

Documento Consulta pública

Periodo de Consulta:
Viernes 6 de mayo 2022 al jueves 31 de mayo 2022.

Enviar sus observaciones al siguiente correo electrónico:
Estela Alvarenga, estela.alvarenga@salud.gob.sv



MINISTERIO
DE SALUD

Política Nacional de Promoción de la Salud

San Salvador, El Salvador, 2022



MINISTERIO
DE SALUD

Política Nacional de Promoción de la Salud

Consulta Pública

San Salvador, El Salvador, 2022

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

Consulta Pública

Acuerdo n°
El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud
Considerandos

- I. Que la Constitución de la República, en su artículo 65, determina que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.
- II. Que el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, en el artículo 42, numeral 2), establece que compete al Ministerio de Salud: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.
- III. Que el Código de Salud, en sus artículos 43 y 44, prescribe que serán acciones de promoción de la salud todas las que tiendan a fomentar el normal desarrollo físico, social y mental de las personas; la educación para la salud será acción básica del Ministerio, que tendrá como propósito desarrollar los hábitos, costumbres, actitudes de la comunidad, en el campo de la salud.
- IV. Que la Ley del Sistema Nacional Integrado en Salud, en sus artículos 3,8 literal e) y 13, establece que el Sistema Nacional Integrado en Salud está constituido por las instituciones públicas y privadas que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, siendo el Ministerio de Salud el ente rector de dicho Sistema, por lo que está facultado para coordinar, integrar, regular e implementar un modelo nacional de atención con énfasis en la Estrategia de Atención Primaria de Salud Integral.
- V. Que lo anterior hace necesario que se regule técnicamente las acciones y procesos relacionados la promoción de la salud como eje transversal de la Atención Primaria en Salud en el Sistema Nacional Integrado de Salud, tomando en cuenta las áreas de acción según curso de vida, de carácter común y participativo.

VI.

POR TANTO, en uso de las facultades legales, ACUERDA emitir la siguiente:

Política Nacional de Promoción de la Salud

Índice

I.	Introducción	7
II.	Antecedentes	8
III.	Marco contextual	13
IV.	Marco de referencia	14
V.	Alcance	19
VI.	Principios	19
VII.	Objetivos	21
VIII.	Objetivos, estrategias y líneas de acción	22
IX.	Glosario	24
X.	Vigencia	25
XI.	Referencias bibliográficas	26

CONSULTA

I. Introducción

La promoción de la salud, desde un enfoque de derecho, está contenida de forma implícita en la Constitución de la República de El Salvador al reconocer en el artículo 1 el derecho a la salud de la población. Establece la salud de los habitantes de la República como un bien público, mediante el reconocimiento de la persona como el origen y el fin de la actividad del Estado. Es en parte, por ello, que la promoción de la salud constituye 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 encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

En consecuencia, se han realizado esfuerzos para fortalecer la promoción de la salud en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), logrando la participación de sectores e instituciones en el trabajo hasta hoy realizado. Sin embargo, para darle el marco legal necesario, en el año 2019, se aprobó la Ley de Creación del SNIS en donde se establecen las atribuciones y responsabilidades de sus miembros y otros colaboradores, además de la creación y adopción de un Modelo de Atención Integral en Salud¹. Dicho Modelo es una realidad y es bajo ese marco que se reconoce la necesidad de que la promoción de la salud debe incorporarse como una política de Estado, para lograr el abordaje integral de la determinación social de la salud. Por ello, es necesario articular los esfuerzos de los diferentes sectores sociales y gubernamentales.

La Política Nacional de Promoción de la Salud ha sido un trabajo realizado como SNIS y otros sectores y colaboradores, siendo coordinada técnicamente desde la Dirección de Promoción de la Salud, como parte de su función rectora, retomando en su contenido lo establecido en los compromisos adquiridos como país en las diferentes conferencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tomando en cuenta lo establecido en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, en 1986. En ella se acordó que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre las determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla; para lograrlo, se establecieron acciones prioritarias y fundamentales relacionadas con establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria en salud, desarrollar las habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud. Lo anterior han guiado los objetivos, estrategias y líneas de acción contenidos en la presente política.

¹ Modelo de atención Integral de salud para el Sistema Nacional Integrado de Salud, Pag.7

II. Antecedentes

A. Antecedentes

1. Situación demográfica

El Salvador es el país más pequeño de Centroamérica, con una extensión territorial de 21,040.79 Km², equivalente al 4% de todo el territorio centroamericano. Limita al norte y al este con la República de Honduras; al oeste y noroeste con la República de Guatemala y al sur con el Océano Pacífico. Al sureste, el Golfo de Fonseca separa a El Salvador de la República de Nicaragua. Personas que habitan principalmente en las zonas fronterizas de Guatemala y Honduras buscan atención de salud en los establecimientos de El Salvador, lo que ha llevado a estos países a contar con estrategias y convenios Inter fronterizos para el manejo de problemas de salud específicos. Administrativamente, El Salvador se divide en 14 departamentos y estos, a su vez, en 262 municipios.

De acuerdo con cifras oficiales¹, la población total del país en el 2019 fue de 6,704,864 personas, de las cuales el 61.7% reside en el área urbana y 38.3% en el área rural. En esta misma línea, se destaca que en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), se concentra el 25.7% del total de la población; es decir, más de millón y medio de habitantes.

El 63.5% de la población se concentra en 5 de los 14 departamentos: San Salvador, La Libertad, Santa Ana, Sonsonate y San Miguel; mientras que Cabañas, San Vicente, Morazán y Chalatenango son los menos poblados, ya que en conjunto concentran el 11.6% del total de la población del país. Es importante destacar que el AMMS² alberga el 27.1% del total de habitantes del país.

Al diferenciar la población por sexo, los datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2019, indican que las mujeres representan el 52.9% de la población total y los hombres el 47.1%, obteniéndose un índice de masculinidad de 0.89; es decir, una relación de 89 hombres por cada 100 mujeres.

Una característica muy importante en términos demográficos es que más del 50% de la población se encuentra en edad menor a los 30 años, lo cual representa un potencial para que el país pueda propiciar mayores niveles de productividad y mayor nivel de desarrollo. Es decir, aprovechar el denominado bono demográfico.

2. Situación económica y social

El ingreso promedio mensual de los hogares a nivel nacional es de \$619.90; por área, en la urbana dicho promedio es de \$728.33 y en la rural, \$435.19, lo que indica que las condiciones de vida de los hogares de esta última están por debajo que la urbana.

En pobreza extrema se ubican aquellos hogares que con su ingreso per cápita no alcanzan a cubrir el costo per cápita de la Canasta Básica Alimentaria (CBA); en pobreza relativa, los hogares que con su ingreso per cápita no alcanzan a cubrir el costo de la CBA ampliada (dos veces el valor de la CBA). El costo de la CBA per cápita urbana en el año 2019 fue de \$53.60 y la rural de \$33.93. A nivel nacional, un 22.8% de los hogares se encuentran en pobreza; de estos, el 4.5% se encuentra en pobreza extrema; mientras que el 18.3% está en pobreza relativa.

En el área rural, un 24.8% de hogares se encuentran en pobreza, de los cuales el 5.2% están en pobreza extrema y el 19.6% en pobreza relativa. Para el caso del área urbana, el 21.7% de los hogares viven en pobreza; el 4.1% está en pobreza extrema y el 17.5%, en pobreza relativa. Para el año 2019, 28.1% de los hogares fue pobre multidimensionalmente (esto equivale a 543,875 hogares, en los que residen 2,146,595 personas): 17.5% para el área urbana y 46.0% para el área rural.

Los datos de la EHPM muestran que para el año 2019, el número de niños, niñas y adolescentes, con edades entre 5 a 17 años, que se encuentran en situación de trabajo infantil es de 93,283, equivalente a una tasa de incidencia de 6.5%. A nivel nacional, 344,507 (26.3%) jóvenes de 15 a 24 años no estudian, ni trabajan. Además, al no estar en el sistema educativo sus posibilidades de desarrollo profesional futuro se ven minadas.

En la EHPM del 2019, la población en edad de trabajar (PET) representó el 74.5%, (4,995,745 de la población total de El Salvador; es decir, las personas de 16 años y más que de acuerdo con la realidad socioeconómica del país están aptas para incorporarse a las actividades productivas. En cuanto a la desagregación por sexo, se observa que el 54.5% de la PET son mujeres y el 45.5% son hombres.

Al analizar la PET por grupos de edad, el 52.7% se encuentra en el rango de 16 a 39 años; es decir, en el grupo de edad más productiva. Por su parte, las personas entre los 40 a 59 años de edad representan el 29.0% de la PET; mientras que las personas de 60 años de edad y más representan el 18.3%.

En el caso de El Salvador, la Población Económicamente Activa (PEA) está constituida por 3,104,867 personas. De este total, el 59.0% está representado por hombres y el 41.0% por mujeres; el 65.2% es del área urbana, mientras que el resto del área rural.

Para el año 2019, la escolaridad promedio a nivel nacional fue de 8.5 grados aprobados. La escolaridad de las mujeres es de 8.8, siendo levemente mayor al 8.4 de los hombres. En el área urbana, la escolaridad promedio nacional fue de 9.7 grados aprobados igual en hombres y mujeres. En el caso del área rural, son las mujeres las que presentan mayor escolaridad, con 6.6 grados aprobados respecto a 6.3 de los hombres.

Para 2019, la tasa de ocupación es de 93.7%; es decir, de cada 100 personas económicamente activas, aproximadamente 94 estaban ocupadas. La tasa de ocupación en la zona rural es de 93.2% y en la zona urbana de 93.9%. Específicamente en el AMSS, es de 93.5%. En cuanto al sexo, se observa que la tasa de ocupación es de 93.0% en hombres y de 94.6% en mujeres.

Según la EHPM 2019, se muestra que 566,486 personas de 10 años y más no saben leer ni escribir, lo que representa una tasa de analfabetismo de aproximadamente el 10.0% a nivel nacional. Por sexo, la tasa de analfabetismo de la población femenina es de 11.7%, mientras que para la población masculina es del 8.1%, registrando una brecha de 3.6 puntos porcentuales³.

Se observan también brechas en términos de área geográfica de residencia: en el área urbana la

³ Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2019, Ministerio de Economía, Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC), San Salvador, 2019.

tasa de analfabetismo es de 6.6%, mientras que en el área rural es de 15.7%. El AMSS reporta una tasa de analfabetismo de 4.0%. En el rango de 10 a 17 años de edad la tasa de analfabetismo es de 1.8%; mientras que para la población de 30 a 59 años de edad es de 10.4%. Estos datos demuestran que cada vez más las nuevas generaciones están teniendo más acceso a la educación.

Al observar la dimensión territorial, se verifica que existen brechas a nivel departamental, en donde la menor tasa de analfabetismo es en San Salvador con el 4.6% y La Libertad 8.5%; las tasas relativamente altas son en los departamentos de La Unión (19.9%) y Morazán (17.3%).

La asistencia escolar específica por grupos de edad revela que la mayoría de la población en edad escolar (de 4 a 17 años) ha ingresado al sistema educativo: el 86.5% de los niños entre 4 a 12 años de edad y el 81.2% de los adolescentes de 13 a 17 años de edad, manifestaron que estaban asistiendo a la escuela. Para el 2019, la tasa de asistencia escolar de la población de 4 años y más fue de 26.1%, lo que representa un total de 1,645,703 personas que asistieron a un centro educativo formal en todo el territorio nacional.

Según estimaciones de la EHPM 2019, la cantidad de hogares a nivel nacional asciende a 1,938,530. De acuerdo con el tipo de vivienda, la mayor participación corresponde a los hogares que habitan en casa privada o independiente (95.7%); 1.1%, en condominio; 1.3% de los hogares habitan en pieza de mesón y un 0.9% lo hace en pieza en casa.

El hacinamiento es un indicador básico para evaluar la calidad de vida en los hogares, ya que cuando una vivienda presenta hacinamiento, sus ocupantes presentan mayor riesgo de sufrir ciertas problemáticas como la violencia doméstica, desintegración familiar, abusos y violencia sexual, bajo rendimiento escolar, entre otros. A nivel nacional, el 40.5% de los hogares vive en condición de hacinamiento. Esto se refleja más en el área rural, donde el 55.2% de los hogares vive en esta situación; mientras que en el área urbana este porcentaje es de 31.9%.

Con relación a los materiales de construcción predominantes en las paredes, el 77.1% son de concreto o mixto y 12.4% de adobe; el 6.8%, de lámina metálica; el restante 3.7% de viviendas tienen paredes de bahareque, madera, paja, palma o materiales de desecho.

En cuanto al material predominante en el piso, se tiene que el 37.5% de los hogares vive en viviendas con ladrillo de cemento; seguido de piso de cemento con 25.7%; ladrillo cerámico, 22.3%; de tierra, 14.2%. En el área urbana, el 47.5% de los hogares habita en viviendas con piso de ladrillo de cemento; el 26.6% en ladrillo cerámico y 19.1% viven en viviendas con piso de cemento. Por su parte, el área rural muestra una situación contraria, pues la mayoría de los hogares reside en viviendas con piso de cemento (36.8%) o tierra (27.3%); en menor cantidad los hogares que cuentan con piso de ladrillo de cemento (20.5%) o cerámica (14.8%).

Sobre el material de construcción del techo, la mayoría de los hogares vive en viviendas con lámina metálica (49.1%), lámina de asbesto o fibra de cemento (27.0%) o en viviendas con techo de teja de barro o cemento (20.5%). A nivel de área geográfica, resalta que en la zona urbana la lámina metálica ocupa el primer lugar con el 45.2%, seguido de la lámina de asbesto o fibra con 37.8% y la teja de barro o cemento con 12.2%.

En relación con el servicio de alumbrado eléctrico, se puede mencionar que el 97.6% de los hogares cuenta con acceso a servicio de alumbrado eléctrico (incluye electricidad y conexión

eléctrica del vecino); le sigue en orden de importancia aquellos hogares que utilizan candela (1.1%), otros tipos con el 0.7% y panel solar con el 0.3%. A nivel nacional, los hogares con tenencia del servicio de alumbrado eléctrico (alumbrado eléctrico propio) son el 87.7%.

Los hogares que cuentan con acceso al servicio de agua por cañería a nivel nacional son el 89.7% (que incluye: cañería dentro y fuera de la vivienda, tubería por poliducto en buen estado), cañería, pero no le cae (por más de un mes), cañería del vecino, pila, chorro público o cantarera, chorro común y acarreo cañería del vecino.

3. Situación ambiental y coberturas de condiciones sanitarias en el territorio nacional

Agua

En El Salvador se contabilizan 590 ríos y quebradas en 58 cuencas hidrográficas; la cuenca del Río Lempa es la de mayor área superficial con 17,935.50 km². Para el período 2016-2017, los caudales de la mayoría de ríos del país estuvieron por debajo de las condiciones promedio y las zonas más afectadas fueron el oriente y norte del país, mostrando reducciones de su caudal entre 40 y 60%. En investigaciones de zonificación del agua en ríos, se encontraron 4% de ecosistemas acuáticos en buen estado, 35.0% necesitan mantenimiento y 61.0% representan zonas alteradas que requieren intervención para recuperarse⁴.

En relación a la descarga de aguas residuales, el 36.8% de hogares descarga sus aguas negras al sistema de alcantarillado sanitario, el 42.5% mediante letrinas, 20.7% a fosa séptica; el 58.3% de los hogares descargan sus aguas grises sin ningún tratamiento previo, 36.6% al sistema de alcantarillado sanitario, 2.7% a sistema de fosa séptica, 1.3% vierte a quebrada o río y el resto la vierte a pozo resumidero u otro medio⁵.

Por otra parte, sobre el agua para consumo humano, el 89.2% de hogares cuenta con acceso a servicio de agua intradomiciliaria (agua por sistema de tubería); los hogares que se abastecen por agua de pozo representan el 6.2% y el resto (4.6%), obtiene el agua para uso doméstico y consumo de otras fuentes como río o quebrada, abastecimiento por camión, carreta o pipa, manantial o agua lluvia⁴.

Suelo

La cobertura de suelos es de 33.8% de bosque; 41.4% de suelo para uso agrícola y cultivos, 3.8% para uso urbano y 21.0%, otros usos³. El 63.7% se concentra en cinco departamentos del país: San Salvador, La Libertad, Sonsonate, Santa Ana y San Miguel. El 40% del suelo presenta vulnerabilidad elevada a la erosión³, especialmente en las zonas más quebradas, incluyendo la cordillera fronteriza del norte del país y las principales cadenas montañosas.

Tomando en consideración que el inadecuado manejo y disposición final de desechos sólidos representa un alto riesgo y contribución a la contaminación ambiental, especialmente del suelo como punto receptor, se identifica que el 53.2% de los hogares entrega sus desechos sólidos comunes al servicio de recolección municipal; el 34.6% realiza quema al aire libre; 2.5% la entierra y el resto la deposita en otro lugar o contenedor³.

Aire

El 51% de la contaminación atmosférica proviene del transporte terrestre³. Es relevante notar que en

⁴ (INEMA, MARN 2017)

⁵ (EHPM, MINEC 2020)

la zona rural el 70.6% de hogares quema sus desechos al aire libre, provocando deterioro de la calidad del aire y generando riesgos para la salud⁴. El 88.6% de los hogares utiliza gas para cocinar; el 7.2%, leña; el 1.1% utiliza energía eléctrica y el resto no utiliza ninguno de los anteriores⁴.

En el período 2012-2017, el 56% de los incendios fueron provocados por causa de actividades agrícolas; el 22%, por extracción de vida silvestre y el 22% fue intencionado para futuro cambio de uso de suelo³.

4. Situación de salud⁶

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud de El Salvador, para 2019, la razón de mortalidad materna resultó en 24.3 por 100,000 nacidos vivos, en comparación con el año previo (2018), que alcanzó el 28.6 por 100,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad en niños menor a 5 años fue de 10.2 por mil nacidos vivos; menor al período anterior, que llegó a 10.9. Mientras que la tasa de mortalidad en el menor de 1 año fue de 8.7 por 1000 nacidos vivos, reduciendo un 0.5% respecto al 2018. El mismo comportamiento se dio con la tasa de mortalidad neonatal, que del 5.9 en 2018 disminuyó a 5.1 en el 2019.

Para las enfermedades no transmisibles, se redujeron respecto al año anterior en el grupo de 30 a 69 años de edad, donde la tasa mortalidad prematura por diabetes mellitus fue de 36.7 por 100,000 habitantes. La tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares disminuyó a 110.4 por 100,000 habitantes, cuya tasa en 2018 fue de 112.2. La tasa de mortalidad prematura por enfermedades hipertensivas pasó de 21.7 a 20.1 por 100,000 habitantes. Mientras que la tasa de mortalidad prematura por enfermedad renal crónica aumentó a 56.9 por 100,000 habitantes, ya que para 2018 fue de 56.1. Finalmente, la mortalidad prematura por neoplasias malignas resultó de 58.3 por 100,000 habitantes, menor al 2018, que fue de 60.4.

En cuanto a la situación de las enfermedades transmisibles, la tasa de incidencia de tuberculosis, por 100,000 habitantes, fue de 39.9 (menor a la del 2018: 54.2). La tasa de incidencia de VIH llegó a 0.17 por 1000 habitantes (poco menor a 0.18 para el año anterior). En el año 2019, la incidencia de casos sospechosos por dengue fue de 4.1 por 100,000 habitantes, menor a lo obtenido para el año anterior (5.9). Mientras que la incidencia de casos sospechosos de zika aumentó a 12.5 por 100,000 habitantes respecto al 7.2 del año previo. Mismo comportamiento sucedió con los casos sospechosos de chikungunya, alcanzando un aumento sustancial de 10.4 por 100,000 habitantes, ya que para el 2018 fue de 5.8.

Mortalidad hospitalaria

En 2019 se registraron a nivel nacional, 11,743 defunciones en los 30 hospitales nacionales de la red del Minsal. Así mismo, para el 2020, en la red de hospitales del Minsal se registraron 4224 personas hospitalizadas por lesiones de causa externa y el número de muertes fue de 345 para el año 2020 y 452 muertes para el año 2019, observando una disminución del 31% (107 muertes) en el año 2020,

³ (INEMA, MARN 2017)

⁴ (EHPM, MINEC 2020)

⁶ Numerador: Estadísticas MINSAL, Sistema de morbilidad en línea SIMMOW, 2019; Denominador: Estimaciones y proyecciones de población de ambos sexos por calendario y edad simple 2005 – 2050. (Revisión 2020)

debido a la disminución de circulación de vehículos automotores en el periodo de la emergencia por la epidemia de COVID-19. La tasa de mortalidad por lesiones de causa externa fue de 15.7 por 100.000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad por suicidio reportó 2.0 por 100.000 habitantes.

Discapacidad

Durante 2015 tuvo lugar una encuesta nacional para determinar la prevalencia de la discapacidad. Se determinó que existían 343,131 personas adultas con discapacidad, lo que equivalía al 7.9% de la población de 18 años y más. El 51.6% presentaba discapacidad con poca dificultad para realizar sus actividades diarias, el 38.2% presentaba discapacidad con mucha dificultad y el 10.4% discapacidad con dificultad total.

La discapacidad es mayor entre personas pertenecientes a los quintiles de bienestar más bajos. Algunas de las razones que podrían explicar el fenómeno son el menor acceso a servicios de salud, de habilitación y rehabilitación, pero también al hecho de que las personas con discapacidad obtienen menores ingresos o sencillamente no los obtienen. En general, existen importantes brechas y necesidades insatisfechas en relación a su cobertura, atención integral, disponibilidad en todos los niveles de atención y en la continuidad de las intervenciones.

III. Marco Contextual

Desde la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud efectuada en Ottawa en noviembre de 1986, la Promoción de la Salud ha producido cambios en los abordajes del problema salud enfermedad. El nuevo paradigma considera la salud como un concepto integral que trasciende el enfoque biologicista, la satisfacción de las necesidades inmediatas de salud y la satisfacción de los usuarios. En dicha Conferencia se emite la Carta donde define que la PS “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social.

Este nuevo concepto plantea formas prácticas y diferentes de producir salud, responder a las necesidades a más largo plazo y necesidades de las personas en otros ámbitos que también implican bienestar para ellos. Hoy en día el gran desafío de la promoción de la salud en un mundo globalizado exige ir más allá de la mirada sectorial tradicional centrada en la atención primaria y los sistemas de atención de salud, y las intervenciones de educación y comunicación sobre las conductas o estilos de vida de las personas. Precisamente por ello fue el tema central abordado en la Declaración de México, la cual demanda que los Gobiernos ejerzan su liderazgo activo y con visión para asegurar el compromiso de todos los sectores público y privado y de la sociedad civil en el desarrollo de políticas públicas saludables.

Continúan relevantes los planteamientos de la Carta de Ottawa, para posicionar un nuevo paradigma de salud pública que respalde a la promoción de la salud como una estrategia que permite a las personas y a la comunidad ejercer mayor control sobre los determinantes sociales y su estado de salud para mejorar su calidad de vida. Igualmente, con el objetivo de implementar la acción en salud pública que fortalezca el potencial de salud de las personas con un enfoque ecológico, aplicando los principios de equidad, justicia, democracia, empoderamiento e intersectorialidad. Lo anterior, coloca al sector salud como rector que posibilita las condiciones

para que se establezcan acciones concretas y coordinadas de los diferentes actores sociales responsables de construir condiciones favorables para la buena salud: los gobiernos locales, los sectores sociales y económicos, las organizaciones civiles, los medios de comunicación y las comunidades.

Retomando los campos de acción a los que hace referencia la Carta de Ottawa, para producir salud y poner en práctica la Promoción de la Salud, se debe prestar atención a las cinco funciones básicas siguientes:

1. Impulsar políticas públicas saludables.
2. Desarrollar entornos favorables a la salud.
3. Reforzar la acción comunitaria. Empoderamiento.
4. Desarrollar aptitudes / habilidades personales para la salud.
5. Reorientación de los servicios de salud.

Estas funciones deben trascender al SNIS, para un enfoque integral del proceso salud-enfermedad. Dentro de este nuevo enfoque, se necesita llevar a la práctica estrategias como la abogacía, el cabildeo, la participación y la acción política para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas.

Para el desarrollo de la promoción de la salud y sus líneas de acción, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se dispone con una serie de estrategias para su implementación como las siguientes:

- a) Educación para la salud.
- b) Comunicación en salud.
- c) Organización comunitaria.
- d) Participación social y comunitaria.
- e) Multisectorialidad.
- f) Abogacía para la salud.
- g) Entornos saludables.
- h) Investigación en salud con enfoque de promoción de la salud.

VI. Marco de referencia

A. Nacional

En El Salvador, la promoción de la salud tiene como marco referencial una serie de aspectos que con el tiempo se han fortalecido. A continuación, se detallan algunos aspectos importantes.

A partir de las décadas de años 40 y 50 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social⁷ (MSPAS), desarrolla acciones de educación para la salud bajo la responsabilidad de la División de Educación

⁷ Diagnóstico de Promoción de la Salud El Salvador | 1945 – 2015, disponible en: salud.gob.sv/download/diagnostico-de-promocion-de-la-salud-el-salvador-1945-2015/

Higiénica, siendo su función principal dar respuesta a las necesidades de salud de la época con enfoque curativo.

Durante el periodo 1947 a 1957 los educadores higiénicos debían ser maestros, ubicando su quehacer en el área escolar. En la década de los 60, se incorporó a la División de Educación Higiénica, la Oficina de Relaciones Públicas. En el año 1969, como un hecho relevante, se creó el área de Promoción y Educación incorporada en la División Materno Infantil y Planificación Familiar; a su vez, se contrataron educadores en todas las regiones del país.

En 1979, se estableció la División de Educación para la Salud como apoyo a los programas existentes en el MSPAS. Desde 1976, en El Salvador se desarrolla la estrategia de atención a las familias en comunidades con mayor prioridad en las áreas rurales, la cual en un primer momento fue desarrollada por líderes voluntarios. De esto parte la estrategia de los "Ayudantes Rurales de Salud" (ARS), figura que evolucionó y a partir de 1990 hasta la actualidad tienen el nombramiento de promotores de salud.

Así mismo, se retomaron los compromisos adquiridos en la conferencia de Alma Ata, con la declaración de "Salud para Todos en el año 2000", compromisos que fueron adquiridos por los países participantes. A partir de las tres primeras Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud, se fortalecieron programas como Ayudantes Comunitarios de Salud (ACS) y los Centros Rurales de Nutrición (CRN) y otros orientados a la participación comunitaria.

En la década de los 90 se desarrollan proyectos como PROSAMI, ADS, AGAPE y se retoman algunas iniciativas de salud implementadas a nivel internacional en el marco de las estrategias de espacios saludables, ejecutados en escuelas, mercados, centros penales, comunidades y municipios, contando con la participación activa de la población.

En junio de 2003 se desarrolló el Primer Foro de Promoción de la Salud denominado "Consulta para la construcción de la Política de Promoción de la Salud en El Salvador", en el cual surge la Declaratoria Nacional de Promoción de la Salud "Hacia el Progreso con Salud". En noviembre de 2006, por decreto ministerial, se crea la Unidad de Promoción de la Salud, continuando con el enfoque preventivo y curativo, característico del sistema de salud vigente.

En el 2009, en el contexto de la Reforma de Salud, y con el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud como un derecho humano y fundamental, bajo los principios de solidaridad, equidad, universalidad, calidad, accesibilidad y oportunidad, se implementa el modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud Integral (APS-I) y se crean las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), logrando la creación y funcionamiento de 71 consejos de gestión de redes municipales e intermunicipales y 17 Consejos de Gestión Departamental.

La Política Nacional de Salud "Construyendo la Esperanza" 2009-2014, en la estrategia 2, estableció la rectoría, formulación de políticas y planes de salud y en la recomendación 2.3 la función rectora menciona a la promoción de la salud y sus 5 componentes esenciales: 1) fomento de los entornos saludables; 2) fortalecimiento de las alianzas intersectoriales; 3) evaluación del impacto de las políticas públicas; 4) desarrollo de acciones educativas y de comunicación; y 5) la reorientación de los servicios de salud. Sin embargo, al no contar en ese momento con el marco legal respectivo, no se lograron los resultados esperados.

Para el año 2012, con la finalidad de orientar los esfuerzos dirigidos, se elabora la Política nacional de participación social en salud, según acuerdo No. 1889, con la finalidad de orientar los esfuerzos dirigidos al fortalecimiento de los mecanismos de participación, para marcar la diferencia en la protección, mantenimiento y mejora de la salud de las personas en El Salvador.

En dicha política se planteó el reto de posicionar la promoción de la salud en la agenda política para hacer de la salud una prioridad, fomentando la participación social y comunitaria en las decisiones que afectan su vida y así optar por estilos de vida saludables. Sin embargo, no se logró concretar en su operativización y tampoco representaba la verdadera necesidad del país, pues solo se pretendía fortalecer una línea estratégica de la promoción de la salud.

En mayo de 2019, la Asamblea Legislativa aprueba la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) entendiéndose este como la totalidad de elementos o componentes del sistema público y privado que se relacionan en forma directa o indirectamente con la salud, por lo que debe existir una integración clara y progresiva de funciones e instituciones del sistema en lo relativo a rectoría, regulación, atención, gestión, administración, funcionamiento y provisión de los servicios. Además, en su artículo 8 plantea las atribuciones de sus integrantes entre las que se destacan coordinar la formulación de políticas, estrategias, planes, proyectos y acciones.

El Ministerio de Salud, mediante acuerdo ejecutivo No. 1349, de fecha de 31 de julio de 2020, publicó en el Diario Oficial No. 162, tomo No. 428, de fecha 12 de agosto de 2020, una reestructuración en la organización del Nivel Superior, creándose la Dirección de Promoción de la Salud, dependencia del Viceministerio de Gestión y Desarrollo en Salud, a efecto de desarrollar este tema de trascendental importancia para la obtención de resultados en salud pública. Así, en enero de 2021, se publica el Manual de organizaciones y funciones de dicha Dirección, según acuerdo ejecutivo No. 558. Desde esa misma dirección, a la fecha, se han actualizado y elaborado instrumentos técnicos institucionales para posicionar la promoción de la salud en todas las instituciones, entre los que se destacan el Plan Integrado de Promoción de la Salud, Plan Estratégico de Promoción de la Salud 2020–2025 y la Norma Técnica de Promoción de la Salud.

En los últimos dos años, el Ministerio de Salud y los otros miembros del SNIS, han fortalecido las acciones educativas y de comunicación en salud para la prevención de enfermedades con abordajes individuales, familiares y de pequeños grupos. Estas acciones han sido desarrolladas a nivel domiciliar e institucional en los establecimientos de salud y comunidades. El verdadero reto es trascender el enfoque de factores de riesgo a un enfoque de determinantes de la salud, en los que no solo el SNIS sino todos los sectores sean corresponsables de la salud de la población. Esto, además, ha quedado establecido en el Modelo de Atención Integral de Salud, en el objetivo específico e) Establecer los mecanismos de participación social e intersectorial para identificar las desigualdades en salud y abordar las determinantes sociales de la salud.

B. Internacional

El Salvador, como país miembro de Naciones Unidas ha participado y suscrito compromisos en las diferentes conferencias mundiales organizadas por la OMS en materia de promoción de la salud, los cuales se describen a continuación:

1. En Alma-Ata (capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazakstán), el 12 de septiembre de 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud,

representantes de 134 naciones convinieron en los términos de una solemne Declaración, instar a todos los gobiernos, a los trabajadores de la salud y del desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo.

2. Canadá Ottawa, 1986, Primera conferencia Mundial de promoción de salud, se elabora la Carta de Ottawa "Iniciativa en pro de una nueva acción de Salud Pública", dirigida a la consecución del Objetivo "Salud para todos en el año 2000". Concibiéndose como un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se establecieron las áreas de acción prioritarias sobre las que se consideraba necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones.
3. Adelaida (1988) Se enfatizó tanto la necesidad de establecer "políticas públicas favorables a la salud" como la necesidad de evaluar las repercusiones de las decisiones políticas en la salud. En esta conferencia se destacó que los gobiernos y las entidades que ejercen control sobre los recursos son responsables ante su población de las políticas existentes o de las consecuencias de la falta de las mismas.
4. Sundsvall (1991) Se puso de relieve la necesidad de la "creación de ambientes favorables a la salud" que pudiesen ser utilizados por los responsables políticos, los encargados de las decisiones y los activistas comunitarios en los sectores de la salud y el medio ambiente. La finalidad fue que el ambiente (físico, socioeconómico y político) apoyase a la salud en lugar de dañarla.
5. 1992, se celebra la I Conferencia Regional en las Américas, se ratificó la Carta de Ottawa y se debatió a profundidad cuestiones críticas que para la Región constituían las principales preocupaciones en materia de salud pública, como: las inequidades en salud y las condiciones sociales; y la violencia como un problema de salud pública.
6. Trinidad y Tobago 1993, la I Conferencia del Caribe sobre Promoción de la Salud, se debatió a profundidad el papel de los medios de difusión en el fomento de estilos de vida no saludables, habiéndose propuesto una alianza con los medios de comunicación donde se apoyó la promoción y protección de la salud.
7. Jakarta (1997) IV Conferencia Mundial de Promoción de la Salud se adopta la Declaración de Yakarta, denominada: "Nueva Era, nuevos actores: Adoptar la promoción de la salud al siglo XXI. Se debatieron cuestiones críticas como: responsabilidad social en salud, participación comunitaria, inversiones en el campo de la salud, infraestructura para la promoción de salud, y la reorientación de los servicios de salud, se destacó la creación de oportunidades que aumentasen la capacidad para promover la salud y el papel de la promoción de la salud en el abordaje de los determinantes de la salud, incluyendo aspectos nuevos como la promoción de la responsabilidad social, la necesidad de aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.
8. México (2000) V Conferencia Mundial sobre Promoción de Salud se emana la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: "Infraestructura para la PS: el arte de lo posible", en la que se concluyó "que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las Políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos".
9. Bangkok (2005) VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, como documento suscrito, la carta de Bangkok, en la cual se aboga por una mayor coherencia en las políticas para la promoción de la salud y mayor colaboración entre gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil, y sector privado. Se identificaron retos, acciones y

- compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, llegando a las personas, los grupos y las organizaciones que son críticas para el logro de la salud. Se destacó la necesidad de abordajes con alianzas mundiales con compromisos no solo de ámbito local sino también mundial.
10. Nairobi (2009) Se realizó la importancia de que se redujese la distancia existente entre la evidencia disponible y su aplicación en el desarrollo de la salud. En esta conferencia se definieron las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, identificando la promoción de la salud como un elemento clave para lograrlo.
 11. Helsinki (2013). Se revisaron las experiencias del compromiso con el enfoque «Salud en todas las políticas». Se consideró que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario. Una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales y aquellas relacionadas con el medio ambiente, la educación y la investigación.
 12. Shanghai (2016). Se centró en la relación entre la continuación de la salud, sus determinantes y el empoderamiento de las personas. Prioriza las actividades de promoción de la salud en tres esferas: 1) reforzar la buena gobernanza en pro de la salud; 2) mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y las comunidades saludables; y 3) reforzar los conocimientos sobre la salud. Estas tres esferas constituyen puntos de partida cruciales para incidir de manera significativa, mediante enfoques que abarquen a todos los sectores gubernamentales y a toda la sociedad, en el entorno vital y los ámbitos cotidianos de las personas, así como en la capacidad de estas para tener un mayor control sobre su propia salud y los determinantes que influyen en ella.
 13. Nueva York, septiembre de 2000; sede de las Naciones Unidas en se proclama la Declaración del Milenio Objetivos del Desarrollo del Milenio, donde los líderes del mundo convinieron en establecer objetivos y metas mensurables, con plazos definidos, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer.
 14. En diciembre 2021 se realizó la 10ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud traza un camino para crear “sociedades del bienestar”, que marcó el inicio de un movimiento mundial sobre el concepto de bienestar en las sociedades. Un enfoque en el bienestar alienta a diferentes sectores a trabajar juntos para abordar los desafíos globales y ayudar a las personas a tomar el control de su salud y sus vidas. Más de 4500 participantes de la Conferencia Global, que se reunieron virtualmente en Ginebra, Suiza, acordaron una Carta de Ginebra para el Bienestar, se basa en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud y el legado de nueve conferencias mundiales sobre promoción de la salud. Destacó la necesidad de compromisos globales para lograr resultados sociales y de salud equitativos ahora y para las generaciones futuras, sin destruir la salud de nuestro planeta. Esta carta impulsará a los responsables políticos y líderes mundiales a adoptar este enfoque y comprometerse con acciones concretas. El documento fomenta cinco acciones clave:⁸
 - a) Diseñar una economía equitativa que sirva al desarrollo humano dentro de los límites planetarios.
 - b) Crear política pública para el bien común.
 - c) Lograr la cobertura sanitaria universal.

⁸ <https://www.who.int/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies#.YboJZrxRjto.twitter>

- d) Abordar la transformación digital para contrarrestar los daños y el debilitamiento y reforzar los beneficios.
- e) Valorar y preservar el planeta.

V. Alcance

Están sujetos a la aplicación de la presente política, el personal de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud y será responsabilidad de las jefaturas correspondientes su cumplimiento a través del personal que dirige.

VI. Principios y enfoques

A. Principios

1. Accesibilidad

Implica la eliminación de las barreras que impiden el acceso a las acciones y servicios de salud para garantizar el derecho a la salud. Se expresa en la forma como se acercan los servicios de salud a la población, que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar en forma plena los servicios de salud entregados en los establecimientos de salud y fuera de ellos.

2. Equidad

Su fin es la eliminación de desigualdades en salud, evitables o remediables, entre grupos o poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente. La equidad no es sinónimo de igualdad ni de una igual distribución de los recursos. Implica distribución de recursos en función de las necesidades de los miembros de la sociedad, de manera que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud, para el pleno goce del derecho a la salud, independientemente de su posición social o de otras circunstancias o factores sociales excluyentes

3. Igualdad

Este principio garantiza el derecho de las y los ciudadanos a recibir, por parte de las instituciones del Estado, igual respeto, trato y protección de los derechos y garantías consagrados en la Constitución de la República y en las leyes secundarias, así como en las disposiciones incluidas en las convenciones y tratados internacionales ratificados por El Salvador. Contempla la plena realización de la igualdad real a través de la protección, aplicación y cumplimiento de las obligaciones derivadas de los derechos establecidos en el ordenamiento jurídico, así como en las normas, decisiones, procedimientos, prácticas y acciones administrativas de las instituciones públicas del Estado.

4. Integralidad

Articula acciones de promoción de la salud a lo largo del proceso salud enfermedad, desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, potenciando los factores protectores de la salud, e identificando los riesgos y condiciones que la afectan.

5. Solidaridad

Es el grado en el que los miembros de una sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir el bien común, es un medio, por el cual la acción colectiva puede superar problemas

comunes; los sistemas de salud y de seguridad social son mecanismos mediante los cuales puede expresarse la solidaridad entre personas de distintas generaciones, familias, comunidades o instituciones, posibilita que el sector de la salud trabaje conjuntamente con otros sectores y actores, cuya cooperación es necesaria para mejorar la salud y las condiciones que influyen en ella.

6. Participación social

Consiste en la relación estructurada entre la población y las instituciones de salud, en espacios de derechos reconocidos y garantizados y de responsabilidades compartidas. Implica la incorporación de la población como actor social en el análisis de las situaciones/problemas que le afectan y en la consideración de opciones para enfrentarlas, así como en la ejecución de las acciones resultantes. La participación debe concretarse en todos los niveles de intervención, pero principalmente en los vínculos con el primer nivel de atención y el funcionamiento de las RIIS.

7. Universalidad

Implica que el ejercicio pleno al derecho a la salud debe ser garantizado a toda la población, mejorando las condiciones y calidad de vida, atendiendo de forma integral las necesidades en materia de salud, siendo uno de las bases del sistema. Ello conlleva a la construcción de un sistema de acceso universal, eliminándose las barreras económicas, geográficas, de género, étnicas, socioculturales y de cualquier otro tipo, para alcanzar la mayor cobertura del sistema público de salud, reorientando los servicios hacia la promoción y la prevención. Asegurando espacios y mecanismos de participación social se contribuirá al ejercicio pleno de este principio.

B. Enfoques

1. Derechos Humanos

El reconocimiento de la dignidad humana como condición previa para los derechos humanos, es un atributo inherente a la naturaleza humana, reconocida por las Naciones Unidas en su Declaración Universal. Un enfoque basado en los derechos humanos permite en primer lugar empoderar a los titulares de derechos para exigirlos y a los garantes de derechos para dar cumplimiento a sus obligaciones, en segundo lugar la rendición de cuentas para cumplir con las obligaciones debe ser una actividad constante, además permite asegurar que las políticas y los programas responden a las necesidades de los titulares de derechos, entre ellos, los usuarios de los sistemas de salud.

Además, mediante el enfoque de derechos se analiza un ciclo normativo en un marco de los principios de derechos humanos de igualdad y no discriminación, participación, indivisibilidad y estado de derecho, así como en un marco para la "disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad" que permite reconocer estos requisitos en los establecimientos, bienes y servicios de salud como elementos esenciales del derecho a la salud. Por lo que respecta a los niños y niñas, un enfoque basado en los derechos humanos exige también que el "interés superior del niño y niña" sea una consideración primordial en la elaboración y aplicación de las políticas que les afectan.

El derecho al "grado máximo de salud que se pueda lograr" exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la

información y la participación.

3. Género

Conlleva a desarrollar intervenciones dirigidas a ampliar las opciones que faciliten los procesos de autonomía y autodeterminación de hombres y mujeres para decidir sobre su futuro tanto a nivel individual como el de la comunidad donde viven. El propósito de generar igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en el sector salud tiene por finalidad lograr una mayor equidad en la atención de salud del hombre y la mujer, modificando los estereotipos de género que afectan la autoestima del hombre y la mujer repercutiendo en su salud integral y su desarrollo humano.

4. Interculturalidad

La interculturalidad en salud es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio. Desarrolla el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población. Las acciones intersectoriales abordan la Determinación social de la salud. El enfoque Intercultural promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la Salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y las prácticas tradicionales y culturales, al momento de enfrentar una enfermedad. Las políticas, programas y proyectos en salud son adaptables y transferibles al momento de confrontar la inequidad étnica, o de otro tipo, mediante la inclusión de las poblaciones afectadas por la misma, dentro del marco de sus actividades.

5. Intersectorialidad para el abordaje de las determinantes de la salud

Como enfoque orienta y promueve intervenciones coordinadas entre instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Se materializa en la articulación e interrelación de los distintos sectores sociales, con el objetivo de alcanzar de forma eficiente y efectiva la concreción plena y sostenida del goce del derecho a la salud por todos los miembros de la sociedad y más allá del sector salud, facilita prevenir enfermedades, recuperar y rehabilitar la salud de las personas e identificar las medidas correctivas además de optimizar el uso de recursos para mantener sana a la población.

VII. Objetivos

Objetivo general

Potencializar la promoción de la salud a través de sus líneas estratégicas por parte de los integrantes y colaboradores del Sistema Nacional Integrado de Salud, con enfoque de determinantes sociales de la salud y corresponsabilidad intersectorial, que incida en la capacidad de la población para alcanzar decisiones favorables a su salud y el cumplimiento constitucional del Estado de ser garantes de la salud común un derecho fundamental.

Objetivos específicos:

1. Fortalecer el marco jurídico a través de la inclusión, adecuación y transversalización de la promoción de la salud en los documentos regulatorios del SNIS, con el fin de incidir en todas las políticas y reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud.
2. Fortalecer la intersectorialidad, organización y participación social y comunitaria en relación con la promoción de la salud, a través de mecanismos eficaces para la participación individual y colectiva en la toma de decisiones hacia la equidad en salud.
3. Generar mecanismos a nivel político y técnico que faciliten entornos y condiciones saludables a nivel nacional, departamental y local que incidan en la salud individual, familiar y colectiva.
4. Promover la ejecución de planes de promoción de la salud, programas de educación en salud, acciones de comunicación en salud y mercadeo social de la salud, que potencien el empoderamiento de la población hacia la salud y sus factores protectores.
5. Garantizar la formación y capacitación del talento humano multidisciplinario, en promoción de la salud que potencie su accionar desde las áreas e instituciones donde estos se desarrollan o trabajan, a través de la gestión del conocimiento.
6. Promover estudios e investigaciones con enfoque de promoción de la salud en los diferentes niveles de atención del SNIS y en otros actores estratégicos, que contribuyan a la toma de decisiones y reorientación de propuestas e intervenciones más eficaces a nivel nacional, departamental y local.

VIII. Objetivos, estrategias y líneas de acción

Objetivo 1

Fortalecer el marco jurídico a través de la inclusión, adecuación y transversalización de la promoción de la salud en los documentos regulatorios del SNIS, con el fin de incidir en todas las políticas y reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud.

Estrategia 1: Adecuación de marco jurídico de promoción de la salud en el SNIS.

Líneas de acción

- 1.1 Determinar la capacidad instalada de promoción de la salud en el SNIS y de otros sectores.
- 1.2 Formular o actualizar, de manera transversal, planes, estrategias, programas y proyectos articulados con la Política Nacional de Promoción de la Salud.
- 1.3 Asignar presupuestos en las instituciones para el desarrollo de la promoción de la salud.

Objetivo 2

Fortalecer la intersectorialidad, organización y participación social y comunitaria en relación con la promoción de la salud, a través de mecanismos eficaces para la participación individual y colectiva en la toma de decisiones hacia la equidad en salud.

Estrategia 2: Generar mecanismos permanentes y efectivos para la intersectorialidad, organización y participación comunitaria en salud.

Líneas de acción

- 2.1 Elaborar y mantener actualizado el mapeo de políticas, iniciativas y actores en salud desde un enfoque de determinantes sociales de la salud.
- 2.2 Facilitar mecanismos de organización y participación social y comunitaria en salud como parte de sus procesos de empoderamiento a nivel nacional, departamental y local.
- 2.3 Posicionar la promoción de la salud en las agendas de trabajo de los establecimientos e instituciones que conforman la RIIS y otros espacios intersectoriales.

Objetivo 3

Generar mecanismos a nivel político y técnico que faciliten entornos y condiciones saludables a nivel nacional, departamental y local que incidan en la salud individual, familiar y colectiva.

Estrategia 3: Promover la corresponsabilidad y la participación activa de instituciones públicas y privadas para potenciar en la población entornos, modos y estilos de vida saludable.

Líneas de acción

- 3.1 Establecer acuerdos legales a nivel nacional, departamental y local orientados a promover entornos, modos y estilos de vida saludable articulados con la Política Nacional de Promoción de la Salud.
- 3.2 Desarrollar acciones integrales, seguras, sostenibles y sustentables para promover entornos, modos y estilos de vida saludables.
- 3.3 Fortalecer redes, alianzas e iniciativas orientadas a entornos, modos y estilos de vida saludables, con énfasis en las instituciones y comunidades en condiciones de vulnerabilidad

Objetivo 4

Promover la ejecución de planes de promoción de la salud, programas de educación en salud, acciones de comunicación en salud y mercadeo social de la salud, que potencien el empoderamiento de la población hacia la salud y sus factores protectores.

Estrategia 4: Desarrollar procesos de planificación de promoción de la salud en el SNIS de acuerdo con las prioridades nacionales, departamentales y locales, con la participación activa de todos los actores sociales.

Líneas de acción

- 4.1. Implementar planes de promoción de la salud en SNIS de forma multidisciplinaria.
- 4.2. Fomentar la creación de redes de comunicadores que promuevan la salud.
- 4.3. Desarrollar programas de educación en salud de acuerdo con temáticas priorizadas, para el empoderamiento individual, familiar y colectivo.
- 4.4. Posicionar la promoción de la salud en la agenda comunicacional de país y de cada institución o sector.
- 4.5 Desarrollar planes, estrategias y campañas de comunicación social en salud, así como planes y estrategias de mercadeo social.

Objetivo 5

Garantizar la formación y capacitación del talento humano multidisciplinario, en promoción de la salud que potencie su accionar desde las áreas e instituciones donde estos se desarrollan o trabajan, a través de la gestión del conocimiento.

Estrategia 5: Fortalecer las competencias de los equipos multidisciplinarios y líderes de la comunidad en promoción de la salud.

Líneas de acción

- 5.1. Realizar línea de base de las necesidades de formación en promoción de la salud.
- 5.2. Gestionar el financiamiento para la formación de recursos humanos multidisciplinarios, en promoción de la salud a nivel nacional, departamental y local.
- 5.3. Establecer alianzas con las instituciones formadoras para ofertar programas de formación en promoción de la salud.
- 5.4 Establecer los mecanismos para la formación y la capacitación de los recursos humanos en promoción de la salud.

Objetivo 6

Promover estudios e investigaciones con enfoque de promoción de la salud en los diferentes niveles de atención del SNIS y en otros actores estratégicos, que contribuyan a la toma de decisiones y reorientación de propuestas e intervenciones más eficaces a nivel nacional, departamental y local.

Estrategia 6:

Posicionar en la agenda nacional, la realización de estudios e investigaciones con enfoque de promoción de la salud.

Líneas de acción

- 6.1. Desarrollar capacidades en los recursos humanos para la realización de estudios e investigaciones con enfoque de promoción de la salud.
- 6.2. Desarrollar estudios e investigaciones de tipo cualitativa y cuantitativo con enfoque de promoción de la salud a nivel nacional, departamental y local.
- 6.3. Publicar estudios e investigaciones con enfoque de promoción en revistas científicas y medios virtuales.
- 6.4. Gestionar la inclusión de temáticas de promoción de la salud, en la agenda nacional de investigación en salud.

IX. Glosario

- a) **Entornos saludables:** ambientes físicos, psicológicos, sociales y dinámicos que pueden promover la salud y ofrecer a las personas protección permitiéndoles ampliar capacidades y autonomía de su salud y calidad de vida.
- b) **Estilos de vida:** Procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de las personas y grupos de población, dirigidos a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y

- motivacional del ser humano; por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.
- c) **Interinstitucionalidad:** hace referencia a la coordinación de actores, a la interacción de instituciones a través de mecanismos de acción conjunta en torno a proyectos comunes, a la formulación, construcción y ejecución colectiva de programas, proyectos y acciones que involucran iniciativas, recursos, potencialidades e intereses compartidos.
 - d) **Modos de vida:** conjunto de actividades diarias de las diferentes esferas de la vida; es decir, los medios con que los individuos, grupos, clases sociales y la sociedad en su conjunto, en las condiciones de determinada situación socio-económica, satisfacen y desarrollan sus necesidades.
 - e) **Comunicación en salud:** Es un proceso planificado y permanente, que utiliza estrategias para informar e incidir en decisiones individuales, familiares y colectivas, sobre temas de salud, mediante el uso de medios de comunicación tecnológicos y tradicionales, los cuales permiten despertar interés para el cambio de comportamiento favorable a la salud.
 - f) **Educación para la salud:** proceso integral y dinámico mediante el cual las personas asumen la responsabilidad de fomentar, proteger o restablecer la salud, para lograr un mejor estilo de vida y desarrollo individual y colectivo.
 - g) **Mercadeo social en salud:** proceso sistemático que busca influir en la adquisición, reafirmación o cambio de conocimientos, hábitos, mitos actitudes, creencias, comportamiento conductas o prácticas sociales, para mejorar y desarrollar integralmente la salud de las personas. Facilita la adopción de la salud como valor social y práctica social por parte de la población y de los actores sociales para impulsar cambios en la sociedad orientados a favorecer los factores que producen una buena salud.
 - h) **Determinación social de la salud:** entiende que los fenómenos de salud y enfermedad son tanto biológicos como sociales, por lo que es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas para entender las condiciones de salud de las poblaciones y las relaciones entre individuo y sociedad.

X. Vigencia

La presente política entrará en vigencia a partir de su firma, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

Comuníquese,

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud Ad honorem

XI. Referencias bibliográficas

1. Estimaciones y proyecciones de población de ambos sexos por calendario y edad simple 2005 – 2050. DIGESTYC, Revisión 2020
2. Encuesta de hogares de propósitos múltiples 2020. EHPM 2020, DIGESTYC.
3. Agenda para las Américas sobre salud, medio ambiente y cambio climático 2021-2030, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. 2021.
4. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2020, DIGESTYC, Ministerio de Economía, El Salvador 2021.
5. Organización Mundial de la Salud. (15 de diciembre, 2021).10th Global Conference on Health Promotion charters a path for creating 'well-being societies'.

Consulta Pública