hospitales de alta complejidad. El profesional de la salud con visión de gestor y corazón de salubrista es el único capaz de cerrar las brechas de inequidad que aún persisten en nuestro país.

EPÍLOGO

CARTA AL JOVEN PROFESIONAL DE LA SALUD

Querido colega,

Has llegado al final de estas páginas, pero apenas te encuentras frente al umbral de tu verdadera formación. Como profesional de la salud, pronto comprenderás que la salud pública y la gerencia no son solo cuadros estadísticos; son el escenario donde pondrás a prueba tu temple. En este camino, recuerda siempre que Dios escribe recto en renglones torcidos. Habrá días de caos, carencias y sistemas que parecen no funcionar, pero tu labor es encontrar el propósito y el orden dentro de esa complejidad.

No te paralices ante la adversidad. En gestión, lo perfecto es enemigo de lo oportuno. Un diagnóstico epidemiológico impecable que llega tarde no salva vidas; una intervención decidida en el momento justo, sí. Entiende que, en la administración de servicios de salud, los problemas no existen, lo que existen son problemas por solucionar. Cada brecha de recursos o cada brote es una invitación a tu ingenio y a tu compromiso ético.

Para no perderte en la vorágine del día a día, te pido que lleves siempre contigo la **clave SOL**:

- 1.**Sujeto:** Recuerda quién eres tú y cuál es tu responsabilidad ética.
- 2.**Objeto:** Ten absoluta claridad sobre qué quieres lograr (el bienestar del paciente y la eficiencia del sistema).
- 3.**Lugar:** Ubícate en tu realidad local, respeta tu entorno y actúa según las necesidades de tu comunidad. No olvides que en salud, no es lo mismo ni se escribe igual, tratar una patología en la capital que en la profundidad de nuestras provincias.

Sé persistente. Como bien sabemos, un clavo no entra al primer martillazo. La mejora de la salud pública requiere insistencia y tenacidad. Pero esa persistencia debe nacer de la disciplina: un buen hábito consiste en decidir hacer lo correcto todos los días, y un hábito operativo bueno se transforma en virtud. Aspira a que la excelencia no sea un acto aislado, sino tu forma de ser.

Desde el enfoque de la economía de la salud, actúa siempre con prudencia, pues lo barato sale caro cuando se sacrifica la calidad o la seguridad del paciente por un ahorro mal entendido. Y desde la bioética, mantén la humildad; aunque hoy enfrentes críticas o dificultades, recuerda que el tiempo lo borra todo, dejando solo la huella de tus buenas acciones.

Finalmente, nunca pierdas la gratitud hacia tus maestros, tus pacientes y tu patria, pues es de bien nacidos ser agradecidos.

Sal a trabajar con ciencia, con arte y, sobre todo, con humanidad. El Perú espera de ti no solo un profesional eficiente, sino virtuoso.

Con afecto y esperanza,

Dr. Jorge A. Cordero Valera

ANEXO

RESUMEN EJECUTIVO: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Hacia una gestión sanitaria sostenible y basada en valor

- **El imperativo del cambio: Propuesta de valor**

El sistema de salud peruano atraviesa una transición epidemiológica crítica. La persistencia de enfermedades transmisibles y la anemia, sumadas a la explosión de enfermedades crónicas, exigen que las instituciones dejen de ser “fábricas de servicios recuperativos” para convertirse en **gestores de salud poblacional**.

La propuesta de este libro no es meramente académica; es un **modelo operativo** que busca:

- **Reducir la Carga de Enfermedad:** Mitigando los años de vida perdidos (AVISA) mediante intervenciones de costo-efectividad demostrada.
- **Optimizar el Gasto en Salud:** Desde la Economía de la Salud, cada sol invertido en prevención primaria en el primer nivel ahorra hasta diez veces el gasto en alta complejidad.
- **Garantizar la Continuidad del Cuidado:** Alineando la práctica diaria con el **Modelo de Cuidado Integral (MCI)** por curso de vida.

- **Pilares de implementación en la gestión diaria**

Para los tomadores de decisiones, el libro se traduce en acciones concretas en cuatro frentes:

- **Para la academia (decanos y directores de escuelas):**
 - **Reforma curricular:** Transitar del modelo biomédico al modelo de determinantes sociales.
 - **Perfil del egresado:** Formar profesionales con capacidades

en **liderazgo comunitario, abogacía y gestión pública**, esenciales para el éxito del SERUMS y la práctica institucional.

– **Para la gestión de redes e IPRESS (directores de RIS y jefes de Establecimientos):**

- **Gestión por procesos:** Implementar los **Paquetes de Cuidado Integral (PCI)** no como metas estadísticas, sino como rutas de atención centradas en la persona.
- **Uso del ASIS como GPS Institucional:** Utilizar el Análisis de Situación de Salud para la toma de decisiones basada en evidencia local, no en inercias administrativas.
- **Productividad reenfocada:** Medir el éxito por el incremento de la población controlada (ej. diabéticos con HbA1c estable) y no solo por el número de atenciones.

– **Para el financiamiento y la calidad (IAFAS y UGIPRESS):**

- **Presupuesto por Resultados (PpR):** Asegurar que el financiamiento (SIS, EsSalud, etc.) se movilice hacia los **Programas Presupuestales** de prevención, garantizando la disponibilidad de insumos críticos (Kits de tamizaje, vacunas).
- **Gestión de riesgos:** Las IAFAS deben ver la prevención como su mejor estrategia de gestión de riesgo financiero para evitar la insolvencia por eventos catastróficos prevenibles.

• **Hoja de ruta para la acción inmediata**

- **Liderazgo territorial:** Convocar a los gobiernos locales para articular intervenciones en **Entornos Saludables** (agua, saneamiento, mercados saludables) bajo el marco de “Salud en Todas las Políticas”.
- **Fortalecimiento del primer nivel:** Empoderar al equipo multidisciplinario para realizar intervenciones extramurales

y telemonitoreo, reduciendo la saturación de las emergencias hospitalarias.

- **Transversalización de la interculturalidad:** Adaptar los servicios de prevención a la cosmovisión del usuario para asegurar la adherencia y el respeto a los derechos en salud.

Referencias

- Cueto, M. (1991). *El regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies.
- Dever, G. E. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453-466. <https://doi.org/10.1007/BF00303847>
- Frisancho, D. (2001). *Manuel Núñez Butrón y el Rijcharismo*. Universidad Nacional del Altiplano.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Government of Canada. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach* (3.^a ed.). McGraw-Hill.
- Ley N.º 30021. (2013, 17 de mayo). Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes. Congreso de la República del Perú. Diario Oficial El Peruano. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-promocion-de-la-alimentacion-saludable-para-ninos-ni-ley-n-30021-939762-1/>
- Ley N.º 30885. (2018, 19 de diciembre). Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS). Congreso de la República del Perú. Diario Oficial El Peruano.
- Ley N.º 31336. (2021, 10 de agosto). Ley Nacional del Cáncer. Diario Oficial El Peruano. Ministerio de Salud. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-nacional-del-cancer-ley-n-31336-1979313-1/>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2022). *Presupuesto por Resultados (PpR): Guía Metodológica para el diseño de Programas Presupuestales*. Dirección General de Presupuesto Público. Ministerio de Economía y Finanzas.

- Ministerio de Salud del Perú. (1987). *Educación para la salud*. Departamento de Educación para la Salud. Ministerio de Salud del Perú.
- Ministerio de Salud. (2023). *Documento Técnico: Plan Nacional de Prevención y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil*. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Ministerio de Salud.
- Norma Técnica de Salud N.º 135-MINSA/2017/CDC. (2017). Norma Técnica de Salud para la Elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS). Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/normas/nts135.pdf>
- Núñez Butrón, M. (1935). *Runa Soncco* [Boletín]. San Román, Puno, Perú.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/nodos/carta-ottawa-promocion-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud: Glosario. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42418>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53.º Consejo Directivo de la OPS. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Competencias esenciales de salud pública de los trabajadores de la salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52533>

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288.
- Quiroz-Avilés, L., Cordero-Valera, J. y Giraldo-Vizcarra, E. (2017). Una Inclusión social y laboral de las personas con discapacidad desde la articulación socio-sanitaria en el Perú. *CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud*, 2(3), 180-186. <https://doi.org/10.35626/casus.3.2017.44>
- Resolución Ministerial N.º 422-2005/MINSA. (2005). Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/248530-422-2005-minsa>
- Resolución Ministerial N.º 030-2020-MINSA. (2020). Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/411709-030-2020-minsa>
- Winslow, C. E. A. (1920). The Untilled Fields of Public Health. *Science*, 51(1306), 23-33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>

Ante la compleja transición epidemiológica y demográfica actual, es impostergable transformar la forma en que concebimos y ejecutamos la salud pública. Este libro nace de la convicción de que la atención sanitaria debe trascender el enfoque curativo para orientarse a una gestión integral basada en los Determinantes Sociales de la Salud, la equidad y la eficiencia.

Desde una perspectiva técnica y pedagógica adaptada a la realidad peruana, el texto articula la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida (MCI). A través de sus capítulos, propone herramientas de planificación y gestión para que estudiantes, profesionales y gestores se conviertan en verdaderos agentes de cambio social.

Más que un compendio teórico, se trata de una guía estratégica para la acción, cuyo objetivo es contribuir a la formación de profesionales capaces de construir un sistema sanitario más humano y equitativo en el territorio y la comunidad.

ISBN: 978-612-5050-68-7

