



Gobierno del Perú



PERÚ

Ministerio
de Salud

Salud integral y estilos de vida saludables

Dirección General de Promoción de la Salud

Ministerio de Salud



PERÚ

Ministerio
de Salud

¿POR QUÉ UNA REFORMA EN SALUD?



Para eliminar o aminorar las **restricciones** (de políticas, legales, normativas, institucionales, sectoriales, intersectoriales, organizacionales, de gestión, conductuales) que inciden y operan sobre y en el sistema y que impiden que la población ejerza totalmente su **derecho a la salud**.



PERÚ

Ministerio
de Salud

CONDICIONES A MEJORAR



45%

de la carga de enfermedad puede ser evitada, mediante acciones de promoción y control de riesgos



50%

inferior es la disponibilidad de profesionales de salud en el Perú, respecto a lo registrado en países de ingresos medios altos



40%

del gasto en salud en el Perú es financiado con gasto de bolsillo, el doble de lo registrado en países que han alcanzado la cobertura universal

Indicadores sanitarios relativamente elevados y desiguales



17

niños mueren por cada 1000 recién nacidos vivos. El doble a lo registrado en Chile, Uruguay y Costa Rica



4 veces

superior, es la tasa de desnutrición crónica en las regiones más pobres del país, respecto a las regiones con mayores recursos

EL PERU
SALUDA
LA VIDA



PERÚ

Consejo Nacional de Salud

PROPUESTAS DE REFORMA

II. Protección del usuario

- Seguridad del paciente
- Calidad de la atención
- Efectividad de la prestación

I. Protección del ciudadano

- Acciones de promoción
- Acciones de prevención de la enfermedad
- Vigilancia y control epidemiológico
- Gestión de riesgo

III. Protección financiera

- Ampliación de cobertura
- Gestión del aseguramiento

Cobertura universal de la protección en salud

EL PERU
SALUDA
LA VIDA



PERÚ

Consejo Nacional de Salud

1. Protección del ciudadano



6. El MINSA deberá liderar e impulsar una agenda para la gestión de los determinantes sociales en la comisión interministerial de asuntos sociales, para su implementación multisectorial y en los diferentes niveles de gobierno

EL PERU
SALUDA
LA VIDA

1. De la Política de Estado

Aprobación de la Política Nacional de carácter multisectorial para el abordaje de los DSS

Constitución de la Comisión Multisectorial en PCM

Elaboración y aprobación del Documento Técnico para la Gestión de los DSS →

2. De la priorización de la agenda y del modelamiento para la intervención multisectorial

Análisis y Priorización desde los Problemas Sanitarios e Inequidades →

Diagramación de la ruta crítica (causa – efecto), para el abordaje multisectorial de cada prioridad sanitaria →

Sistematización de evidencias

Identificación de sectores y niveles de gobierno, políticas y planes

Identificación y adecuación de instrumentos presupuestales

ENF. CRÓNICAS NO TRASMISIBLES

ENF. CRÓNICAS NO TRASMISIBLES

3. Del proceso de implementación de la Política

Aprobación del Plan Nacional Multisectorial para el abordaje de los DSS de las prioridades sanitarias

Implementación del Plan según niveles de responsabilidad gubernamental (a cargo de la Comisión Multisectorial)

Del nivel central (Políticas, regulación, "Iniciativas legislativas y normatividad ad hoc")

Del nivel regional (Adecuación regional de políticas, programas, instrumentos)

Del nivel local (Gestión Territorial / Acreditación de Municipios Saludables)

GRACIAS...

1. De la Política de Estado

APROBACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL CON CARÁCTER MULTISECTORIAL DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Mandato de política 1.6 Gestión de los
Determinantes Sociales de la Salud



1. De la Política de Estado

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS POLÍTICA NACIONAL CON CARÁCTER MULTISECTORIAL DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



1. De la Política de Estado

CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN MULTISECTORIAL DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



1. De la Política de Estado

ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO TÉCNICO DE GESTIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Mandato de política 1.6 Gestión de los
Determinantes Sociales de la Salud





PERÚ

Ministerio
de Salud

EL DERECHO A LA SALUD...

¿Para qué tratar a la población...

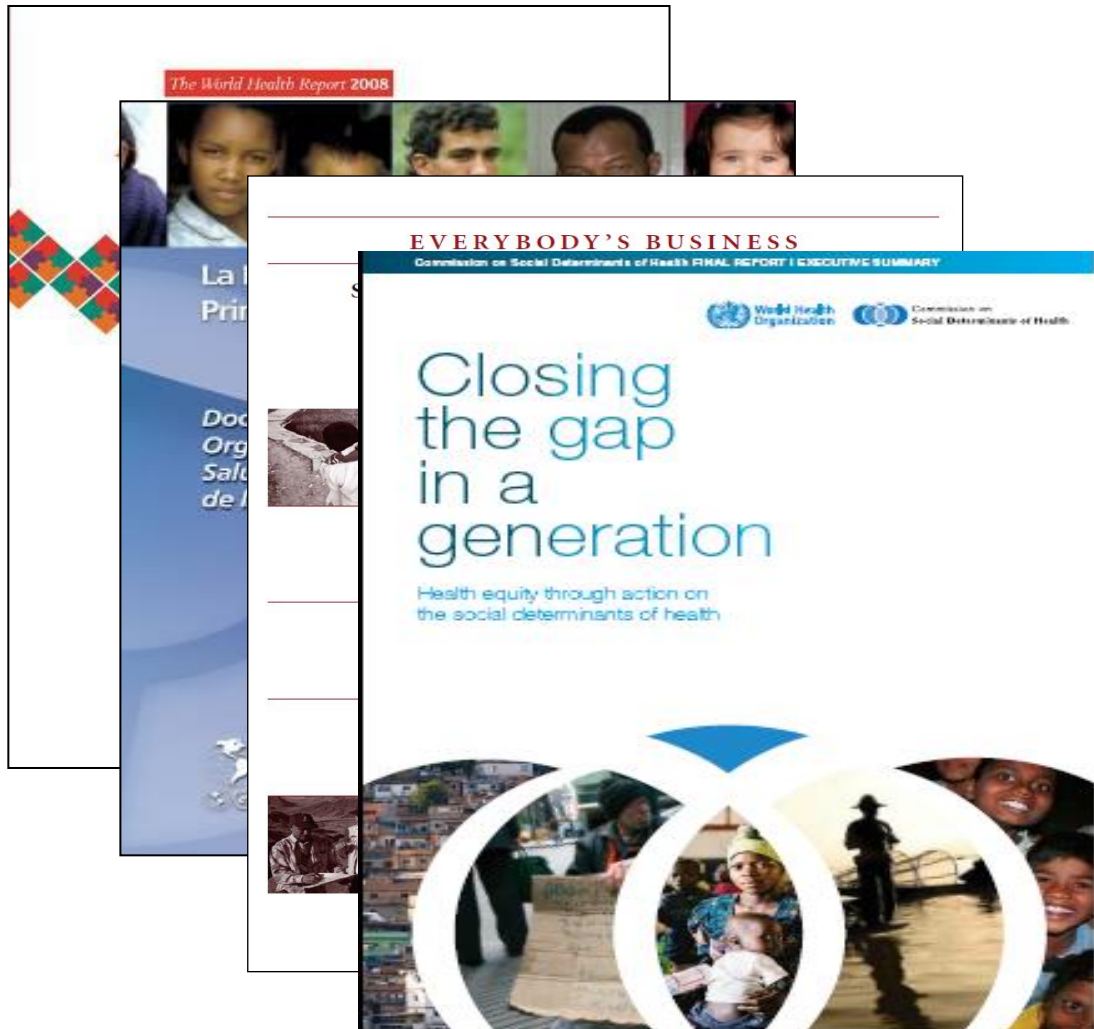


... y devolverla luego a las condiciones de vida
que la enferman?

EL PERÚ
Siguiendo
LA VIDA

Vínculos entre Salud en las Políticas y los Determinantes Sociales de la Salud

Abordando las Causas...



En 2008, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud lanzó Subsana las desigualdades en una generación, colocando la equidad en la agenda mundial.

La Comisión realizó tres recomendaciones fundamentales:

- 1) Para mejorar las condiciones de la vida diaria.
- 2) Para luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- 3) Para medir la magnitud del problema y evaluar el impacto de la acción.

Siguiente

CERRANDO LA BRECHA: La Política de acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud

1. La gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud: ejecución de medidas sobre los determinantes sociales de la salud.
2. La promoción de la participación: el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales.
3. La función del sector salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades en salud.
4. La acción mundial sobre los determinantes sociales: el alineamiento de las prioridades y de los actores.
5. La vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas y desarrollar la responsabilidad sobre los determinantes sociales.

Siguiente 

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MARCO CONCEPTUAL



Carta de Ottawa

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986):

- Establece las bases para la promoción de la salud mundial.
- Definido como “El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre, y para mejorar su salud”¹

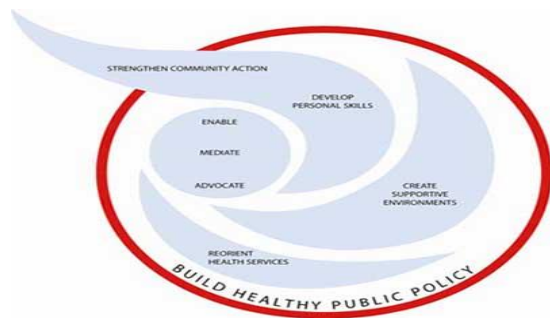


Image: WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion Logo



1. WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion.
2. WHO (1988). Adelaide Recommendations : healthy public policy.

Siguiente

Conferencias Globales de Promoción de la Salud

Equidad e inter sectorialidad

Jakarta 1997

Primera en país en desarrollo, primera en que se invita al sector privado, disminuir brechas de acceso a la salud, impulsa la corresponsabilidad social del sector privado y la rendición de cuentas.

México 2000

La salud, esencial para el desarrollo social y económico. El reto es una visión holística de la salud, la responsabilidad del Estado por la salud de los habitantes y el impulso a las políticas públicas saludables. El sector asume el liderazgo para trabajar con los otros sectores para implementar actividades de promoción de la salud. Se crea el compromiso que los países elaboren el Plan de Acción Nacional de PS

Bangkok 2005

La carta de Bangkok identifica las acciones, compromisos y las promesas necesarias para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud.

Nairobi 2009

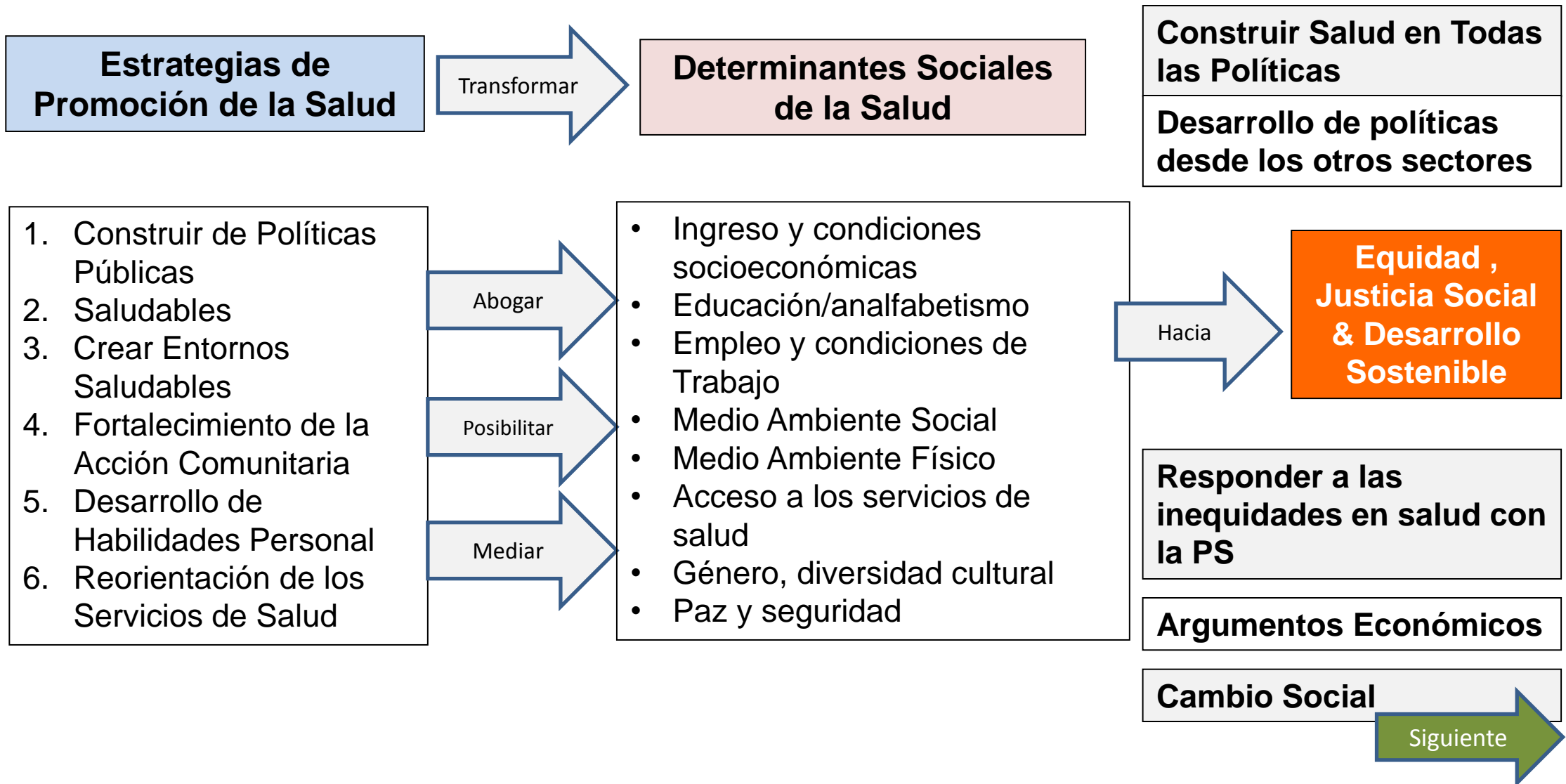
Abordar de manera efectiva los determinantes de la salud y lograr la equidad en salud requiere de acciones y alianzas que se extienden más allá del sector salud para poner en práctica formas de colaboración, cooperación e integración entre los sectores

Helsinki 2013

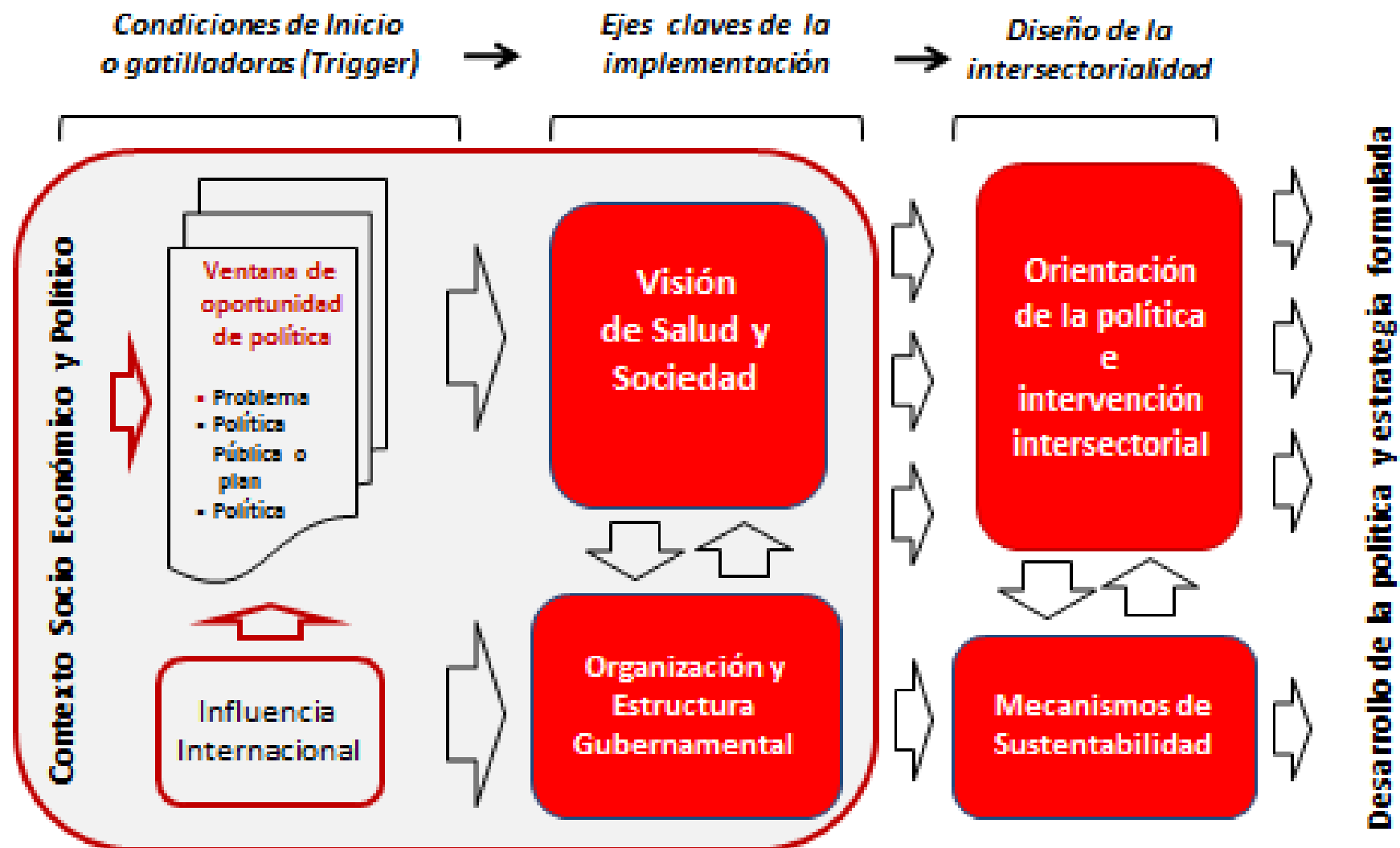
Enfoque de políticas públicas en todos los sectores que toma en cuenta las implicancias de las decisiones políticas en la salud de los habitantes y evitar impactos negativos para mejorar la equidad en salud.

Siguiente

Promoción de la Salud y Determinantes Sociales



Estados y dominios para el análisis de la intersectorialidad /salud en todas las políticas



Solar O. et al . Marco conceptual para el analysis y evaluation de la Intersectorialidad y salud en todas las políticas. Forthcoming 2011



2. De la priorización de la agenda y el modelamiento para la intervención multisectorial

ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN DESDE LOS PROBLEMAS SANITARIOS E INEQUIDADES



Análisis y Priorización desde los Problemas Sanitarios e Inequidades

Problemas sanitarios priorizados

- Enfermedades no transmisibles.
- TBC MDR
- Desnutrición crónica.
- Enfermedades metaxénicas (Dengue)
- Accidentes de tránsito

Inequidades sanitarias de alta causalidad en problemas sanitarios prevalentes

- Agua segura
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Condiciones de vivienda
- Salud y seguridad laboral
- Tránsito seguro y saludable
- Planificación urbana
- Otras condiciones medio ambientales

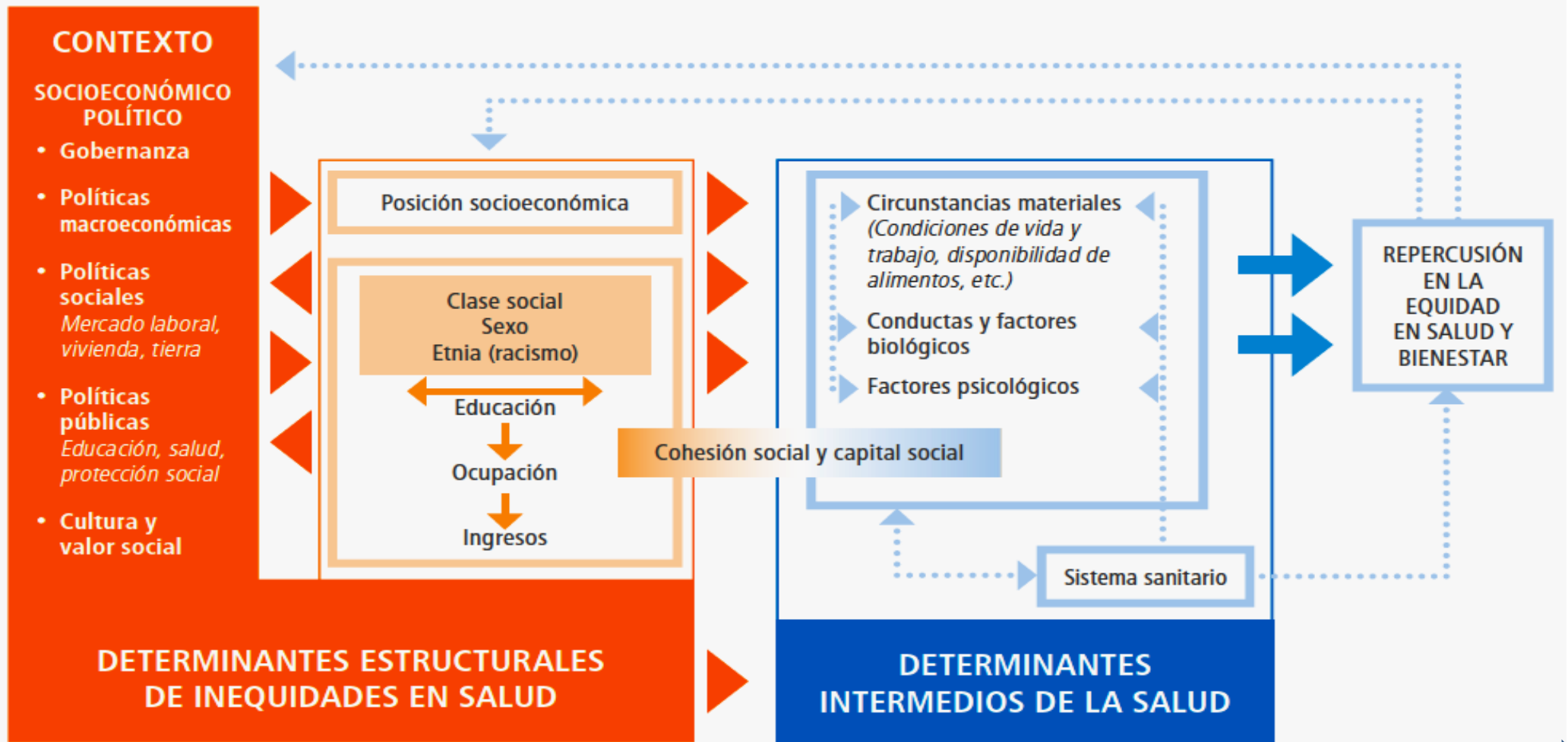


2. De la priorización de la agenda y del modelamiento para la intervención multisectorial

DIAGRAMACIÓN DE LA RUTA CRITICA (CAUSA – EFECTO), PARA EL ABORDAJE MULTISECTORIAL DE CADA PRIORIDAD SANITARIA

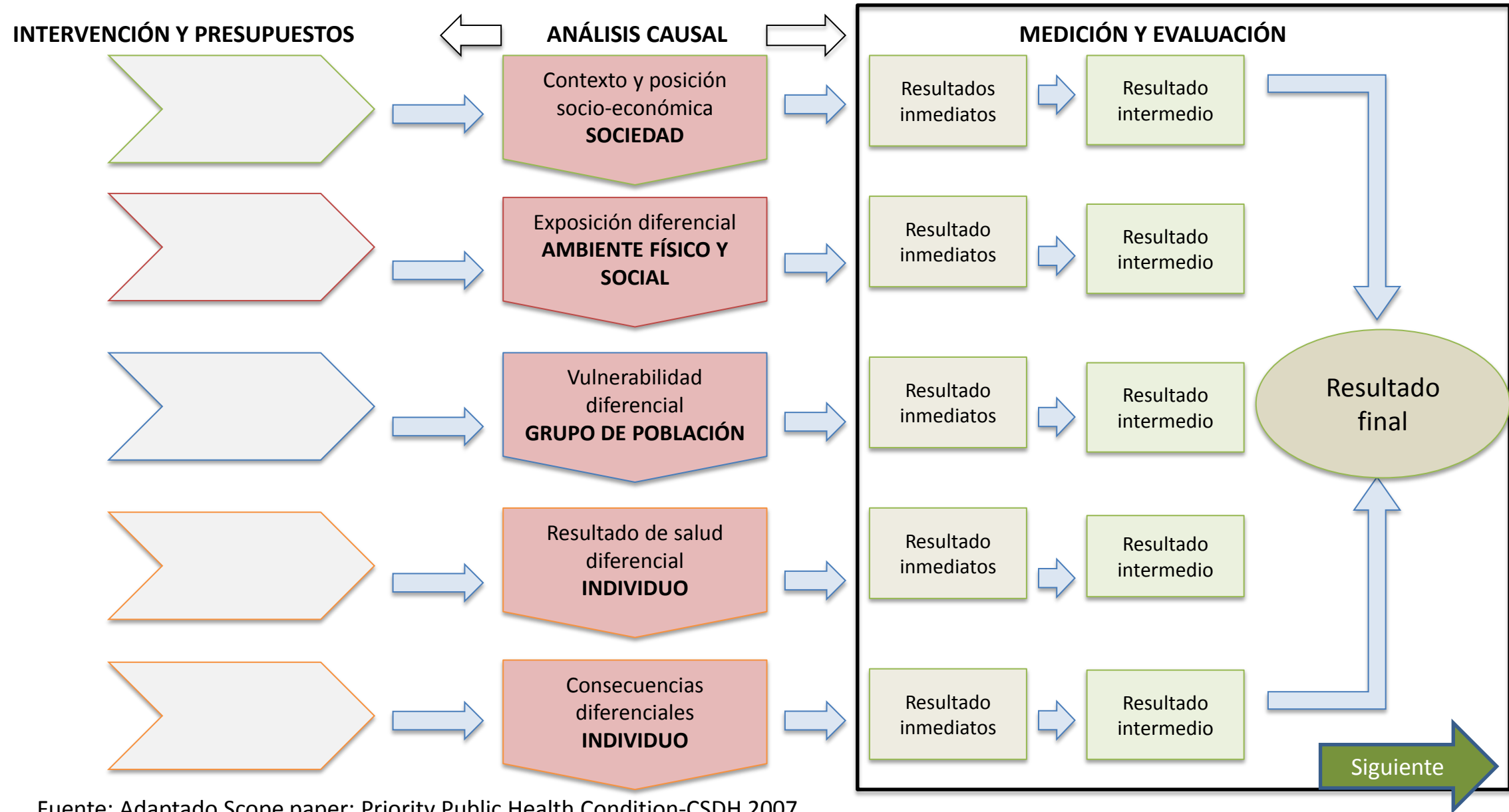


Marco conceptual del abordaje de los determinantes de la salud

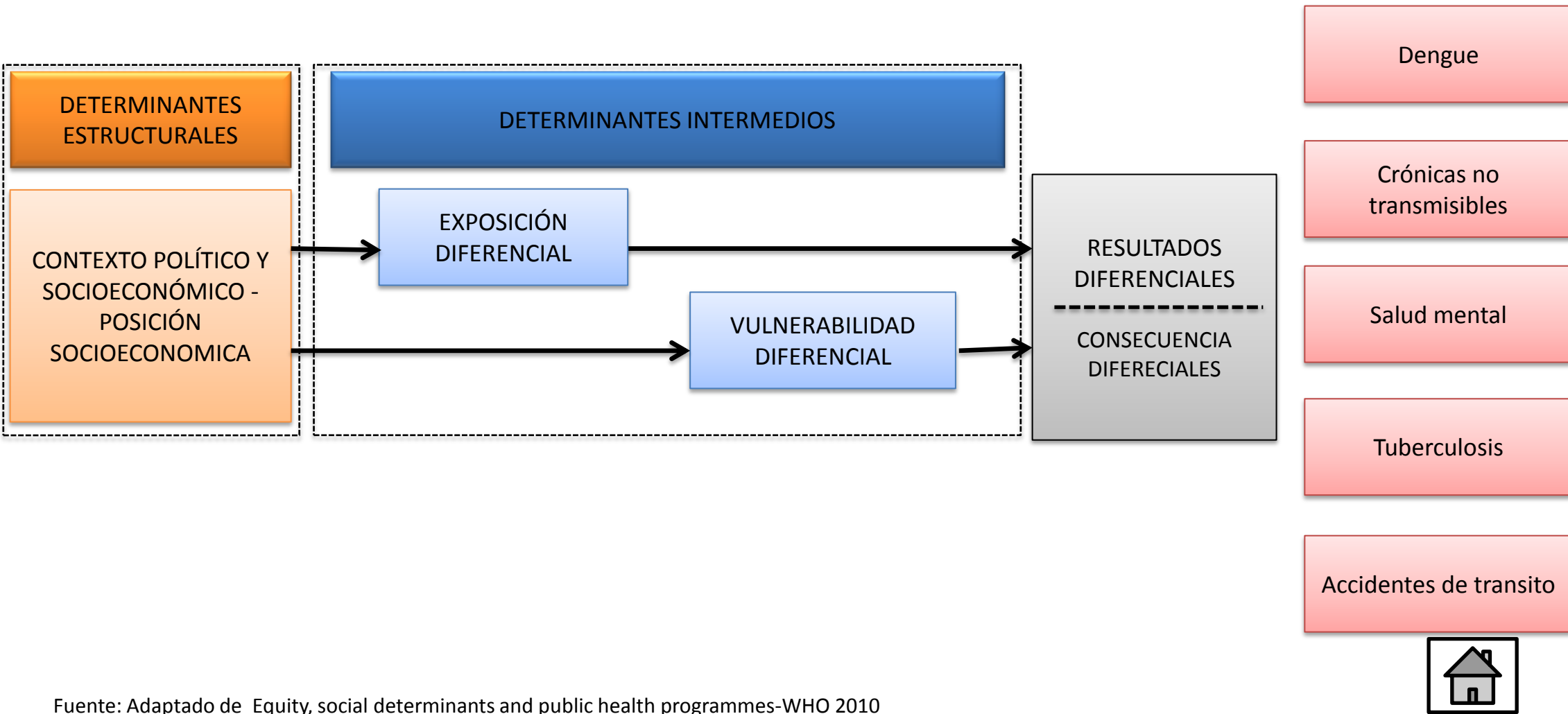


Fuente: Solar e Irwin, año 2010⁶

Modelo lógico: Clúster Determinantes Sociales de la Salud



Marco de análisis Determinantes Sociales de la Salud



Identificación y adecuación de los Instrumentos de Gestión Presupuestaria

De los Programas Presupuestales Sectorial y Multisectorial, y Proyectos de Inversión Social

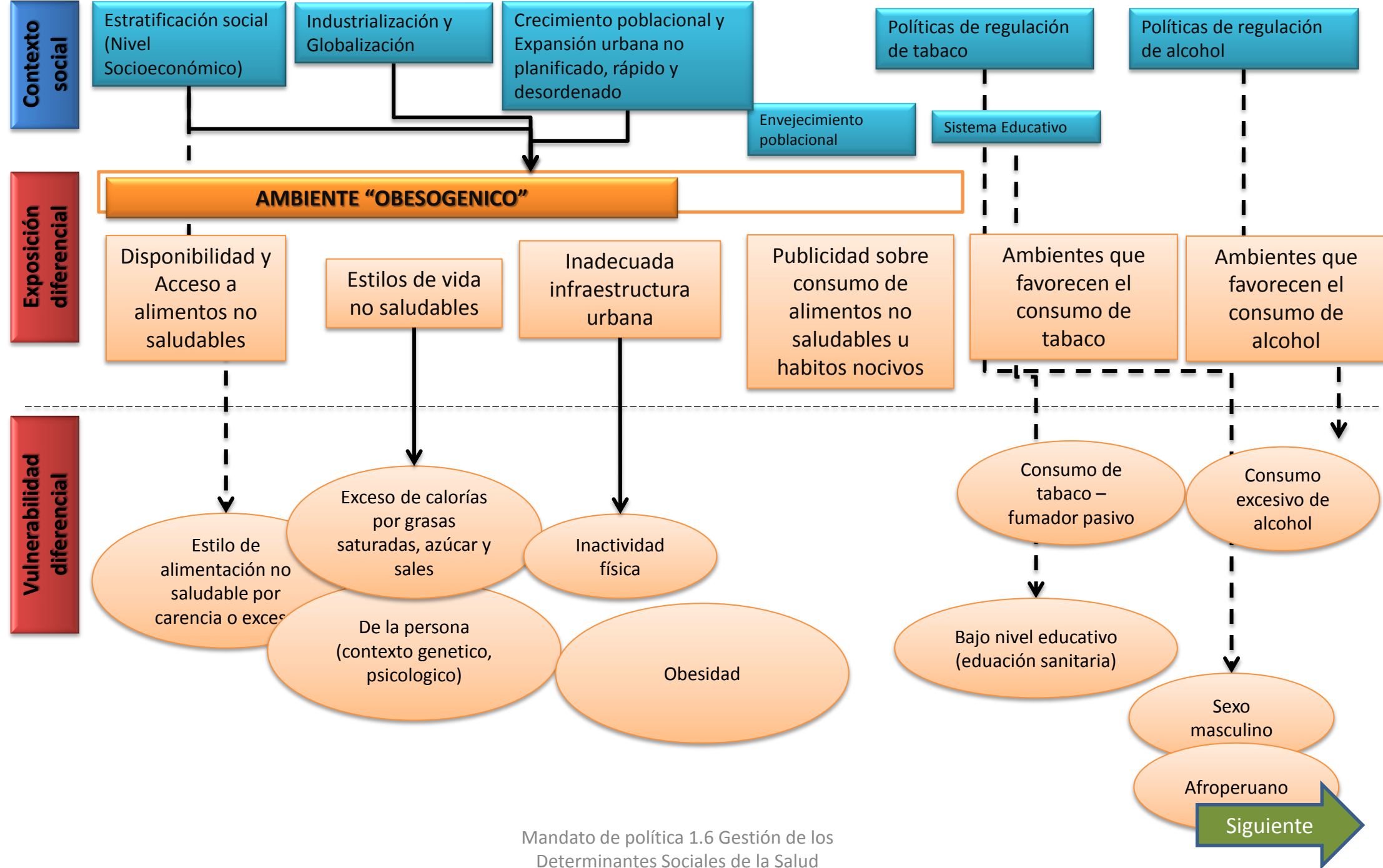
De los productos de los Programas Presupuestales de Salud para los Gobiernos Locales

Del plan de incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal

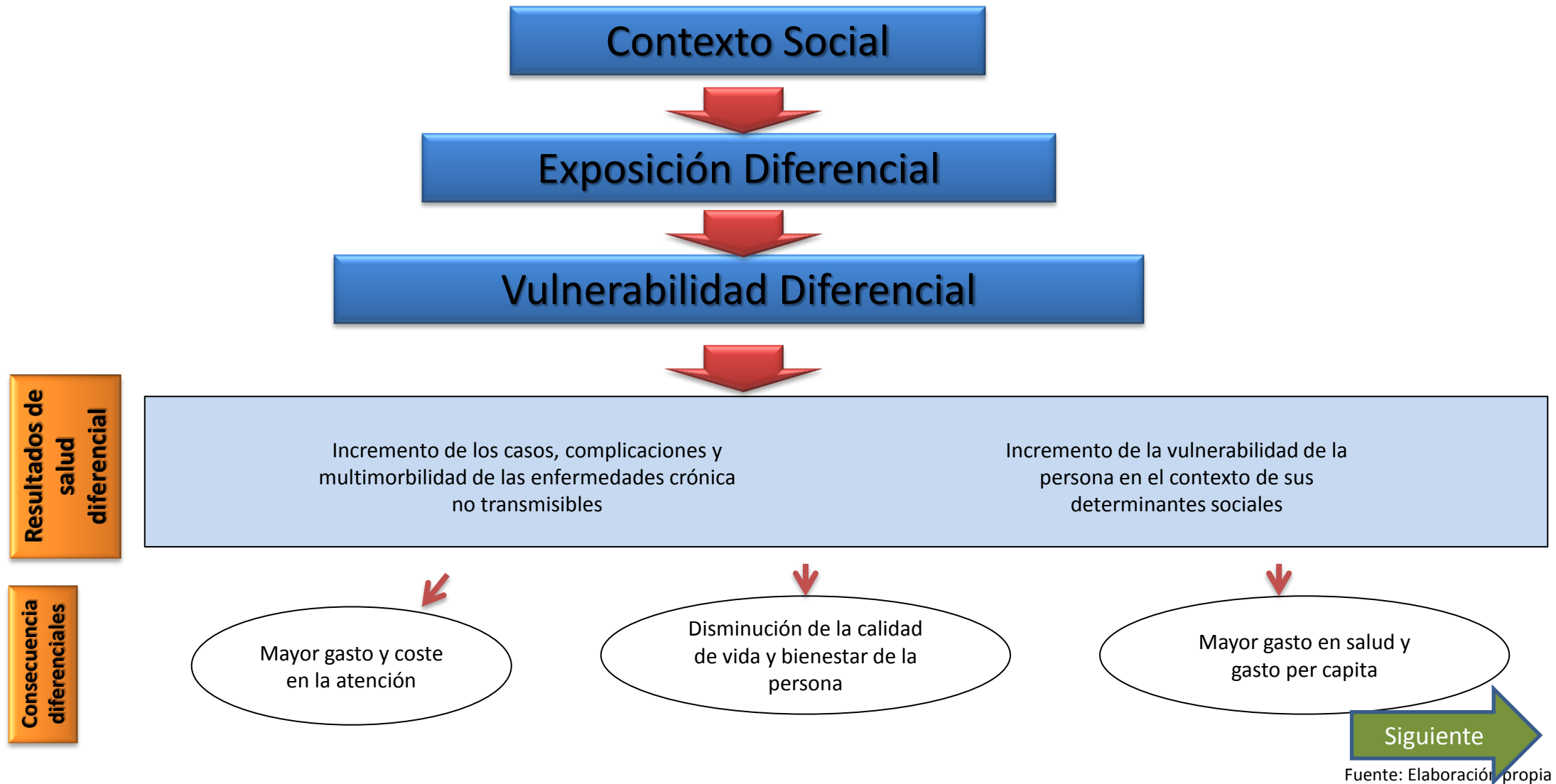
2. De la priorización de la agenda y del modelamiento para la intervención multisectorial: Diagramación de la ruta crítica (causa – efecto), para el abordaje multisectorial de cada prioridad sanitaria

MODELO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICA NO TRANSMISIBLES : MODELO CAUSAL Y MODELO LÓGICO EN EL MARCO DE LOS DSS

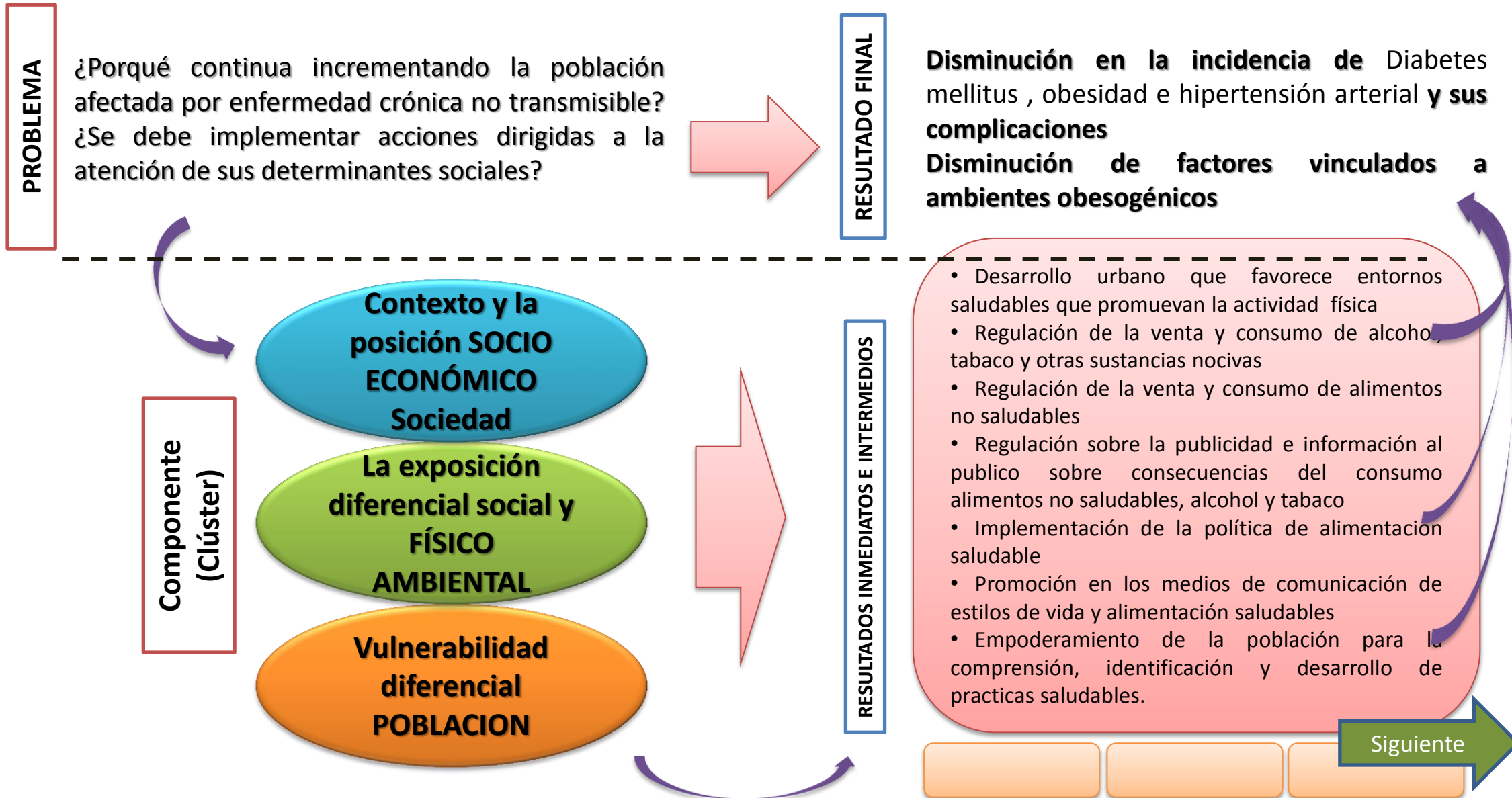




Modelo causal de las enfermedades crónica no transmisibles en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud



Modelo lógico de las enfermedades crónica no transmisibles en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud



Intervención sobre el Tabaco: Regulación para el control del tabaco en el Perú, en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

1. Resolución Legislativa N° 28280 que aprueba el Convenio Marco para el Control del Tabaco	24 junio de 2004
2. Ley N° 28705. Ley General para la prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco	06 de abril de 2006
3. Ley N° 29517, Ley que modifica la Ley N°28705, para adecuarse al Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del Tabaco – CMTC	31 de marzo de 2010
4. Decreto Supremo N° 015-2008-SA. Que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28705. Se permitía habilitar hasta el 20% de área para fumadores en zonas públicas	05 de julio de 2008
5. Decreto Supremo N° 001-2010-SA. Modifican artículos del Reglamento de la Ley N° 28705. Se permitía el 10% de área para fumadores en zonas públicas	14 de enero de 2010
6. Decreto Supremo N° 001-2011-SA. Modifican artículos del Reglamento de la Ley N° 28705. No se permite fumar en espacios públicos cerrados, lugares de trabajo y medios de transporte público	15 de enero de 2011

MUNICIPALIDAD DE SAN ISIDRO

**Declaran a los locales de la
Municipalidad como Ambientes Libres
de Humo de Tabaco**

**DECRETO DE ALCALDÍA
N° 015-ALC/MSI**

San Isidro, 8 de agosto de 2007

EL ALCALDE DE SAN ISIDRO

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el artículo 194 de la Constitución Política y el artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 27972 – Ley Orgánica de Municipalidades, las Municipalidades tienen autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia;

Que, mediante Ley N° 28705 – Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo de Tabaco, se estableció la prohibición de fumar en las dependencias públicas, así como en los centros laborales;

Intervención sobre el Alcohol: Regulación para el control del alcohol en el Perú, en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

1. Resolución legislativa 28681, Ley que regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas	5 de marzo de 2006
2. DS 012-2009-SA Aprueban reglamento de la Ley 28681, Ley que regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas	11 julio de 2009

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

LEY Nº 28681

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

La Comisión Permanente del Congreso de la República ha dado la Ley siguiente:

LA COMISIÓN PERMANENTE DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY QUE REGULA LA COMERCIALIZACIÓN, CONSUMO Y PUBLICIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- Objeto de la Ley

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

Intervención sobre Alimentación: Promoción de la alimentación saludable en el Perú, en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

1. Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes	17 de mayo de 2013
2. RS 210-2013-PCM Crean Comisión multisectorial encargada de la Ley 30021	18 de junio de 2013
3. RS 306-2012-PCM Constituyen comisión multisectorial de naturaleza temporal encargada de proponer la estrategia de difusión de la Dieta Andina, elaborada prioritariamente con productos originarios del Perú	24 de setiembre de 2012
4. RM 908-2012/MINSA Lista de alimentos saludables recomendados para su expendio en los quioscos escolares de las instituciones educativas	14 de noviembre de 2012

PODER LEGISLATIVO

CONGRESO DE LA REPUBLICA

LEY N° 30021

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

El Congreso de la República
Ha dado la Ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto la promoción y protección efectiva del derecho a la salud pública, al crecimiento y desarrollo adecuado de las personas, a través de las acciones de educación, el fortalecimiento y fomento de la actividad física, la implementación de quioscos y comedores saludables en las instituciones de educación básica regular y la supervisión de la

Intervención sobre Actividad física: Promoción de la actividad física en el Perú, en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

Resolución Ministerial N 961-2005/MINSA	Aprobación de la Directiva Sanitaria N 073-MINSA/DGPS-V.01 “Promoción de la Actividad Física en el Personal de los Establecimientos de Salud	13 de Diciembre del 2005
Resolución Ministerial N 270-2006	Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud: Acciones a desarrollar en el Eje Temático de Actividad Física	26 de julio del 2006
Documento de trabajo. Serie: Cuadernos de Promoción de la Salud N 04	Guía de los alcaldes para promover calidad de vida	Agosto del 2003
Documento de trabajo. Serie: Cuadernos de Promoción de la Salud N 12	Políticas Saludables para adultos mayores en los municipios	Diciembre del 2004
Documento de trabajo. Serie: Cuadernos de Promoción de la Salud N 13	Políticas Saludables para jóvenes en los municipios	Febrero del 2005
Documento de trabajo. Serie: Cuadernos de Promoción de la Salud N 14	Políticas Municipales para la Promoción de la Actividad Física	Abril del 2005
Documento de trabajo. Serie: Cuadernos de Promoción de la Salud N 23	Políticas Municipales saludables a favor de los niños y niñas	Abril del 2006
Documento de trabajo	Declaración del “Real Felipe” Callao – Perú. “Pacto Multisectorial para la Promoción del la Actividad Física”	14 de Agosto del 2010

Intervención sobre Actividad física: Promoción de la actividad física en el Perú, en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

Documento de trabajo	Acta de conformación de la Red Peruana de Actividad Física – ACTÍVATE PERÚ	14 de Agosto del 2010
Convenio	Convenio N 022-2011/MINSA. Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud y el Instituto Peruano del Deporte	27 de julio del 2011
Documento de trabajo	Guía Metodológica para el cumplimiento de la Meta: “Implementación de una Ciclo Vía recreativa en el distrito de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud” en el marco del Plan de Incentivos para la Mejora y Modernización Municipal 2012.	Agosto del 2012
Documento de trabajo	Criterios Técnicos para Implementar el Programa de Promoción de la Actividad Física en espacios Públicos, en el marco del Plan de Incentivos para la Mejora y Modernización Municipal 2013.	Mayo del 2013
En proceso	Proyecto de Ley para la promoción de la actividad física	
En proceso	Reglamento de la Red Nacional para la Promoción de la actividad física –ACTÍVATE PERÚ	
En proceso	Guía para la promoción de la actividad física	
En proceso	Convenio específico de cooperación técnica entre el Ministerio de Salud y el Instituto Peruano del Deporte ara el uso de instalaciones para la práctica de la actividad física	
En proceso	Convenio Marco de cooperación técnica entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo para el desarrollo de prácticas saludables, entre ellas la actividad física	

Mandato de política 1.6 Gestión de los Determinantes Sociales de la Salud



Intervenciones sobre las enfermedades crónica no transmisibles en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

Clúster	Causas	Intervención
Contexto Social	Industrialización, urbanización y globalización	<ul style="list-style-type: none"> Implementación de políticas públicas para reducir el contenido en grasas, azúcares y sales de los alimentos y bebidas procesados. Regulación a través de políticas tributarias sobre la producción, venta y consumo de alimentos no saludables, incluyendo la publicidad, e incentivos para las empresas que implementen estándares de alimentos saludables. Regulación de la producción, venta y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias nocivas, incluyendo publicidad.
	Estratificación social	<ul style="list-style-type: none"> Políticas de desarrollo urbano sostenible, que incluye la zonificación para de vivienda , espacios públicos y transporte urbano (fomento del uso de vehículos no motorizados) Implementación de programas públicos culturalmente aceptables para reducir los comportamientos sedentarios y promover la actividad física en espacios públicos, incluidas las instituciones educativas y el lugar de trabajo.
		<ul style="list-style-type: none"> Política nacional para promoción de la alimentación saludable que garanticen su disponibilidad y accesibilidad
		<ul style="list-style-type: none"> Convenio Marco para el control del tabaco OMS e implementación a nivel nacional
	Educación	<ul style="list-style-type: none"> Mejoramiento del sistema educativo que promueva estilos de vida saludable como alimentación saludable, actividad física, y prevención de consumo de alcohol y tabaco.

Intervenciones sobre las enfermedades crónica no transmisibles en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

Clúster	Causas	Intervención
Exposición diferencial	Acceso y consumo de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción alimentación saludable: programas de alimentación saludable para la madre y el niño. • Promover el cultivo y producción de alimentos saludables: capacitación al productor, campañas de inclusión de comida tradicional sana, facilidades al productor de alimentos sanos.
	Estilos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la actividad física • Implementación de programas preventivos promocionales
	Infraestructura urbana	<ul style="list-style-type: none"> • Política tributaria que limite las consecuencias del consumo de alimentos no saludables, que además permita aumentar el financiamiento de los externalidades negativas. • Infraestructuras urbanas que promuevan la actividad física, ciclo vías, parques
		<ul style="list-style-type: none"> • Brindar publicidad mediante anuncios preventivos y mostrando las complicaciones de las enfermedades. • Introducir restricciones para la publicidad de alimentos insanos, especialmente la dirigida a niños y jóvenes

Intervenciones sobre las enfermedades crónica no transmisibles en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

Clúster	Causas	Intervención
Vulnerabilidad diferencial	Educación sanitaria sobre actividad física	<ul style="list-style-type: none"> Educación para la actividad física de todas las personas en riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles
	Educación sanitaria sobre estilos de vida saludable	<ul style="list-style-type: none"> Educación para la alimentación saludable de todas las personas en riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles
	Exceso de calorías e inadecuada alimentación (consumo excesivo de sal, grasas insaturadas e inadecuada alimentación)	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar y vigilar a la población vulnerable expuesta a un mayor riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles
	Condiciones del ambiente laboral	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de los trabajadores en el aspecto carga laboral y manejo del stress.



2. De la priorización de la agenda y del modelamiento para la intervención multisectorial: Sistematización de la evidencia

MODELO DIABETES MELLITUS, OBESIDAD E HIPERTENSIÓN ATERIAL: SISTEMATIZACIÓN DE LA EVIDENCIA EN EL MARCO DE LOS DSS



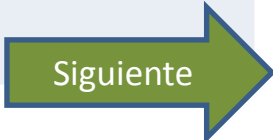
Evidencia científica de las intervenciones propuestas sobre las enfermedades crónica no transmisibles en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

Dimensión del modelo lógico	Intervención	Autor	País	Diseño	Duración	Resultado
Mejorar las condiciones socioeconómicas de la Población que predispongan ODH						
Mejoren el acceso a alimentos asequibles y de buena calidad para todos	Acceso a Supermercados	Lovasi et al 2009	US	A systematic review evaluated 45 observational studies published between January 1995 and January 2009 that assessed various built-environment factors and obesity in disadvantaged individuals or areas in the US	variable	Access to supermarkets, rather than only grocery or convenience stores, was 1 of 3 neighborhood factors with the strongest evidence for inverse associations with adiposity and related lifestyle behaviors in disadvantaged populations (the others were availability of places to exercise and safety). Low SES populations were more likely to live in neighborhoods with suboptimal availability of food stores, places to exercise, aesthetic characteristics, and traffic or crime-related safety.
Reducir el contenido en grasas, azúcares y sales de alimentos y bebidas. Eliminar las grasas trans.	Limitar las Grasas Trans	Dowse et al, 1995	Mauritius	Serial cross-sectional surveys. Legislative restrictions and mandates introduced to improve cooking oils: cooking oils must reduce content of palm oil and replace with soybean oil	5 years	Reduced consumption of saturated fat by 3.5% energy and increased consumption of polyunsaturated fat by 5.5%. Mean population total cholesterol concentrations fell by 0.79 mmol/L in men and 0.82 mmol/L in women (P 0.001 each). Prevalence of hypertension reduced from 15.0% to 12.1% in men and from 12.4% to 10.9% in women. Mean population serum total cholesterol fell by 15%, from 5.5 to 4.7 mmol/L (P 0.001).

Evidencia científica de las intervenciones propuestas sobre las enfermedades crónica no transmisibles en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

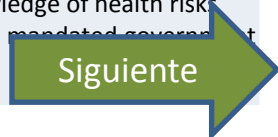
Dimensión del modelo lógico	Intervención	Autor	País	Diseño	Duración	Resultado
<u>Mejorar las condiciones socioeconómicas de la Población que predispongan ODH.</u>						
Regulación o incentivos para la empresa de comida sana y producción de alimentos saludables	Máquinas Dispensadoras en Hospitales			Hospital vending machines: Intervention to provide at least 50% more healthy choices in vending machines (defined as <800 kJ, <1.5 g saturated fat per 100 g, <450 mg per 100 g nonconfectionery items), and 50% other choices (<800 kJ)	2 observational periods: March–May 2007 and March- May 2008	87% of staff who frequented vending machines reported noticing that healthier snacks were available; 31% made healthier choices; Postintervention, average purchase: 40% lower kJ, 32% lower total fat, and 41% lower saturated fat
Incremento de impuestos (bad food, gasolina, tobacco, etc)	Observación del Efecto del Incremento del precio de la Gasolina en la Obesidad					significant inverse association between gasoline price and prevalence of obesity
	Estimación de mayor impuesto en los alimentos no saludables	Andreyeva et al., 2009	US			10% increase in the price of sugar-sweetened beverages would decrease consumption by 8% to 10%
Reducir los comportamientos sedentarios y uso de tabaco, incluidas las escuelas y trabajo	Campaña Anti-Tabaco de California	Centers for Disease Control	US	government run, focused anti-tobacco media education program	15 years (1990 -2005)	Reductions in smoking across several racial/ethnic groups including declines from 20% to 15% in Asian men, from 22% to 16% in Hispanic men, and from 28% to 21% in black men.
	Programa de Tabaco de Florida	Centers for Disease Control	US	youth tobacco intervention program that included a major mass media component	1 year	Absolute declines in current cigarette use of 3.5% in middle school students and 2.2% in high school students.

Mandato de política 1.6 Gestión de los Determinantes Sociales de la Salud



Evidencia científica de las intervenciones propuestas sobre las enfermedades crónica no transmisibles en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

Dimensión del modelo lógico	Intervención	Autor	País	Diseño	Duración	Resultado
Mejorar las condiciones socioeconómicas de la población que predispongan ODH						
Diseño urbano (bicicleta paths seguros), transporte, parques y el diseño de edificios (escaleras agradable)	Disponibilidad y Accesibilidad de Parques y Lugares de Recreación	IOM Committee on Childhood Obesity Prevention Actions for Local Governments, 2009	US	IOM Committee on Childhood Obesity Prevention Actions for Local Governments, 2009		<ul style="list-style-type: none"> On the basis of 2 reviews and a cross-sectional study: availability and accessibility of parks or playgrounds in the neighborhood is positively associated with children's level of physical activity and may reduce sedentary time at home. On the basis of 1 review and 1 prospective study, the authors concluded that access to recreational facilities is positively associated with physical activity and inversely associated with obesity.
Promoción de la alimentación saludable y el uso de medios de comunicación masiva y alternativa	"US 5-A-Day For Better Health"; campaña para el incremento del consumo de frutas/verduras. Instituto Nacional del Cáncer e Industria y Socios Gubernamentales	1) US Dept of Agriculture 2) Connell et al., 3) Lutz et al 1999	US	Two studies: 1) community logo campaign 2) use of in-store public service announcements for 4 weeks combined w/ take-home audiotape 3) newsletters w/ strategies for improving fruit/veg consumption and goal-setting information	11 years (1998-1999)	Increased fruits and vegetables serving from 2.8 to 4.3 per day
	"Fruits & Veggies—More Matters"; probabilidad de comprar alimentos saludables con logo		US	cross-sectional; women born between 1965 and 1979 w/ children at home.	one observation 2010	18% "definitely" aware of the campaign, 38% reported being more likely to purchase a product having the campaign logo
	Australia media campaign	Produce for Better Health Foundation	Australia	on-line survey. Baseline: 2007, final survey 2010	3 years	Increased public awareness and consumption of fruits (from 1.5 to 1.7 servings PD and vegetables (from 2.6 to 3.1 servings per day, P 0.001).
Convenio Marco and labeling para el control del tabaco - OMS	Etiquetas de Advertencia Obligatorias en Tabaco		United States, United Kingdom, Canada, and Australia	warning labels on cigarette packets, Increasing awareness of health risks and reducing smoking		smokers who noticed the warnings were more likely to endorse health risks and that knowledge of health risks was greater in countries with more mandated government warnings



Evidencia científica de las intervenciones propuestas sobre las enfermedades crónica no transmisibles en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud

Dimensión del modelo lógico	Intervención	Autor	País	Diseño	Duración	Resultado
<u>Control de las condiciones medio-ambientales</u>						
Estructuras urbanas que promuevan la actividad física, ciclovías, parques	Acceso a centros recreacionales (densidad-inequidad en acceso)	Committee on Environmental Health, American Academy of Pediatrics, 2009	US	Systematic review of 5 studies. Three used park area as the environmental variable, and 1 used number of recreational facilities. Example design: Epstein et al (2006) conducted a crossover experimental study among 58 children age 8-15 y. The study included 3 phases (baseline, increased sedentary behavior, and decreased sedentary behavior), with each phase lasting for 3 wk. In intervention phases, participants were encouraged to increase or decrease sedentary behaviors by 25%-50% and given up to \$475 for adherence. In final phase, the extent of increase in time spent on physical activity was positively associated with accessible park land (hectares) within 0.8 km (P=0.01).	variable	Sig pos assoc between density of parks and physical activity. Large community parks associated with 38.9 min more MVPA per day; amount of park area in a neighborhood associated with physical activity among children aged 4-7 yrs (P<0.05). Roemmich et al (2007) found after adjustment for age, sex, parental overweight, and time activity monitor worn, percentage of park area was associated with total physical activity (P<0.05) for children aged 8-12. A nationally representative sample of US adolescents in grades 7-12, Gordon-Larsen et al (2006) found presence of 1, 2, 3, 4, and 5 facilities in the neighborhood was associated with a 3%, 7%, 10%, 14%, and 18% increase in the odds of having 5 instances of MVPA and with a 5%, 10%, 15%, 20%, and 24% decrease in odds of overweight, respectively.

